Date:

Classification: PHAC PROTECTED

ADVICE TO THE MINISTER

SUBJECT - SUJET

English:

SURGE HEALTH CARE CAPACITY IN CANADA

Francais:

CAPACITÉ D'APPOINT EN SOINS DE SANTÉ AU CANADA

SYNOPSIS - SOMMAIRE

English:

PHAC is refocusing its efforts from Health Emergency Response Teams (HERT) to a reserve of emergency health care specialists

L'ASPC recentre ses efforts du programme d'équipe d'intervention d'urgence en santé (EIUS) vers une réserve de spécialistes des soins de santé d'urgence.

ANTICIPATED QUESTION- QUESTION PREVUE

English:

Can the Government of Canada confirm the existence of operational HERT mobile teams in the cities of Vancouver, Halifax and Winnipeg? What is the current status of the HERT Program?

Francais:

Est-ce que le gouvernement du Canada confirme la présence d'équipes opérationnelles mobiles du programme d'équipe d'intervention d'urgence en santé (EIUS) à Vancouver, à Halifax et à Winnipeg? Quel est l'état actuel du programme d'EIUS?

KEY MESSAGES - MESSAGES CLÉS

English:

The Government of Canada is committed to supporting surge health care capacity to help provinces and territories respond to emergencies.

We are currently working with the provinces and territories to move toward a more flexible and scalable volunteer reserve of emergency health care specialists, and moving away from the previous strictly team based approach to surge emergency response capacity.

The Government deployed emergency health care responders to Whistler Village to support the Vancouver Olympic Organizing Committee during the Winter Games.

Francais:

• Le gouvernement du Canada s'engage à assurer une capacité d'appoint en soins de santé afin de soutenir les provinces et les territoires en cas d'urgence.

• Nous travaillons avec les provinces et les territoires en vue d'établir une réserve de spécialistes bénévoles de la santé plus souple et plus adaptable et d'abandonner progressivement l'approche antérieure, fondée strictement sur la formation d'équipes pour assurer une capacité d'appoint en cas d'urgence.

• Le gouvernement a envoyé des intervenants d'urgence en soins médicaux à Whistler pour aider le Comité organisateur des Jeux olympiques de Vancouver, pendant les Jeux d'hiver.

SUPPLEMENTARY MESSAGES / MESSAGES SUPPLEMENTAIRES

English:

• The reserve builds on the lessons learned from the current Health Emergency Response Team and will have broad representation from across Canada.

The reserve will consist of a pool of qualified and deployable health care professionals who can support provincial and territorial medical surge requirements.

Francais:

• Le projet de réserve s'appuie sur les leçons tirées de l'actuel projet d'équipe d'intervention d'urgence en santé (EIUS) et mettra à contribution des représentants de partout au Canada.

• La réserve sera constituée d'un bassin de professionnels de la santé qualifiés qui pourront être envoyés sur place afin de fournir une capacité d'appoint aux provinces et aux territoires qui en ont besoin.

BACKGROUND - CONTEXTE

Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence de l'Agence de la Santé publique du Canada maintient actuellement une équipe d'intervention d'urgence en santé (EIUS). L'EIUS a été établie comme projet pilote en 2007 à Ottawa, et ses membres proviennent des régions de Toronto, de Montréal et de l'est de l'Ontario.

Pendant la phase pilote qui s'est déroulée en 2007 quant à l'EIUS établie à Ottawa, les provinces et les territoires (PT) n'ont pas appuyé le concept de quatre grandes EIUS, car ils n'estimaient pas avoir besoin d'équipes médicales autonomes pour les soins primaires actifs dans la majorité des urgences médicales.

Les PT appuient le projet de réserve comme capacité d'intensification distribuée à l'échelle nationale pouvant être intégrée aux hôpitaux et aux autres infrastructures locales en soins de santé si le personnel médical résident se trouvait débordé pendant une situation d'urgence sanitaire.

La réserve est en cours de réalisation à l'aide d'une approche fondée sur les données probantes qui fait intervenir l'évaluation des risques et des menaces pour le Canada et de leurs incidences sanitaires éventuelles. Cette pratique est complétée par la modernisation du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) afin de fournir aux intervenants d'urgence en santé l'équipement et des fournitures appropriés.

La réserve sera composée de médecins praticiens, d'infirmiers, d'ambulanciers paramédicaux et d'autres professionnels du milieu médical qui peuvent être déployés n'importe où au Canada, au besoin. Les provinces et les territoires prendront part à l'établissement des politiques de recrutement pour aider à faire en sorte que la capacité médicale locale ne soit pas touchée par les besoins de la réserve.

En ce qui concerne l'EIUS, la réserve sera soutenue par des programmes de formation et d'exercices (au moyen d'urgences simulées).

L'objectif actuel de l'EIUS fera partie de la réserve, soit l'aide accordée à une province ou à un territoire, s'il demande à obtenir une unité médicale d'intensification autonome

[ATTACHMENTS / PIECE(S)-JOINTE(S)

CONTACT INFORMATION / PERSONNES-RESSOURCE			
Subject Matter Expert/ Expert(e) en la matiere:	Telephone/ Telephone Mobile/ Cellulaire:	Approved by/ /HC-SC/GC/CA Title/ Titre: OERS	Telephone/ Telephone: Mobile/ Cellulaire:
Alternate/ Secondaire:	Telephone/ Telephone: Mobile/ Cellulaire:		

Verification/ - Centre for C8J . Approved / Approuve .

Verification par le . :
Emergency Preparedness and Response

Date . Verified/ 2010-02-19
Date verifie par le :

Division: Office of the

Directorate/ Direction: Centre for Emergency Preparedness and Response/Centre de mesure de d'intervention et urgence

Approved/ Approbation par

X Approved / Approuve

Branch/ Direction generale:

CFO Approved/ Approbation par CSF:
Branch/ Direction generale:

Infectious Diseases and Emergency Preparedness (IDEP)

0 CFO Approved / Approuve CSF

POUR APPROBATION

Votre référence *Your file*

10-103709 - 71

Notre référence *Our file*

NOTE DE SERVICE À L'INTENTION DE L'ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Élimination des aiguilles bifurquées

RÉSUMÉ

- Le stock d'aiguilles bifurquées de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) servant à l'administration d'un vaccin contre la variole a atteint la date de péremption indiquée en 2008.
- Des aiguilles de remplacement ont été achetées en 2009 au coût de [redacted]
- Il est recommandé que les aiguilles expirées soient éliminées par incinération afin de recycler le contenu d'acier. L'élimination permettra de retirer un produit n'ayant plus d'utilité et de mieux utiliser l'espace d'entrepôt.

CONTEXTE

Les aiguilles bifurquées sont nécessaires pour l'inoculation efficace du vaccin contre la variole et sont entreposées dans la RNSU à cette fin. Les aiguilles bifurquées servent uniquement à l'administration du vaccin contre la variole.

La commande de vaccin contre la variole passée en 2005 était destinée [redacted] et une réserve d'environ [redacted] d'aiguilles bifurquées ont été achetées pour administrer le vaccin. [redacted]

En raison de la durée conservation de cinq ans, établie par les organismes de réglementation canadiens, la réserve canadienne d'aiguilles bifurquées a atteint la date de péremption indiquée en 2008.

Environ la moitié des aiguilles périmées sont stockées à [redacted] et l'autre moitié est conservée dans [redacted] Les aiguilles sont emballées individuellement dans des contenants de plastique [redacted]

…/2

Canada

ÉLÉMENTS DÉCISIONNELS

Le ministère de la Justice a mené une analyse juridique de la possible utilisation des aiguilles périmées. Le remplacement des aiguilles a été jugé comme étant l'approche optimale.

[redacted] d'aiguilles de remplacement ont été achetées en 2009, au coût de [redacted] Les nouvelles aiguilles ont une durée utile de 10 ans et sont emballées en ensembles de 100 qui correspondent au conditionnement du vaccin. Elles n'ont aucune composante en plastique et sont beaucoup plus compactes que les aiguilles périmées. La restérilisation peut être envisagée, au besoin.

L'élimination des aiguilles périmées, en commençant par le stock [redacted], permettra d'utiliser plus efficacement l'espace d'entrepôt. Les aiguilles sont considérées des déchets dangereux; par conséquent, leur élimination nécessite des précautions particulières.

La RNSU aura une grande quantité de produits pharmaceutiques et autres matériels périmés dans un proche avenir et travaille avec la Gestion du matériel à élaborer une politique et un échéancier d'élimination. Le pouvoir de disposer des aiguilles bifurquées périmées est demandé en raison de l'important espace qu'elles exigent et de la disponibilité des fonds pour les éliminer.

ÉLÉMENTS DÉCISIONNELS DU PORTEFEUILLE

Santé Canada réglemente les dispositifs médicaux, y compris les aiguilles bifurquées de la RNSU.

Options et justification

Option 1 – Conserver les aiguilles périmées en vue d'une possible utilisation en cas d'urgence. Si la réserve de vaccin contre la variole est renouvelée, il est possible que des aiguilles bifurquées supplémentaires soient nécessaires. Une analyse juridique a été menée et cette option n'était pas recommandée.

Option 2 – Les aiguilles périmées pourraient être offertes sur le marché par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC). Le Groupe de distribution des biens de la Couronne de TPSGC n'appuie pas cette option puisqu'il n'y a pas de marché pour ce produit.

Option 3 – **(Recommandée)** Éliminer les aiguilles comme des déchets dangereux. Les aiguilles et l'emballage pourraient être incinérés et l'acier recyclé. Cette option résout les préoccupations juridiques ou éthiques, et elle est recommandée puisqu'elle respecte la Directive sur l'aliénation du matériel en surplus du Conseil du Trésor, qui précise les options permettant de réduire au minimum les coûts.

…/3

RÉPERCUSSIONS SUR LES RESSOURCES

Les aiguilles ont été achetées en 2003 au coût de [redacted] En raison des procédures de comptabilité actuelles, les aiguilles périmées représentent encore un bien de la Couronne valant [redacted].

La Division du développement durable et de la gestion environnementale de l'Agence de santé publique du Canada, qui élimine des articles pour la RNSU, dispose pour l'exercice financier courant d'un budget de 80 000 $ qui peut être utilisé pour l'élimination des aiguilles périmées stockées [redacted]. La RNSU prévoit éliminer les aiguilles stockées [redacted] pendant l'exercice financier courant. Les coûts associés à leur élimination s'élèvent à environ 53 000 $. Les aiguilles restantes qui sont actuellement stockées ailleurs au pays seraient transportées à Ottawa en vue de leur élimination au prochain exercice financier. Le coût estimé de leur élimination, incluant le transport, s'élève à 70 000 $. La RNSU assurera la coordination avec Développement durable et gestion environnementale pour que l'élimination soit prévue à leur planification budgétaire.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que vous indiquiez votre approbation de l'élimination des aiguilles périmées en apposant votre signature dans le bloc « J'approuve ».

[redacted]

10 mars 2010

Date

[redacted]
Centre de mesures et d'interventions d'urgence

SGCHD no 10-103709 – 71

Personne-ressource : [redacted]
Téléphone : [redacted]

Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada

Docket Number
10-103709 - 71

Routing Slip / Bordereau d'envoi

☐ Minister/Ministre ☑ CPHO/ACSP ☐ Associate DM/SM déléguée ☐ SADM/SMAP

PHAC Tracking/Docket Management/Suivi de l'ASPC/Gestion des dossiers

Correspondence/ Correspondance _____ Tel _____

Briefing/ Section de l'information [redacted] 9545093 Tel 02-23

Approval/Approuvé [redacted]

For Departmental Secretariat use only/À l'usage du Secrétariat du ministère

Ministerial Briefing Unit/ Unité d'information ministérielle _____

Deputy Minister's Office / Bureau du Sous-ministre _____

Program Contact/ Responsable de programme	[redacted]	Date FEB 1 1 2010	Tel [redacted]
Director/Directeur	[redacted]	Date Feb 16, 2010	Tel [redacted]
Director General/Directeur général	[redacted]		Tel [redacted]

Cleared With / Avec l'accord de (if applicable/s'il y a lieu)

☐ Health Canada / Santé Canada	_____	Date _____
☐ Legal Services / Services juridiques	_____	Date _____
☐ Communications	_____	Date _____
☐ Finance/Finances	_____	Date _____
☐ HR/RH	_____	Date _____
☐ Others/Autres [redacted]	_____	Date _____

Approved/Noted - Approuvé/Noté

☐ [redacted] MAR 1 0 2010 Date [redacted]

☐ [redacted] Date [redacted]

☐ [redacted] Planning and Public Health Integration Branch/ Direction générale de la planification et de l'intégration de la santé publique Date [redacted]

[redacted] Infectious Diseases and Emergency Preparedness Branch/ Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence Feb 22/10 Date [redacted]

☐ [redacted] Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch/ Direction générale de la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques Date [redacted]

NOTE POUR LA PÉRIODE DE QUESTIONS

Date: 2 décembre 2010
Classification: ASPC PROTÉGÉ

CONSEILS À LA MINISTRE

SUBJECT - SUJET

Français :

DÉCISIONS FONDÉES SUR DES OPINIONS – LAVAGE DES MAINS ET ANTIVIRAUX

SYNOPSIS – SOMMAIRE

Français :

Le 2 décembre 2010, un article de presse faisait état d'études sur l'utilisation d'antiviraux et le lavage des mains pendant la pandémie de grippe H1N1 en 2009.

ANTICIPATED QUESTION – QUESTION PRÉVUE

Français :

La ministre de la Santé convient-elle qu'un processus décisionnel axé sur les données probantes devrait être suivi par son ministère?

KEY MESSAGES - MESSAGES CLÉS

Français :

Le gouvernement du Canada s'engage à assurer et à protéger la santé et la sécurité des Canadiens.

Le plan de préparation du Canada à une pandémie comporte une approche multidimensionnelle qui fait intervenir des mesures de santé publique axées sur les données probantes, telles que le lavage des mains, les antiviraux et l'immunisation.

Le gouvernement du Canada (GC) continue d'encourager les Canadiens à adopter une étiquette d'hygiène respiratoire, telle que le lavage des mains et l'immunisation, afin de prévenir la propagation de la grippe et de maladies respiratoires

SUPPLEMENTARY MESSAGES I MESSAGES SUPPLÉMENTAIRES

Français :

BACKGROUND - CONTEXTE

Article du 2 décembre 2010 intitulé « Opinion-based decisions lead to problems » [Les décisions fondées sur l'opinion donnent lieu à des problèmes] :

- Pendant la pandémie de grippe H1N1 de la saison dernière, on a fait la promotion des antiviraux et du lavage des mains avec la même intensité que la promotion du vaccin.
- Le Royaume-Uni a récemment chargé son National Institute for Health and Clinical

Excellence (NICE) de faire l'examen systématique de la documentation sur l'incidence des antiviraux.

- On retrouve vingt-six essais aléatoires dans le sommaire du rapport final qui a été publié dans le périodique « The Lancet Infectious Disease » en septembre 2009.
- Les chercheurs ont constaté que les antiviraux réduisaient la durée des symptômes de la grippe d'environ une demi-journée chez les adultes en santé et réduisaient les symptômes de la grippe pendant une journée, tout au plus, pour ceux qui présentent un risque élevé de complication.
- Malheureusement, les experts ont conclu qu'il y avait peu de différence de façon générale quant à la gravité ou aux taux de complication associés à la prise d'antiviraux, par rapport au placebo, et ce, tant chez les adultes en santé que chez les populations à risque élevé. Cela est attribuable au fait que les chercheurs n'ont pas eu accès aux études réalisées par le fabricant de médicaments.
- Il est peu probable que le fait de recommander l'utilisation de médicaments antiviraux pour traiter les personnes présentant des symptômes de la grippe constitue le plan d'action approprié, car il faut faire des choix en fonction des interventions qui peuvent et doivent être soutenues, et ce, dans le contexte d'un système de soins de santé financé par des fonds publics faisant l'objet de demandes conflictuelles.

Lavage des mains :

L'ASPC continue de recommander le lavage des mains fréquent et en profondeur afin d'aider à empêcher la propagation de la grippe.

Ces recommandations sont fondées sur des données scientifiques probantes et l'opinion d'experts. Il existe des données probantes substantielles à l'appui de l'hygiène des mains comme principe de base pour les mesures de prévention et de contrôle des infections.

Antiviraux :

En 2004, le gouvernement fédéral a établi la Réserve nationale d'antiviraux (RNA) aux fins de traitement précoce pendant une pandémie, jusqu'à ce qu'un vaccin soit accessible. Le plan de préparation du Canada à une pandémie est une approche multidimensionnelle qui comprend des mesures sanitaires comme le lavage des mains, les antiviraux et l'immunisation.

Il existe deux réserves nationales d'antiviraux au Canada :

1. La Réserve nationale d'antiviraux (RNA) est une réserve fédérale, provinciale et territoriale (FPT) dont les coûts sont partagés. En 2006, le gouvernement fédéral a accepté de partager le coût de [redacted] de doses afin d'établir la RNA (60 % provenant du gouvernement fédéral et 40 % des provinces et des territoires).
2. Le Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) contient [redacted] de doses d'antiviraux, lesquelles sont entièrement financées et détenues par le gouvernement fédéral.

On a accédé à la RNA pendant la pandémie de grippe H1N1 pour traiter les Canadiens malades. L'antiviral utilisé, combiné aux pratiques d'hygiène respiratoire comme le lavage des mains, en plus du vaccin contre le virus H1N1, a contribué à réduire la propagation et les infections au virus de la grippe H1N1.

De nombreuses études canadiennes pendant et après la pandémie de grippe H1N1 ont soutenu l'efficacité des antiviraux pour le traitement de complications graves de la grippe; l'utilisation précoce d'antiviraux aurait permis de réduire considérablement le nombre d'admissions aux unités de soins intensifs et le nombre de décès.

Les recommandations actuelles de l'Agence de la santé publique du Canada ayant trait à l'utilisation des antiviraux, sont :

Les antiviraux doivent être utilisés pour le traitement précoce des cas (dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes).

Pour les personnes atteintes par la pandémie de H1N1 (pH1N1), qui ne présentent aucun facteur de risque et sont modérément malades, aucun traitement antiviral n'est recommandé.

En particulier, le traitement est recommandé pour tous les enfants âgés de moins de deux ans atteints par la pH1N1 et ceux qui sont âgés de deux à cinq ans et présentent tout autre facteur de risque, ou à la discrétion du médecin clinicien.

Les antiviraux doivent être utilisés pour contrôler les éclosions dans les établissements fermés (établissements de soins de longue durée, par exemple).

Les antiviraux sont recommandés pour les patients dont l'infection au virus de la pH1N1 est soupçonnée ou confirmée, qui présentent une affection grave ou progressive ou des facteurs de risque pour le développement de complications de la grippe.

Les facteurs de risque sont, notamment :

Enfants âgés de moins de cinq ans (en particulier âgés de moins de deux ans).

Femmes enceintes (en particulier dans le deuxième ou troisième trimestre).

Maladies chroniques, dont :
– l'asthme et autres maladies chroniques respiratoires
– le diabète et autres troubles métaboliques
– les maladies cardiaques
– les maladies hépatiques ou rénales chroniques
– l'immunodépression ou l'immunodéficience
– les maladies du sang (y compris l'anémie et l'anémie falciforme)
– les troubles neurologiques ou neurodéveloppementaux (qui ont une incidence sur la déglutition et la respiration)
– l'obésité morbide (indice de masse corporelle supérieur à 35)

Autres facteurs à considérer :
– le fait de vivre en région éloignée ou isolée
– le fait d'être membre des Premières Nations, des Inuits ou des Métis

Rapport du Conseil des académies canadiennes

En 2007, l'Agence de la santé publique du Canada avait mandaté le Conseil des académies canadiennes (CAC) pour entreprendre l'examen scientifique des données probantes sur la manière et le lieu où la grippe est transmise, et la contribution relative des masques N95 et des masques chirurgicaux pour limiter la transmission de la grippe. Le CAC a fait état de ses conclusions dans un rapport intitulé "La transmission du virus de la grippe et la contribution de l'équipement de protection respiratoire individuelle" – Évaluation des données disponibles, publié le 20 décembre 2007. Ce rapport n'a pas formulé de recommandations ou de lignes directrices pour l'utilisation de masques ou masques N95, mais a présenté plusieurs conclusions clés. Le comité d'experts a conclu que lorsqu'il faut lutter contre les infections, une « hiérarchie » de mesures de contrôle est nécessaire. Le premier et principal moyen de défense contre la grippe saisonnière et pandémique est la vaccination et le traitement aux antiviraux. D'autres éléments de lutte contre les infections sont les mesures d'ingénierie (systèmes de ventilation), des mesures de contrôle administratif (isolement des patients et mesures liées au lavage des mains) et l'équipement de protection individuelle (EPI), comme les masques et les blouses. Lorsque le contact de courte distance avec une personne infectée est requis ou inévitable, l'EPI fournit la dernière mesure de protection.

ATTACHMENTS I PIÈCE(S)-JOINTE(S)

CONTACT INFORMATION I PERSONNES-RESSOURCES			
Subject Matter Expert / Expert(e) en la matière :	Telephone / Téléphone : Mobile / Cellulaire	Approved by / Title / Titre : , CIMRI	Telephone / Téléphone : Mobile / Cellulaire :
Alternate / Secondaire :	Telephone / Téléphone : Mobile / Cellulaire :		

Verification / Vérification par le . :

X Date . Verified / Date vérifiée par le :

Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses
2010-12-02

[redacted]. Approved / Division

Approuvé [redacted]
Division de l'immunisation et des infections respiratoires

Directorate / Direction :

Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses

[redacted] Approved / Approbation par [redacted]

[redacted]

X [redacted] Approved I Approuvé [redacted]

CFO Approved/ Approbation par CSF :
Branch / Direction Générale :

Comité d'évaluation de l'ASPC
Le 30 mars 2011

Enjeu : Évaluation et Plan d'action et réponse de la direction (PARD) pour le Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU)

Contexte

La présente évaluation du programme du SRNU a été menée afin de répondre à une recommandation formulée dans l'*Audit des mesures et interventions d'urgence* de 2010 de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) visant à évaluer la pertinence du programme. On cherchait à comprendre la mesure dans laquelle le programme continue de répondre à un besoin documenté et représente les rôles et les priorités du gouvernement du Canada et de l'ASPC. Il examine aussi le rendement du programme et explore les possibilités de réaligner ou de mettre au point le programme, au besoin.

Pièce(s) jointe(s)

Dossier : Évaluation du Système de la réserve nationale d'urgence : Vue d'ensemble des questions, des conclusions et des recommandations de l'évaluation

Rapport : Évaluation du Système de la réserve nationale d'urgence

PARD

Décisions requises

Le Comité d'évaluation fait la recommandation suivante :

___ Approbation par l'administratrice en chef de la santé publique (oui ou non)

___ Fréquence de suivi du PARD (douze ou six mois)

Demandeuse du point : [redacted], Direction des services d'évaluation

Personne-ressource : [redacted] Direction des services d'évaluation

PUBLIC HEALTH AGENCY *of* CANADA
AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE *du* CANADA

Évaluation du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU)

Date : Le 30 mars 2011

Évaluation de 2011 du SRNU

- Lancée afin de répondre à une recommandation formulée dans l'*Audit des mesures et interventions d'urgence* de 2010 de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

- Elle avait les objectifs suivants :
  - comprendre la mesure dans laquelle le programme demeure « pertinent », c'est-à-dire qu'il répond à un besoin documenté et représente les rôles et les priorités du gouvernement du Canada et de l'ASPC;
  - examiner le rendement du programme;
  - explorer les possibilités de réaligner ou de mettre au point le programme, au besoin.

- Se reporter aux annexes 1 et 2 pour en savoir plus sur les méthodes et les limites.

- Les éléments suivants n'étaient pas compris dans la portée :
  - La composante provinciale/territoriale de la Réserve nationale d'antiviraux
  - La gestion du cycle de vie (se reporter à l'annexe 3 pour consulter les considérations liées à la gestion de la réserve qui ont fait surface dans le cadre de l'évaluation)

Le SRNU : Histoire et ressources

Courte histoire

- 1952 – Création par le Cabinet dans le cadre d'un plan de protection civile pendant la Guerre froide pour l'intervention médicale et en services sociaux en réponse à une attaque nucléaire
- 1965 – Autorisation accordée par le Cabinet afin de l'utiliser comme capacité de pointe pour les provinces et les territoires afin d'intervenir à la suite d'une catastrophe d'origine naturelle ou humaine
- 2001 – Les menaces que pose le bioterrorisme déclenchent son élargissement aux contre-mesures chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires (CBRN)
- 2004 et 2009 – Les pandémies d'influenza mènent à la création d'une réserve de fournitures d'intervention en cas de pandémie

Ressources actuelles

- Sous-activité 1.6.3 de l'architecture d'harmonisation des programmes « Réserve d'urgence »
- Il relève du Bureau des services d'interventions d'urgence, du Centre de mesures et d'interventions d'urgence de la Direction générale de la gestion des urgences et des affaires réglementaires.
- Composition du personnel (en date de février 2011) :
    - Directeur
    - Chef
    - Gestionnaire adjoint
    - Pharmacien
    - Trois employés du contrôle de l'inventaire
    - Vingt-deux employés d'entrepôt
- Le programme estime que la valeur actuelle des fournitures du SRNU s'élève à 300 millions de dollars.
- Charges de programme (2009-2010) :
    - 5,5 millions de dollars, y compris les salaires et les charges de fonctionnement
    - 7,7 millions de dollars pour la location annuelle de l'entrepôt

En quoi consiste le SRNU?

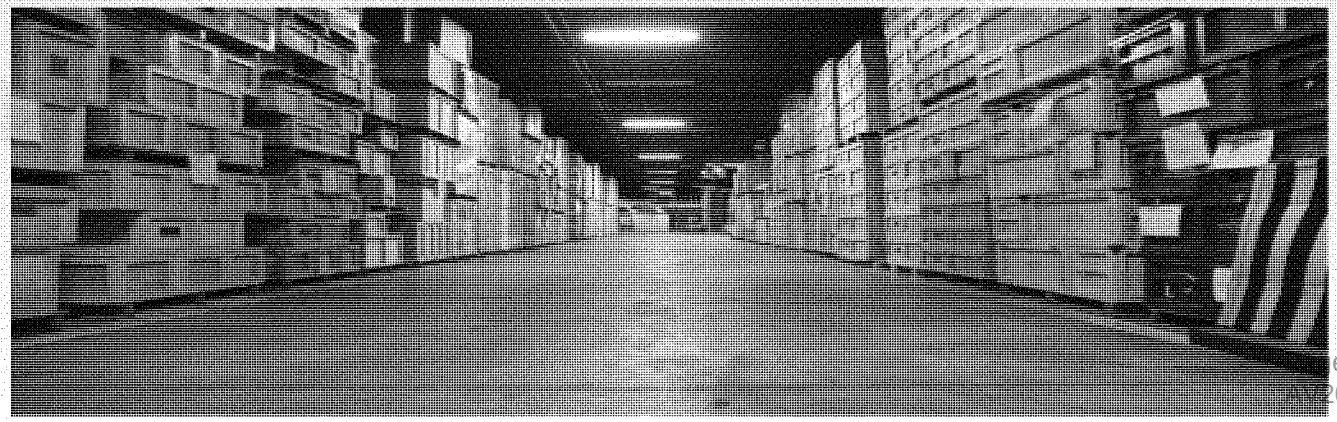
Le SRNU est hébergé dans :

- Onze entrepôts loués par l'ASPC (60 % de l'inventaire, [redacted] entreposée dans la région de la capitale nationale) :
  - [redacted] dépôts principaux dans la région de la capitale nationale
  - Neuf entrepôts situés à l'échelle du pays (sauf dans les territoires et [redacted]
    - [redacted]
  - L'ASPC a conclu des marchés pour la garde et la sécurité des onze entrepôts.

- Il existe environ 1 300 centres d'approvisionnement pré-établis à l'échelle du Canada (40 % de l'inventaire – se reporter à l'annexe 4 pour voir un exemple de carte provinciale de sites pré-établis) :
  - [redacted]
  - L'ASPC est propriétaire des biens qui se trouvent aux sites pré-établis.
  - Ce sont les provinces et les territoires qui déterminent l'emplacement du matériel aux sites pré-établis et qui sont responsables des frais liés à la location ou à la sécurité.

Le SRNU contient les produits suivants (300 M$) :

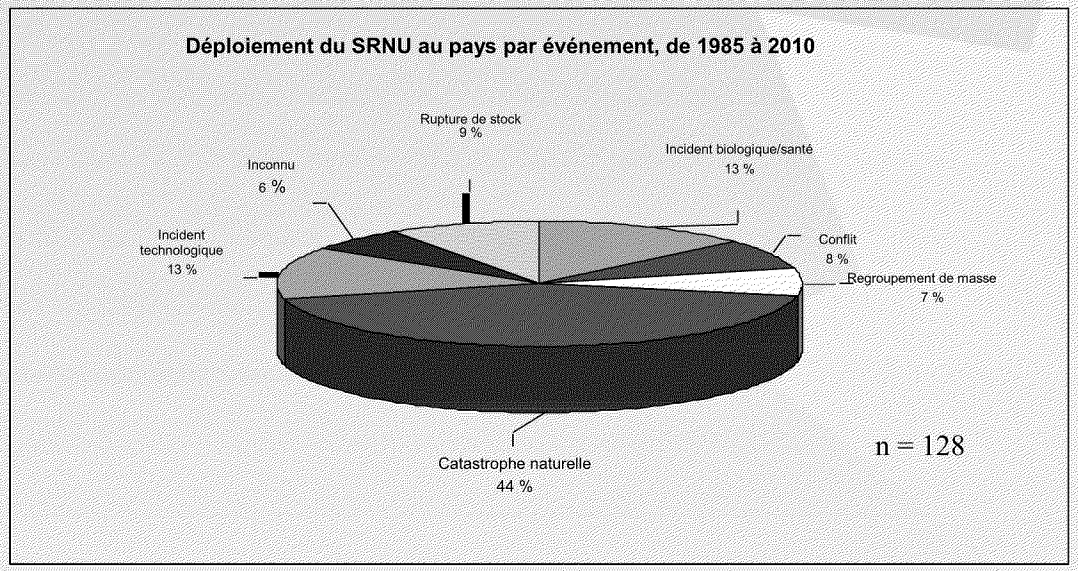
- Produits pharmaceutiques (p. ex. agents antiviraux, antibiotiques, antidotes en cas d'incidents CBRN)
- Matériel médical et fournitures médicales (p. ex. respirateurs, équipement de protection individuelle [masques, gants, etc.], tables d'opération, civières, fournitures pour le soin des plaies, bandages, etc.)
- Fournitures destinées aux services sociaux (p. ex. génératrices, lits pliants, couvertures, lampes de poche, etc.)
- Modules, unités ou « trousses » (fournitures médicales et de services sociaux regroupées pour former des unités de rassemblement des victimes, des mini-cliniques, des trousses pour centres d'accueil, etc.)



Éléments du SRNU

Trousse ou article	Type	Emplacement	Acquis	Notes
Hôpitaux d'urgence	Médical	pré-établis dans les provinces et les territoires, ainsi que dans les entrepôts loués par l'ASPC	Années 1950 et 1960	Conçus pour fournir de façon autonome des soins médicaux actifs et de courte durée dans les situations les plus défavorables; éléments en cours d'évaluation qui seront recyclés ou éliminés
Centres avancés de traitement (CAT)	Médical	pré-établis dans les provinces et les territoires	Années 1950 et 1960	Conçus pour les interventions médicales précoces et chirurgicales limitées « sur le terrain »; éléments à évaluer
Unités de rassemblement des victimes (URV)	Médical	pré-établis dans les provinces et les territoires, ainsi que dans les entrepôts loués par l'ASPC	Années 1950 et 1960	Conçus pour fournir de façon autonome des soins médicaux actifs et de courte durée dans les situations les plus défavorables; éléments en cours d'évaluation qui seront recyclés ou éliminés; remplacées par des mini-cliniques
Trousses de traumatologie	Médical	dans les entrepôts loués par l'ASPC	Années 1950 et 1960	Contiennent du matériel de premiers soins et d'intubation, des solutions intraveineuses et des fournitures médicales, pour soutenir une intervention de première ligne; éléments en cours d'évaluation qui seront recyclés ou éliminés
Cuisines mobiles	Services sociaux	pré-établis dans les provinces et les territoires, ainsi que dans les entrepôts loués par l'ASPC	Années 1950 et 1960	Conçues pour répondre d'urgence aux besoins alimentaires « sur le terrain », par exemple, lorsque les services normaux sont interrompus; éléments en cours d'évaluation qui seront recyclés ou éliminés
Trousses pour les centres d'accueil	Services sociaux	pré-établis dans les provinces et les territoires	Années 1950 et 1960 et suivantes	Fournitures et matériel d'inscription et de demande d'information pour centre d'évacuation ou refuge; éléments à évaluer
Unités de mise en quarantaine	Médical	dans les entrepôts loués par l'ASPC	Années 1950 et 1960 et suivantes	Capacité d'accueil maximale de 300 personnes qui arrivent au Canada par avion et qui sont soupçonnées d'avoir ou ayant été en contact avec une maladie infectieuse; éléments à évaluer
Matériel pour les services sociaux	Services sociaux	pré-établis dans les provinces et les territoires, ainsi que dans les entrepôts loués par l'ASPC	Années 1950 et 1960 et suivantes	Comprend : Lits pliants, couvertures, génératrices, lampes de poche, bougies de secours, lanternes au propane, sacs à déchets, bouteilles d'eau, couches, etc.; éléments à évaluer
Antidotes - CBRN	Médical	[redacted]	2001-2002 et années suivantes	Antidotes, par exemple ceux contre la variole, le botulisme et la maladie du charbon. Éléments plus difficiles à se procurer et à entreposer; en fonction de l'évaluation du risque actuel
Sacs-trousses d'urgence – CBRN	Médical	[redacted]	2001-2002 et années suivantes	Conçues pour une intervention en cas d'incident terroriste; éléments plus difficiles à se procurer et à entreposer; en fonction de l'évaluation du risque actuel
Fournitures en cas de pandémie	Médical	[redacted]	2004-2005 et années suivantes	Comprend : Antiviraux, antibiotiques, seringues, respirateurs et équipement d'alimentation en oxygène connexe, équipement de protection individuelle
Mini-cliniques	Médical	[redacted]	2009-2010 et années suivantes	Viennent compléter les établissements de soins médicaux existants et sont placées à proximité; en remplacement des unités de rassemblement des victimes (URV)

Déploiement à l'échelle nationale



Le SRNU a déployé du matériel 128 fois au cours des 25 dernières années au pays.

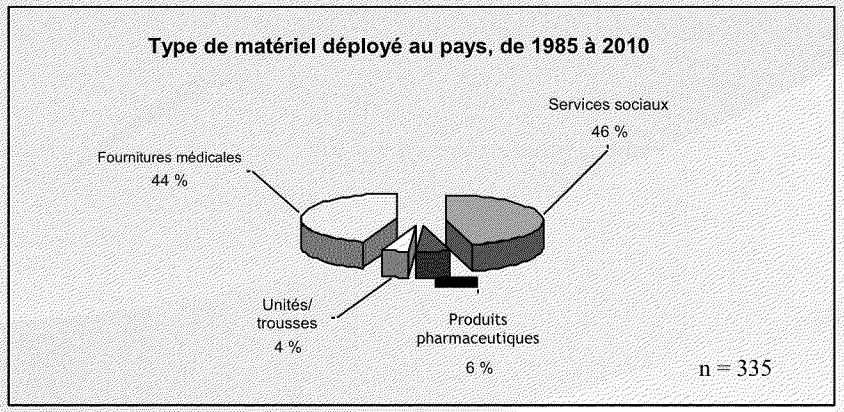
Il a principalement soutenu les interventions provinciales et territoriales à la suite d'inondations, d'incendies de forêt et d'incendies industriels, de tempêtes de verglas, de pandémies et de regroupements de masse.

De nombreux déploiements peuvent soutenir l'intervention à la suite d'un seul événement.

Déploiement de fournitures des services sociaux (46 %), p. ex. des couvertures et des lits en Alberta pendant les évacuations lors des incendies de forêt de 2006.

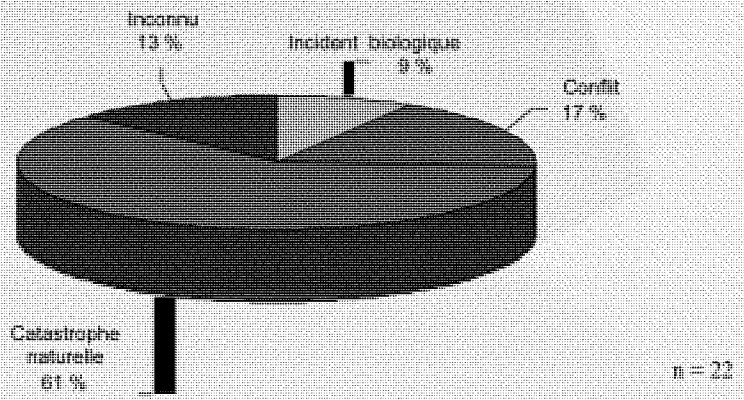
Fournitures médicales (44 %), p. ex., des ventilateurs ont été envoyés au Québec pendant la pandémie de grippe H1N1 en 2009.

Les produits pharmaceutiques (6 %) et les unités ou trousses (4 %) ont servi beaucoup moins souvent.



Déploiement à l'étranger

Déploiement du matériel du SRNU par événement à l'étranger, de 1965 à 2010



Au cours des 25 dernières années, le matériel du SRNU a été déployé au moins à 22 reprises.

Il a principalement soutenu l'intervention à la suite du tsunami en Asie du Sud-Est (2004), de l'ouragan Katrina aux États-Unis (2005) et du tremblement de terre en Haïti (2010).

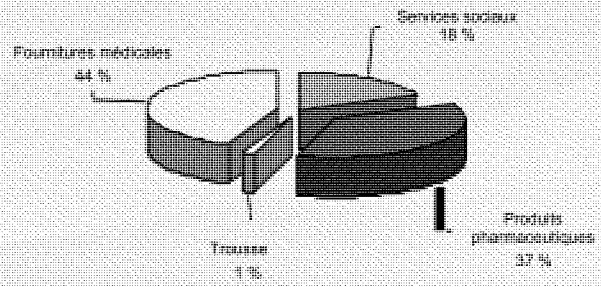
Fournitures médicales (44 %), par exemple, appareils de radiographie envoyés au Mexique à la suite d'un tremblement de terre en 1985.

Produits pharmaceutiques (37 %), par exemple, amoxicilline envoyée au Honduras en 1998 à la suite d'un ouragan.

Fournitures de services sociaux (18 %), par exemple, lampes de poche et couvertures envoyées aux Maldives à la suite du tsunami en Asie en 2004.

Trousses, comme des cuisines mobiles (1 %), par exemple, pendant le conflit au Kurdistan en 1991.

Type de matériel déployé à l'étranger, de 1985 à 2010



Perceptions à l'égard du SRNU

Provinces et territoires

- La direction et le personnel du SRNU ont fourni un bon service au fil des ans.
- La confiance à l'égard de la réserve s'est érodée; on croit que les fournitures sont désuètes et qu'elles ne répondent pas aux normes médicales modernes.
- Les administrations ont des besoins différents (types de menaces et capacité d'intervention).

- Voici les points à améliorer :
  - mieux présenter le mandat du SRNU et communiquer davantage sa structure, sa gestion et sa capacité;
  - clarifier les rôles et les responsabilités pour les collectivités et pour les bénéficiaires de fournitures du SRNU;
  - relations de travail plus étroites avec les homologues provinciaux et territoriaux.

Autres ministères

- *Certains possèdent des réserves de fournitures semblables (p. ex., équipement de protection individuelle et fournitures médicales), y compris le ministère de la Défense nationale (MDN), l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), Affaires étrangères et Commerce international Canada (MAECI) et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.*

- On n'en sait que très peu sur la réserve de l'ASPC, y compris sur les rôles et responsabilités.
- Il existe des possibilités de faire un approvisionnement conjoint et d'échanger l'expertise et les connaissances.

Personnel de l'ASPC

- Inquiétude entourant l'absence perçue de décisions concrètes dans ce dossier

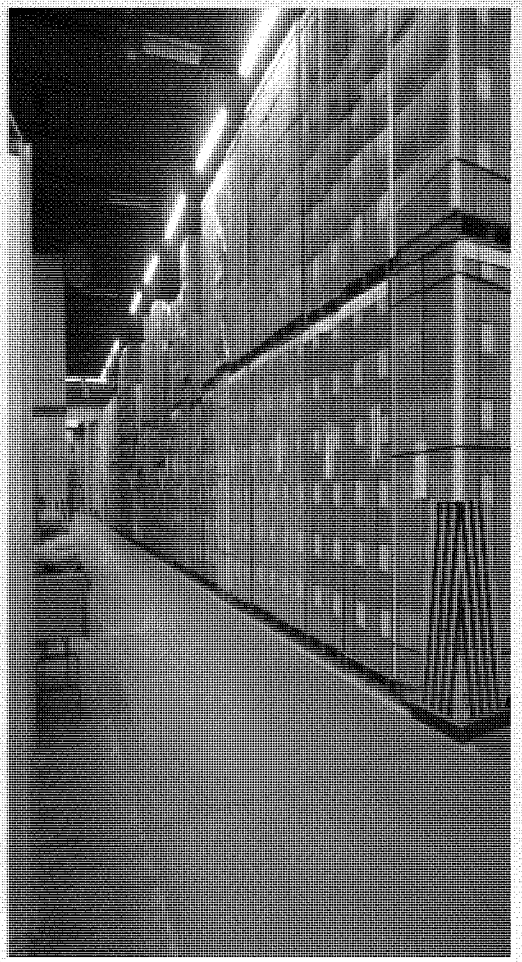
Que font les autres pays?

Activité *(États-Unis, Australie et Norvège)*	**Comparaison avec le SRNU**
La réserve fédérale est gérée de manière à fournir une capacité d'appoint aux états et aux territoires. L'intervention en cas d'urgence relève principalement des administrations locales, qui demandent l'aide du gouvernement fédéral, s'il y a lieu.	√
Les réserves comprennent des produits pharmaceutiques et d'autres fournitures médicales comme de l'équipement de protection individuelle pour les premiers intervenants et des trousses (mini-cliniques).	√
Accent particulier sur des biens stratégiques : rôles spécialisés, comme les fournitures CBRN et la préparation en cas de pandémie.	√
Aucune fourniture des services sociaux dans les réserves. Collaboration avec d'autres organismes non gouvernementaux afin de répondre à ce besoin dans leur pays.	X

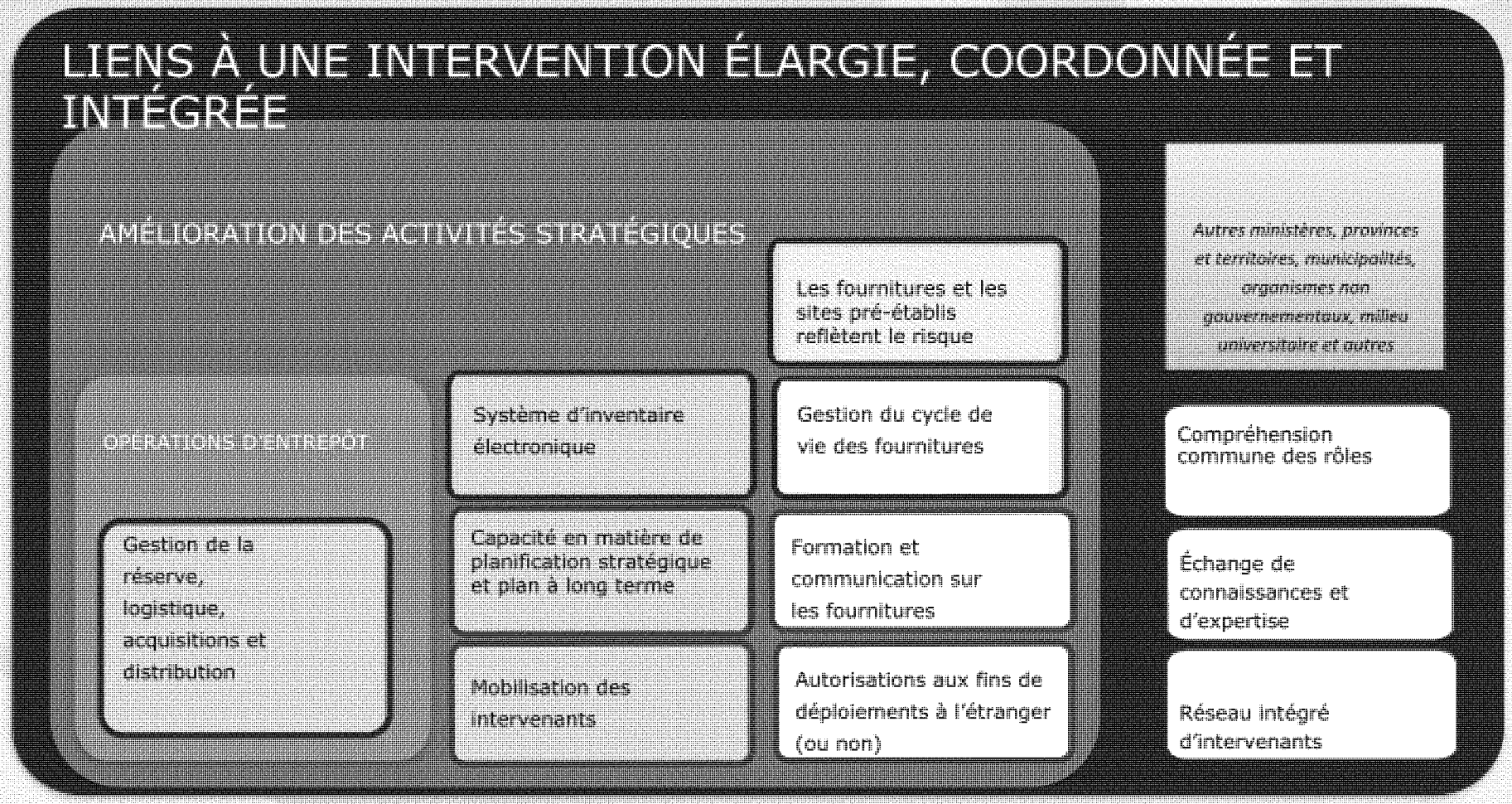
REMARQUE : Les conclusions se fondent sur un échantillon limité de pays.

Résumé des principaux résultats

- Il est nécessaire de fournir une capacité d'appoint aux provinces et aux territoires. Cependant, le mandat établi il y a plus de 50 ans est désuet et ne représente pas les réalités actuelles.
- D'autres pays se concentrent sur la mise en place de réserves de produits pharmaceutiques, mais pas sur l'intervention en services sociaux. Ce sont d'autres organisations de ces administrations qui fournissent ce type de service.
- L'ASPC n'a pas l'autorisation permanente de déployer du matériel à l'étranger, même si elle continuera sans doute de recevoir des demandes à cet égard.
- Les provinces et les territoires, ainsi que les autres ministères, ne comprennent pas bien les rôles et responsabilités liés au SRNU.
- Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence doit avoir une meilleure capacité opérationnelle afin de soutenir la planification stratégique, la mobilisation des intervenants, la communication et la gestion du cycle de vie du SRNU.



Aperçu des capacités futures du SRNU



SRNU ACTUEL → SRNU FUTUR

Recommandation nº 1 :

Conserver une partie seulement de la combinaison actuelle de biens du SRNU. Au moment de planifier et de déterminer la future combinaison stratégique de biens, mettre l'accent sur le rôle approprié du secteur de la santé publique plutôt que sur le rôle social général des mesures d'urgence.

a) Conserver en réserve les articles suivants pour assurer la capacité d'appoint des provinces et des territoires :

- fournitures pour la préparation en cas de pandémie;
- fournitures médicales et pharmaceutiques pour les rassemblements de masse prévus d'importance nationale et pour les catastrophes naturelles ou d'origine humaine inattendues;
- mesures de protection contre le risque d'incident chimique, biologique et radiologique et nucléaire (CBRN).

b) Ne pas faire l'acquisition de fournitures destinées aux services sociaux.

Justification

- Il faut mettre l'accent sur l'acquisition et la gestion de biens qui reflètent les évaluations du risque actuelles et qui sont plus étroitement alignées au mandat et aux priorités de l'Agence en matière de santé publique (besoins, rôles et priorités).
- D'autres pays jouent un rôle spécialisé semblable dans la création d'une réserve de fournitures de santé publique (références et comparateurs).
- D'autres pays, ainsi que certaines provinces et certains territoires se tournent principalement vers des organismes non gouvernementaux pour obtenir un soutien en services sociaux en cas d'urgence (rôle et autre mode de prestation de services).

Recommandation nº 2 :

Établir, alimenter et mettre en œuvre une stratégie de disposition pour les articles suivants :

a) l'équipement et les fournitures qui sont désuets, qui ne correspondent plus aux normes médicales en vigueur ou qui sont de mauvaise qualité (p. ex. hôpitaux d'urgence, unités de rassemblement des victimes, etc.);

b) les articles destinés aux services sociaux individuels (p. ex. lits pliants et couvertures) et les unités de services sociaux (p. ex. cuisines roulantes, trousses pour les centres d'accueil, etc.), car ils ne sont pas bien alignés au rôle du gouvernement fédéral en matière de santé publique.

Recommandation nº 3 :

Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication concernant le rôle de l'Agence de la santé publique sur le plan de la constitution de réserves pour les interventions de santé publique et en assurer le suivi, en fonction des groupes suivants :

- Autres ministères et organismes fédéraux
- Provinces et territoires, y compris les secteurs spécialisés :
    - utilisateurs finaux (professionnels de la santé)
    - spécialistes de la gestion de matériel
    - équipes chargées de la logistique

Recommandation nº 4 :

Accorder une attention spéciale au SRNU au cours des discussions générales de l'Agence sur son rôle à l'échelle internationale.

SRNU ACTUEL

BIENS

Des fournitures destinées aux services sociaux (lits pliants, couvertures et couches, etc.) sont achetées, entreposées et distribuées.

Certaines fournitures médicales sont désuètes.

La combinaison actuelle de l'inventaire de fournitures médicales et de produits pharmaceutiques se fonde sur une analyse inégale des risques et une analyse des priorités de l'Agence.

GESTION DE LA RÉSERVE

La justification à la combinaison de biens entreposés à bon nombre des 1 300 sites pré-établis et à l'emplacement de ces sites n'est pas claire et doit être réévaluée.

La réserve n'est pas gérée efficacement; on gagnerait à recourir à des approches plus modernes en matière de gestion du cycle de vie de l'inventaire.

Le système et les outils de contrôle de l'inventaire en place ne sont pas adéquats pour soutenir une gestion efficace de l'inventaire.

CAPACITÉ STRATÉGIQUE

La capacité du programme est axée sur la gestion de l'entrepôt et ne répond pas à des besoins stratégiques élargis.

Le processus décisionnel général du programme est ponctuel et ne reflète pas un plan stratégique à long terme.

Les intervenants ne participent que de façon limitée à la planification de la réserve. La plupart des Canadiens ne savent rien au sujet du système de réserve et de la façon dont il est utilisé.

Aucune autorisation permanente ou procédure établie n'est en place pour le déploiement de fournitures du SRNU à l'étranger.

SRNU FUTUR

On ne fait pas l'acquisition des fournitures destinées aux services sociaux; on soutient les autres ordres de gouvernement et les organismes non gouvernementaux dans leurs rôles liés aux services sociaux.

On fait l'acquisition de fournitures pour la préparation en cas de pandémie, les regroupements de masse et les cadavres/os imprenables qui répondent aux normes médicales modernes et aux priorités et qui en connaître des réactifs.

On fait l'acquisition de produits pharmaceutiques à la lumière d'une analyse récente et de routine des risques et des priorités de l'Agence, le concept pour la préparation en cas de pandémie et les matières CBRN.

Les emplacements des sites pré-établis et les biens qui s'y trouvent reflètent les évaluations des risques locales.

Les activités sont menées conformément à un plan opérationnel, y compris l'adoption d'approches efficaces en matière d'approvisionnement, d'entreposage, d'entretien, de déploiement et de disposition des fournitures de la réserve.

Un système d'inventaire électronique donne de l'information sur tous les biens, ainsi que leur acquisition et leur entretien, de manière opportune, complète, commode et fiable.

Le programme dispose de ressources afin de faciliter l'analyse et la planification stratégiques, ainsi que la mobilisation des intervenants et la communication.

Un plan stratégique à long terme oriente la planification du programme, y compris le leadership et les activités de coordination, ainsi que l'orientation stratégique pour la réserve.

Les intervenants jouent un rôle utile dans le processus décisionnel lié à l'ensemble du système de réserve. Les Canadiens sont au courant de la réserve et de la façon dont elle est utilisée.

Des autorisations et des procédures claires sont en place pour le déploiement international de fournitures du SRNU.

Principes

(1) Une approche « tous risques » axée sur la gestion des risques

Chaque risque, d'origine naturelle ou humaine, doit être cerné et évalué afin d'établir l'ordre de priorité des risques par rapport aux vulnérabilités potentielles dans la société.

(2) Processus décisionnel fondé sur des données probantes

Les décisions se fondent sur des recherches systématiques et empiriques, qui présentent des preuves de l'efficacité des approches.

(3) Respecter les responsabilités des administrations

Lorsque survient une urgence, les autorités locales sont presque toujours les premières à intervenir. Le gouvernement fédéral se prépare à recevoir les demandes d'aide d'un gouvernement provincial ou territorial et y répond.

(4) Mobilisation des intervenants

Dans la gestion des urgences, il faut mobiliser pleinement les intervenants. Il est essentiel d'entretenir de bonnes relations de travail fondées sur une collaboration, une coordination et des communications efficaces.

(5) Communication claire

Le rôle de l'Agence dans la constitution de réserves de fournitures et les biens qu'elle fournit pour les interventions de santé publique sont clairement communiqués aux autres ministères, aux provinces et aux territoires et aux organismes non gouvernementaux.

Adapté en partie du document intitulé *Un cadre de sécurité civile pour le Canada*, Deuxième édition (2011), ministres responsables de la gestion des urgences

CASES GRISES
Activités déjà lancées par le programme (en date de février 2011)

Approche de communications proposée par la Direction des communications

- Une approche de communications, laquelle mettra l'accent sur les communications internes avec le personnel touché, sera élaborée pour le rapport.
- On préparera des infocapsules, mais celles-ci seront réactives seulement.
- Les Communications de l'ASPC participeront à la réponse à l'une des recommandations du rapport et élaboreront une stratégie subséquente pour l'ensemble des communications liées au SRNU, en mettant l'accent sur les relations avec les intervenants.

Annexes

Annexe 1 : Méthodes d'évaluation

L'information analysée dans le cadre de l'évaluation provenait de plusieurs sources :

- documents internes importants :
  - vérifications et examens antérieurs du programme du SRNU;
  - comptes rendus de décisions de réunions de divers comités de gouvernance de l'ASPC;
  - correspondance et communications en lien avec le programme du SRNU;
  - documents sur le déploiement des fournitures du SRNU.

- questionnaire autoadministré fondé sur des questions ouvertes et commentaires de groupes de discussion composés de représentants provinciaux et territoriaux, par l'entremise du Conseil des directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires et du Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence;

- questionnaire autoadministré fondé principalement sur des questions ouvertes de représentants choisis d'autres ministères fédéraux;

- entretiens avec des cadres et du personnel de l'Agence de la santé publique et d'autres ministères fédéraux et organisations non gouvernementales, ainsi qu'avec des experts externes en matière de gestion des urgences;

- entretiens avec des spécialistes d'autres ministères dans d'autres pays (Australie, Norvège et États-Unis) qui interviennent dans la gestion des réserves nationales de matériel de santé publique de leur pays.

Annexe 2 : Limitations de l'évaluation

- Incohérence des données sur les déploiements en raison de l'absence d'un inventaire électronique pour les fournitures et la distribution
- Experts externes désignés par le programme
- Nombre limité d'études de cas internationales et nationales aux fins de comparaison
- Vu le roulement du personnel du programme, les connaissances sur le programme et sur l'historique de la réserve étaient limitées.
- La saturation des examens pourrait avoir eu une incidence sur les perceptions.
- Certains entretiens et certaines discussions en groupe n'ont pas été transcrits mot à mot, ce qui pourrait mener à un déséquilibre dans l'analyse.
- Le délai d'exécution était trop court pour permettre l'analyse approfondie de certaines données, comme celles sur les finances ou sur la composition et les contextes relatifs à d'autres réserves fédérales ou provinciales au Canada et dans d'autres pays.

Annexe 3 : Autres considérations Gestion de la réserve

- Le programme du SRNU mis à jour et polyvalent devra être davantage géré selon un modèle opérationnel ou une optique des systèmes; ainsi, on ne se concentrera pas uniquement sur la gestion de l'entrepôt.
- La disposition doit être une activité clé.
- Il faudrait songer à utiliser un inventaire élargi géré par le fournisseur ou le distributeur pour certaines fournitures (comme les produits pharmaceutiques déjà faciles à obtenir).
- Songer à mettre en place des accords d'achat conjoints pour certaines fournitures (équipement de protection individuelle ou fournitures médicales).
- Il faut exposer plus clairement, dans des documents écrits, les processus pour les demandes, les déploiements, la réception et le retour de diverses fournitures.
- Il pourrait être utile d'offrir une formation locale régulière et uniformisée sur le SRNU.

Annexe 4 :
Sites pré-établis

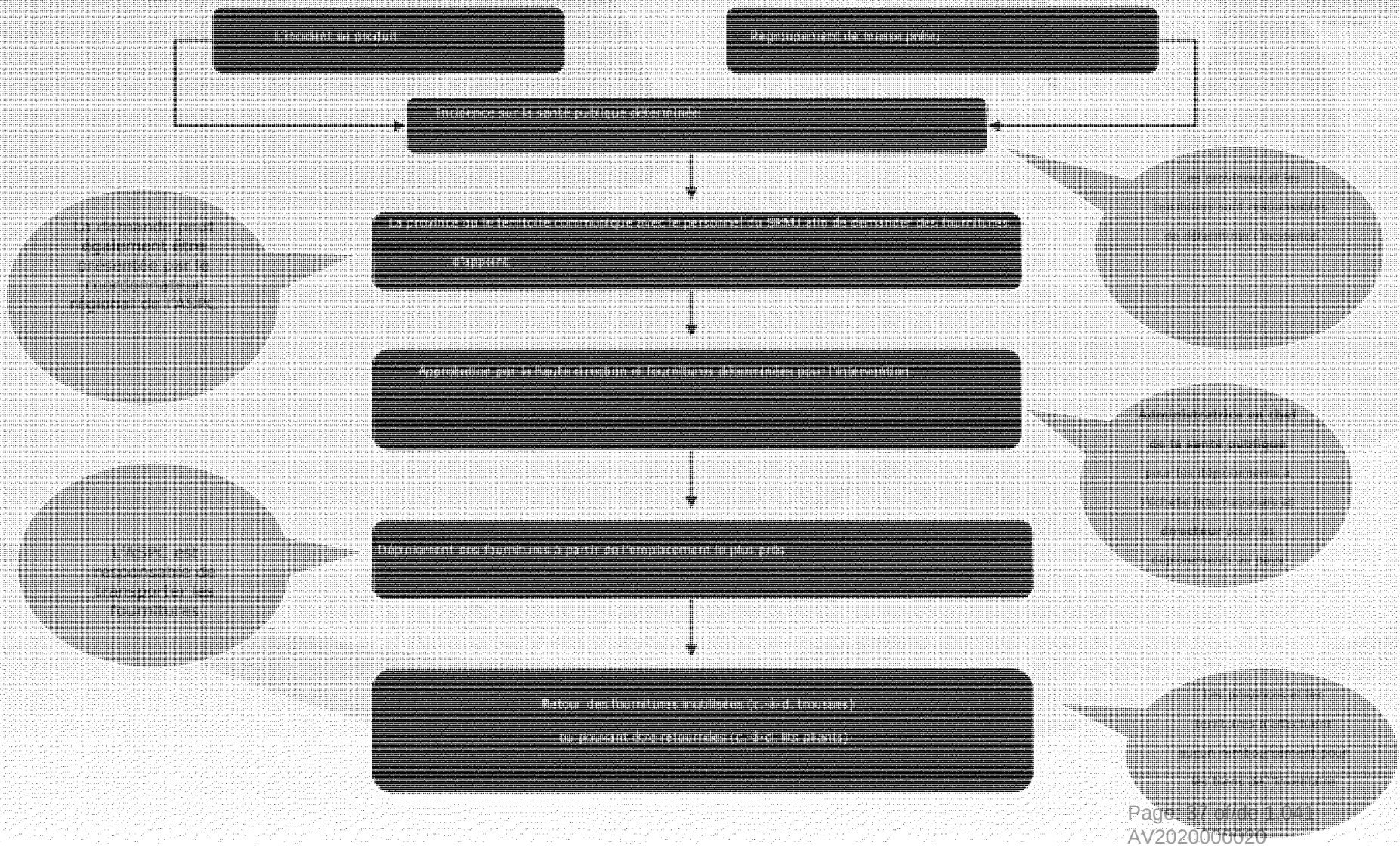
40 % de l'inventaire du SRNU entreposé dans 1 300 sites provinciaux et territoriaux

p. ex., les sites de l'Ontario



Annexe 5 :

Diagramme de processus – Déploiement à l'échelle nationale



7. Aperçu – Préparation et intervention en cas d'urgence

Introduction

La *Loi sur la gestion des urgences* définit clairement les rôles et les responsabilités de tous les ministères dans l'ensemble du spectre de la gestion des urgences. Une réponse fédérale aux urgences est guidée par le *Plan fédéral d'intervention d'urgence* (PFIU), un plan global administré par Sécurité publique Canada. Elle est soutenue par des plans propres aux ministères, comme le *Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé*, qui guide les actions de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et de Santé Canada lors des situations d'urgence. Sécurité publique Canada est le responsable général de la coordination de la réponse du gouvernement fédéral aux urgences au Canada, y compris la réponse aux menaces terroristes. Le portefeuille de la Santé (PS) se concentre sur la gestion des événements susceptibles d'affecter la santé et le bien-être des Canadiens, y compris les menaces biologiques (p. ex., les pandémies de grippe et les événements de type SRAS, les éclosions de maladies d'origine alimentaire et les attaques bioterroristes comme la variole et l'anthrax) et les interventions chimiques, radiologiques et nucléaires. Sans une réponse solide, la morbidité et la mortalité seraient nettement plus élevées au Canada.

Au Canada, la santé publique est une responsabilité partagée entre les gouvernements locaux, provinciaux et territoriaux (PT) et fédéral. Bien que la plupart des événements et des urgences de santé publique au Canada soient gérés au niveau local, l'ASPC joue un rôle de premier plan dans la coordination d'une réponse nationale aux événements ou aux urgences de santé publique impliquant plus d'une province ou d'un territoire. L'ASPC intervient également chaque fois qu'il existe une possibilité de propagation des risques sanitaires vers le Canada ou en provenance du Canada.

L'ASPC gère et maintient le Centre des opérations d'urgence du PS (COPS), qui sert de centre de coordination des activités d'intervention en cas d'événements importants pour la santé publique. Le COPS est une ressource importante du PS qui soutient et facilite les opérations d'urgence en accélérant et en facilitant l'échange de renseignements, en coordonnant les activités d'intervention et les communications. Afin d'assurer une intervention coordonnée, le COPS maintient une fonction de connaissance de la situation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et communique et échange régulièrement des informations avec le Centre des opérations du gouvernement (COG) de Sécurité publique, qui fournit une plateforme pour la coordination des activités d'une intervention pangouvernementale en cas d'urgence et qui est le centre des opérations de niveau stratégique du Canada.

L'Agence dispose d'experts en épidémiologie, de laboratoires et d'autres spécialistes de la santé publique, ainsi que d'équipements et de fournitures qui peuvent être déployés pour aider les provinces et les territoires, selon les besoins, en cas d'éclosions, d'urgences sanitaires et de catastrophes naturelles.

Le Programme canadien d'épidémiologie de terrain (PCET) de l'ASPC peut déployer des épidémiologistes sur le terrain pour aider à enquêter sur la cause d'une éclosion et à déterminer la façon de la contrôler. L'équipe d'intervention en cas d'urgence microbiologique de l'Agence (EIUM) est équipée d'un laboratoire mobile qui peut être installé sur place pour identifier les agents biologiques et fournir des tests de laboratoire lors d'une éclosion. L'ASPC soutient également le partage entre administrations de la capacité de mobilisation des professionnels de la santé en situations d'urgence. En outre, l'ASPC est responsable du contrôle et de la maintenance du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU). Le SRNU contient une réserve de ressources médicales telles que des équipements hospitaliers, des produits

pharmaceutiques et des contre-mesures médicales pour contrer les menaces biologiques. Il permet de fournir une capacité de mobilisation aux PT selon les besoins.

Afin de soutenir le renforcement des capacités de santé publique en matière de gestion des urgences, l'ASPC élabore et assure la formation du personnel du portefeuille de la Santé et des intervenants de première ligne en santé. En outre, l'ASPC élabore des exercices d'urgence pour effectuer des essais et former les employés au PFIU, au plan d'intervention d'urgence du PS et aux plans et protocoles spécifiques aux maladies. Les fonctions de soutien de l'ASPC, telles que les ressources humaines (RH), la gestion de l'information et les technologies de l'information (GITI), et la planification de la continuité des activités (PCA), sont pleinement consacrées à assurer la capacité d'intervention.

Étant donné que la communication joue un rôle clé dans la coordination et la collaboration d'une réponse efficace, le PS a établi des protocoles de communication de crise qui guident une communication efficace des risques en cas d'urgence et soulignent l'importance des nombreux intervenants et partenaires du PS dans la mise en œuvre d'une intervention de santé publique.

Aspects pris en considération

Un certain nombre d'examens nationaux et internationaux, y compris une étude du comité sénatorial sur la grippe H1N1 et la préparation aux pandémies, ont été entrepris pour évaluer la réponse du Canada à divers événements et urgences de santé publique. Ces examens ont permis de dégager un certain nombre de recommandations transversales relatives à la préparation et à l'intervention. L'ASPC continue de s'appuyer sur ces examens pour renforcer ses mesures de gestion des urgences et de préparation aux pandémies.

Par exemple, lors de la réponse à la pandémie de grippe H1N1 de 2009, l'ASPC a joué un rôle de premier plan dans la surveillance des maladies, les programmes d'antiviraux et de vaccins, les mesures de prévention des infections, les lignes directrices en matière de soins cliniques, la communication en matière de santé publique, ainsi que la recherche et les essais en laboratoire. À la suite de la pandémie de grippe H1N1, le PS a entrepris un examen des leçons tirées afin d'informer et d'améliorer les réponses futures aux pandémies et autres types d'urgences de santé publique.

En outre, un audit interne de la préparation et de la réponse aux urgences du PS a été entrepris en 2010, afin d'examiner les capacités de préparation et de réponse aux urgences de l'ASPC. L'audit a révélé que bien que l'ASPC était capable de répondre aux urgences, des questions devaient être abordées, telles que la clarification des rôles et des mandats, ainsi que l'augmentation des capacités des ressources humaines, de la formation et des exercices. Un plan d'action et de réponse de la direction est mis en œuvre, lequel décrit les activités en cours pour répondre aux recommandations de l'audit.

Priorités clés

La gestion des urgences est la priorité numéro un de l'Agence de la santé publique. Afin de tirer parti des réussites passées et des leçons tirées et de s'assurer que l'ASPC est bien préparée pour les situations d'urgence futures, l'Agence continuera de renforcer son cadre de gestion des urgences, y compris les politiques et les priorités, les rôles et les responsabilités, ainsi que les structures et les systèmes de soutien. Les principales priorités pour l'année à venir sont les suivantes :

- À la demande de Sécurité publique, soutenir une approche intégrée et coordonnée de la planification de la gestion des urgences en se fondant sur l'élaboration d'un plan stratégique de gestion des urgences (PSGU) pour le portefeuille de la Santé (PS), y compris une politique de gestion des urgences du PS qui serait fondée sur une approche tous risques et fondée sur le risque.

- Fournir une capacité de mobilisation aux provinces et territoires et faciliter l'aide mutuelle, notamment en modernisant le Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) et en mettant en place un nouveau modèle d'intervention d'urgence pour les professionnels de la santé.

- Veiller à ce que le Canada se conforme à ses obligations en vertu du *Règlement sanitaire international* (RSI) d'ici juin 2021.

- Garantir la continuité et l'amélioration de la prestation de services dans le cadre du mandat de l'Agence vis-à-vis de la *Loi sur la mise en quarantaine*.

Partenaires internationaux

L'ASPC maintient un lien étroit avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre de l'engagement du Canada envers le *Règlement sanitaire international* (RSI). Il est important de s'assurer que les obligations du Canada en vertu du RSI sont respectées afin de prévenir et de réagir aux risques aigus pour la santé publique qui peuvent traverser les frontières et menacer les gens partout dans le monde. Le RSI contribue à la sécurité de la santé publique mondiale en fournissant un cadre pour la coordination de la gestion des événements qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée internationale, et améliorera la capacité de tous les pays à détecter, évaluer, notifier et répondre aux menaces pour la santé publique. Les agents de liaison internationaux permettent également à l'ASPC de maintenir des liens avec d'autres partenaires internationaux, comme les États-Unis et la Chine.

Les ministres de la Santé du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni, de la France, de l'Allemagne, du Japon, de l'Italie et du Mexique ainsi que la Commission européenne et l'OMS (en tant que conseiller technique) disposent d'un réseau informel appelé l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale (ISSM). L'objectif de l'ISSM est d'échanger des informations et de coordonner les efforts visant à renforcer la sécurité sanitaire mondiale dans la préparation et la réponse aux menaces sanitaires posées par les agents chimiques, biologiques et radionucléaires (CBRN) et la grippe pandémique.

Les principes clés de l'ISSM comprennent la collaboration pour accroître l'efficacité de nos efforts nationaux et internationaux; la coopération pour soutenir une réponse rapide aux menaces sanitaires; l'alignement des approches lorsque cela est possible pour faciliter une action mondiale coordonnée; l'échange d'informations pour soutenir une base de données commune pour la prise de décisions critiques; et les leçons tirées des événements passés et actuels pour éclairer les décisions futures et les efforts de collaboration.

Fédéral, provincial et territorial (FPT)

La réponse aux éclosions et la gestion des urgences sont semblables dans la mesure où elles utilisent une approche « ascendante ». Les autorités locales se préparent et répondent aux situations d'urgence en utilisant les ressources locales et les systèmes de gestion des urgences. Lorsqu'une urgence dépasse les capacités locales ou si elle prend de l'ampleur, les PT et le gouvernement fédéral peuvent intervenir pour coordonner et aider, si nécessaire.

Le PS continue à travailler en étroite collaboration avec les partenaires FPT dans un certain nombre de domaines clés, notamment : la révision des structures de gouvernance FPT pour la réponse pendant une pandémie et la période interpandémique; la clarification des rôles et des responsabilités de tous les niveaux de gouvernement concernant les activités de planification et de réponse à la pandémie; et l'élaboration de mécanismes pour traiter l'échange de professionnels de la santé entre les administrations pendant les urgences de santé publique.

Prochaines étapes

L'ASPC continue de renforcer sa préparation et son intervention en cas d'urgence tous risques en se penchant sur un certain nombre d'études, de vérifications et d'évaluations liées à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence, ainsi que sur les principales leçons tirées de la pandémie de grippe H1N1 de 2009, qui ont été rendues publiques au cours de l'année dernière.

NOTE POUR LA PÉRIODE DE QUESTIONS

Date: 25 mai 2011
Classification: ASPC PROTÉGÉ

CONSEILS À LA MINISTRE

SUBJECT – SUJET
Français :

MÉDICAMENTS ANTIVIRAUX (TAMIFLU)

SYNOPSIS – SOMMAIRE
Français :
Le 23 mai 2011, la CBC a publié un article intitulé « Tamiflu Probe Spark Policy Review » (Une enquête sur le Tamiflu déclenche un examen des politiques). L'article relatait les préoccupations relatives à la transparence des membres et aux possibles conflits d'intérêts des experts qui conseillent l'Agence de la santé publique du Canada sur les réserves d'antiviraux.

ANTICIPATED QUESTION – QUESTION PRÉVUE
Français :
Pour quelle raison des experts en santé publique ayant des liens avec les entreprises pharmaceutiques conseillent-ils le gouvernement fédéral sur le stockage de médicaments antiviraux?

KEY MESSAGES - MESSAGES CLÉS
Français :

- Le gouvernement fédéral s'engage à travailler avec l'industrie des vaccins et les administrateurs de la santé publique pour aider à planifier le déploiement efficace de programmes d'immunisation en cas de pandémie grippale.

- L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada ont réalisé une étude sur l'intervention déployée lors de la pandémie de grippe H1N1 en 2009, et le rapport reconnaît que des années de planification au préalable ont permis au gouvernement du Canada de mettre en œuvre une intervention efficace, de façon générale.

- Bien que des conseillers experts formulent des recommandations sur les quantités et les types d'antiviraux requis, les décisions finales relatives aux réserves de médicaments antiviraux reviennent aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

SUPPLEMENTARY MESSAGES I MESSAGES SUPPLÉMENTAIRES

Français :

Le Groupe de travail sur la réserve durable d'antiviraux (GTRDA) est chargé d'élaborer une stratégie pour l'approvisionnement et la gestion efficaces et durables d'une réserve d'antiviraux, y compris les options pour le ravitaillement à court terme de réserves d'antiviraux. Les membres sont des représentants des gouvernements FPT.

BACKGROUND – CONTEXTE

Français :

Le 23 mai 2011, la CBC a publié un article intitulé « Tamiflu Probe Spark Policy Review » (Une enquête sur le Tamiflu déclenche un examen des politiques). L'article relatait les préoccupations relatives à la transparence des membres et aux possibles conflits d'intérêts des experts qui conseillent l'Agence de la santé publique du Canada sur les réserves d'antiviraux. Il a également été remarqué dans l'article que des chercheurs au Canada, en Italie, en Grande-Bretagne et aux États-Unis remettent actuellement en question les allégations de Roche selon lesquelles l'oseltamivir (Tamiflu) réduirait considérablement les complications ou les hospitalisations attribuables au virus de la grippe.

Groupes et comités consultatifs sur les antiviraux

La participation aux groupes consultatifs d'experts est fondée sur l'expertise en la matière dans les domaines de la grippe, de la virologie, de la pharmacologie, de la médecine clinique et d'autres disciplines connexes pertinentes aux antiviraux. D'autres membres peuvent y prendre part en fonction de leurs responsabilités à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), de leurs responsabilités au sein d'une compétence provinciale ou territoriale, ou à titre de représentants d'organisations de professionnels de la santé pertinentes. Les groupes consultatifs sur les antiviraux ont été coprésidés par un représentant de l'ASPC.

Les travaux des groupes consultatifs et des groupes de travail ont éclairé la politique antivirale au Canada, mais aucun groupe à lui seul, ou entité à elle seule n'est chargé de déterminer la taille ou l'utilisation de la réserve antivirale au Canada. Les décisions ayant trait à la taille, à la composition et à l'utilisation de la réserve sont prises après que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) ont examiné, ensemble, la totalité des données scientifiques accessibles.

On demande habituellement aux experts qui formulent des conseils à l'ASPC de divulguer leurs affiliations et potentiels conflits d'intérêts. On a demandé au groupe consultatif d'experts le plus récent formulant des recommandations à l'ASPC sur les antiviraux, le **Groupe consultatif scientifique sur les antiviraux (GCSA)**, d'indiquer toute affiliation et tout conflit d'intérêts, ainsi que les coprésidents responsables de traiter tous les problèmes éventuels, lors d'une réunion le 16 septembre 2010. Trois membres experts du GCSA ont relevé des conflits d'intérêts potentiels, lesquels ont été examinés par les coprésidents du groupe consultatif. Ces conflits d'intérêts n'ont pas été considérés comme suffisamment importants pour exclure la participation des membres en question.

En outre, le Groupe de travail sur la réserve durable d'antiviraux (GTRDA) est chargé d'élaborer une stratégie pour l'approvisionnement et la gestion efficaces et durables des réserves d'antiviraux, y compris les options relatives à leur ravitaillement. Les membres sont des représentants des gouvernements FPT.

L'ASPC ne dispose pas actuellement d'une politique sur la divulgation de renseignements au sujet des membres de ses groupes consultatifs et n'est pas en mesure de divulguer de renseignements personnels à leur égard sans leur autorisation éclairée, mais a l'intention d'établir une telle politique.

Réserves d'antiviraux

En 2004, les gouvernements FPT ont collaboré pour établir des réserves nationales d'antiviraux destinées à assurer l'accès équitable aux médicaments antiviraux pour tous les Canadiens en cas de pandémie grippale.

La Réserve nationale d'antiviraux (RNA), créée de façon à fournir un nombre suffisant d'antiviraux pour traiter tous les Canadiens qui seraient symptomatiques et présents en vue de recevoir des soins en cas de pandémie grippale (estimés à 17,5 % de la population). Le coût de la RNA a été partagé entre les gouvernements FPT (60 % provenant du gouvernement fédéral, 40 % des PT), et elle est détenue et gérée par les gouvernements PT. Elle comporte [redacted] de doses d'antiviraux et se compose à [redacted]

Une deuxième réserve nationale d'antiviraux, financée entièrement par le gouvernement fédéral, est détenue dans le Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) et est destinée à fournir une capacité d'intensification aux provinces et aux territoires. Elle détient actuellement [redacted] de doses d'antiviraux et se compose de [redacted]

[redacted]

Le budget de 2010 prévoyait 40 millions de dollars pour le remplacement des antiviraux utilisés pendant la pandémie de H1N1, et des antiviraux expirés ou sur le point de l'être. Les renseignements sur l'affectation budgétaire n'ont pas été diffusés aux provinces et aux territoires. Environ [redacted] de doses d'antiviraux ont été utilisées pendant la pandémie de H1N1 en 2009. On estime que les expirations dans la RNA ont touché [redacted] de doses en 2010-2011 et [redacted] de doses en 2011-2012. Le SRNU dispose de [redacted] de doses [redacted] et l'on estime que [redacted] de doses ont expiré en 2010-2011, [redacted] en 2011-2012.

Dans la mise à jour de ses recommandations, le GCSA indique que la taille de la réserve doit être suffisante pour traiter 17,5 % de la population canadienne dans un scénario de pandémie de gravité modérée, et qu'elle puisse être augmentée de 7,5 % pour traiter 25 % de la population canadienne dans un scénario de pandémie de gravité élevée. Cette étude scientifique soutient les recommandations antérieurement formulées, comme il est indiqué dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

Innocuité et efficacité des antiviraux

Santé Canada effectue des études scientifiques rigoureuses et des essais pour évaluer la qualité, l'innocuité et l'efficacité de produits pharmaceutiques avant que leur utilisation soit approuvée pour le marché canadien.
Une étude complète des meilleures données probantes accessibles après l'éclosion du virus du H1N1 a conclu que :

- Il a été démontré scientifiquement que les antiviraux étaient efficaces pour la réduction des complications (la durée et la gravité de la maladie), et du nombre de décès liés à la grippe, lorsqu'ils sont administrés dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes.
- En outre, de nombreuses études canadiennes pendant et après la pandémie de grippe H1N1 ont soutenu l'efficacité d'antiviraux pour le traitement de complications graves reliées à la grippe, lesquels permettraient de réduire considérablement le nombre de personnes admises aux unités de soins intensifs et le nombre de décès, si les antiviraux sont administrés en début de maladie.
- Bien qu'une étude de la Cochrane Collaboration sur les antiviraux contre la grippe, effectuée il y a plus d'un an, ait indiqué que l'on n'avait pas suffisamment démontré que [redacted], cette étude ne s'était pas penchée sur les données probantes issues de la grippe H1N1.

ATTACHMENTS I PIÈCE(S) – JOINTE(S)

CONTACT INFORMATION / PERSONNES-RESSOURCE			
Subject Matter Expert/ Expert(e) en la matière : [redacted]	Telephone/ Téléphone : [redacted] Mobile/ Cellulaire :	Approuvé par/ [redacted] Title/ Titre : [redacted], Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses	Telephone/ Téléphone : [redacted] Mobile/Cellulaire :
Alternate/ Secondaire [redacted]	Telephone/ Téléphone : [redacted] Mobile/ Cellulaire :		

[redacted] Verification/ Vérification par le [redacted] :

[redacted], Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses

[redacted]. Approved / Approuvé [redacted].

Date [redacted]. Verified/ Date vérifié par le 2011-05-26

[redacted]
Division

Directorate/ Direction :

Division des infections acquises

dans la collectivité

Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses

CFO Approved/Approbation par CSF : Branch/ Direction générale :

CFO Approved / Approuvé CSF

NOTE POUR LA PÉRIODE DE QUESTIONS

Date : 3 novembre 2011
Classification : ASPC PROTÉGÉ

CONSEILS À LA MINISTRE

SUBJECT – SUJET

PRÉPARATION EN CAS DE PANDÉMIE

KEY MESSAGES – MESSAGES CLÉS

- Le plan de préparation du Canada à une pandémie comporte de multiples facettes. Outre les mesures pharmaceutiques, comme les vaccins et les antiviraux antipandémiques, le plan comporte un éventail de mesures de santé publique visant à prévenir et à contrôler la propagation d'une nouvelle souche grippale.

- Le gouvernement du Canada a conclu un nouveau contrat de 10 ans avec un fabricant canadien afin d'assurer l'accès rapide à des vaccins antipandémiques pour tous les Canadiens en cas de pandémie.

- Une réserve nationale d'antiviraux est en place. Un nouvel investissement fédéral soutiendra les gouvernements provinciaux et territoriaux pour faire en sorte que la réserve soit suffisante pour les Canadiens en cas de pandémie.

- Le gouvernement du Canada applique les leçons retenues de la pandémie de grippe H1N1 afin d'améliorer sa capacité à communiquer efficacement avec les Canadiens pendant une pandémie grippale.

BACKGROUND – CONTEXTE

INVESTISSEMENTS BUDGÉTAIRES LIÉS AUX PANDÉMIES

Le budget de 2006 a prévu un investissement de 1 milliard de dollars en préparation en cas de pandémie, soit 600 millions de dollars sur cinq ans affectés aux ministères et aux organismes fédéraux, et 400 millions de dollars mis de côté dans un cadre financier à titre de réserve pour éventualités. Cet investissement a permis d'élaborer une stratégie exhaustive de préparation en cas de pandémie.

CONTRAT CANADIEN POUR LE VACCIN ANTIPANDÉMIQUE

En février 2011, le gouvernement fédéral a conclu, aux fins d'approvisionnement en vaccins contre une éventuelle pandémie de grippe, un nouveau contrat de 10 ans avec un fabricant canadien (GlaxoSmithKline [GSK]), à titre de fournisseur principal de vaccins contre les grippes pandémiques, et responsable de fournir les vaccins pour tous les Canadiens, de façon prioritaire. Les exigences principales du contrat d'approvisionnement en vaccins contre la pandémie étaient notamment l'accès rapide et prioritaire au vaccin contre la grippe pandémique. Le contrat est évalué à 425,9 millions de dollars.

Un contrat pour un approvisionnement d'appoint en vaccins contre la grippe pandémique, signé avec Sanofi Pasteur Ltd., est également en place pour atténuer le risque de perturbation ou de retard dans l'approvisionnement principal au pays. Au besoin, cet approvisionnement d'appoint sera accessible en quantité suffisante pour immuniser jusqu'à [redacted] de Canadiens et serait probablement utilisé pour cibler les groupes de vaccination prioritaire, comme les femmes enceintes et les personnes atteintes d'une maladie chronique. Le contrat de trois ans avec Sanofi Pasteur Ltd. prévoit également une exigence d'approvisionnement annuel de vaccin antigrippal pour les programmes provinciaux et territoriaux, et l'on estime la valeur totale du contrat à 33,1 millions de dollars.

RÉSERVE NATIONALE DE VACCIN CONTRE LE VIRUS H5N1

Le gouvernement du Canada a établi une réserve de vaccin prépandémique H1N1, qui est détenu par l'entreprise GSK pour le Canada, aux termes du contrat de 10 ans conclu en 2001 sur le vaccin antigrippal. Le gouvernement fédéral a acquis des matériaux (antigène, adjuvant et autres matériaux nécessaires) pour la fabrication d'un vaccin contre la grippe H5N1 prépandémique. La modification apportée au contrat représentait 13,7 millions de dollars. Cela a permis l'achat de matériaux qui seront utilisés dans la fabrication de [redacted] de doses du vaccin contre le virus H5N1 de GSK. Ces doses seront seulement livrées au Canada si le gouvernement fédéral exerce son option de prestation. Cette option ne peut être exercée que si la vente du vaccin est autorisée au Canada et s'il y a un accord relatif à l'indemnisation de GSK par le gouvernement sous la garantie du produit. GSK garantit une durée de conservation de trois ans pour les matériaux. Puisque Santé Canada, l'organisme de réglementation, reconnaîtra uniquement une durée de conservation de 18 mois, GSK a accepté de remplacer gratuitement les matériaux s'ils expirent avant trois ans. Il convient de noter que la décision de Santé Canada relative à la durée de conservation de 18 mois est conforme aux décisions réglementaires d'autres pays sur la durée de conservation du vaccin contre le virus H5N1 (24 mois).

ANTIVIRAUX

Au début d'une pandémie, les antiviraux (médicaments sur ordonnance qui interfèrent avec la réplication virale de la grippe) constituent la seule intervention axée sur le virus jusqu'à ce qu'un vaccin devienne disponible. La Réserve nationale d'antiviraux (RNA) est un approvisionnement de médicaments antiviraux financé par les gouvernements FPT et administré par les provinces. En 2006, les ministres FPT de la Santé ont convenu d'accroître la RNA à [redacted] de doses pour le traitement de tous les Canadiens [redacted], en quantité suffisante pour traiter les Canadiens malades en cas de pandémie grippale (qu'on estime à [redacted] de la population). Le gouvernement du Canada a accepté de partager les coûts liés aux achats d'antiviraux pour la RNA. En outre, une deuxième réserve nationale d'antiviraux, financée entièrement par le gouvernement fédéral, est détenue dans la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) et est destinée à fournir une capacité d'intensification aux provinces et aux territoires. La RNSU détient actuellement [redacted] doses de médicaments antiviraux de [redacted]

En août 2011, le Conseil du Trésor a approuvé un investissement de 34,3 millions de dollars sur trois ans (prenant fin en mars 2014), qui sera affecté au soutien du réapprovisionnement de la RNA (dont le partage des coûts est à proportion de 60 % provenant du gouvernement fédéral et de 40 % des provinces et des territoires) afin d'aider les provinces et les territoires à maintenir une réserve d'antiviraux suffisante pour un maximum de 17,5 % de la population PT.

COMMUNICATIONS

Dans le rapport Réponse de l'Agence de la santé publique du Canada à la pandémie de grippe H1N1, publié en décembre 2009, on reconnaît que les années de planification en prévision d'une pandémie ont permis au gouvernement du Canada de mettre en œuvre une intervention efficace, de façon générale. Notre mobilisation rapide et notre réponse efficace contre l'éclosion de la grippe H1N1 mettent en évidence les progrès réalisés depuis l'éclosion de SRAS en 2003.

Le gouvernement du Canada prend déjà les mesures appropriées pour appliquer les leçons retenues de cette expérience et améliorer ses capacités de communication avec les intervenants en cas de pandémie. Diverses activités ont été entreprises, notamment :

- La mise en œuvre des outils et des mécanismes nécessaires pour permettre un partage plus efficace de l'information afin de répondre aux questions et aux préoccupations des intervenants
- L'évaluation des stratégies actuelles pour renforcer la capacité de communication en ligne
- L'examen général du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (PCLPI)
- La participation aux initiatives entreprises par l'intermédiaire du Groupe d'action sur la protection de la santé mondiale (GAPSM) pour élaborer des stratégies de communication des risques et de l'incertitude pendant chaque phase d'un événement de santé publique, y compris une grippe pandémique

Nous poursuivons les travaux avec nos partenaires, y compris les provinces et les territoires, pour faire en sorte que les Canadiens soient bien informés sur les meilleures façons de se protéger et de protéger leur famille, et pour nous assurer qu'ils disposent d'un accès rapide à un vaccin sécuritaire et efficace, en cas de pandémie.

PLAN CANADIEN DE LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE D'INFLUENZA DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

La réponse du Canada face à la pandémie de H1N1 était orientée par le PCLPI.

Le PCLPI, publié d'abord en 2004, puis à nouveau en 2006, fournissait un cadre national en matière de préparation et d'intervention en cas de pandémie grippale et était axé sur le secteur de la santé. Il découle d'un effort de collaboration des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Le plan indique les rôles et les responsabilités de tous les ordres de gouvernement en vue d'une intervention cohérente et coordonnée en cas de pandémie grippale. Le PCLPI est un document évolutif destiné à changer à mesure que de nouvelles données sont connues. L'objectif est de réduire au minimum, de façon générale, les maladies graves, le nombre de décès et la perturbation sociale chez les Canadiens pendant une pandémie.

Le PCLPI est en cours d'évaluation et de révision. L'expérience et les connaissances acquises pendant la pandémie de grippe H1N1 et de nouvelles recherches et données scientifiques seront utilisées pour améliorer le plan afin de mieux orienter les futurs efforts de planification et d'intervention en cas de pandémie.

Don, prêt, ou vente à l'échelle internationale
cadre d'évaluation



Un besoin mondial est signalé
(OMS, ONU, PAYS)

Demande reçue

ÉVALUATION DES POLITIQUES PRÉLIMINAIRES

Exemples de facteurs à prendre en considération :

- Confirmer la demande directement auprès du pays / de l'organisme demandeur
- Confirmer les détails (p. ex. type de produit, quantité, délai/urgence, besoin, plan de distribution, volonté d'indemniser, autres partenaires qui seraient peut-être en mesure de répondre au besoin)
- Évaluer d'autres façons de répondre au besoin (p. ex. OMS, ONU, autres gouvernements donateurs)
- Relations extérieures (au besoin, vérifier auprès du MAECI/BCP, de la PHAC, de l'ACDI) Est-ce que l'ASPC est l'organisation compétente pour répondre à la demande (autrement dit, est-ce qu'un autre ministère ou organisme fédéral/provincial ne conviendrait pas mieux)?

Si c'est une importante crise de santé publique ou un partenaire clé (R.-U., É.U., etc.), avertir à l'avance l'ACSPP le SM délégué, le Cabinet du ministre, les Communications de l'ASPC, le BCP, le domaine de programme concerné

Communiquer la réponse au demandeur

NON

POURSUIVRE L'ÉVALUATION

Communiquer avec le domaine de programme concerné

ANALYSE TECHNIQUE/OPÉRATIONNELLE

Exemples de facteurs à prendre en considération :

- Est-ce que l'ASPC a les fournitures demandées?
- Est-ce que l'ASPC en a dans les quantités demandées?
- Spécifications des fournitures/produits disponibles
- Quelle incidence aurait le don, la vente ou le prêt sur la capacité de et d'intervention au pays? Est-ce que les incidences ou préparation les risques peuvent être réduits?
- Dans combien de temps les fournitures pourraient-elles être prêtes?

SI POSSIBLE, POURSUIVRE L'ÉVALUATION

ANALYSE JURIDIQUE / RÉGLEMENTAIRE / FINANCIÈRE / DE LA GESTION DES BIENS ET DU MATÉRIEL

Exemples de facteurs à prendre en considération :

- Quels sont les risques juridiques (p. ex. responsabilité)?
- Est-ce que l'ASPC doit conclure une entente du fabricant pour faire un don?
- Est-ce que l'ASPC détient le titre du produit?
- Est-ce que le produit peut être exporté?
- Comment la demande se conforme-t-elle aux lois/règlements/lignes directrices du GC?

SI POSSIBLE, POURSUIVRE L'ÉVALUATION

ANALYSE DES RELATIONS EXTÉRIEURES/BESOINS MONDIAUX

Consulter (au besoin) : le MAECI, l'ACDI, le BCP, l'ONU, l'OMS, les gouvernements donateurs

Exemples de facteurs à prendre en considération :

- Est-ce que la communauté internationale coordonne des interventions?
- Est-ce que d'autres gouvernements donateurs offrent des fournitures?
- Est-ce conforme aux politiques étrangères et en matière de développement?

Communiquer la décision

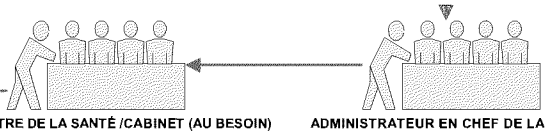
SI NON

REGROUPER L'INFORMATON

ANALYSE COMPLÈTE DES POLITIQUES

- Regrouper les analyses techniques, juridiques, réglementaires, financières, et des politiques étrangères
- Effectuer une évaluation des communications
- Faire une recommandation

FOURNIR DE L'INFORMATION ET FAIRE UNE RECOMMANDATION AUX FINS DE DÉCISION



MINISTRE DE LA SANTÉ /CABINET (AU BESOIN) **ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA / SOUS-MINISTRE DÉLÉGUÉ**

AV2020000020

Politique de l'Agence de la santé publique du Canada
sur le don, le prêt et la vente de fournitures de l'ASPC
à des gouvernements étrangers et des organisations internationales de la santé
et la fourniture d'approvisionnements de l'ASPC
au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international

1. Date d'entrée en vigueur

1.1. La présente Politique entre en vigueur le 20 decembre 2011

2. Date d'adoption par le Comité exécutif le 20 decembre 2011.

3. Énoncé de politique

3.1. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) utilisera un cadre responsable, transparent et disponible en temps opportun pour gérer les demandes de fournitures de l'ASPC soumises par des gouvernements étrangers et des organismes de santé internationaux ainsi que par le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI). La Politique décrit le cadre décisionnel pour le don, le prêt ou la vente de fournitures de l'ASPC. Étant donné que l'ASPC n'est pas un organisme d'aide international, la distribution de fournitures relève de l'exception plutôt que de la règle et doit se faire conformément aux lois, aux directives et aux règlements du gouvernement fédéral.

4. Contexte

4.1. Pendant la pandémie de grippe H1N1 (2009), le Canada a reçu de nombreuses demandes multilatérales et bilatérales d'aide, notamment pour des fournitures comme de l'équipement médical et des médicaments essentiels (p. ex. vaccins et antiviraux). La grippe H1N1 et d'autres catastrophes humanitaires internationales à l'égard desquelles l'Agence de la santé publique du Canada est intervenue ont montré qu'il fallait adopter en temps opportun un cadre, transparent et responsable de gestion de ces demandes. Des fournitures de l'ASPC ont également été offertes au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international pour le personnel du gouvernement du Canada travaillant à l'étranger pendant la période qui a suivi le tsunami et l'incident nucléaire (Fukushima) de 2011 au Japon.

4.2. Les dons en argent du gouvernement du Canada sont la façon la plus efficace d'offrir du soutien, puisque le don, le prêt ou la vente de fournitures à l'échelle internationale peuvent être extrêmement complexes et présenter des difficultés sur les plans de la chaîne d'approvisionnement, réglementaire, juridique, administratif et opérationnel.

4.3. Toutefois, dans des circonstances exceptionnelles, un don, un prêt ou la vente de fournitures de l'ASPC à un gouvernement étranger ou à une organisation internationale de la santé peuvent être envisagés, par exemple quand les fournitures ne peuvent pas être achetées sur le marché ouvert en temps opportun ou dans les cas où le fait de réduire la propagation de maladies

infectieuses à l'extérieur du Canada contribue à protéger et à promouvoir la santé des Canadiens.

4.4. La distribution des fournitures de l'ASPC – y compris celles qui se trouvent dans le Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) – par le gouvernement du Canada à un gouvernement étranger, à un organisme de la santé international ou au MAECI est une décision qui doit reposer sur une politique.

5. Portée

5.1. La présente Politique s'applique au don, au prêt ou à la vente de fournitures de l'ASPC à des gouvernements étrangers ou à des organisations internationales de la santé dans des circonstances exceptionnelles.

5.2. La Politique s'appliquer aussi à la fourniture de produits de l'ASPC au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international.

5.3. La présente Politique ne s'applique pas à la prestation d'une aide financière aux gouvernements étrangers ou aux organisations internationales de la santé.

5.4. La présente Politique ne s'applique pas aux déploiements de fournitures à l'échelle nationale.

6. Définitions

6.1. On entend par « don » le transfert volontaire de la propriété sans égard à sa valeur;

6.2. On entend par « prêt » le droit d'utiliser des fournitures de l'ASPC pour une période limitée avec l'obligation de rendre ces fournitures et, si cela n'est pas possible, de les remplacer ou de fournir une compensation financière pour permettre leur remplacement.

6.3. On entend par « vente » le transfert volontaire d'une propriété en fonction de la valeur.

6.4. On entend par « fournitures de l'ASPC » des fournitures appartenant entièrement à Sa Majesté la Reine du chef du Canada et détenues exclusivement par l'Agence de la santé publique du Canada.

7. Principes

7.1. Avant de formuler des recommandations quelconques à l'intention de l'administrateur en chef de la santé publique quant au fait de savoir si un don, un prêt ou une vente de fournitures de l'ASPC est une réponse appropriée à la demande d'un gouvernement étranger ou d'une organisation internationale de la santé, l'ASPC évaluera le caractère approprié d'une aide en tenant compte, entre autres, des facteurs suivants :

a) il faut maintenir les mesures et la capacité d'intervention d'urgence en santé publique dont l'ASPC a besoin pour servir les Canadiens;

b) déterminer si un don, un prêt ou la vente est la façon la plus efficace et efficiente de répondre aux besoins mondiaux en santé publique et si l'ASPC est l'organisation la mieux placée pour offrir les fournitures;
c) déterminer si un don, un prêt ou une vente soutiennent les efforts multilatéraux, ne constituent pas un dédoublement et respectent les lignes directrices internationales (p. ex. *Principes et bonnes pratiques pour l'aide humanitaire*, *Principes directeurs de l'OMS applicables aux dons de médicaments*, *Principes directeurs de l'OMS applicables aux dons d'équipement médical*);
d) déterminer si un don, un prêt ou une vente respectent toutes les lois, directives, lignes directrices et politiques nationales applicables (p. ex. *Loi sur la gestion des finances publiques, Loi sur les biens de surplus de la Couronne*, *Loi sur les aliments et drogues* et *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus*);
e) déterminer si un don, un prêt ou une vente sont en accord les politiques d'aide étrangères et au développement du Canada; et
f) les conditions du don, du prêt ou de la vente sont appropriées.

7.2. Avant de formuler des recommandations à l'intention de l'administrateur en chef de la santé publique quant au fait de mettre des fournitures de l'ASPC à la disposition du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international, l'ASPC évaluera la pertinence de la demande et tiendra compte des facteurs ci-dessus (7.1). L'ASPC demandera un remboursement pour les fournitures données, au besoin, en fonction de l'entente conclue.

8. Rôles et responsabilités

8.1. Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence est responsable de :
a) gérer et administrer cette politique et servir de guichet unique pour toutes les demandes;
b) coordonner le processus de prise de décision et compiler les évaluations (techniques, juridiques, financières, etc.) des secteurs liés aux programmes, aux politiques et aux affaires ministérielles au sein de l'Agence;
c) passer des marchés et s'occuper des questions liées à la gestion financière pour les fournitures gérées par le SRNU;
d) gérer les aspects opérationnels liés à un don, un prêt et une vente, notamment l'expédition, la manutention et l'établissement d'une liaison avec une société de transport et coordonner les documents d'exportation/importation requis;
e) fournir une évaluation de l'incidence potentielle d'un don, d'un prêt ou d'une vente à l'étranger sur la capacité d'intervention à l'échelle nationale.
f) présenter des demandes après la distribution des fournitures de l'ASPC et le rapport annuel à l'administrateur en chef de la santé publique (conformément à 10.1).

8.2. La Direction de la politique stratégique et des affaires internationales est responsable de :
   a) la communication avec les gouvernements étrangers ou organisations internationales;
   b) la coordination avec d'autres ministères et organismes centraux relativement à l'évaluation des demandes, notamment le Bureau du Conseil privé, le Secrétariat du Conseil du Trésor, le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et l'Agence canadienne de développement international;
   c) effectuer une analyse stratégique et formuler des recommandations pour appuyer la prise de décision.

8.3. Les Services juridiques, le Bureau du dirigeant principal des finances et la Direction des services et de l'administration centrale sont responsables de fournir une analyse et des recommandations juridiques, financières et relativement à la passation de marché.

8.4. D'autres domaines de programme, au besoin, fourniront de l'information technique et des évaluations opérationnelles pour les fournitures de l'ASPC gérées en leur sein.

8.5. Les décisions relatives au don, au prêt ou à la vente de fournitures de l'ASPC à l'échelle internationale ou pour leur prestation au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international devront être prises conformément aux lois appropriées et aux directives et politiques du gouvernement du Canada. Toute décision de ce genre doit être prise par l'administrateur en chef de la santé publique, et le ministre de la Santé sera consulté quand les lois ou politiques l'exigent ou quand l'administrateur en chef de la santé publique juge que cela est approprié. Le Cabinet pourrait aussi devoir prendre une décision.

9. Administration

9.1. Quand le Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé (COUPS) est activé, la Politique continue de s'appliquer. Les acteurs de la Structure de gestion des incidents et les responsables compétents des politiques et des programmes de l'ASPC devraient travailler ensemble pour échanger de l'information et coordonner les décisions et les mesures.

10. Surveillance, établissement de rapports et évaluation du rendement

10.1. Un examen postérieur des répercussions de toute fourniture de produits par l'ASPC devra aussi être réalisé.

10.2. Deux mois après la fin de chaque exercice, un rapport sera présenté à l'administrateur en chef de la santé publique, au sujet des demandes reçues, des évaluations réalisées et des examens postérieurs réalisés pendant l'exercice aux termes de la Politique.

11. Information générale

11.1. Pour obtenir davantage de renseignements au sujet de la présente Politique, veuillez communiquer avec :

Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU)
Personne-ressource :

Bureau des services d'interventions d'urgence, CMIU, Direction générale des affaires organisationnelles et de la gestion des urgences (DGAOGU), Agence de la santé publique du Canada

Direction de la politique stratégique et des affaires internationales (DPSAI)
Personne-ressource :

Unité des opérations internationales, Division des affaires internationales, DPSAI, ASPC

ANNEXE A : liste des lois, des règlements et des lignes directrices connexes (*non exhaustive*)

Documents nationaux

- *Loi sur la gestion des finances publiques*
- *Loi sur les biens de surplus de la Couronne*
- Directive du SCT sur l'aliénation du matériel en surplus
- *Loi sur les licences d'exportation et d'importation* (article sur les produits et les biens contrôlés)
- *Loi sur les aliments et drogues*
- Politique de gestion des biens de l'ASPC

Documents internationaux

- Principes et bonnes pratiques pour l'aide humanitaire
- Principes directeurs applicables aux dons d'équipement médical de l'Organisation mondiale de la santé
- Principes directeurs applicables aux dons de médicaments de l'Organisation mondiale de la santé

Date : 20 janvier 2012

NOTE POUR LA PÉRIODE DE QUESTIONS Classification : ASPC PROTÉGÉ

CONSEILS À LA MINISTRE

SUBJECT – SUJET

Français :

EFFICACITÉ DES MÉDICAMENTS ANTIVIRAUX

SYNOPSIS – SOMMAIRE

Français :

Le 18 janvier 2012, la Cochrane Collaboration a publié une étude scientifique mise à jour sur les données provenant d'essais cliniques comparatifs randomisés (ECR) au sujet d'inhibiteurs de la neuraminidase pour la prévention et le traitement de la grippe chez les adultes et les enfants en santé, laquelle étude remet en question l'efficacité clinique des médicaments antiviraux oseltamivir (Tamiflu[MD]) et zanamivir (Relenza[MD]) pour le traitement d'une infection à la grippe saisonnière.

ANTICIPATED QUESTION – QUESTION PRÉVUE

Français :

Pourquoi le gouvernement fédéral dépense-t-il des millions de dollars pour stocker des médicaments antiviraux devant être utilisés contre la grippe pandémique alors que des études soulèvent des préoccupations concernant leur efficacité?

KEY MESSAGES – MESSAGES CLÉS

Français :

Le gouvernement du Canada s'engage à protéger la santé et la sécurité des Canadiens et, pendant une pandémie grippale, les médicaments antiviraux sont essentiels pour traiter et prévenir la maladie jusqu'à ce qu'un vaccin devienne disponible.

Par conséquent, le stockage d'antiviraux est une composante importante du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza.

Nous poursuivons les travaux avec nos homologues provinciaux et territoriaux, ainsi que les experts internationaux, pour analyser toutes les données disponibles, y compris en ce qui concerne l'innocuité et l'efficacité des antiviraux.

SUPPLEMENTARY MESSAGES / MESSAGES SUPPLÉMENTAIRES

Français :

L'Agence de la santé publique du Canada a pris connaissance de la publication et l'examine attentivement.

BACKGROUND – CONTEXTE

Le 18 janvier 2012, la Cochrane Collaboration a publié l'examen scientifique mis à jour sur les données provenant d'essais cliniques comparatifs randomisés (ECR) intitulé *Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children* (Utilisation d'inhibiteurs de la neuraminidase pour la prévention et le traitement de la grippe chez les adultes et les enfants en santé), qui remet en question l'efficacité clinique des médicaments antiviraux oseltamivir (Tamiflu[MD]) et zanamivir (Relenza[MD]) pour le traitement d'une infection à la grippe saisonnière.

Cette étude, qui constitue une mise à jour par rapport aux études effectuées antérieurement par la Cochrane collaboration en 1999, en 2006, en 2009 et en 2011 sur l'efficacité des antiviraux, ne présente pas de nouvelles données, mais remet en question la qualité et la disponibilité des données d'essais cliniques présentées aux organismes de réglementation à l'appui de l'autorisation de mise sur le marché de ces médicaments.

En ce qui concerne l'efficacité clinique des antiviraux pour le traitement de la grippe saisonnière chez les adultes et les enfants en santé, les auteurs mentionnent qu'il existe des données probantes selon lesquelles le traitement aux antiviraux permettrait d'écourter la durée des symptômes de la grippe d'environ une journée, mais il n'y a pas suffisamment de données probantes selon lesquelles le traitement réduirait les complications les plus graves de l'infection grippale (pneumonie, hospitalisation, décès). Les auteurs indiquent également le potentiel d'effets indésirables associés à l'utilisation d'antiviraux, en particulier la nausée ou les vomissements dans le cas du Tamiflu (oseltamivir) et possiblement de l'asthme dans le cas du Relenza (zanamivir), lesquels sont tous mentionnés dans les monographies de produit canadiennes en ce qui concerne ces médicaments.

Cette étude de la Cochrane Collaboration s'est limitée à l'examen de données provenant d'ECR quant à l'efficacité de médicaments antiviraux pour le traitement de la grippe saisonnière et n'a pas tenu compte des données probantes soutenant l'efficacité clinique des antigrippaux pour traiter la grippe pandémique, y compris la pandémie du virus grippal H1N1 de 2009. Les données probantes produites à partir de l'utilisation réelle d'antiviraux, y compris l'utilisation pendant la pandémie de grippe H1N1 de 2009, ont été en grande partie présentées sous forme d'études d'observation dans lesquelles il n'y a ni randomisation des traitements ni groupe-témoin n'ayant pas reçu de traitement. Étant donné que les antiviraux constituent maintenant la norme clinique de soins, il serait contraire à l'éthique d'effectuer des études faisant intervenir l'abstention de traitement (antiviraux) d'un patient malade aux fins d'études, en particulier pendant la pandémie de virus grippal H1N1, alors que les patients étaient gravement malades ou que leur infection grippale présentait un risque élevé d'entraîner des complications graves ou potentiellement mortelles.

Efficacité des médicaments antiviraux

Santé Canada effectue des études scientifiques rigoureuses et des essais pour évaluer la qualité, l'innocuité et l'efficacité de produits pharmaceutiques avant que leur utilisation soit approuvée pour le marché canadien.

Une étude complète des meilleures données probantes accessibles après l'éclosion du virus du H1N1 a conclu que :

- Il est démontré scientifiquement que les antiviraux sont efficaces pour la réduction des complications (la durée et la gravité de la maladie) et du nombre de décès liés à la grippe, lorsqu'ils sont administrés dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes.
- En outre, de nombreuses études canadiennes pendant et après la pandémie de grippe H1N1 ont soutenu l'efficacité d'antiviraux pour le traitement de complications graves reliées à la grippe en réduisant considérablement le nombre de personnes admises aux unités de soins intensifs et le nombre de décès, si les antiviraux sont pris en début de maladie.

Après la pandémie de grippe H1N1, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a commandé l'examen systématique des études d'observation sur l'utilisation d'antiviraux, effectuées par un chercheur canadien de l'Université McMaster, afin d'orienter les directives sur l'utilisation d'interventions pharmacologiques (antiviraux) contre la grippe. Les conclusions de cet examen étaient que l'utilisation d'oseltamivir par voie orale et l'utilisation du zanamivir par inhalation peuvent présenter un avantage par rapport à l'absence de traitement quant aux résultats comme la durée des symptômes, l'hospitalisation ou le décès chez certains groupes de patients. Cet examen systématique devrait être publié dans une publication à comité de lecture (la date n'est pas connue). Cette information a été présentée aux experts de l'OMS en juin 2011, qui appuyaient une recommandation sur l'utilisation d'antiviraux pour réduire les complications associées à l'infection grippale, en particulier chez les groupes à risque élevé. L'OMS procède actuellement à la mise à jour de ses directives sur les antiviraux afin de tenir compte de cette nouvelle information.

Depuis le début de la saison grippale de 2011-2012, le Laboratoire national de microbiologie a effectué des tests sur 89 virus grippaux (35 A/H3N2, 19 A/H1N1 et 35 B) pour déterminer leur résistance à
l'oseltamivir et au zanamivir, et l'on a conclu que 79 virus étaient sensibles à l'oseltamivir et au zanamivir.

Réserves d'antiviraux

Les médicaments antiviraux constituent un aspect clé de la planification en cas de grippe pandémique, car ils sont la seule intervention pharmaceutique accessible pendant la première intervention en cas de pandémie jusqu'à ce que les vaccins soient rendus accessibles. En 2004, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) ont collaboré pour établir des réserves nationales destinées à assurer un accès équitable aux médicaments antiviraux pour tous les Canadiens en cas de pandémie grippale.

Le gouvernement du Canada (GC) a soutenu les provinces et les territoires (PT) dans l'établissement de la Réserve nationale d'antiviraux (RNA), laquelle consiste en [redacted] de doses de médicaments antiviraux [redacted], une quantité suffisante pour traiter les Canadiens malades en cas de pandémie grippale (que l'on estime à [redacted] de la population). Les coûts liés à la réserve sont partagés entre les gouvernements FPT (60 % au gouvernement fédéral, 40 % aux provinces et aux territoires) et elle est gérée par les gouvernements PT.

Une deuxième réserve nationale d'antiviraux, financée entièrement par le gouvernement fédéral, est détenue dans la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) et est destinée à fournir une capacité d'intensification aux provinces et aux territoires. La RNSU détient actuellement [redacted] de doses de médicaments antiviraux de [redacted]

Le Conseil du Trésor a approuvé un investissement de 34,3 millions de dollars sur trois ans (prenant fin en mars 2014), qui sera affecté au soutien du réapprovisionnement de la RNA (dont le partage des coûts est à proportion de 60 % pour le gouvernement fédéral et de 40 % pour les provinces et les territoires) afin d'aider les provinces et les territoires à maintenir une réserve d'antiviraux suffisante pour un maximum de 17,5 % de la population PT.

Dans la mise à jour de ses recommandations, le Groupe consultatif scientifique sur les antiviraux (GCSA) indique que la taille de la réserve doit être suffisante pour traiter 17,5 % de la population canadienne dans un scénario de pandémie de gravité modérée, et qu'elle puisse être augmentée de 7,5 % pour traiter 25 % de la population canadienne dans un scénario de pandémie de gravité élevée. Cette étude scientifique soutient les recommandations antérieurement formulées, comme il est indiqué dans le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*.

L'ASPC, en collaboration avec le Conseil du Réseau pancanadien de santé publique (CRPSP), prend part à une étude permanente sur la taille et la composition de la RNA, y compris l'examen des nouvelles données scientifiques à mesure qu'elles évoluent. On envisage également des stratégies en vue d'assurer un accès équitable aux antiviraux pour tous les Canadiens, de la façon la plus durable et rentable qui soit.

Les gouvernements du monde entier, y compris les États-Unis, le Royaume-Uni et le Japon, continuent de soutenir le stockage d'antiviraux pour le traitement de la grippe pandémique.

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Docket Number/Numéro du dossier
11-123285-310

Routing Slip / Bordereau d'envoi

☐ Minister/Ministre ☑ CPHO/ACSP ☐ Associate DM/SM déléguée ☐ SADM/SMAP

PHAC Tracking/Docket Management/Suivi de l'ASPC/Gestion des dossiers

Correspondence- Briefing/ [redacted] 9/1/12
Correspondance -Section de l'information [redacted] 9/2/12

Approval/Approuvé [redacted] Feb 9/12

Program Contact/ Responsable de programme [redacted]	Date	Tel:
Executive Director/ Directeur executif [redacted]	Date	[redacted]
Director General/ Directeur général	Date Feb 8	[redacted]

Cleared With / Avec l'accord de (if applicable/s'il y a lieu)

☑ Communications		Date
☐ Finance/Finances		Date
☐ HR/RH [redacted]		Date
☐ SPD /DPS		Date
☐ Others/Autres		Date

Approved/Noted - Approuvé/Noté

☑ [redacted] FEB 1 8 2012 Date [redacted]

☑ [redacted] Date [redacted]

☐ [redacted] Date [redacted]

☐ [redacted] Infectious Disease Prevention and Control / Prévention et contrôle des maladies infectieuses Date [redacted]

☐ [redacted] Health Promotion and Chronic Disease Prevention/ Promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques Date [redacted]

[redacted] Emergency Management &Corporate Affairs/ Affaires organisationnelles et gestion des urgences Date [redacted]

Public Health Agency of Canada | **Agence de la santé** publique du Canada

POUR AGRÉMENT

Your file *Votre référence*
11-123285310
Our file *Notre référence*

MÉMOIRE À [redacted]

Évaluation du Système de la réserve nationale d'urgence

RÉSUMÉ

- Le Rapport d'évaluation du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) (annexe A) et la Réponse de la direction et plan d'action (RDPA) (annexe B) ont été présentés au Comité d'évaluation de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en mars 2011. Depuis, le rapport a été révisé afin d'aborder les points soulevés lors de cette réunion. Le processus d'approbation a été retardé en raison d'autres priorités de l'ASPC.

- Le Rapport d'évaluation recommande de considérer l'élimination des fournitures destinées aux services sociaux des biens du SRNU, d'établir une stratégie pour éliminer les fournitures périmées, de déterminer le rôle international approprié pour le SRNU et de communiquer clairement les rôles et responsabilités de l'APSC à l'égard du déploiement des fournitures du SRNU

- Nous vous demandons d'approuver le rapport d'évaluation du SRNU et la RDPA qui l'accompagne, y compris la note aux lecteurs, en signant sous le bloc « Je suis d'accord » du présent mémoire.

- Un mémoire distinct a été préparé (SGCHD n° 11-123287-365). Il informe la ministre que le rapport d'évaluation du SRNU et la RDPA seront affichés, dans les deux langues officielles, sur le site Web de l'ASPC en avril 2012.

CONTEXTE :

L'évaluation du SRNU a été amorcée pour donner suite à une recommandation du *Rapport de vérification – Mesures et interventions d'urgence*, publié par l'ASPC en 2010. Il visait à comprendre la mesure dans laquelle le programme SRNU demeurait pertinent et à fournir des orientations sur la façon de le restructurer et de le perfectionner. Ce travail a également permis d'examiner les défis auxquels le SRNU fait face et d'étudier comment d'autres administrations gèrent leurs réserves de matériel de santé publique.

.../2

Canada

CONSIDÉRATIONS :

L'une des principales recommandations de l'évaluation concerne les fournitures qui s'inscrivent dans le mandat actuel de l'ASPC. L'Agence doit conserver en réserve les articles suivants pour assurer la capacité d'appoint des provinces et des territoires : fournitures pour la préparation en cas de pandémie; fournitures médicales et pharmaceutiques pour les rassemblements de masse prévus d'importance nationale et pour les catastrophes naturelles ou d'origine humaine inattendues; mesures de protection contre le risque d'incident chimique, biologique et radionucléaire. L'évaluation recommande également que l'ASPC considère l'élimination des fournitures destinées aux services sociaux dans la réserve, car certaines provinces et certains territoires ont surtout recours à des organismes non gouvernementaux pour ces fournitures en cas d'urgence.

En réponse au Rapport de vérification – Mesures et interventions d'urgence de 2010 et à la présente évaluation du SRNU, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence progresse dans l'élaboration d'un nouveau mandat, d'une nouvelle mission et d'une nouvelle vision en vue d'une réserve nationale stratégique efficace qui protège et améliore la santé et la sécurité de tous les Canadiens. Le SRNU répondra à quatre objectifs stratégiques : 1) assurer un état de préparation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7; 2) fournir/assurer l'accès à des biens stratégiques fondé sur des données probantes, en fonction des risques; 3) assurer un prédéploiement efficace par l'entremise de sites stratégiques déterminés; 4) assurer l'efficacité par rapport aux coûts grâce à des pratiques modernes de gestion de la réserve.

Le rapport recommande également des considérations précises relatives au SRNU dans la discussion plus vaste de l'ASPC quant à son rôle international. Voici les éléments livrables pour cette recommandation : des consultations avec d'autres ministères; une politique et une structure de prise de décision de l'ASPC pour les dons internationaux; l'élaboration de procédures opérationnelles normalisées pour évaluer les demandes internationales et l'enquête sur les autorisations permanentes pour l'intervention en cas d'événements internationaux de santé publique.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU PORTEFEUILLE :

Santé Canada a participé à une enquête auprès d'autres ministères pour le présent projet et est informé de la recommandation qui propose d'éliminer la réserve de fournitures destinées aux services sociaux. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a recommandé un plan de transition, avec des mesures de protection appropriées, pour assurer que la responsabilité pour ces types de fournitures est clairement définie et acceptée par les provinces, les territoires et les fournisseurs non gouvernementaux.

Page: 63 of/de 1,041
AV2020000020

BESOINS EN COMMUNICATIONS :

Les risques liés à la communication pour le rapport d'évaluation et la RDPA ont été évalués avant leur diffusion publique (annexe C). Le personnel des relations avec les médias sera prêt avec une approche adaptée à toute demande de renseignements des médias.

RECOMMANDATION :

Il est recommandé que vous approuviez le rapport d'évaluation du SRNU et la RDPA en signant sous le bloc « Je suis d'accord ».

[redacted]

Je suis d'accord

[redacted]

10 FÉV 2012

Date

SGCHD nº 11-123285-310

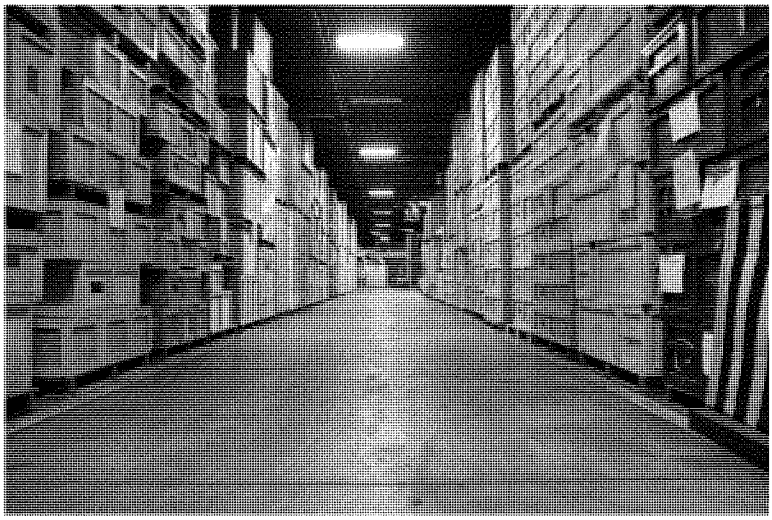
Responsable : [redacted]
Téléphone : [redacted]

Pièces jointes
Annexe A – Rapport d'évaluation du Système de la réserve nationale d'urgence
Annexe B – Note aux lecteurs et RDPA relativement au système de la réserve nationale d'urgence
Annexe C – Évaluation des communications

cc [redacted]

Public Health

ÉVALUATION DU SYSTÈME DE LA RÉSERVE NATIONALE D'URGENCE (SRNU)



Auteur : ***Services d'évaluation***

Agence de la santé publique du Canada

avril 2011

Table of contents

Liste des acronymes ..... **Error! Bookmark not defined.**

1. Introduction ..... **Error! Bookmark not defined.**

1.1 But et portée de l'évaluation ..... **Error! Bookmark not defined.**
1.2 Méthodologie ..... **Error! Bookmark not defined.**

2. Contexte ..... **Error! Bookmark not defined.**

2.1 Qu'est-ce que le SRNU? ..... **Error! Bookmark not defined.**
2.2 Historique du SRNU ..... **Error! Bookmark not defined.**
2.3 Déploiement des fournitures du SRNU ..... **Error! Bookmark not defined.**

3. Résultats ..... **Error! Bookmark not defined.**

3.1 Rôle à l'échelle nationale ..... **Error! Bookmark not defined.**
3.2 Rôle à l'échelle internationale ..... **Error! Bookmark not defined.**

4. Résumé et recommandations ..... **Error! Bookmark not defined.**

Annnexe A : Éléments du SRNU ..... **Error! Bookmark not defined.**

Annnexe B : Contexte, rôles et responsabilités actuels..... **Error! Bookmark not defined.**

Annnexe C : Points à examiner – Gestion du cycle de vie .. **Error! Bookmark not defined.**

Annnexe D : Changements apportés au cadre législatif..... **Error! Bookmark not defined.**

Annnexe E : Études de cas au Canada ..... **Error! Bookmark not defined.**

Annnexe F : Études de cas à l'étranger ..... **Error! Bookmark not defined.**

Annexe G Annexe technique ..... **Error! Bookmark not defined.**

Acronymes

AAP	Architecture des activités de programme
ACDI	Agence canadienne de développement international
ACT	Action by Churches Together
AHMAC	Australian Health Ministers' Advisory Council
AHPC	Australian Health Protection Committee
ARCS	Croix-Rouge d'Australie
BSU	Bureau des services d'urgence
CBRN	Chimique, biologique et radionucléaire
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDRGUS	Conseil des directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires
CDSSU	Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence
CSA	Centres de soins avancés
DHA	Department of Health and Ageing
DHHS	Department of Health and Human Services
DCMM	Dépôt central de matériel médical
DPCPU	Direction de la protection civile et de la planification d'urgence
DSNS	Division of Strategic National Stockpile
EAT	Examen d'assistance technique
EICC	Équipe d'intervention en cas de catastrophe
EPI	Équipement de protection individuel
FC	Forces canadiennes
FPT	Fédéral, provincial et territorial
GEMIU	Groupe d'experts en mesures et intervention d'urgence
GHSAG	Groupe d'action mondial pour la sécurité sanitaire
GSF	Gestion des stocks par un fournisseur

Page: 67 of/de 1,041
AV2020000020

GTRDA	Groupe de travail sur la réserve durable d'antiviraux
HEMB	Health Emergency Management Branch
MAE	Ministère des Affaires étrangères
MDN	Ministère de la Défense nationale
NCA	Norwegian Church Aid
NOREPS	système norvégien de préparation en cas d'urgence
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PE	Protocole d'entente
PHEP	Public Health and Emergency Preparedness
PNAIAPI	Plan nord-américain contre l'influenza aviaire et la pandémie d'influenza
PSF	Postes sanitaires fédéraux
RNA	Réserve nationale d'antiviraux
RPSP	Réseau pancanadien de santé publique
RSI	Règlement sanitaire international
SNS	Strategic National Stockpile
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SRNU	Système de la réserve nationale d'urgence
SSAG	Stockpile System Advance Group
SSFC	Services de santé des Forces canadiennes
UNHRD	entrepôt du Programme d'assistance humanitaire des Nations Unies
URV	Unité de regroupement des victimes
VA	Veterans Affairs

Page: 68 of/de 1,041
AV2020000020

Résumé

Le présent rapport expose les constatations de l'évaluation du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) effectuée par les Services d'évaluation de l'Agence de la santé publique du Canada.

Description du programme

La Réserve nationale de secours est constituée de 11 entrepôts et de 1 300 centres d'approvisionnement pré-établis contenant des fournitures et de l'équipement médicaux, des produits pharmaceutiques et des fournitures destinées à la prestation de services sociaux. Il y a également des « modules », comme des unités de regroupement des victimes et des mini-cliniques, ainsi que des « trousses », comme celles des centres d'accueil. La valeur estimative des fournitures du SRNU est de 300 millions de dollars.

Le programme du SRNU remet des fournitures d'urgence aux provinces et aux territoires qui en font la demande. Grâce à l'existence de cette « capacité d'appoint », ces administrations peuvent s'adresser à l'Agence de la santé publique pour avoir accès à des fournitures d'urgence du SRNU lorsqu'elles ont épuisé les leurs.

Les fournitures du SRNU servent à la prestation de services médicaux essentiels en cas de catastrophes naturelles ou d'origine humaine, comme des attaques terroristes, des éclosions mondiales de maladies (notamment une pandémie), des inondations, des incendies ou des tremblements de terre. Il a servi lors d'incidents divers, au pays ou ailleurs dans le monde. Depuis 25 ans, il a été déployé pour 128 incidents au Canada, et au moins 22 à l'étranger.

Depuis la création du programme du SNRU, il y a près de 60 ans, le contexte a beaucoup changé pour ce qui est de la gestion des situations d'urgence au Canada. Pensons aux menaces pour la santé publique des plus diverses qui sont apparues au 21e siècle. À ses débuts dans les années 1950, le programme devait assurer la prestation de services médicaux et sociaux en cas de catastrophe nucléaire. Peu après (dans les années 1960), s'est ajoutée l'aide aux mesures déployées lors de catastrophes naturelles. Ce mandat est resté inchangé jusqu'aux attentats du 11 septembre 2001, où les menaces chimiques, biologiques et radionucléaires et la nécessité de les contrer, notamment en constituant des réserves, retenaient d'avantage l'attention. En 2003-2004, l'éclosion de SRAS a déclenché l'adoption de mesures en prévision d'une autre menace de portée mondiale, la pandémie de grippe. La constitution subséquente d'une importante réserve de matériel de lutte antipandémique pour le SRNU comptait parmi ces mesures.

Tous ces changements ont donné lieu depuis dix ans à maints examens et maintes vérifications, ainsi qu'à des rapports d'études sur le « renouvellement » du programme du SRNU, dont les constatations et recommandations allaient souvent dans le même sens. Citons à cet égard une recommandation du Rapport de vérification – Mesures et interventions d'urgence, publié en 2010 :

> « Le mandat du 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[1]. »

Page: 69 of/de 1,041
AV2020000020

But et méthodologie de l'évaluation

L'évaluation du SRNU donne suite à la recommandation voulant que la pertinence du programme soit évaluée, laquelle recommandation était contenue dans le *Rapport de vérification – Mesures et interventions d'urgence*, publié par l'Agence de la santé publique en 2010.

Il s'agit de voir à quel point le SRNU demeure pertinent et de fournir des orientations sur la façon de restructurer et de perfectionner ce programme. L'évaluation concerne la portée du programme et la mesure dans laquelle il cadre avec les rôles et les responsabilités de l'Agence, ainsi qu'avec les priorités de cet organisme et celles du gouvernement fédéral. Ce travail a également permis d'examiner les défis auxquels le SRNU fait face et d'étudier comment d'autres administrations gèrent leurs réserves de matériel de santé publique.

L'information analysée a été puisée à plusieurs sources : en premier lieu, les documents internes consultés, notamment les vérifications et analyses précédentes du programme ainsi que les dossiers du SRNU et la correspondance et les communications en lien avec celui-ci; en deuxième lieu, les représentants d'autres organismes fédéraux ainsi que des provinces et territoires invités à formuler des commentaires; en dernier lieu, les cadres supérieurs et les experts externes, dont certains de l'étranger, intervenant dans la gestion de réserves de matériel de santé publique.

Constatations et recommandations

Le SRNU est à maints égards une police d'assurance. Comme d'autres catastrophes sont à prévoir, le Canada doit être prêt à y faire face. Une réserve de matériel de santé publique gérée par l'administration fédérale est donc un instrument manifestement nécessaire. Il faut toutefois bien définir et faire connaître quel doit en être le contenu.

Préciser le rôle national du SRNU

Un plan stratégique à long terme doit guider l'acquisition et la gestion des actifs, sur la base de l'évaluation des risques et du mandat de l'Agence. Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence doit donc examiner le rôle qui revient à l'Agence en ce qui concerne :

- la préparation à une pandémie et l'examen de la réserve d'antiviraux des entrepôts du SRNU, pour toute décision concernant la taille et la composition de la Réserve nationale d'antiviraux[A]

[A] L'Agence de la santé publique du Canada, en collaboration avec le Conseil du Réseau pancanadien de santé publique (RPSP), a entrepris de se doter d'une stratégie pour la constitution d'une réserve durable d'antiviraux.

Le premier élément de cette stratégie est l'examen scientifique de la taille et de la composition des réserves nationales d'antiviraux. Ce travail a été confié au Groupe consultatif scientifique sur les antiviraux (GCSA) de l'ASPC, composé d'experts du domaine des antiviraux, de la grippe et de la santé publique des diverses régions du pays. Le Groupe a utilisé les meilleures données scientifiques probantes publiées après la pandémie de grippe H1N1, des analyses coût-efficacité et des modèles mathématiques complexes. Ses recommandations les plus récentes seront présentées dans un rapport distinct. Elles éclaireront la prise de décisions concernant la taille et la composition des futures réserves nationales d'antiviraux.

Le deuxième élément de la stratégie est la logistique associée à l'acquisition des réserves d'antiviraux, à leur gestion et à l'actualisation de leur contenu. Ce travail a été confié au Groupe de travail sur la réserve durable d'antiviraux (GTRDA) qui relève de l'ASPC. Il favorisera l'adoption d'une stratégie à long terme de durabilité des réserves d'antiviraux, par la présentation d'options novatrices et d'un bon rapport coût-efficacité relativement à l'achat d'antiviraux et à la gestion des réserves.

Page: 70 of/de 1,041
AV2020000020

- l'offre d'une capacité d'appoint aux provinces et territoires dans les cas suivants : a) les rassemblements de masse planifiés d'importance nationale, comme les Jeux d'hiver à Vancouver, en 2010; b) la prestation de traitements médicaux ou pharmaceutiques lors d'événements imprévus, comme des catastrophes naturelles ou d'origine humaine
- la préparation en cas de menaces pour la sécurité nationale, notamment un incident chimique, biologique ou radionucléaire (en collaboration avec Santé Canada).

Bien qu'une intervention des services sociaux demeure essentielle lors d'incidents liés à la santé publique, la capacité des provinces et des territoires et des organisations non gouvernementales (comme la Croix-rouge canadienne et divers autres organismes d'intervention) d'aider à fournir ces fournitures à l'échelle locale a augmenté. D'autres pays, ainsi que des provinces et des territoires du Canada, travaillent déjà principalement avec des organisations non gouvernementales pour obtenir un soutien des services sociaux lors d'une situation d'urgence.

Les menaces et les conséquences de catastrophes locales restent présentes, mais l'Agence de la santé publique n'a pas nécessairement de rôle à jouer ou de responsabilités relativement à leur gestion.

RECOMMANDATION 1

Conserver une partie seulement de la combinaison actuelle de biens du SRNU. Au moment de planifier et de déterminer la future combinaison stratégique de biens, mettre l'accent sur le rôle approprié du secteur de la santé publique plutôt que sur le rôle social général des mesures d'urgence.

a) Conserver en réserve les articles suivants pour assurer la capacité d'appoint des provinces et des territoires :
- **fournitures pour la préparation en cas de pandémie**
- **fournitures médicales et pharmaceutiques pour les rassemblements de masse prévus d'importance nationale et pour les catastrophes naturelles ou d'origine humaine inattendues**
- **mesures de protection contre le risque d'incident chimique, biologique et radionucléaire (CBRN).**

b) Considérer l'élimination des fournitures destinées aux services sociaux des biens du SRNU tout en assurance leur disponibité.

Il faut tenir compte de la gestion de cycle de vie du matériel acheté et conservé – telle que les méthodes d'achat et d'entreposage du matériel (voir l'annexe C).

Élimination des fournitures

Les responsables du programme estiment que, dans bien des cas, les fournitures et l'équipement sont désuets ou ne sont plus conformes aux normes ou aux pratiques médicales en vigueur. Cet équipement pourrait donc être inutilisable ou faire appel à des technologies déphasées par rapport à la pratique médicale contemporaine.

Page: 71 of/de 1,041
AV2020000020

Les représentants des provinces et des territoires le savent. Leurs commentaires laissent entendre que cette situation mine leur confiance à l'égard de tout le matériel du SRNU. S'engager à éliminer les fournitures désuètes des entrepôts du SRNU serait pour l'Agence un moyen de regagner la confiance des provinces et des territoires en ce qui a trait au programme en général.

L'élimination des fournitures désuètes est une activité essentielle. Certaines ne sont plus conformes aux normes médicales en vigueur, ou ne sont plus jugées constituer un contenu stratégique ou approprié d'une réserve de l'Agence de la santé publique. Se débarrasser d'autant d'actifs pourrait s'avérer onéreux et long.

RECOMMANDATION 2

Établir et mettre en œuvre une stratégie de disposition pour les articles suivants, et s'assurer que les ressources nécessaires sont en place :

a) **l'équipement et les fournitures qui sont désuets, qui ne correspondent plus aux normes médicales en vigueur ou qui sont de mauvaise qualité (c.-à-d. hôpitaux d'urgence, unités de rassemblement des victimes, etc.)**

b) **les articles destinés aux services sociaux individuels (c.-à-d. lits pliants et couvertures) et les unités de services sociaux (c.-à-d. cuisines roulantes, trousses pour les centres d'accueil, etc.) (conditionnel à l'issue de la recommandation 1b).**

Favoriser une intervention intégrée

L'information concernant le SRNU n'est pas systématiquement communiquée au sein de l'administration fédérale et d'une administration à l'autre. Les provinces et territoires et les d'autres ministères fédéraux ont déploré qu'on ne s'entende pas sur la nature du programme et l'étendue de ses attributions actuelles, ainsi que sur son potentiel et ses liens avec les autres réserves de matériel de santé publique.

L'Agence doit se doter d'une stratégie pour clarifier les processus, confirmer ses responsabilités et mieux faire connaître la réserve, en veillant à ce que les organismes fédéraux et les administrations canadiennes échangent connaissances et expertises en matière de constitution de réserves. Ce faisant, elle rehaussera la confiance dans la réserve et permettra à ceux qui doivent y recourir de comprendre ce qui peut ou non être fourni.

Page: 72 of/de 1,041
AV2020000020

RECOMMANDATION 3

Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication concernant le rôle de l'Agence de la santé publique sur le plan de la constitution de réserves pour les interventions de santé publique et en assurer le suivi, en fonction des groupes suivants :

- **Autres ministères et organismes fédéraux**
- **Provinces et territoires, y compris les secteurs spécialisés :**
  - **utilisateurs finaux (professionnels de la santé)**
  - **spécialistes de la gestion de matériel**
  - **équipes chargées de la logistique.**

Tenir compte du rôle international de l'ASPC

Le déploiement de fournitures à l'échelle internationale n'est pas le principal objectif du SRNU, mais la réserve a été mise à contribution par le passé dans le cadre d'incidents survenus à l'étranger. Mais il n'existe pas de pouvoirs permanents autorisant le déploiement du matériel de la réserve à l'étranger, ni de processus ou de protocoles à cet égard.

RECOMMANDATION 4

Accorder une attention spéciale du SRNU au cours des discussions générales de l'Agence sur son rôle à l'échelle internationale.

S'il est déterminé que le SRNU peut servir à l'échelle internationale, l'Agence devrait, en planifiant ce genre de déploiement, consulter des représentants d'autres ministères fédéraux et établir des points de contact permanents avec ceux-ci, pour mieux se préparer à répondre à de futurs besoins.

Page: 73 of/de 1,041
AV2020000020

1. Introduction

1.1 But et portée de l'évaluation

L'évaluation du programme du SRNU donne suite à la recommandation voulant que la pertinence de ce programme soit évaluée. Cette recommandation était contenue dans le Rapport de vérification – Mesures et interventions d'urgence, publié par l'Agence de la santé publique du Canada en 2010.

Elle porte sur la pertinence contextuelle du programme, notamment sur les besoins, les rôles les priorités et les considérations, relativement au SRNU actuel, dans le cadre d'interventions à l'échelle nationale ou internationale. Elle s'intéresse à la mesure dans laquelle le programme cadre avec les rôles et les responsabilités de l'administration fédérale et de l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi qu'avec leurs priorités. Elle a également permis d'examiner les défis auxquels le programme fait face et d'étudier comment d'autres administrations gèrent les réserves de matériel de santé publique.

Éléments examinés

- Quels besoins le SRNU est-il destiné à combler? Ces besoins existent-ils toujours?
- Les besoins ont-ils changé avec le temps? Le programme s'est-il adapté à cette évolution des besoins? Y aurait-il d'autres changements à apporter?
- L'administration fédérale devrait-elle assurer la prestation des services fournis par le SRNU, pour l'ensemble de ses actifs ou par type d'actif?
- Le programme du SRNU cadre-t-il avec les mandats et les priorités stratégiques actuels de l'administration fédérale et de l'Agence de la santé publique du Canada?
- Quels sont les types d'actifs encore utiles pour l'accomplissement du mandat de l'Agence de la santé publique?
- Y a-t-il chevauchement ou dédoublement, ou complémentarité, dans la prestation de services?

Bien qu'il y ait eu une occasion d'examiner les modèles de déploiement nationaux et internationaux pour les biens du programme du SRNU, peu de données supplémentaires sur le rendement du programme étaient disponibles pour l'analyse. Par conséquent, le présent rapport porte principalement sur les questions de pertinence plutôt que de rendement.

Le présent rapport décrit le programme du SRNU, en fait l'historique et le situe dans son contexte actuel. Il évalue les liens, présente brièvement les défis et les possibilités et aboutit à quatre recommandations. Les annexes fournissent d'autres renseignements sur les fournitures du SRNU, le contexte et les rapports établis ainsi que des considérations relatives à une meilleure gestion du cycle de vie. Elles présentent aussi deux études de cas canadiennes et trois études de cas d'autres pays.

Les gestionnaires et le personnel devraient utiliser les constatations et les recommandations de l'évaluation pour faire leur planification et prendre des décisions dans le cadre de leur préparation à des incidents sanitaires survenant au pays, et, peut-être, ailleurs dans le monde.

La Réserve nationale d'antiviraux (RNA) est un instrument fédéral-provincial-territorial distinct du SRNU et n'était pas à ce titre visée par l'évaluation[B].

[B] La Réserve nationale d'antiviraux (RNA) a été constituée en 2004 pour assurer un accès équitable dans l'ensemble du pays à une source d'approvisionnement sûre en antiviraux en cas de pandémie de grippe. L'Agence de la santé publique du Canada appuie les provinces et les territoires en facilitant l'achat de ces antiviraux. La RNA est administrée par les provinces et les territoires. Les produits qu'elle contient sont conservés partout au pays, en

Page: 74 of/de 1,041
AV2020000020

1.2 Méthodologie

L'évaluation a été effectuée par la Direction des services d'évaluation, organisme de l'Agence de la santé publique n'intervenant pas dans le secteur de programme responsable de l'administration du programme du SRNU. L'information analysée dans le cadre de ce travail provenait de plusieurs sources :

- documents internes importants :
  - vérifications et examens antérieurs du programme
  - comptes rendus de décisions de réunions de divers comités internes
  - correspondance et communications en lien avec le programme
  - documents sur le déploiement des fournitures du SRNU
- questionnaire autoadministré fondé sur des questions ouvertes et commentaires de groupes de discussion composés de représentants provinciaux et territoriaux, par l'entremise du Conseil des directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires (CDGUS) ou du Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence (CDSSU) du Réseau de santé publique
- questionnaire autoadministré fondé principalement sur des questions ouvertes de représentants choisis d'autres ministères fédéraux
- entretiens avec des cadres et du personnel de l'Agence de la santé publique et d'autres ministères fédéraux et organisations non gouvernementales, ainsi qu'avec des experts externes en matière de gestion des urgences
- entretiens avec des spécialistes d'autres pays (Australie, Norvège et États-Unis) qui interviennent dans la gestion des réserves nationales de matériel de santé publique de leur pays.

L'utilisation de plusieurs éléments de preuves et de mesures qualitatives et quantitatives a permis d'analyser objectivement la pertinence et le rendement du programme du SRNU. Ce rapport d'évaluation a été rédigé de manière à ce que les cadres supérieurs et les lecteurs externes puissent cibler et comprendre rapidement les enjeux dont il est question. Pour présenter le contexte approprié au lecteur, il est essentiel de clairement exposer les limites de l'évaluation en matière de portée, de méthodes et de conclusions. (Pour obtenir une description détaillée de la méthodologie, voir l'annexe G).

Limitations

La plupart des évaluations sont confrontées à des contraintes qui peuvent avoir des conséquences sur la validité et la fiabilité des constatations, des conclusions et des recommandations d'une évaluation. La présente section aborde les limitations liées à la conception et aux méthodes de l'évaluation en question. Les stratégies d'atténuation mises en œuvre par l'équipe d'évaluation sont également abordées pour faire en sorte que les constatations de l'évaluation puissent être utilisées en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions.

---

quantité déterminée selon la population, dans des installations à température contrôlée. Le SRNU garde aussi une petite quantité d'antiviraux à l'extérieur de la RNA, à titre de capacité d'appoint.

Page: 75 of/de 1,041
AV2020000020

Partialité des personnes interrogées

Étant donné le grand nombre de personnes (internes ou externes) qui auraient pu intervenir, les évaluateurs devaient en partie se fier aux recommandations des membres du personnel du programme de l'ASPC. Or certaines des personnes interrogées travaillent avec ceux-ci et pourraient avoir un intérêt personnel à l'égard du programme. Des entrevues auprès de divers intervenants internes et externes au programme ont été réalisées pour tenter de remédier à cette situation.

Délai d'exécution

Le délai d'exécution était trop court pour permettre l'analyse approfondie de certaines données, comme celles sur les finances ou sur la composition et les contextes relatifs à d'autres réserves fédérales ou provinciales au Canada. Toutefois, grâce à des études et à des sondages, les évaluateurs ont été en mesure d'avoir une compréhension globale des finances du programme et de la composition d'autres réserves, tant à l'échelle nationale qu'internationale. L'échéancier limitait également le nombre d'études de cas du Canada et de l'étranger utilisables pour établir des comparaisons. Deux importantes organisations de remplacement du Canada qui fournissent des fournitures d'urgence à l'échelle nationale sont comprises dans les deux études de cas nationales. Les études de cas d'autres pays n'ont pas été choisies de manière à disposer d'un échantillon représentatif d'administrations ayant des réserves de matériel de santé publique. Elles l'ont été sur la base de considérations pratiques et des pratiques exemplaires qu'elles pourraient révéler.

Validité des sources de données qualitatives

Il y avait plusieurs problèmes quant à la validité des sources de données.

Les questionnaires remplis par les représentants des provinces et des territoires devaient fournir des données pouvant remonter à cinq ans. La validité de telles données pourrait être remise en question en raison, entre autres, du roulement de personnel et des aléas de la mémoire ou du rappel. Les données obtenues dans le cadre d'entretiens et de groupes de discussion sont également rétrospectives, de sorte que leur exactitude peut aussi être remise en cause.

Bien que des notes détaillées aient été prises pendant les entretiens et les groupes de discussion, en raison de contraintes financières et de temps, leur contenu n'a pas toujours été transcrit textuellement.

Puisque l'équipe d'évaluation n'a pas pu communiquer avec tous les membres du Conseil des directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires (CDRGUS) et du Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence (CDSSU) par l'entremise du sondage et des groupes de discussions, cette source de données est assujettie à un certain degré de biais de non-réponse. Cela dit, le taux de participation a été de 92 % parce que ces deux méthodes ont été utilisées (seulement une administration n'était pas représentée par le truchement du sondage ou des groupes de discussion.

Il y a eu un certain nombre d'examens du SRNU depuis dix ans, ce qui a créé une saturation pouvant faire en sorte que l'utilité des commentaires pour l'évaluation ne soit pas perçue à sa juste valeur. Dans certains cas, le roulement de personnel au programme se traduisait par une mauvaise connaissance de l'histoire du programme du SRNU et de l'emplacement de certains documents, comme des ententes intergouvernementales remontant aux années 1960.

Données restreintes sur le rendement

Les données quantitatives sur le rendement étaient limitées. L'équipe d'évaluation a tenté d'atténuer le déséquilbre entre les données qualitatives et quantitatives en intégrant de multiples sources de données (c.-à-d. analyse documentaire, examen de documents, sondages, groupes de discussion, entrevues des principaux intervenants, études de cas) à son approche méthodologique. Toutefois, bon nombre de ces sources – y compris le sondage, qui ont permis une certaine quantification des résultats – reposaient sur la mesure des perceptions individuelles.

En raison de l'absence d'un inventaire électronique fiable, les données sur le déploiement des fournitures du SRNU n'ont pas été recueillies uniformément. Les limitations des données qualitatives sur le rendement liées au déploiement du SRNU et les stratégies d'atténuation sont traitées dans la section 2.3 du présent rapport.

Malgré ses limitations méthodologiques possibles, l'équipe d'évaluation a mis en œuvre un certain nombre de stratégies d'atténuation dans le but d'accroître la validité des constatations. Puisque de multiples sources de données ont été examinées au cours de l'évaluation, les Services d'évaluation sont confiants que les cadres supérieurs peuvent se fier sur le présent rapport aux fins de planification et de prise de décisions.

2. Contexte

La présente section décrit le mandat et le fonctionnement du programme du SRNU. Elle présente un aperçu des 60 années d'existence du Système et décrit l'utilisation des fournitures au cours des 25 dernières années.

2.1 Qu'est ce que le SRNU?

L'Agence de la santé publique du Canada est l'organisme fédéral directeur chargé de la gestion des urgences de santé publique et de la coordination dans les régions des activités fédérales en cas d'urgence sanitaire. Elle collabore avec des partenaires internationaux, les provinces et les territoires et d'autres partenaires fédéraux à la surveillance des menaces de santé publique au pays et à l'étranger ainsi qu'à la préparation d'une intervention pancanadienne en cas d'événements d'ordre national ou international liées à la santé publique.

L'Agence de la santé publique assure le maintien d'un SRNU qui permet de fournir, sur demande, le matériel nécessaire en cas d'urgence aux provinces et aux territoires. Si une urgence survient dans une localité et que les ressources municipales disponibles ne suffisent plus, la municipalité communique avec les autorités provinciales ou territoriales responsables de la gestion des urgences afin d'obtenir des ressources additionnelles. Lorsque ces autorités ne sont pas en mesure de fournir les ressources requises, elles peuvent en faire la demande aux responsables du SRNU. Le directeur des services sanitaires ou sociaux de la province ou du territoire se charge alors de coordonner la distribution de l'équipement et des fournitures.

Le Système regroupe une série d'entrepôts et de centres d'approvisionnement pré-établis. L'emplacement exact des entrepôts et des centres est tenu secret pour des raisons de sécurité.

- L'Agence loue au total onze entrepôts fédéraux : deux entrepôts principaux situés dans la région de la capitale nationale (Ottawa) et neuf ailleurs au Canada (à l'exception des territoires). L'Agence a conclu des marchés pour la responsabilité et la sécurité des onze entrepôts.

Page: 77 of/de 1,041
AV2020000020

- Il existe environ 1 300 centres d'approvisionnement pré-établis à l'échelle du Canada. Chaque province et territoire décide de l'emplacement des centres et du matériel qu'ils contiennent, et en est généralement responsable (coûts de location et sécurité). L'Agence est propriétaire des biens dans chaque centre.
- Les fournitures sont conçues et emballées pour pouvoir être entreposées à long terme; celles qui ont une date de péremption sont conservées dans les entrepôts à Ottawa.
- Selon le programme, 66 % des fournitures déployées proviennent des entrepôts d'Ottawa, 12 % des entrepôts fédéraux situés dans les provinces et 22 % des centres d'approvisionnement pré-établis.

Le SRNU contient divers produits. Le programme les classe comme suit (voir annexe A pour une liste détaillée) :

- matériel médical et fournitures médicales (p. ex. respirateurs, équipement de protection individuelle [masques, gants, etc.], tables d'opération, civières, fournitures pour le soin des plaies, bandages)
- produits pharmaceutiques (p. ex. agents antiviraux, antibiotiques, antidotes en cas d'incidents chimiques, biologiques ou radionucléaires)
- fournitures destinées aux services sociaux (p. ex. génératrices, lits pliants, couvertures, lampes de poche)
- modules, unités ou « trousses » (fournitures regroupées pour former des unités de rassemblement des victimes, des mini-cliniques, des trousses pour centres d'accueil, etc.).

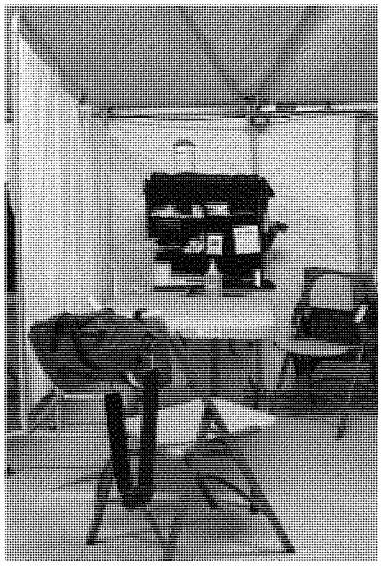
Les fournitures ont été distribuées au pays et à l'étranger en réponse à une variété d'incidents de santé publique et autres urgences ou en vue de regroupements de masse. Les interventions consistaient à offrir des services médicaux ou sociaux.

Selon le programme, le SRNU contient des fournitures médicales et des produits pharmaceutiques appartenant à d'autres ministères et organismes gouvernementaux, dont l'Agence canadienne d'inspection des aliments, la Défense nationale et Santé Canada.

Le programme du SRNU offre certaines activités de formation pour les personnes qui auront à utiliser les fournitures. Dans le passé, il offrait aussi de la formation sur la mise en place et l'entretien de chaque trousse ou unité contenue dans les entrepôts, notamment les hôpitaux d'urgence. Actuellement, il offre une formation sur l'installation des mini-cliniques.

EXEMPLE DE TROUSSE DU SRNU

MINI-CLINIQUE



Récemment ajoutées au programme du SRNU, les mini-cliniques ont été conçues en consultation avec des experts des interventions médicales d'urgence et sont une ressource d'intervention portative, modulaire et souple.

Chaque module comprend l'équipement nécessaire à l'évaluation et aux soins des patients, semblable à celui d'une clinique sans rendez-vous. Ainsi, les fournisseurs de soins accrédités sont en mesure de prodiguer des soins aux patients pendant une période de 72 heures.

Cette ressource vise à aider les établissements sanitaires existants d'un système de soins local qui ne suffiraient plus à la demande en cas d'incident. Les mini-cliniques seraient situées à côté des établissements en question et assureraient le triage des patients et la prestation de soins à ceux qui souffrent de blessures mineures.

En 2010-2011, des mini-cliniques ont été pré-établies avec succès en vue des Jeux olympiques et paralympiques de 2010, des sommets du G8 et du G20 ainsi que des Jeux olympiques de la jeunesse du Canada. Elles étaient prêtes à être utilisées, mais elles n'ont finalement pas été nécessaires.

Le SRNU fait partie des programmes du Bureau des services d'interventions d'urgence, Centre de mesures et d'interventions d'urgence, Direction générale des affaires organisationnelles et de la gestion des urgences, Agence de la santé publique. Le SRNU apparaît dans l'architecture des activités de programmes 2010-11 de l'Agence, dans la sous-activité de programme 1.6.3, Réserve de secours.

Le programme évalue la valeur actuelle des fournitures du SRNU à 300 millions de dollars. À eux seuls, les produits pharmaceutiques de la réserve sont évalués à 112 millions de dollars.

Estimations des dépenses de programme annuelles :

- En 2009-2010, le total des dépenses de programme était d'environ 5,5 millions de dollars, soit quelque 4 millions pour les opérations et 1,5 million pour les salaires.
- Le montant pour les opérations a servi notamment à l'achat de fournitures ou de matériels nouveaux ou de remplacement, au transport du personnel (p. ex. pour l'installation des unités, comme les mini-cliniques et la formation connexe), à la passation de contrats (p. ex. responsabilité et sécurité des entrepôts) et au transport de l'équipement et des fournitures en vue de leur utilisation.
- De plus, la location des entrepôts est évaluée à 7,7 millions de dollars pour 2010-2011.

En 2009-2010, 27 employés étaient assignés au programme du SRNU.

- Parmi les emplois, notons un directeur, un chef, un gestionnaire adjoint, trois employés chargés de la gestion de l'inventaire, un pharmacien et 22 employés dans les entrepôts (p. ex. responsable de l'aménagement, agent de la logistique, menuisier, surveillant de la circulation et conducteur de charriot élévateur).
- Le programme a aussi indiqué son intention d'embaucher un technicien biomédical.
- Au moment de rédiger le présent rapport, le directeur et le chef du programme venaient tout juste d'être nommés. Toutefois dans les entrepôts, bon nombre d'employés y sont embauchés depuis au moins dix ans.

2.2 Historique du programme du SRNU

Se préparer à affronter le pire

Le programme du SRNU a été créé dans les années 1950 dans le cadre d'un plan de protection civile en cas d'attaque nucléaire découlant de la guerre froide. On craignait qu'une telle attaque détruise l'infrastructure des principales villes canadiennes. En réponse à cette menace perçue, le programme du SRNU a été établi afin de préparer une réponse durable assurant la prestation de services médicaux et sociaux en cas de catastrophe nucléaire. Le 11 janvier 1952, le Cabinet a décidé d'autoriser le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social à constituer une réserve de fournitures.[2]

La réserve initiale, entreposée et gérée dans un endroit central, était formée de diverses fournitures pour assurer la prestation de services médicaux et sociaux (années 1950 et 1960) :

- Les fournitures médicales étaient principalement des unités de rassemblement des victimes conçues pour offrir une intervention de première ligne sur le terrain, des centres avancés de traitement visant à aider au triage des patients et au traitement précoce de survie sur le terrain et des hôpitaux d'urgence entièrement équipés comptant 200 lits. Le concept des hôpitaux d'urgence visait à prodiguer des soins chirurgicaux d'urgence et post-opératoires et à fournir une capacité d'appoint aux hôpitaux dans la région touchée par la catastrophe.
- Les fournitures destinées aux services sociaux étaient principalement des cuisines roulantes, des trousses pour centres d'accueil, des lits pliants et des couvertures. Elles visaient à répondre aux besoins de base pour l'hébergement, l'alimentation et l'habillement, et prévoyaient la prestation de services personnels, comme des services d'inscription et de demandes de renseignements et des plans de relèvement.

Compte tenu des contextes social, économique et politique pendant la guerre froide, il était justifié de former une réserve nationale. La production de biens accusait d'importants retards et les options de transports étaient limitées; en revanche, les coûts d'entreposage étaient relativement bas. Fait important, les systèmes de santé à l'échelle locale avaient à ce moment une capacité plus limitée qu'aujourd'hui pour réagir à une situation d'urgence à grande échelle.

Au fil du temps, la menace d'attaque nucléaire s'est estompée et le programme du SRNU a élargi sa portée pour y inclure une capacité d'intervention en cas d'incidents technologiques et de catastrophes naturelles. En 1964, le Cabinet a décidé de relocaliser certaines des fournitures du SRNU dans différents entrepôts fédéraux dans les régions et dans des centres d'approvisionnement pré-établis dans les provinces et territoires.

Le 7 juin 1965, le Cabinet a décidé d'autoriser les provinces et territoires à utiliser les fournitures de la réserve en temps de paix.[3] Le programme du SRNU a été mandaté officiellement pour intervenir en vue d'offrir une capacité d'appoint aux provinces et aux territoires en cas de catastrophes en temps de paix. Des protocoles d'entente ont été signés au milieu des années 1960 afin de faciliter le transfert des biens de la Couronne et d'attribuer la responsabilité de leur entreposage aux provinces et aux territoires dans leur administration respective. La réserve n'était pas un outil de première intervention : elle visait à aider les provinces et territoires à intervenir en cas de catastrophes naturelles ou d'origine humaine ou autre urgence médicale au cas où ils auraient besoin de ressources additionnelles.

Depuis 2001, la majorité des achats effectués pour le SRNU sont des produits pharmaceutiques. Les événements tragiques du 11 septembre 2001 ont fait prendre un tournant majeur à la planification des mesures d'urgence à l'échelle mondiale. La menace d'attaque bioterroriste a

causé une expansion graduelle de la réserve, dont l'accumulation d'un ensemble unique de mesures de protection en cas d'incidents chimiques, biologiques ou radionucléaires (p. ex. antidotes ou vaccins contre la variole, le botulisme et la maladie du charbon bactéridien).

Après la crise du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2004, l'Agence de la santé publique du Canada a été créée pour agir comme point de convergence du leadership fédéral dans la gestion des urgences de santé publique et améliorer la collaboration dans les administrations et entre elles. Demeurant au sein du portefeuille fédéral de la Santé, les biens du SRNU ont été transférés de Santé Canada à la nouvelle agence.

La crise du SRAS a enclenché les préparations pour une nouvelle menace mondiale, la pandémie de grippe, et a incité à la constitution de réserves substantielles de ressources nécessaires en cas de pandémie. Ces réserves comprennent notamment un stock important d'antiviraux, d'antibiotiques propres à des interventions de lutte contre des pandémies, de seringues, de respirateurs et d'équipement connexe pour l'approvisionnement en oxygène, d'équipement de protection individuelle (masques, écrans faciaux, gants) et autres fournitures comme des sarraus, des couvertures jetables, des oreillers, des aiguilles et des housses mortuaires.

En 2011, compte tenu de l'environnement actuel, les menaces en santé publique sont complexes : catastrophes naturelles, nouveaux pathogènes, incidents et actes de terrorisme impliquant des substances explosives ou radioactives ainsi que des agents chimiques ou biologiques. Cela présente un risque pour la santé et le bien-être des Canadiens.

De plus, le contexte canadien a grandement changé au cours des soixante dernières années :

- les progrès technologiques ont accru la capacité de cerner les menaces possibles et d'y répondre adéquatement, en plus d'améliorer la sécurité et la santé publique de façon générale
- l'équipement et les produits pharmaceutiques ont évolué et sont devenus plus complexes à gérer
- le réseau d'hôpitaux communautaires s'est élargi et la capacité du système de santé à répondre aux diverses menaces s'est accrue
- le développement d'infrastructures essentielles a permis d'accélérer le transport, d'offrir davantage de solutions pour l'achat de fournitures et d'améliorer la capacité d'intervention en cas d'urgence à l'échelle locale, provinciale et territoriale.

Plusieurs dialogues sur la « modernisation » du SRNU

Au cours des trente dernières années, un grand nombre d'examens, de vérifications et de rapports de recherche ont été effectués sur la dite « modernisation » du programme du SRNU. Parmi ceux-ci, notons :

- Rapport « Les urgences nationales : Le Canada fragile en première ligne », Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, 2004
- Rapport de la vérificatrice générale du Canada 2005, chapitre 2 « La sécurité nationale au Canada »
- Examen stratégique du SRNU 2006, Agence de la santé publique du Canada
- Rapport « La protection civile au Canada », Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, 2008
- *Rapport de vérification – Mesures et interventions d'urgence*, Agence de la santé publique du Canada, juin 2010

La majorité des constatations et des recommandations de ces rapports se recoupent, comme il est indiqué dans le plus récent d'entre eux, le *Rapport de vérification – Mesures et interventions d'urgence* :

> *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.*[4]

Dans chaque rapport, on notait que les travaux visant à répondre aux recommandations formulées progressaient lentement; toutefois, il faut noter que le Centre de mesures et d'interventions d'urgence travaille activement pour répondre à celles formulées dans le Rapport de vérification de 2010. Par exemple, afin d'appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes, on a récemment approuvé la formation d'un comité chargé des questions pharmaceutiques et thérapeutiques et on travaille à la formation d'un comité sur le matériel, les fournitures et l'équipement.

2.3 Déploiement des fournitures du SRNU

Lacunes dans les données

Comme l'indique le Rapport de vérification – Mesures et interventions d'urgence de 2010, l'Agence de la santé publique n'a pas de système d'inventaire électronique pour le Programme du SRNU. Bien que la création d'un tel système ait été entamée, il n'est pas possible pour le moment de connaître les quantités de fournitures qui constituent la réserve depuis la création du programme en 1952. Il n'est pas non plus possible d'évaluer le pourcentage de fournitures qui ont été utilisées depuis la création du programme.

Des données sur le déploiement à l'échelle internationale sont disponibles de 1960 à 2010; toutefois, à l'échelle nationale, il existe des données pour les 25 dernières années seulement, soit de 1985 à 2010. Il est également possible que des erreurs aient été faites dans l'enregistrement des données, ayant ainsi une incidence sur le classement des fournitures (services médicaux ou sociaux, produits pharmaceutiques) ou des incidents (catastrophe technologique vs rupture de stocks, c.-à-d. distribution de fournitures du SRNU à d'autres parties en vue de leur intervention).

Des lacunes importantes ont aussi été soulevées dans les données internationales. Lorsqu'il y avait ambiguïté, les données ont été codées « inconnues ».

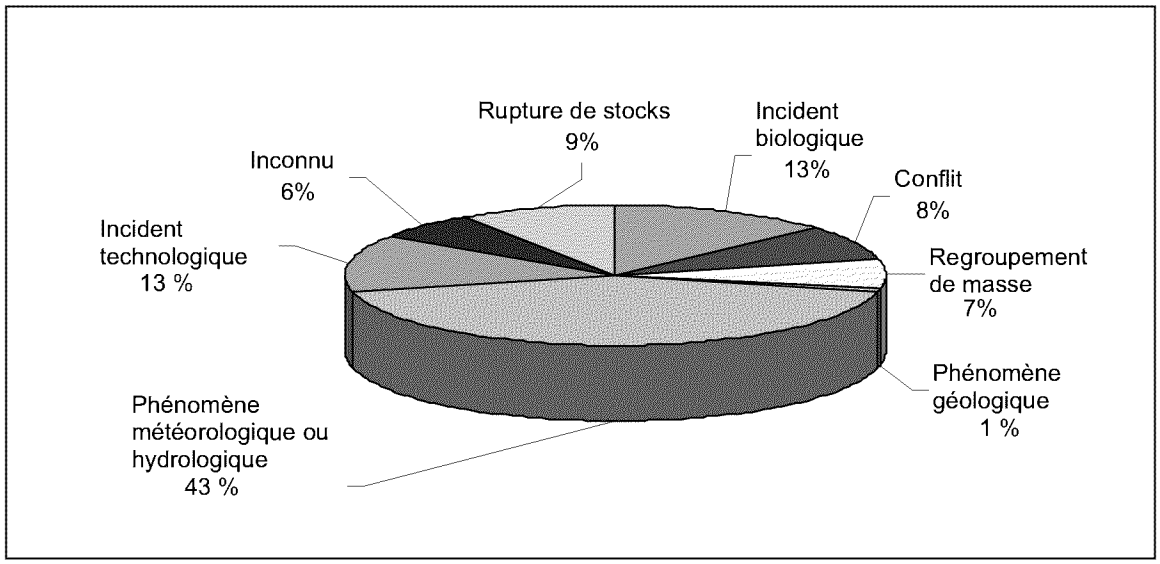
- Il semble que, la plupart du temps, des fournitures ont été distribuées par l'intermédiaire de l'Agence canadienne de développement international. Très souvent également, il n'y avait pas de données sur l'organisation à qui elles étaient remises.
- La nature de l'incident pour lequel les fournitures ont été déployées à l'échelle internationale n'est pas souvent consignée, même si nous avons une bonne idée dans certains cas. Par exemple, des fournitures ont été envoyées en Turquie en 2003, mais la raison sous-jacente n'a pas été indiquée. Un tremblement de terre de forte magnitude a eu lieu en Turquie pendant la même période. Cependant, puisqu'il n'y a pas de raison indiquée pour la demande de fournitures, il est impossible de confirmer que le déploiement a eu lieu à la suite d'un phénomène géologique.

Sans perdre de vue ses lacunes, nous avons dressé un portrait du déploiement du matériel du SRNU au cours des 25 dernières années.

Modèle de déploiement au pays

Au cours du dernier siècle, il y a eu environ 1 000 catastrophes au Canada. Celles-ci sont principalement d'origine météorologique ou hydrologique (inondation, feu de friches, tornade, etc.), technologique (incendie industriel) ou biologique (pandémie de grippe). En comparaison, les phénomènes géologiques (tremblements de terre) et les incidents découlant de conflits sont beaucoup moins nombreux au Canada.[5]

Figure 1 : Déploiement de matériel au pays par événement, de 1985 à 2010 (n = 128)



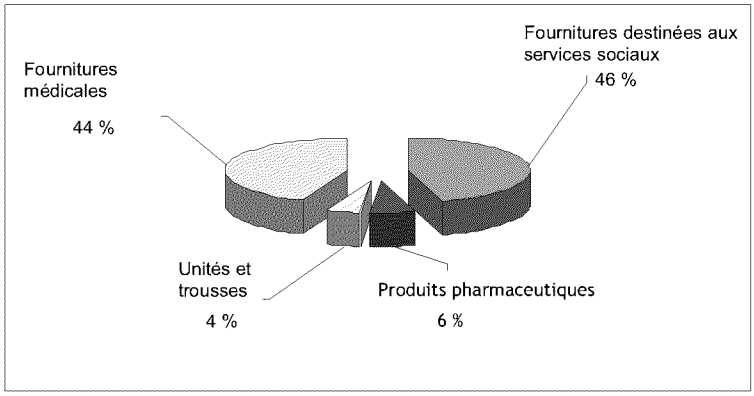
Selon les dossiers de l'Agence, le programme du SRNU a déployé du matériel 128 fois au cours des 25 dernières années (de 1985 à 2010) afin d'intervenir en cas de catastrophe au pays.

- Un peu plus de quatre déploiements sur dix (43 %) ont eu lieu à la suite de phénomènes météorologiques ou hydrologiques. Les inondations causées par le débordement de la rivière Rouge au Manitoba vers la fin des années 1990 ou en Saskatchewan en 2006, et la tempête de verglas de 1998 en Ontario et au Québec en sont des exemples.
- Les déploiements à la suite d'incidents technologiques (13 %) incluent ceux en réponse à des incendies industriels (1990), à des pannes d'électricité (2003) et à l'écrasement de l'avion de Swiss Air au large de la côte de la Nouvelle-Écosse (1998).
- Les déploiements à la suite d'incidents biologiques (13 %) sont principalement associés à la crise du SRAS (2003) et à l'épidémie de grippe H1N1 (2009).
- Quelques déploiements ont aussi eu lieu en période de conflit, par exemple pendant la crise d'Oka (1990) et les attaques du 11 septembre, où des passagers de lignes aériennes ont été bloqués au sol dans l'Est du Canada (2001).
- Le matériel du SRNU a aussi permis d'offrir une capacité d'appoint dans le cadre de regroupements de masse (7 %). Un exemple récent est la mise en place d'une mini-clinique pendant les Jeux olympiques d'hiver de 2010 à Vancouver.
- Les déploiements en cas de rupture de stocks visent principalement à aider des organisations qui ont épuisé leurs fournitures (dans le cadre d'une intervention ou à cause d'une rupture dans la chaîne d'approvisionnement). Par exemple, l'antiviral Oseltamivir a

Page: 83 of/de 1,041
AV2020000020

été distribué à l'Agence canadienne d'inspection des aliments comme stock de remplacement après qu'une éclosion de grippe aviaire ait été détectée sur une ferme en 2004. De même, des pansements de combat ont été envoyés au ministère de la Défense nationale comme stock de remplacement en 2007.

Figure 2 : Type de matériel déployé au pays, de 1985 à 2010 (n = 335)

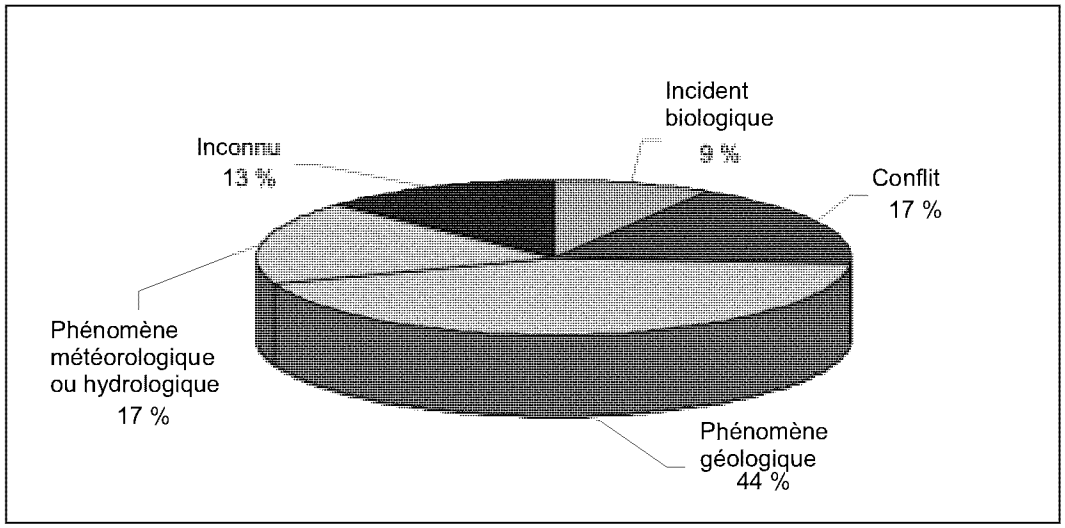


Au cours des 25 dernières années, un peu moins de la moitié des fournitures déployées en réponse à des incidents au pays ont servi à offrir des services sociaux (46 %). Les fournitures médicales viennent au second rang (44 %). Les produits pharmaceutiques (6 %) et les unités ou trousses, par exemple en cas de traumatismes ou pour le rassemblement des victimes (4 %), ont servi beaucoup moins souvent.

Un examen approfondi des fournitures dans chaque catégorie montre que les lits, les civières, les couvertures et les trousses et cartes pour centre d'accueil représentent les deux-tiers du matériel déployé.

Modèle de déploiement à l'étranger

Figure 3 : Déploiement du matériel du SRNU par événement à l'étranger, de 1985 à 2010 (n = 22)

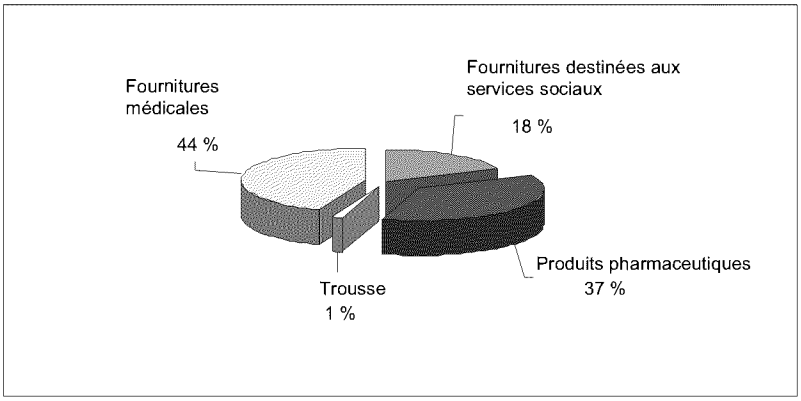


Page: 84 of/de 1,041
AV2020000020

Bien qu'il n'y ait aucun mandat de fournir des fournitures de la réserve pour venir en aide lors d'incidents touchant la santé publique à l'échelle internationale, au cours des 25 dernières années, le matériel de la réserve a été déployé au moins à 22 reprises. Alors que nous remarquons qu'au pays le besoin est plus marqué pour les fournitures servant à offrir des services sociaux en cas de catastrophes naturelles, nous observons qu'à l'échelle internationale le besoin est plus marqué pour du matériel médical pour intervenir à la suite de conflits ou de phénomènes géologiques. Par exemple, du matériel a été déployé après le tsunami en Asie du Sud-Est (2005) et l'ouragan Katrina aux États-Unis (2005) et, plus récemment, à la suite du tremblement de terre en Haïti en 2009 (le matériel a été déployé en 2010). Ces phénomènes ont eu des répercussions catastrophiques et ont causé de nombreux décès et blessures.

Page: 85 of/de 1,041
AV2020000020

Figure 4 : Type de matériel déployé à l'étranger, de 1985 à 2010 (n = 73)



L'équipement médical et les fournitures médicales représentent la plus grande part du matériel déployé à l'étranger (44 %), suivi de près par les produits pharmaceutiques (37 %). Une plus petite part du matériel a servi à offrir des services sociaux (18 %). Seulement une trousse, une cuisine roulante, a été déployée à ce jour (1 %).

Comme dans le cas des interventions au pays, un déploiement peut inclure des fournitures médicales, des fournitures destinées aux services sociaux et des produits pharmaceutiques. Par exemple, après le tsunami qui a touché l'Asie du Sud-Est en 2005, des génératrices (équipement médical), des réservoirs souples d'eau (services sociaux) et un grand nombre de produits pharmaceutiques, comme des antibiotiques et de l'acétaminophène, ont été fournis à l'ACDI pour lui permettre d'intervenir.



3. Résultats

La présente section fournit un résumé des résultats, structuré en deux grandes parties : rôle national et rôle international. Ce résumé se fonde sur une analyse des renseignements descriptifs figurant dans les documents disponibles, de même que sur les thèmes qui sont ressortis des entrevues, des groupes de discussion et des sondages auprès des principaux répondants.

3.1 Rôle national

Nécessité d'une réserve d'urgence

Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) responsables de la gestion des urgences ont rallié leurs efforts pour établir le Cadre de sécurité civile pour le Canada (2011), selon lequel « […] l'accumulation des risques associés à des facteurs comme l'urbanisation croissante, la dépendance aux infrastructures essentielles et l'interdépendance de ces dernières, le terrorisme, le changement et la variabilité du climat, les maladies animales et humaines ainsi que la mobilité accrue des personnes et des biens de par le monde ont accru le potentiel de divers types de catastrophes ».[6]

Bien que relativement peu d'incidents catastrophiques soient survenus en sol canadien ces dernières années, notre pays n'est pas insensible à la menace :

- Les communautés urbaines et éloignées du Canada ont déjà été touchées par des catastrophes naturelles ou d'origine humaine, comme des pandémies.
- Les menaces terroristes qui pèsent sur les pays occidentaux subsisteront vraisemblablement.

Il est à prévoir que ces types de risques, et les événements qui en découlent, se reproduiront dans le monde. Les incidents de santé publique à l'échelle nationale ou internationale peuvent évoluer rapidement. Lorsqu'ils se produisent, ces incidents peuvent avoir des conséquences néfastes graves pour les Canadiens, d'où l'importance de concevoir avec soin des plans d'intervention en cas d'urgence, y compris sur l'accès rapide aux fournitures essentielles.

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, les réserves du SRNU ont été utilisées au pays au cours des 25 dernières années pour répondre à des incidents de toute sorte. Le programme du SRNU vise principalement à assurer une quantité suffisante de fournitures médicales et destinées aux services sociaux, qui sont entreposées dans des endroits stratégiques du Canada et prêtes à être utilisées pour des interventions immédiates en cas de catastrophe naturelle ou causée par l'homme.

Compte tenu du risque accru de diverses catastrophes naturelles ou d'origine humaine, le programme du SRNU a adopté une approche « tous risques » selon laquelle les décisions concernant la composition et la gestion de la réserve nationale de matériel seront fondées sur des évaluations à jour du risque. Les ressources médicales du SRNU, comme le matériel hospitalier et les produits pharmaceutiques, pourraient s'avérer d'une importance cruciale en cas d'intervention majeure.

Page: 87 of/de 1,041
AV2020000020

Rôle du gouvernement fédéral en matière de préparation et d'intervention en cas d'urgence au pays

Les administrations municipales et les gouvernements provinciaux et territoriaux sont les premiers à intervenir en situation d'urgence. Le gouvernement fédéral fournit de l'aide à la demande des provinces et des territoires.

Le gouvernement du Canada a pour rôle de coordonner les activités de gestion des urgences au sein des administrations, le cas échéant, et entre les différents intervenants. Le rôle plus général du gouvernement fédéral en matière de préparation et d'intervention en cas d'urgence est confirmé dans de nombreux documents.

- Il est stipulé dans la *Loi sur la gestion des urgences* (2007) que « le ministre [de Sécurité publique Canada] est chargé d'assumer un rôle de premier plan en matière de gestion *des urgences au Canada en coordonnant, au sein des institutions fédérales et en collaboration avec les gouvernements provinciaux et d'autres entités, les activités de gestion des urgences* ».

- Par l'entremise du Plan fédéral d'intervention d'urgence (2009), le gouvernement du Canada mobilise et coordonne les ressources et les capacités des organismes suivants : administration centrale des ministères et bureaux régionaux du gouvernement fédéral, sociétés et organismes d'État, organisations provinciales et territoriales de gestion des urgences, industrie et secteur privé, et organisations non gouvernementales.[7]

Toutefois, nous disposons de peu de renseignements précis sur le rôle du gouvernement fédéral dans la fourniture de matériel d'urgence à la suite d'une catastrophe nationale :

- En tant que partie signataire du *Règlement sanitaire international* (2005) de l'Organisation mondiale de la Santé, le Canada est tenu de se doter de la capacité requise au niveau national pour apporter une aide logistique (p. ex. matériel, fournitures et transport) à ses citoyens en cas d'événement de santé publique d'envergure nationale.[8]

- Les antiviraux du SRNU sont précisés dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé (2006) :

  « Outre la Réserve nationale d'antiviraux, le Système national de réserve d'urgence contient également de l'oseltamivir qui pourrait être utilisée au cours d'éclosions nationales de l'influenza aviaire ou pour supporter les provinces/territoires lors d'une alerte pandémique ou une période pandémique. »[9]

L'engagement du gouvernement du Canada à l'égard de la sécurité des Canadiens en présence de menaces d'origine humaine ou naturelle a été réitéré dans divers instruments, communications et accords. Dans le Discours du Trône 2010, la gouverneure générale a souligné ce qui suit : « *Notre société paisible, prospère et pluraliste est l'une des plus sûres du monde. Pourtant, le Canada doit faire face à des menaces réelles, graves et changeantes. […] La protection de la santé et de la sécurité des Canadiens et de leur famille est une priorité de notre gouvernement.* »[10]

Rôles et priorités de l'Agence de la santé publique

Selon la *Loi sur la gestion des urgences* (2007), 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

Page: 88 of/de 1,041
AV2020000020

infrastructures essentielles; il est aussi chargé de mener les activités ci-après conformément aux principes, programmes et autres mesures établis par le ministre :

- élaborer les plans de gestion des urgences à l'égard de ces risques
- les mettre à jour, à l'essai et en œuvre
- tenir des exercices et assurer la formation à leur égard.[11]

L'annexe A du Plan fédéral d'intervention d'urgence (2009) donne un aperçu des fonctions de soutien du gouvernement en cas d'urgence. Le ministre de la Santé assume la responsabilité principale en matière de santé publique et de services essentiels à la personne.

Le ministre de la Santé du Canada (ce qui comprend l'Agence de la santé publique) est avant tout responsable de l'élaboration et de l'actualisation des plans d'urgence du portefeuille fédéral de la Santé en cas de menaces pour la santé publique nationale ou d'incident de santé publique, comme d'importantes éclosions de maladie, des catastrophes naturelles ou d'origine humaine, ou des incidents majeurs de nature chimique, biologique ou radionucléaire.

L'Agence de la santé publique du Canada a été créée en 2004 en réaction aux préoccupations concernant la capacité du système de santé publique de prévoir les menaces pour la santé publique et d'intervenir efficacement. Elle a pour mandat de promouvoir et de protéger la santé et la sécurité des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions. L'Agence travaille en étroite collaboration avec les provinces et les territoires afin de garantir la santé des Canadiens en mettant l'accent sur des mesures efficaces, à savoir prévenir les maladies chroniques comme le cancer et les cardiopathies, prévenir les blessures et intervenir en cas d'urgence de santé publique. L'Agence de la santé publique assume un rôle de premier plan à l'échelle fédérale; elle a fait de la gestion des urgences de santé publique une de ses grandes priorités.

Elle assume sa responsabilité à cet égard en réalisant les activités suivantes :

- gérer les aspects internationaux des activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence de santé publique, y compris coopérer avec l'Organisation mondiale de la Santé et servir de centre de coordination pour la mise en œuvre du *Règlement sanitaire international* (2005)
- assurer la coordination régionale des activités fédérales en cas d'urgence de santé publique
- soutenir les provinces et les territoires, s'il y a lieu, ou intervenir en situation d'urgence complexe à l'échelle nationale en prenant les mesures suivantes :
    - assurer l'accès au contenu de la réserve nationale afin d'aider les provinces et les territoires à intervenir en cas d'urgence
    - faciliter l'obtention de matériel d'urgence additionnel pour compléter les réserves provinciales et territoriales.

Le programme du SRNU est mentionné plus précisément dans le *Plan stratégique 2007-2012* de l'Agence de la santé publique et, plus récemment, dans le Rapport sur les plans et les priorités 2010-11 :

- Plan stratégique 2007-2012 : « *On apportera des améliorations à la Réserve nationale de secours pour faire en sorte que les approvisionnements en produits et matériaux adéquats et modernes soient suffisants en cas d'urgence de santé publique.* »
- Rapport sur les plans et les priorités 2010-2011 : « […] exploiter la Réserve nationale de secours et […], *au besoin, pour intervenir lors de situations d'urgence liées à des maladies infectieuses ou à des actes bioterrorisme, au Canada ou ailleurs dans le monde.* »

Page: 89 of/de 1,041
AV2020000020

À l'avenir : Orienter le rôle du SRNU à l'échelle nationale

Favoriser une approche intégrée

L'objet principal du programme du SRNU consistait à acheter et à entreposer des fournitures, ainsi qu'à en assurer la disposition, certain travaux ont été entrepris pour chercher et favoriser une approche pancanadienne intégrée et coordonnée pour la gestion du matériel nécessaire aux interventions d'urgence dans le domaine de la santé publique. Des discussions avec d'autres ministères fédéraux ont permis d'établir ce qui suit :

- Plusieurs ministères fédéraux sont chargés de gérer des réserves similaires bien que restreintes de fournitures médicales et de produits pharmaceutiques d'urgence pour répondre à leurs propres besoins opérationnels : le ministère de la Défense nationale, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et Santé Canada. Le processus actuel de gestion de ces réserves fédérales est principalement centré sur les exigences respectives des ministères. Par exemple, l'Agence canadienne d'inspection des aliments met en réserve de l'équipement de protection individuel (respirateurs, bottes de caoutchouc, vêtements jetables, pulvérisateurs) pour les employés intervenant face à des zoonoses de l'étranger.
- Un ministère clé a souligné que les ministères ne semblent pas comprendre la portée actuelle de la réserve de l'Agence. Ces derniers ont suggéré qu'une campagne d'éducation visant à clarifier les questions, à confirmer les responsabilités et à accroître la sensibilisation au sein des autres ministères serait bénéfique pour clarifier les rôles et les responsabilités associés au SRNU.
- Certains ministères ont souligné l'utilité de partager de l'information sur la gestion des réserves. L'échange d'information et la collaboration pourraient être possibles dans les secteurs suivants : systèmes de gestion des stocks, gestion des réserves, mise en commun de données probantes, d'expériences et de connaissances, achats collectifs et élimination de l'équipement médical, des fournitures médicales et des produits pharmaceutiques périmés.

Le gouvernement fédéral pourrait ainsi profiter de l'expertise actuelle grâce aux partenariats, à la collaboration et aux communications :

- L'échange de connaissances et de compétences spécialisées entre les administrations est essentiel à la réussite des préparatifs d'urgence au Canada; c'est également le cas de la coordination et de la gestion des fournitures d'appoint. Il s'agit de connaître les mesures prises par d'autres administrations, tant au pays qu'ailleurs dans le monde, y compris en ce qui concerne l'introduction de produits et de protocoles d'avant-garde, et d'être en mesure de mettre en rapport, de transmettre et d'utiliser ces renseignements. Ces efforts permettront à l'Agence de la santé publique de proposer des modèles et des pratiques qui conviennent, de favoriser l'échange d'information et d'assurer l'application des systèmes et des connaissances les plus appropriés et les plus efficients.

- Les connaissances et les capacités relatives aux interventions d'urgence varient grandement au pays. En créant une communauté d'experts au sein des administrations, l'Agence de la santé publique joue un rôle de premier plan en regroupant divers partenaires et spécialistes afin d'être en mesure de favoriser la dialogue, de partager les ressources et de faciliter la prise de décisions fondées sur des données probantes dans un contexte de santé publique. Par exemple, des groupes d'experts pourraient être formés ou élargis en vue de se pencher sur des questions comme l'équipement médical, les pandémies, les maladies d'origine alimentaire et les risques d'incident CBRN. Afin que les stocks du SRNU soient entretenus conformément aux normes en vigueur et répondent aux besoins opérationnels des utilisateurs finaux, il est nécessaire d'assurer la participation continue d'experts de partout au pays pour favoriser la prise de décisions ciblées.

Page: 90 of/de 1,041
AV2020000020

Initiatives à l'étranger : Partenariats

De possibles gains de rendement peuvent être tirés de l'établissement de partenariats avec des organisations disposant d'infrastructures bien établies, p. ex. des organisations non gouvernementales, d'autres ministères et d'autres administrations. Le système norvégien de préparation aux situations d'urgence (NOREPS) favorise une approche axée sur la collaboration entre les membres d'un groupe d'organismes humanitaires de la Norvège. En Australie, la Croix-Rouge (ARCS) est un partenaire important en cas d'incident. Le Department of Health and Ageing d'Australie finance l'ARCS en vue de soutenir une vaste gamme de travaux humanitaires et d'activités communautaires dans le domaine de la santé, y compris la préparation aux catastrophes, les premiers soins, les interventions en cas de catastrophes et les services aux réfugiés, ainsi que le travail de la Croix-Rouge dans la région Asie-Pacifique.

Les partenariats établis peuvent servir à d'autres fins. Par exemple, en 2009, les Centers for Disease Control and Prevention et l'American Association of Respiratory Care ont conjugué leurs efforts afin d'offrir sur le Web un module de formation à l'intention des médecins et des premiers intervenants portant sur l'utilisation optimale du respirateur LTV 1200 en situation d'urgence.

L'efficacité du programme du SRNU dépend de sa capacité de répondre aux besoins véritables des utilisateurs principaux, c'est-à-dire d'appuyer les provinces et les territoires dans leurs interventions d'urgence :

- Les provinces et les territoires n'ont pas toujours participé de façon constante aux décisions en matière d'acquisition, de localisation et de déploiement de matériel pour le programme du SRNU. Il est essentiel de tenir des consultations et de partager de l'information avec un large éventail d'experts des provinces et des territoires pour que l'Agence soit en mesure de bien comprendre les points de vue individuels et pangouvernementaux des provinces et territoires. L'amélioration de l'information sur les réserves d'autres administrations pourrait faciliter l'exploration d'options quant à des initiatives fédérales-provinciales-territoriales relatives aux réserves; notamment pour la planification, l'approvisionnement, le renouvellement du stock, le contrôle de la qualité, la distribution, la gestion des installations et le cycle de vie.

- Dans le même ordre d'idées, les protocoles d'entente qui ont été conclus avec les provinces et les territoires (à l'exception du Nunavut) dans les années 1960 et 1970 sont désuets et ne correspondent pas à l'environnement opérationnel et commercial complexe d'aujourd'hui. L'Agence de la santé publique a demandé à un groupe de travail composé de représentants des provinces et des territoires de discuter de la question. Les membres du groupe ont confirmé qu'il était nécessaire de renégocier ces ententes avec chaque province et territoire. Les nouvelles ententes doivent exposer les attentes actuelles, de même que la sécurité de la réserve du SRNU et la responsabilité à cet égard.

- Les communications relatives au matériel disponible dans la réserve pourraient être améliorées. Des représentants provinciaux et territoriaux ont indiqué que certaines administrations disposaient de peu d'information sur les processus et les produits. Dans certains cas, elles ne sont pas au courant des fournitures mises à leur disposition. Une des options pour atteindre cet objectif consiste à élaborer une base de données électronique, à laquelle l'ensemble des provinces et des territoires auraient accès, afin de mieux comprendre en quoi consistent les fournitures du SRNU et le rôle de l'Agence dans la distribution de ces fournitures. Cette base de données électronique pourrait également

Page: 91 of/de 1,041
AV2020000020

servir d'outil pour assurer des communications uniformes au sein des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Initiatives à l'étranger : Inventaire électronique

Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention disposent d'une base de données électronique (site extranet) que les États peuvent consulter pour obtenir des fournitures particulières de la réserve. Un système du genre pourrait être établi pour le programme du SRNU, qui permettrait aux utilisateurs ou clients (provinces et territoires) d'effectuer une recherche par incident (p. ex. accident chimique) ou par produit (p. ex. respirateurs).

Capacité d'appoint actualisée pour les provinces et les territoires

Le concept de « capacité d'appoint » doit être revu compte tenu des exigences actuelles en matière de préparation et d'intervention d'urgence au Canada.

Comme il a été établi il y a près de 60 ans, le programme du SRNU a pour mandat de fournir une capacité d'appoint aux provinces et aux territoires : les fournitures médicales et destinées aux services sociaux du SRNU devaient uniquement être utilisées une fois les ressources provinciales et territoriales épuisées. Le programme du SRNU avait pour but de soutenir les gouvernements provinciaux et territoriaux et les administrations municipales en cas d'urgence sanitaire.

Avant les attentats terroristes du 11 septembre aux États-Unis (2001) et les plus récentes pandémies de SRAS (2003-04) et de grippe H1N1 (2009), le programme du SRNU visait avant tout à réagir à un large éventail de catastrophes naturelles ou d'origine humaine. La situation au cours des dernières années a eu pour effet d'activer les efforts déployés pour conjurer des menaces précises et plus actuelles pour la santé publique.

La mise à jour du programme s'est traduite par l'acquisition de matériel plus dispendieux et plus difficile à obtenir et à entreposer (non disponible à grande échelle, restrictions strictes en matière de licences) ou dont le délai d'approvisionnement est particulièrement long. Les produits pharmaceutiques ont généralement une durée de conservation, c'est-à-dire une limite légale de la durée pendant laquelle ils peuvent être conservés avant d'être considérés inutilisables. La durée de conservation peut poser problème lors de la constitution d'une réserve puisque les fournitures peuvent expirer avant d'être utilisées et devoir être remplacées.

Les risques élevés pour la sécurité lors de rassemblements de masse ont incité le gouvernement fédéral à assumer un rôle en localisant au préalable des fournitures médicales pour ces événements au cas où ces fournitures ne seraient pas disponibles à l'échelle locale.

En prenant des mesures à l'égard de nombre de ces nouvelles menaces pour la santé publique, en particulier celles qui nécessitent une intervention rapide, comme le rejet d'un agent chimique, le programme du SRNU devra peut-être devoir assumer un rôle de fournisseur principal, à la demande des provinces et des territoires, plutôt qu'un rôle de ressource de dernier recours, une fois les réserves des provinces et des territoires épuisées.

Nouvelles menaces, interventions revues

L'actualisation du programme du SRNU exige un processus décisionnel plus ciblé, axé sur l'acquisition et la distribution de **fournitures davantage stratégiques**, en fonction de processus d'évaluation des risques qui tiennent compte des dangers actuels et du rôle de l'Agence de la

Page: 92 of/de 1,041
AV2020000020

santé publique dans les interventions d'urgence. Le processus de planification des achats et des biens du programme du SRNU doit être modifié en prévision d'un plus large éventail de menaces. Un cadre d'appréciation du risque du portefeuille de la Santé est actuellement en cours d'élaboration.

Initiatives à l'étranger : Examens réguliers

Les systèmes de réserve évoluent constamment; ils sont actualisés à la suite d'un examen régulier.

- Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis examinent régulièrement les menaces et les risques et se fondent sur les résultats de ces examens pour ajouter des médicaments et des fournitures médicales (p. ex. antiviraux, respirateurs, masques, gants) à leur réserve (Strategic National Stockpile) afin de lutter contre la grippe pandémique.
- L'Australie effectue actuellement un examen stratégique portant sur des questions comme les achats, le renouvellement du stock, la logistique et le transport.

Préparation en cas de pandémie

Tel qu'il est précisé dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé (2006), l'Agence de la santé publique est le principal organisme fédéral responsable de l'état de préparation et des mesures d'intervention en cas de pandémie de grippe.

Parmi les principales activités de l'Agence, notons les suivantes :

- faire de la recherche scientifique visant à mieux détecter, comprendre et suivre le virus
- obtenir de l'information sur la surveillance (ou le suivi) de ses partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et locaux, ainsi que d'organisations non gouvernementales. La surveillance de la grippe aide à déterminer quand, où et quels virus grippaux circulent, leur intensité, leur propagation et leurs conséquences, et si des groupes de population particuliers ont des risques plus élevés de contracter la maladie
- fournir de l'information et des conseils à l'intention du grand public et de groupes particuliers, tels que les populations vulnérables, de même qu'émettre des directives à l'intention des professionnels de la santé et d'autres intervenants
- s'occuper de la coordination régionale des activités fédérales d'urgence sanitaire
- gérer les aspects internationaux de l'état de préparation et d'intervention face à la pandémie, y compris assurer la liaison avec l'Organisation mondiale de la Santé et agir comme centre de coordination de la mise en œuvre du *Règlement sanitaire international*
- élaborer et soutenir le processus nécessaire à la mise à jour et au maintien du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé, en coopération avec le portefeuille de la Santé et les représentants provinciaux et territoriaux
- commander suffisamment de vaccins pour la population canadienne, en collaboration avec les provinces et les territoires
- établir une réserve de produits pharmaceutiques, d'équipement et de fournitures pour aider les provinces et les territoires quant à la capacité de pointe.[12]

Depuis l'éclosion de SRAS, le programme du SRNU a augmenté ses réserves de matériel d'intervention en cas de pandémie. Le SRNU a accumulé ces stocks avant et pendant l'éclosion de grippe H1N1 de 2009-2010. Le matériel en cas de pandémie comprend des antiviraux, des antibiotiques propres à des interventions de lutte contre des pandémies, des seringues, des

Page: 93 of/de 1,041
AV2020000020

respirateurs et autres appareils d'alimentation en oxygène, de l'équipement de protection individuel (masques, écrans faciaux, gants) et d'autres fournitures telles que des blouses, des couvertures jetables, des oreillers, des aiguilles, des seringues et des sacs mortuaires.

Rassemblements de masse

Le programme du SRNU a appuyé les provinces et les territoires lors de situations d'urgence et de mesures d'urgence prévues comme dans le cas des visites du pape (1984, 1987, 2002), de la Journée mondiale de la jeunesse (2002), des Jeux olympiques et paralympiques d'hiver en Colombie-Britannique (2010), des sommets du G8 et du G20 en Ontario (2010), de la Journée mondiale de la jeunesse (2011) en Nouvelle-Écosse et d'autres événements organisés au Canada.

Les mesures de sécurité nécessaires sont maintenant plus grandes pour ce type de rassemblements de masse. L'Agence de la santé publique s'est montrée proactive au cours des dix dernières années, offrant préparation et déploiement préalable pour ces types d'événements planifiés, grâce à un concept de modules plus flexibles, adaptables et interopérables de prestation de services médicaux d'urgence (mini-cliniques) au cas où les services d'urgence de santé ne pourraient répondre à la demande. Le déploiement de ces mini-cliniques offre aussi l'occasion de mettre à l'essai sur le terrain cette ressource et de l'améliorer.

Risques de nature chimique, biologique et radionucléaire (CBRN)

Nous comptons sur le leadership du gouvernement fédéral en cas de crise qui survient rarement, comme une menace terroriste. Depuis les événements du 11 septembre 2001, de nombreux pays sont mieux préparés à affronter ces menaces. Bon nombre des mesures de protection médicales en cas d'actes de bioterrorisme potentiels ne sont pas disponibles dans le système hospitalier ou dans le système pharmaceutique au Canada. En raison du coût de ces mesures de protection, de la difficulté à se les procurer (peu de fabricants, restrictions en matière d'homologation, plusieurs produits non autorisés pour la vente au Canada) et de leur cycle de vie très caractéristique, l'Agence de la santé publique a commencé à les acquérir et à les entreposer dans le SRNU.

À titre de responsable du Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire (2002), le portefeuille de la Santé dirige les mesures en vue contrer les risques de nature CBRN. Ce rôle comprend les activités de planification et de préparation, ainsi que les structures d'intervention, les processus et les mécanismes de liaison qui assurent une réponse fédérale, provinciale et territoriale coordonnée en cas d'urgence nucléaire touchant le Canada ou les Canadiens au pays et à l'étranger.

Le Plan d'intervention en cas d'urgence chimique du portefeuille de la Santé (2010) décrit le rôle du portefeuille de la Santé en cas d'urgence chimique. Le Portefeuille fournit un soutien d'ordre scientifique et de santé publique aux activités d'intervention. Cet appui est avant tout destiné aux provinces et territoires, mais il peut également s'étendre aux autres ministères fédéraux et à des organismes homologues internationaux, le cas échéant.

L'acquisition, l'entreposage et la distribution de produits pharmaceutiques de nature très spécialisée pour contrer les risques de nature CBRN font partie du rôle de l'Agence de la santé publique au sein du portefeuille de la Santé.

Un des rôles de l'Agence de la santé publique au sein du portefeuille de la santé est l'achat, l'entreposage et la distribution de produits pharmaceutiques très spécialisés en cas de risques de nature CBRN. Le programme du SRNU fait l'acquisition des contre-mesures médicales et les entrepose, mais son mandat est moins clair quant à la distribution de ces produits

pharmaceutiques de nature très spécialisée conservés dans un endroit central. Compte tenu de la nature rapidement dévastatrice des incidents CBRN, il serait difficile de faire parvenir ces contre-mesures médicales aux différentes administrations assez rapidement pour qu'elles soient utiles.

Certains des principaux intervenants ont remis en question la valeur de l'entreposage centralisé de ces types de produits pharmaceutiques et s'interrogeaient s'ils seraient déployés assez rapidement pour qu'ils soient utiles au cours d'un incident en santé publique. Récemment, certaines de ces contre-mesures médicales ont été déployées au préalable pour des rassemblements de masse.

Initiatives à l'étranger : L'emplacement et le délai d'intervention doivent s'équilibrer

- Les responsables du système de préparation en cas d'urgence de la Norvège ont observé que plus les stocks sont près du site d'une crise, plus les mesures visant à sauver des vies et à prévenir les souffrances sont efficaces; toutefois, les représentants du système soulignent que cette proximité doit être évaluée au regard du coût de la conservation de fournitures dans de nombreux emplacements et du taux de rotation plus long.
- En Australie, chaque État et territoire possède sa propre réserve, y compris une quantité d'antiviraux. Dans ce pays, la planification et l'intervention en cas de pandémie reposent sur les partenariats entre le ministère responsable de la santé et du vieillissement et ses homologues des États et des territoires.
- Les Centers for Disease Control and Prevention aux États-Unis a mis sur pied CHEMPACK, un projet à participation volontaire avec les États pour la mise en place proactive de dépôts durables de doses d'antidote contre les agents neurotoxiques. Trente-neuf États ont déjà des dépôts, et sept autres ont entrepris les démarches à cet effet.

Communautés rurales, éloignées et du Nord

Les communautés rurales, éloignées et du Nord font face à de nombreuses lacunes et doivent relever de nombreux défis en matière de gestion des urgences en raison de leur situation unique. Des facteurs, comme les logements inadéquats pour certaines populations, la distance à parcourir pour obtenir des soins actifs dans les hôpitaux, et l'accès restreint à l'eau potable, peuvent avoir une incidence sur l'accès en temps opportun à l'ensemble des services de santé pour les personnes vivant dans des communautés éloignées ou isolées. Au cours de l'éclosion de la grippe H1N1 en 2009, Santé Canada a travaillé en collaboration avec les provinces et les territoires afin de distribuer au préalable des antiviraux dans ces communautés isolées ou près de celles-ci avant la seconde vague de la grippe, qui a eu lieu à l'automne 2009. Cela a assuré un accès plus rapide aux fournitures essentielles. Les auteurs du rapport sur l'intervention du portefeuille de la Santé du Canada face à la grippe H1N1 soulignaient l'importance de la prise en compte de la distribution d'antiviraux pour ces communautés dans le cadre des efforts de planification à venir.[13]

Au cours de consultations provincials et territoriales, les défis uniques associés à l'entreposage, au transport, à la formation et à la disponibilité de professionnels compétents en matière de reserves ont été mentionnés dans le contexte d'entreposer des fournitures dans les communautés isolées. L'entreposage pourrait être particulièrement problématique si les fournitures exigent des installations spécialisées, touchant par exemple le chauffage.

Fournitures destinées aux services sociaux

Tel qu'il est indiqué dans le Rapport de verification sur les mesures et interventions d'urgence de 2010, un plan stratégique à long terme est nécessaire pour orienter l'approvisionnement et la gestion des fournitures en réserve.

Comme il est mentionné à la section 2.3, au cours des 25 dernières années, près de la moitié des fournitures déproyées pour répondre aux incidents au pays sont des fournitures destinées à la prestation de services sociaux (46 %). Un peu plus de quatre déploiements sur dix ont été réalisés en réponse à des incidents de nature météorologique ou hydrologique, où des fournitures destinées à la prestation de services sociaux sont plus susceptibles d'être déployées. Les intervenants provinciaux et territoriaux, ainsi que d'autres ministères, ont indiqué qu'il y a un besoin pour une intervention des services sociaux lors d'incidents naturels ou d'origine humaine.

Les partenaires provinciaux et territoriaux ont souligné qu'ils percevaient la réserve comme la fourniture de dernier recours de matériel supplémentaire lors que les provinces et les territoires sont dépassés lors d'une intervention d'urgence (telle qu'un incident comportant un grand nombre de blessés), ce qui est conforme au mandat du SRNU. Certains ont souligné que par le passé, la réserve avait été déployée sur leur territoire dans le cadre de catastrophes naturelles (inondations, feux de forêts, etc.) et lors de rassemblements de masse (G8 et G20, Jeux olympiques, etc.). Ces interventions portaient principalement sur l'utilisation de lits pliants et de couvertures, de trousses et de formulaires pour les centres de réception, l'utilisation de masques N95 et de ventilateurs au cours de l'éclosion de la grippe H1N1, et le déploiement de mini-cliniques, d'antidotes pour les incidents de nature CBRN (capacité qui requiert de l'équipement et de la formation spécialisés) et la réserve nationale d'antiviraux.

Toutefois, de nombreux intervenants ont également indiqué avoir conclu des ententes avec des organisations non gouvernementales (comme la Croix-Rouge canadienne) afin d'obtenir de l'aide lors d'un incident. Les services de gestion des catastrophes natioanles de la Croix-Rouge canadienne sont orientés vers la fourniture de services sociaux d'urgence, telle que la réunification des familles (inscription des évacués, recherches et rapprochement des des demandes de renseignements), les besoins essentiels (nourriture, refuges, vêtements et besoins personnels) et la gestion de l'information (centre des opérations et information sur les services). Il y actuellement 800 ententes en la Croix-Rouge canadienne et des municipalités de partout au Canada visant à venir en aide aux autorités publiques en matière de mesures et d'intervention d'urgence.

La Croix-Rouge canadienne dispose de ses propres stocks, gérés en région et par des bénévoles, de fournitures destinées aux services sociaux composés principalement de lits pliants, qui sont retournés après usage et des articles qui sont donnés, tels que des trousses confort, couvertures, bouteilles d'eau et oursons en peluche. Selon la localité et la région, l'ampleur des stocks et l'endroit où ils sont conservés varient (voir annexe E pour les conditions) et les intervenants des provinces et des territoires reconnaissent que les fournitures peuvent être restreintes sur leur propre territoire.

Les organismes fédéraux de santé publique dans d'autres pays ne semblent pas systématiquement entreposer des fournitures destinées aux services sociaux dans leurs propres réserves. Ce service est plutôt offert par d'autres ministères responsables du bien-être et des organisations non gouvernementales qui sont spécialisés dans de tels types d'intervention (voir ci-dessous).

Initiatives à l'étranger : Fourniture de matériel destiné aux services sociaux

Comme le souligne chacune des études de cas dans d'autres pays (Annexe G), la fourniture de matériel destiné aux services sociaux n'est pas généralement du ressort d'un ministère fédéral de la Santé. Cette intervention peut être dirigée par :

- des organisations non gouvernementales (p. ex. la Société australienne de la Croix-Rouge, financée par le gouvernement, les États et les territoires australiens pour les urgences nationales et internationales)
- un autre ministère (p. ex. aux États-Unis, la Federal Emergency Management Agency [FEMA] sous la direction du département de la Sécurité intérieure)
- un partenariat public-privé (p. ex. Innovation Norway, un consortium de partenaires publics et privés de la Norvège pour le système de la réserve nationale d'urgence de ce pays).

Fournitures désuètes

Selon le programme, une part importante des fournitures et du matériel dans le SRNU est désuète ou ne correspond plus aux normes ou pratiques médicales actuelles. Par exemple, de nombreux lits pliants en réserve sont difficiles à utiliser pour les aînés et les personnes handicapées parce qu'ils sont trop bas. Des couvertures fournies par le programme du SRNU contiennent de la laine, et certains utilisateurs trouvent qu'elles ne sont pas appropriées. La technologie médicale a progressé de façon importante depuis l'acquisition, dans les années 1960, de plusieurs des éléments médicaux des hôpitaux de 200 lits et des unités de soins intensifs. Selon les normes médicales modernes, ce matériel n'est pas sécuritaire ou fait appel à une technologie qui n'est plus pertinente en médecine moderne.

Les représentants provinciaux et territoriaux sont au courant de la situation et les commentaires laissent entendre que cette situation a quelque peu miné la confiance à l'égard de tout le matériel du SRNU. Les provinces et territoires ont la responsabilité d'offrir l'espace nécessaire à l'entreposage de ces fournitures; certaines administrations ont fait part de leur frustration d'avoir à payer pour l'entreposage de produits qui ne pourront jamais être utilisés.

L'aliénation prendra du temps et sera coûteuse, mais il est nécessaire de mettre à jour la réserve. Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence a commencé l'aliénation des fournitures, mais ce processus est complexe. En plus d'éliminer les fournitures à l'entrepôt d'Ottawa, il faut expédier à cet entrepôt tous les produits (ou une partie de ceux-ci) conservés dans les centres d'approvisionnement pré-établis dans les provinces et les territoires et les trier conformément à la Directive sur l'aliénation du matériel de surplus (2006) du Conseil du Trésor du Canada. Pour chaque produit, il existe plusieurs manières de s'en débarrasser, selon la valeur de revente et sa composition (p. ex. recyclage, revente, destruction).

L'engagement de l'Agence à retirer des entrepôts du SRNU les fournitures périmées contribuera à rétablir la confiance des provinces et des territoires envers l'ensemble du programme.

3.2 Rôle à l'échelle internationale

Les incidents de santé publique internationaux requièrent différents types d'intervention. Certains nécessitent une internvetion nationale, certains ont besoin d'une intervention internationale, et d'autres requièrent une intervention mixte. Par exemple, la pandémie de grippe H1N1 était un incident de santé d'envergure internationale et l'Agence de la santé publique dirigeait l'intervention à l'échelle nationale.

Page: 97 of/de 1,041
AV2020000020

Le rôle du gouvernement fédéral pour les interventions à l'étranger

Le gouvernement du Canada a un rôle à jouer dans les interventions à l'étranger en cas d'urgence sanitaire, particulièrement dans le déploiement de fourniture d'urgence, y compris dans les accords transfrontaliers avec les États-Unis.

Dans le cadre de la *Loi sur la gestion des urgences* (2007) canadienne, le ministre de la Sécurité publique est chargé, notamment, « … de participer, conformément à la politique étrangère du Canada, aux activités internationales concernant la gestion des urgences ». De plus, « En consultation avec le ministre des Affaires étrangères, le ministre peut élaborer, avec les autorités compétentes des États-Unis, des plans conjoints de gestion des urgences et, conformément à ceux-ci, coordonner l'intervention du Canada en cas d'urgence survenant aux États-Unis et fournir son aide à cet égard »[14].

Il existe plusieurs ententes transfrontalières entre le Mexique, le Canada et les États-Unis, ainsi qu'entre divers États américains et provinces canadiennes qui prévoient l'échange de renseignements ou l'offre de soutien lors d'un événement ou d'une urgence de santé publique (voir l'annexe B et les sections sur les relations internationales trilatérales et bilatérales).

Mandat de l'Agence de la santé publique

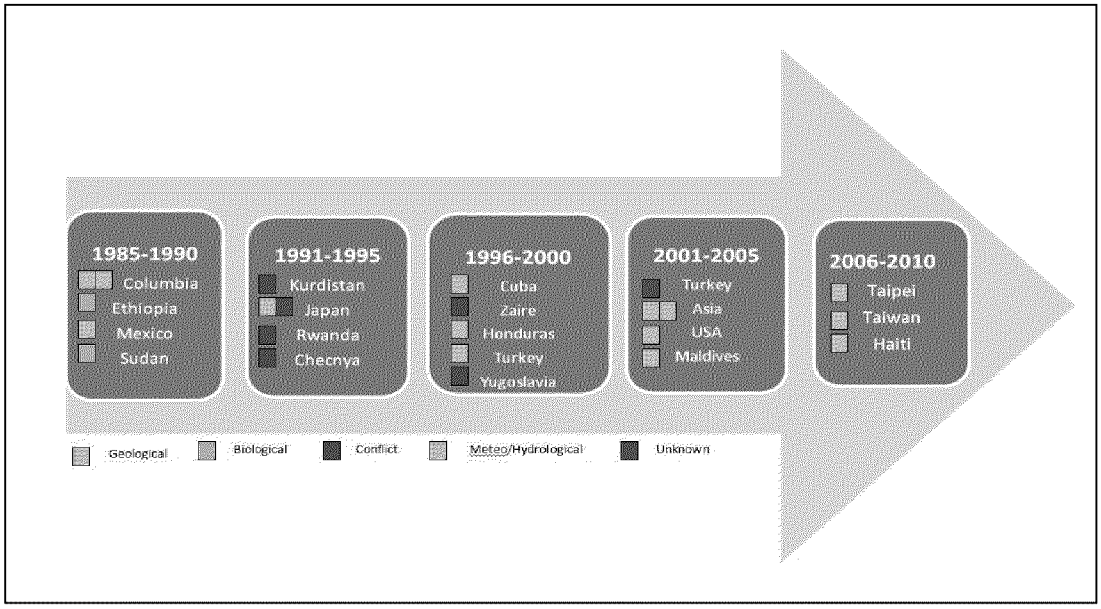
Bien que le programme du SRNU ait un mandat défini lors d'incidents de santé publique à l'échelle nationale, aucun mandat n'e été précisé quant aux interventions lors d'incidents de santé publique d'envergure internationale. Aux termes du mandat actuel du SRNU, l'Agence de la santé publique n'a pas d'autorisation particulière pour déployer le matériel du SRNU à l'étranger au nom du gouvernement du Canada.

Pour un certain nombre des derniers déploiements de matériel, il a fallu obtenir l'autorisation du Cabinet. L'article 61 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*, selon lequel « … Le gouverneur en conseil peut, sur la recommandation du Conseil du Trésor, autoriser ou prendre des règlements autorisant les transferts, baux ou prêts de biens du domaine public autres que les immeubles fédéraux »[15] et des décrets en conseil ont été invoqués.

Ces processus d'approbation peuvent prendre du temps alors que certaines situations exigent une intervention immédiate. À l'avenir, si un rôle à l'échelle internationale était défini pour le SRNU, des autorisations stratégiques et financières permanentes seraient requises.

Bien qu'il n'ait pas de mandat direct pour intervenir lors de catastrophes à l'étranger (voir la section 2.3), au cours des 25 dernières années le matériel du SRNU a été déployé à l'étranger à 23 reprises dans 19 pays (voir la figure 5).

Figure 5 : Déploiement du SRNU à l'étranger, de 1985 à 2010



Les autres pays font face aux mêmes menaces potentielles pour la santé publique que le Canada. L'Agence de la santé publique peut s'attendre à d'autres demandes de déploiement du matériel du SRNU à l'étranger. Certaines pourraient venir du gouvernement du Canada, d'autres de l'Organisation mondiale de la Santé, de l'Organisation panaméricaine de la santé ou d'un gouvernement étranger.

À l'avenir : Tenir compte du rôle de l'Agence de la santé publique à l'étranger

Le mandat, tels qu'il a été défini en 1952 et en 1965, ne décrit aucune utilisation des fournitures du SRNU à l'échelle internationale et, bien que l'ASPC ait l'obligation d'intervenir à l'échelle nationale face à un incident de santé publique d'envergure internationale, tel que la pandémie de grippe H1N1, l'Agence n'a pas le mandat de fournir du materiel medical à l'échelle internationale. Toute consideration d'un role official à l'échelle internationale nécessiterait des consultations interministérielles et des autorisations officielles pour ce faire.

Obligations et possibilités

Le but principal du programme du SRNU est de répondre aux besoins des provinces et territoires en cas d'urgence. Si un rôle à l'étranger pour la réserve était pris en considération, il devrait être auxiliaire; l'intervention au pays demeurant son rôle principal. Le programme du

SRNU doit accorder la priorité à l'établissement officiel de son mandat national et à la mise à jour de ses opérations et de son inventaire pour les interventions au Canada. Toutefois, les principaux intervenants ont soulevé certaines questions qui devraient être prises en compte lorsqu'un rôle est envisagé pour la réserve à l'échelle internationale.

- Les incidences d'un rôle à l'étranger devront être bien comprises et reconnues officiellement par tous les partenaires et les intervenants. Le programme du SRNU devra être en mesure de répondre aux besoins à l'échelle nationale et internationale.

- Selon certains intervenants, il faut examiner l'ensemble des programmes d'intervention d'urgence à l'étranger de l'Agence de la santé publique, ainsi que l'infrastructure à mettre en place. Par exemple, l'Agence de la santé publique doit prendre en considération les répercussions d'un déploiement simultané des ressources humaines et du matériel.

- Compte tenu du risque de désuétude des biens que présente la gestion des réserves, plusieurs intervenants ont fait remarquer que la poursuite des déploiements à l'étranger représente potentiellement l'occasion de réaliser la rotation des stocks et de modifier les protocoles et les fournitures d'intervention.

Préparation pour une intervention à l'étranger

Les demandes d'aide sont habituellement coordonnées par l'Agence canadienne de développement international ou le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international, puisque ces organismes fédéraux sont responsables des interventions à l'étranger. À l'heure actuelle, l'équipe de gestion et le personnel du SRNU maintiennent des relations officieuses avec ces partenaires clés, ainsi qu'avec la branche internationale de la Croix-Rouge canadienne.

- La nécessité d'établir des liens officiels et la définition claire des rôles et responsabilités doivent être prises en compte dans le cadre de l'exploration d'un mandat à l'échelle internationale plus officiel. Plus précisément, ce rôle pourrait être lié aux rôles en matière d'aide internationale de l'Agence canadienne de développement international et du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international.

- Un rôle officiel du SRNU à l'échelle internationale exigerait la collaboration préalable d'autres intervenants afin que ce rôle tienne compte de la mine de renseignements des experts dans ce domaine. Si ce rôle lui est attribué, le SRNU pourrait avoir la planification et les processus en place à l'appui de ce rôle. Des critères régissant le rôle du SRNU pourraient être établis (p. ex. ce qui pourrait être fourni, les circonstances selon lesquelles des fournitures seraient envoyées à l'étranger).

4. Résumé et recommandations

À bien des égards, le SRNU est une police d'assurance. Personne ne veut faire appel à cette police d'assurance, parce que cela signifie qu'un événement indésirable s'est produit et qu'un grand nombre de personnes sont touchées. Les fournitures sur SRNU ont été déployées, tant au Canada qu'à l'étranger, à la suite de différents événements, notamment des tsunamis et des inondations, des accidents de train, des tempêtes de verglas, des pandémies de grippe et des attentats terroristes.

Toutefois, ce type d'événement continuera de se produire, et le Canada doit s'y préparer. Il est nécessaire d'avoir une réserve de fournitures de santé publique gérée par le gouvernement fédéral. La gestion de cette réserve cadre bien avec le mandat et les priorités de l'Agence de la santé publique.

Combinaison des fournitures du SRNU

Comme l'a souligné le Rapport de vérification sur les mesures et interventions d'urgence de 2010, il faut établir un plan stratégique à long terme pour guider l'achat et la gestion de fournitures pour la réserve. Harmonisé au renforcement des capacités et à la réalité des menaces actuelles en santé publique, le programme du SRNU devrait cibler son rôle principal quant aux exigences actuelles d'intervention en cas d'urgence lors de la détermination des fournitures qui devraient être dans la réserve.

La mise à jour du programme du SRNU devrait porter sur l'achat et la gestion de biens qui répondent aux besoins opérationnels liés aux évaluations actuelles du risque et qui correspondent mieux au mandat et aux priorités de l'Agence de la santé publique. Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence devrait tenir compte de ce qui suit au moment d'examiner les fournitures actuelles et les achats à venir :

- la préparation en cas de pandémie et l'examen de la réserve d'antiviraux dans le SRNU, compte tenu des décisions touchant la taille et de la composition de la Réserve nationale d'antiviraux.
- la fourniture d'une capacité d'appoint aux provinces et aux territoires pour les rassemblements de masse prévus d'importance nationale, comme les Jeux olympiques d'hiver de Vancouver en 2010, et son rôle dans les interventions médicales et pharmaceutiques en cas d'événements imprévus, comme les désastres naturels ou d'origine humaine.
- la préparation à contrer les menaces à la sécurité nationale, comme les accidents de nature chimique, biologique ou radionucléaire (en collaboration avec Santé Canada).

Bien qu'il y ait un besoin d'intervention en services sociaux durant un incident de santé publique, la capacité des provinces et des territoires, et des organisations non gouvernementales (telles que la Croix-Rouge canadienne et divers autres organismes d'intervention), pour aider à la distribution de ces fournitures à l'échelon local doit être accrue. D'autres pays, ainsi que certains territoires et provinces au Canada, travaillent déjà principalement avec des organisations non gouvernementales pour un soutien en services sociaux au cours d'une urgence.

Page: 101 of/de 1,041
AV2020000020

RECOMMANDATION 1

Conserver une partie seulement de la combinaison actuelle de biens du SRNU. Au moment de planifier et de déterminer la future combinaison stratégique de biens, mettre l'accent sur le rôle approprié du secteur de la santé publique plutôt que sur le rôle social général des mesures d'urgence.

a) Conserver en réserve les articles suivants pour assurer la capacité d'appoint des provinces et des territoires :
- **fournitures pour la préparation en cas de pandémie**
- **fournitures médicales et pharmaceutiques pour les rassemblements de masse prévus d'importance nationale et pour les catastrophes naturelles ou d'origine humaine inattendues**
- **mesures de protection contre le risque d'incident chimique, biologique et radionucléaire (CBRN).**

b) Considérer l'élimination des fournitures destinées aux services sociaux des biens du SRNU tout en assurance leur disponibité.

En ce qui concerne les biens acquis ou conservés, il faudrait porter une attention particulière à la gestion de leur cycle de vie - comme les méthode d'acquisition et l'entreposage des fournitures (voir annexe C).

Si l'Agence de la santé publique délègue son rôle de fournir du matériel de services sociaux, elle pourrait mener la coordination des discussions avec d'autres ministères, les provinces et les territoires et les organisations non gouvernementales pour faire en sorte que des plans de transition sont en place et que les besoins continuent d'être respectés.

Élimination des fournitures

Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence élabore en ce moment un plan stratégique plan et un plan opérationnel pour le SRNU, fondés sur une évaluation globale des risques afin d'orienter les futures activités du programme. Une des principales activités du plan est la conception d'un système de suivi de l'inventaire pour appuyer la gestion des opérations du SRNU tout au long de son cycle de vie.

Une autre sous-activités du plan opérationnel est de poursuivre l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique et de processus d'élimination des biens. L'élimination des fournitures désuètes est une activité essentielle. Payer pour l'entreposage de matériel désuet est une source de frustration pour certaines administrations provinciales et territoriales; l'élimination du matériel désuet contribuera à restaurer la confiance des provinces et des territoires dans le programme du SRNU.

L'élimination des fournitures pourrait aussi tenir compte des changements apportés à la planification stratégique à la suite du Rapport de vérification sur les mesures et interventions d'urgence de 2010 et de la présente évaluation. Par conséquent, les fournitures qui ne sont plus jugées stratégiques ou appropriées pour une réserve de l'Agence de la santé publique devraient aussi être éliminées.

L'élimination d'une telle quantité de biens sera coûteuse et prendra du temps. Il faudra peut-être renvoyer à Ottawa du matériel qui se trouve dans des entrepôts et plusieurs centres d'approvisionnement pré-établis partout au pays, faire le tri du matériel pour décider de la

Page: 102 of/de 1,041
AV2020000020

stratégie d'élimination et éliminer ce matériel selon la méthode choisie. Cela nécessitera des liens et une collaboration avec Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Toutefois, cette activité permettra de restaurer la confiance dans le SRNU et d'améliorer sa capacité à être pertinent en cas d'intervention d'urgence.

RECOMMANDATION 2

Établir, alimenter et mettre en œuvre une stratégie de disposition pour les articles suivants :

a) **l'équipement et les fournitures qui sont désuets, qui ne correspondent plus aux normes médicales en vigueur ou qui sont de mauvaise qualité (p. ex. hôpitaux d'urgence, unités de rassemblement des victimes, etc.)**

b) **les articles destinés aux services sociaux individuels (p. ex. lits pliants et couvertures) et les unités de services sociaux (p. ex. cuisines roulantes, trousses pour les centres d'accueil, etc.) (subordonné à l'issue de la recommandation 1b).**

Favoriser une intervention intégrée

Les provinces, les territoires et certains ministères fédéraux se disent perplexes relativement aux éléments du SRNU. Dans certaines administrations, les autorités disposent de très peu d'information sur le SRNU – elles ne sont pas au courant des biens disponibles ni du processus pour tirer profit du SRNU. L'ASPC doit donc élaborer une stratégie pour préciser les processus, confirmer les responsabilités et faire connaître l'existence de la réserve.

L'Agence devrait adopter une approche pancanadienne intégrée et coordonnée de la gestion des réserves en cas d'intervention lors d'une urgence de santé publique, pour assurer le partage des connaissances et de l'expertise en matière d'approvisionnement en matériel de santé publique avec le gouvernement fédéral et parmi les administrations.

Comme dans le cas de l'élimination du matériel désuet, cette approche permettra de renforcer la confiance en ce qui concerne la réserve et, pour ceux qui dépendent de ce service, de mieux comprendre ce que la réserve peut et ne peut pas offrir. La conception de produits de communication et d'autres outils devrait rendre compte du rôle de l'ASPC à l'échelle nationale et potentiellement internationale en ce qui concerne les interventions d'urgence.

Les types de produits de communication varieront en fonction des besoins et du public cible. Il faudra envisager la création de produits tels les guides de planification, facilement accessibles aux provinces et aux territoires, de fiches d'information sur les processus de déploiement de la réserve et de vidéos de formation sur des produits particuliers.

Page: 103 of/de 1,041
AV2020000020

RECOMMANDATION 3

Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication concernant le rôle de l'Agence de la santé publique sur le plan de la constitution de réserves pour les interventions de santé publique et en assurer le suivi, en fonction des groupes suivants :

- **Autres ministères et organismes fédéraux**
- **Provinces et territoires, y compris les secteurs spécialisés :**
  - **utilisateurs finaux (professionnels de la santé)**
  - **spécialistes de la gestion de matériel**
  - **équipes chargées de la logistique.**

Rôle à l'échelle internationale

L'ASPC n'a pas encore défini son rôle à l'échelle internationale ni élaboré de stratégie organisationnelle concernant les questions ou les événements d'ampleur internationale. L'ASPC doit particulièrement tenir compte du SRNU lors de l'élaboration (en cours) de sa stratégie internationale.

Bien que le déploiement de matériel à l'échelle mondiale ne soit pas le principal objectif du programme du SRNU, la réserve a déjà servi, par le passé, lors d'intervention en situation d'ampleur mondiale. Cette façon de faire correspond à celle dont d'autres administrations étrangères considèrent et utilisent leurs réserves nationales. Assurément, d'autres demandes pour le déploiement de matériel en cas d'urgence d'ampleur internationale seront à prévoir dans l'avenir. Toutefois, il n'existe pas d'autorité permanente chargée du déploiement du SRNU à l'échelle mondiale, ni de processus ou de protocoles établis pour ce genre de déploiement.

Si l'ASPC décide de solliciter un mandat permanent pour le déploiement de matériel du SRNU à l'échelle mondiale, il faudra tenir des consultations avec d'autres ministères (comme l'Agence canadienne de développement international, le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et le ministère de la Défense nationale) et des organisations non gouvernementales (comme la division internationale de la Croix-Rouge canadienne), pour déterminer comment le programme du SRNU pourrait efficacement soutenir une intervention coordonnée canadienne lors d'incidents de santé publique d'ampleur internationale.

RECOMMANDATION 4

Accorder une attention spéciale au SRNU au cours des discussions générales de l'Agence sur son rôle à l'échelle internationale.

Page: 104 of/de 1,041
AV2020000020

Annexe A : Éléments du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU)

Trousse ou unité	Brève description	Type	Lieu	Acquisition	Commentaires
Hôpitaux d'urgence	Ces 200 lits d'hôpital, à installer dans des bâtiments existants comme des écoles et des centres communautaires, sont conçus pour fournir de façon autonome des soins médicaux actifs et de courte durée dans les situations les plus défavorables.	Médical	[redacted]	1950, 1960	Éléments en cours d'évaluation qui seront recyclés ou éliminés
Centres avancés de traitement (CAT)	Ces centres sont conçus pour les interventions médicales précoces et chirurgicales limitées « sur le terrain » et soutenir le déplacement des patients vers d'autres établissements de soins.	Médical		1950, 1960	Éléments à évaluer
Unités de rassemblement des victimes (URV)	Ces unités sont conçues pour soutenir le système de santé existant en fournissant des soins médicaux actifs et à court terme dans les situations les plus défavorables.	Médical		1950, 1960	Éléments en cours d'évaluation qui seront recyclés ou éliminés Remplacées par des mini-cliniques
Trousses de traumatologie	Ces trousses contiennent du matériel de premiers soins et d'intubation, des solutions intraveineuses et des fournitures médicales, pour soutenir une intervention de première ligne et le triage des patients (mini-cliniques, centres avancés de traitement, etc.).	Médical		1950, 1960	Éléments en cours d'évaluation qui seront recyclés ou éliminés
Cuisines mobiles	Ces unités sont conçues pour répondre d'urgence aux besoins alimentaires « sur le terrain » ou lorsque les services normaux sont interrompus.	Services sociaux		1950, 1960	Éléments en cours d'évaluation qui seront recyclés ou éliminés
Trousses pour les centres d'accueil	Ces trousses comprennent des fournitures et du matériel d'inscription et de demande d'information pour la mise en place et l'exploitation de la capacité d'accueil des centres d'évacuation et des refuges.	Services sociaux		1950, 1960 et années suivantes	Éléments à évaluer
Unités de mise en quarantaine	Ces unités ont une capacité d'accueil maximale de 300 personnes qui arrivent au Canada par avion et qui sont soupçonnées d'avoir ou ayant été en contact avec une maladie infectieuse.	Médical		1950, 1960 et années suivantes	Éléments à évaluer

Page: 105 of/de 1,041
AV2020000020

Trousse ou unité	Brève description	Type	Lieu	Acquisition	Commentaires
Matériel pour les services sociaux	Lits pliants, couvertures, oreillers, débarbouillettes, génératrices, batteries, lampes de poche, bougies de secours, sacs à déchets, bouteilles d'eau, lanternes au propane, couches, cartes d'inscription et demandes d'information, etc.	Services sociaux	[redacted]	1950, 1960 et années suivantes	Éléments à évaluer
Antidotes - CBRNE	Antidotes, par exemple ceux contre la variole, le botulisme et la maladie du charbon.	Médical		2001-2002 et années suivantes	Éléments plus difficiles à se procurer et à entreposer (coûteux, disponibilité restreinte, restrictions d'homologation rigoureuses) et/ou qui nécessitent un long délai d'approvisionnement En fonction de l'évaluation du risque actuel
Sacs-trousses d'urgence - CBRNE	Ces trousses sont conçues pour une intervention en cas d'incident terroriste et contiennent : ensembles d'auto-injecteurs de gaz innervant antidotes (AtroPen, Combopen, Diazepam et simulateurs); ampoules multidoses d'atropine (1 mg/ml, 10 ml); comprimés de ciprofloxacine, 500 mg; sachets de lotion réactive de décontamination cutanée (RSDL); comprimés d'iodure de potassium, 130 mg.	Médical		2001-2002 et années suivantes	Éléments plus difficiles à se procurer et à entreposer (coûteux, disponibilité restreinte, restrictions d'homologation rigoureuses) et/ou qui nécessitent un long délai d'approvisionnement En fonction de l'évaluation du risque actuel
Fournitures en cas de pandémie	Antiviraux, antibiotiques réservés à une intervention en cas de pandémie, seringues, respirateurs et équipement d'alimentation en oxygène connexe, équipement de protection individuelle (masques, gants) et autre matériel tels jaquettes, draps jetables, oreillers, aiguilles, seringues, housses mortuaires, etc.	Médical		2004-2005 et années suivantes	À la suite de la crise du SRAS et de la pandémie de grippe H1N1
Mini-cliniques	Ces cliniques portatives viennent compléter les établissements de soins médicaux existants lorsqu'une situation catastrophique dépasse leur capacité et sont placées à proximité. Elles servent au triage et au traitement des blessés légers (voir la page 8 pour une description détaillée).	Médical		2009-2010 et années suivantes	En remplacement des unités de rassemblement des victimes (URV)

Page: 106 of/de 1,041
AV2020000020

Annexe B
Contexte, rôles et responsabilités actuels

La présente annexe donne une vue d'ensemble du rôle des autorités et des intervenants nationaux et internationaux responsables des mesures et des interventions d'urgence, en particulier de ceux associés au programme du SRNU.

Rôle national

Gouvernements provinciaux et territoriaux, intervenants locaux et organisations non gouvernementales

Au Canada, la gestion des urgences est une responsabilité partagée et exige l'engagement de plusieurs acteurs. Lorsque survient un incident de santé publique important, la gestion de l'urgence commence par une intervention locale. Lorsqu'une communauté n'est pas en mesure de gérer les répercussions, elle demandera du soutien à son gouvernement provincial ou territorial qui, à son tour, demandera du soutien au gouvernement fédéral au besoin.

La pratique en santé publique dépend largement d'une collaboration entre les organismes gouvernementaux et les organisations non gouvernementales, comme les associations professionnelles et les organisations humanitaires. Ces groupes peuvent axer leur mission sur la santé ou s'intéresser principalement à d'autres domaines, comme les services sociaux.

Les organisations non gouvernementales jouent un rôle essentiel lors d'interventions d'urgence et contribuent activement, en conformité avec leur mandat. Ces organisations peuvent, par exemple, fournir de l'assistance et des services de santé, des premiers soins, ou assurer la salubrité de l'eau, en intervenant et en se préparant aux incidents, et en fournissant des services dans la communauté.

Collaboration fédérale-provinciale-territoriale

Réseau pancanadien de santé publique

Le Réseau (pancanadien) de santé publique (RSP) a été créé par les ministres FPT de la Santé en 2005. Dirigé par un Conseil de 17 membres et comptant des représentants de chaque province et territoire et du gouvernement fédéral, le RSP permet à différents niveaux d'administration et à des experts de travailler ensemble à l'amélioration de la santé publique au Canada. Le Réseau adopte une approche concertée en matière de santé publique qui est cruciale en tout temps, mais particulièrement importante en ce qui concerne la coordination et la collaboration lors d'incidents de santé publique. L'ASPC fournit le soutien administratif au Conseil, à ses groupes et à ses comités.

Le groupe principal du RSP qui appuie la mise en œuvre du programme du SRNU est le Groupe d'experts en mesures et interventions d'urgence (GEMIU) [C]. Ce groupe est responsable de la coordination et du renforcement des politiques et de la planification FPT des mesures d'urgence sanitaire, ainsi que de l'offre de conseils et d'assistance techniques au besoin. Les groupes de travail du GEMIU qui prennent part à l'orientation du programme du SRNU sont le Conseil des directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires (CDGUS) et le Conseil

[C] Dans le cadre de l'examen de la structure de gouvernance du Réseau de santé publique, le Groupe d'experts en mesures et interventions d'urgence et, par la suite, le Conseil des directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires et le Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence cesseront leurs activités en date du 31 mars 2011.

Page: 107 of/de 1,041
AV2020000020

des directeurs des services sociaux d'urgence (CDSSU).

SPCGUS et SPCGIS

Le Groupe d'experts en mesures et interventions d'urgence (GEMIU) du Réseau pancanadien de santé publique a pour mandat d'élaborer et d'administrer un système pancanadien de gestion des urgences sanitaires (SPCGUS) intégré, coordonné et global, qui englobe tous les aspects de la gestion d'une urgence, soit la prévention ou l'atténuation, la préparation, l'intervention et le rétablissement.

Le GEMIU coordonne aussi l'élaboration du système pancanadien de gestion des incidents sanitaires (SPCGIS), qui facilite la planification et la communication entre les administrations lors d'urgences, en définissant les rôles et responsabilités et en établissant des directives et des protocoles opérationnels qui permettent de coordonner la planification entre les administrations.

En décembre 2010, les sous-ministres de la Santé ont approuvé une structure de gouvernance simplifiée du Réseau de santé publique, qui prévoit la création de trois comités directeurs qui relèveront du Conseil et seront chargés de la santé de la population et des collectivités, des maladies transmissibles et infectieuses, et de l'infrastructure de santé publique. Ces comités directeurs remplaceront les six groupes d'experts existants. Le 1er avril 2011, le mandat du Groupe d'experts en mesures et interventions d'urgence (GEMIU) sera transféré au nouveau comité directeur responsable de l'infrastructure de santé publique.

Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé

En cours de mise à jour depuis la pandémie de grippe H1N1, le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé (2006) a pour but d'encadrer l'intervention concertée du Canada en cas de pandémie de grippe et d'orienter les rôles et responsabilités de l'ASPC, de Santé Canada, des provinces et des territoires. Il vise aussi à réduire au minimum la morbidité grave, la mortalité et les perturbations sociales pendant et après une pandémie, en prenant part à une planification et à une intervention coordonnées et en facilitant ces mesures. Il est le produit d'un long dialogue et d'une collaboration avec des représentants de l'ensemble des provinces et territoires, des médecins hygiénistes en chef, d'épidémiologistes, de virologistes, de spécialistes des maladies transmissibles; de spécialistes cliniques, de santé publique et de laboratoire, et d'un groupe important d'intervenants, notamment des organisations non gouvernementales, des autorités locales, des planificateurs d'urgence et des bioéthiciens.

Protocole d'entente sur l'offre d'aide réciproque

Le Protocole d'entente fédéral-provincial-territorial (FPT) sur l'offre d'aide réciproque de ressources sanitaires en situation d'urgence de santé publique, élaboré sous la direction du GEMIU du Réseau pancanadien de santé publique, est un document qui encadre l'aide réciproque entre les différentes administrations du Canada, conformément à un ensemble de principes et d'ententes.

Page: 108 of/de 1,041
AV2020000020

Rôle du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral, par l'entremise de Sécurité publique Canada, exerce un leadership au niveau national à l'égard des responsabilités relatives à la sécurité civile, différents ministères fédéraux assumant d'autres fonctions particulières.[16] La *Loi sur la gestion des urgences* précise que le ministre de la Sécurité publique est chargé d'assumer la « *gestion des urgences au Canada en coordonnant, au sein des institutions fédérales et en collaboration avec les gouvernements provinciaux et d'autres entités, les activités de gestion des urgences* »[17].

Bien que le portefeuille de la Santé (qui comprend Santé Canada, l'ASPC, les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et Procréation assistée Canada) joue un rôle de premier plan lors d'incidents de santé publique, d'autres ministères et organismes fédéraux jouent un rôle précis lors d'urgences majeures, notamment :

- l'Agence canadienne d'inspection des aliments, qui est la principale responsable lors d'intervention en cas d'urgence sanitaire animale. Elle travaille avec les provinces et les territoires, les industries animales et alimentaires et les vétérinaires du secteur privé à l'amélioration de la surveillance des signes de maladie et au maintien de mesures de biosécurité accrues dans les fermes canadiennes. Elle possède une réserve d'équipements de protection individuelle pour son personnel
- les Forces canadiennes, qui sont chargées de fournir leurs propres soins de santé. Cette organisation administre une réserve d'urgence pouvant répondre à des exigences opérationnelles principalement associées à la fourniture de soins à son personnel en cas d'incident chimique, biologique ou radionucléaire (CBRN) et à la préparation en cas de pandémie. Les Forces canadiennes possèdent aussi du matériel pour les opérations humanitaires et les interventions en cas de catastrophes
- le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international, qui coordonne l'intervention canadienne à l'échelle internationale, y compris la fourniture d'aide internationale à partir des réserves nationales
- l'Agence canadienne de développement international, qui dirige l'intervention du Canada à l'échelle internationale, afin d'aider les gens touchés par la pauvreté ou les catastrophes;

Le portefeuille de la Santé collabore aussi avec la Gendarmerie royale du Canada, l'Agence des services frontaliers du Canada et Citoyenneté et Immigration Canada à la gestion de la vérification des voyageurs et à la surveillance des incidents à la frontière américaine et aux points d'entrée internationaux.

Plan fédéral d'intervention d'urgence

Le Plan fédéral d'intervention d'urgence décrit les processus et les mécanismes visant à faciliter une intervention intégrée du gouvernement du Canada en cas d'urgence et à éliminer la nécessité, pour les ministères, de coordonner une intervention générale du gouvernement du Canada. Ce plan a pour but d'harmoniser les mesures d'intervention d'urgence du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations non gouvernementales et du secteur privé. Dans ce plan, Sécurité publique Canada est le ministère fédéral chargé de la coordination et de l'engagement des autres ministères fédéraux concernés.

Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire

Le Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire (2002) a pour but de fournir une structure fédérale de préparation et d'intervention en cas d'urgence nucléaire pour protéger le public contre les effets immédiats et à retardement sur la santé provoqués par une exposition à des sources de

rayonnement non contrôlées; réduire au minimum les répercussions d'un incident nucléaire sur les biens et l'environnement; préserver la confiance du public en la capacité des autorités responsabilités à protéger la santé publique.

Partenariat fédéral pour les soins de santé — Groupe de travail sur la planification en cas de pandémie

Le 11 mai 2009, le Groupe de travail sur la planification en cas de pandémie du Partenariat fédéral pour les soins de santé a été créé et chargé d'assurer la coordination entre les partenaires et les organisations fédérales qui fournissent actuellement des soins de santé aux populations sous la responsabilité du gouvernement fédéral. Parmi les partenaires fédéraux se trouvent Citoyenneté et Immigration Canada, le Service correctionnel du Canada, le ministère de la Défense nationale, Santé Canada, l'ASPC, la Gendarmerie royale du Canada et Anciens combattants Canada. Le Groupe de travail est chargé de répondre aux questions posées par les partenaires et d'offrir une orientation stratégique en ce qui concerne les questions sur la vaccination contre la grippe H1N1 et l'accès au SRNU et à la Réserve nationale d'antiviraux.

Portefeuille de la Santé

En vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé*, le ministre de la Santé est doté du mandat général de favoriser et de préserver le bien-être physique, mental et social de la population canadienne, ainsi que de protéger la population contre les risques pour la santé et la propagation des maladies. Le ministre de la Santé a aussi la responsabilité d'assurer une coopération avec les autorités provinciales, en vue d'une coordination des mesures prises ou proposées pour préserver ou améliorer la santé publique.

Le ministre de la Santé est appuyé dans ses fonctions par le portefeuille de la Santé, qui comprend Santé Canada, l'ASPC, les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et Procréation assistée Canada. Dans le portefeuille de la Santé, c'est l'ASPC qui gère principalement une intervention en cas de crise de santé publique.

Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé

Le Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé prend la forme d'un plan d'intervention d'urgence « tous risques ». Il définit la portée, le cadre, le rôle et les responsabilités que l'ASPC et Santé Canada doivent observer pour assurer une intervention adéquate lors de diverses situations d'urgence qui pourraient avoir une incidence sur la santé et le bien-être de la population canadienne.

Le ministre de la Santé du Canada (ASPC et Santé Canada) est principalement responsable de l'élaboration et de l'administration des plans d'urgence fédéraux du portefeuille de la Santé en cas de menaces pour la santé publique ou d'incidents d'ampleur nationale comme des éclosions de maladies à grande échelle, des catastrophes naturelles ou des incidents chimiques, biologiques ou radionucléaires majeurs.

Dans le portefeuille de la Santé, l'ASPC agit à titre de conseillère principale en matière de santé publique auprès du ministre et a des responsabilités sur le plan de la gestion des urgences, entre autres pour ce qui est :

- des urgences de santé publique causées par des catastrophes naturelles et d'origine humaine, y compris les éclosions de maladies infectieuses
- des questions d'ordre législatif et réglementaire relativement à la mise en quarantaine
- de la mise en œuvre de lois s'appliquant à l'importation d'agents pathogènes humains
- de la biosécurité en laboratoire

- de l'activation des centres des opérations d'urgence
- de la mobilisation du SRNU.

Plan d'intervention en cas d'urgence chimique du portefeuille de la Santé

Le Plan d'intervention en cas d'urgence chimique est utilisé par le personnel du portefeuille de la Santé qui prend part à l'intervention en situation d'urgence chimique et fournit de l'information sur la coordination de cette intervention au sein du portefeuille de la Santé. Dans la majorité des cas, les urgences chimiques seront localisées et gérées par les ressources régionales. Le portefeuille de la Santé offre un soutien à l'intervention en situation d'urgence chimique seulement lorsque la province ou le territoire le demande, lorsqu'un autre ministère ou organisme fédéral le demande, lorsqu'un homologue étranger le demande ou lorsque l'urgence chimique survient dans une administration fédérale.

Rôle de Santé Canada lors d'urgences de santé publique

Par l'entremise de la Direction des mesures d'urgence et de la santé au travail, Santé Canada est chargé de préparer les demandes des ministères et des organismes fédéraux concernant les actes terroristes soupçonnés ou réels et d'y répondre. La Direction élabore aussi des plans et des politiques pour assurer l'état de préparation d'urgence de Santé Canada et son interaction efficace avec l'ASPC dans l'ensemble du Portefeuille.

Santé Canada est responsable du régime de réglementation gouvernant la sécurité des produits, ce qui comprend les aliments, les médicaments, les matériels médicaux, les produits de santé naturels, les produits de consommation, les produits chimiques, les dispositifs émettant des radiations, les cosmétiques et les pesticides.

En reconnaissance du statut et des besoins uniques des Premières nations des réserves du Canada, Santé Canada collabore avec les communautés des Premières nations des réserves pour surmonter les obstacles à une bonne santé et les menaces de maladies et pour atteindre un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens habitant dans des régions similaires. Outre sa préparation et ses interventions en cas de menace pour la santé publique dans ces communautés, Santé Canada est aussi responsable d'assurer l'offre et l'accessibilité de services de santé à ces communautés, y compris d'administrer une réserve d'équipements de protection individuelle pour les travailleurs de la santé et le personnel de soutien qui prend part à la prestation des services de santé.

Rôle de l'Agence de la santé publique du Canada lors d'urgences de santé publique

La *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* est entrée en vigueur en décembre 2006. Cette loi constitue l'Agence à titre d'entité distincte au sein du portefeuille de la Santé, qui a pour mandat d'aider le ministre de la Santé à s'acquitter de ses responsabilités en matière de santé publique. Elle établit aussi sa position et précise le double rôle unique de l'administrateur en chef de la santé publique. La *Loi* souligne que l'Agence devrait être responsable de ce qui suit : l'immunisation, la prévention des maladies chroniques et la préparation d'urgence.

La *Loi* précise aussi que « Le médecin hygiéniste en chef du Canada serait une voix nationale écoutée en matière de santé publique, particulièrement au cours des épidémies et autres urgences sanitaires, ainsi qu'un symbole très visible de l'engagement fédéral à protéger à améliorer la santé des Canadiens ».

L'ASPC est l'organisme fédéral mandaté pour gérer les urgences de santé publique et la coordination régionale des activités fédérales en cas d'urgence sanitaire. Elle assume une fonction de coordination de la planification d'urgence, ainsi que de la formation et des

activités auxquelles prennent part tous les ordres de gouvernement et les secteurs bénévole et privé. Elle collabore avec des partenaires étrangers, les provinces et les territoires, et d'autres partenaires fédéraux à la surveillance des menaces nationales et internationales pour la santé publique et à la mobilisation d'une intervention pancanadienne en cas d'incident de santé publique d'intérêt national ou international.

En ce qui concerne son rôle en matière d'intervention d'urgence, l'ASPC dirige et/ou entreprend les activités générales suivantes :

- assure une direction et une coordination nationales lors d'urgences de santé publique, en collaboration avec d'autres ministères et organismes fédéraux, ainsi que les représentants des provinces, des territoires et des municipalités
- fournit un soutien et une coordination, par l'entremise du Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé du gouvernement du Canada, lors de la préparation et de l'intervention en cas d'incidents sanitaires nationaux et internationaux
- entreprend des exercices de gestion des urgences et y participe, au Canada et à l'échelle internationale.

À l'ASPC, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence assure la coordination nationale des questions de sécurité de santé publique. Il a pour mandat d'assurer la sécurité sanitaire nationale des Canadiens au moyen de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence, et la protection contre tous les risques, y compris les catastrophes naturelles et d'origine humaine. Il est responsable du programme du SRNU. Entre autres responsabilités, le Centre doit :

- élaborer et administrer des plans nationaux d'intervention d'urgence pour l'ASPC et Santé Canada
- surveiller les éclosions et les incidents de maladie d'ampleur mondiale
- évaluer les risques pour la santé publique en situation d'urgence
- contribuer à maintenir les politiques canadiennes en matière de santé et d'urgence adaptées aux menaces pour la sécurité de la santé publique et la sécurité globale des Canadiens, en collaboration avec d'autres organismes fédéraux et internationaux de santé et de sécurité
- assumer la responsabilité des importantes règles fédérales de santé publique gouvernant la mise en quarantaine et les questions connexes
- agir à titre d'autorité sanitaire au sein du gouvernement du Canada en matière de bioterrorisme, de services de santé d'urgence et d'intervention d'urgence.

Au Centre de mesures et d'interventions d'urgence, le Bureau des services d'interventions d'urgence (BSIU) est responsable du soutien aux services sanitaires et sociaux d'urgence dans les provinces, les territoires ou à l'étranger. Il intervient en cas de catastrophe naturelle ou d'origine humaine en exécutant les activités suivantes :

- soutien aux organismes provinciaux, territoriaux et étrangers qui fournissent des services sanitaires et sociaux lors d'urgences d'ampleur nationale
- gestion et approvisionnement du SRNU, qui comprend des produits pharmaceutiques, du matériel et de l'équipement médical et des services sociaux d'urgence
- administration d'une liste d'intervenants en cas d'urgence qui sont prêts à être déployés pour aider les autorités provinciales, territoriales et locales à fournir un soutien médical d'urgence lors d'une crise ou d'une catastrophe sanitaire.

Le Bureau soutient aussi des partenaires et des intervenants du secteur fédéral, provincial, territorial et municipal en élaborant et en offrant une gamme complète d'exercices et de services de formation en matière de gestion des urgences de santé publique.

Rôle international

Les grandes situations d'urgence font fi des frontières et se présentent toujours au moment le plus inattendu. Elles provoquent une souffrance humaine très élevée et touchent de nombreux aspects de la vie des gens, y compris leur santé, leur sécurité, le lieu où ils vivent et leur accès à l'eau ou à la nourriture. Lorsqu'il réagit à un événement de santé publique de portée internationale, le gouvernement du Canada travaille avec ses partenaires internationaux par l'intermédiaire d'organismes comme l'Organisation mondiale de la Santé et de mécanismes comme l' Initiative de sécurité sanitaire mondiale. Il travaille également en étroite collaboration avec ses deux partenaires nord-américains, les États-Unis et le Mexique.

Organisation mondiale de la Santé

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dirige les interventions internationales en matière de santé publique en cas d'événement d'envergure et aide également les États membres à renforcer leurs capacités de préparation en cas d'urgence. Le principe de la stratégie de l'OMS repose sur la santé et sur les dangers dans leur globalité. Une approche tous risques prévoit l'élaboration de stratégies de gestion pour toute la gamme de menaces et de risques possibles, tandis qu'une approche de santé globale vise l'unification et la coordination de la planification des mesures d'urgence par la synchronisation des plates-formes de capacité d'appoint et des plates-formes opérationnelles du secteur de la santé avec celles d'autres secteurs.

En 2005, l'Assemblée mondiale de la santé a révisé le *Règlement sanitaire international* (RSI), instrument juridique international qui lie 194 pays. Le RSI a pour but d'aider la communauté internationale à prévenir toute menace grave pour la santé publique qui pourrait traverser les frontières et mettre la population mondiale en danger et à y réagir. Cette entente ayant force obligatoire, à laquelle le Canada est partie, exige des pays membres qu'ils améliorent leurs capacités de détection, d'évaluation, de déclaration et d'intervention en cas de menaces pour la santé publique.

Initiative de sécurité sanitaire mondiale

Le Canada est membre de l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale (ISSM), partenariat international entre la France, l'Allemagne, l'Italie, le Japon, le Mexique, le Royaume-Uni et les États-Unis, qui vise à renforcer les activités mondiales de préparation et d'intervention en cas de menaces pour la santé publique. En 2001, les ministres de la santé de ces pays ont créé le Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale (GTPSM), groupe composé de hauts fonctionnaires dont la mission est d'élaborer et de mettre en œuvre des mesures concrètes visant à améliorer la sécurité sanitaire mondiale. Le GTPSM agit également en tant que réseau de communication et d'intervention rapides en cas de crise. Deux projets de l'ISSM sont en cours : a) aspects de santé publique des menaces radiologiques et nucléaires; b) renforcement des capacités et formation liés aux maladies infectieuses émergentes.

Relations trilatérales : Canada, États-Unis et Mexique

Le Canada travaille en étroite collaboration avec ses deux voisins nord-américains, les États-Unis et le Mexique. Une des priorités de cette relation est de protéger les gens contre les maladies.

Guidés par le Plan nord-américain contre l'influenza aviaire et la pandémie d'influenza (PNAIAPI), le Canada, le Mexique et les États-Unis collaborent en vue de se préparer à faire

Page: 113 of/de 1,041
AV2020000020

face à une éventuelle éclosion de grippe aviaire ou à une pandémie de grippe en Amérique du Nord, et à la gérer comme il se doit. Reconnaissant que la santé socioéconomique de chaque pays est étroitement liée à celle des autres, le PNAIAPI décrit une approche nord-américaine de collaboration et de coordination visant à maîtriser la propagation de la grippe aviaire ou d'une nouvelle souche de grippe humaine.

Le PNAIAPI décrit les activités conjointes à réaliser suivant six grands axes : promotion de la santé et communication des risques; coordination; surveillance épidémiologique et travail de laboratoire; prestation des soins de santé; constitution de stocks de médicaments stratégiques; recherche-développement. Il vise à faire ce qui suit : détecter, limiter et contrôler une éclosion d'influenza aviaire et prévenir la transmission à l'être humain; prévenir ou ralentir la propagation d'une nouvelle souche d'influenza humaine en Amérique du Nord; réduire au minimum la mortalité et la morbidité; étayer les infrastructures et atténuer les effets d'une telle épidémie sur l'économie et sur le fonctionnement de la société[18].

La Déclaration d'aide mutuelle en santé publique (2007) est une déclaration conjointe du ministère américain de la santé et des services aux personnes, du ministère de la santé des États-Unis du Mexique et de Santé Canada, y compris l'Agence de la santé publique du Canada, qui fait ressortir l'objectif de coopérer en partageant de l'information et des fournitures, notamment des fournitures médicales et pharmaceutiques stockées dans les réserves nationales.

Relations bilatérales : Canada et États-Unis

Au Canada, la *Loi sur la gestion des urgences* (2007) autorise le ministre de la Sécurité publique, en consultation avec le ministre des Affaires étrangères, à coordonner l'intervention canadienne en réponse à une situation d'urgence aux États-Unis.

L'Accord de coopération entre le Canada et les États-Unis concernant la gestion des urgences, signé en 1986 et resigné en 2008, vise à faciliter les opérations civiles d'urgence dans les deux pays. Il souligne l'importance de renforcer la coopération pour la gestion des mesures d'urgence, notamment en cas d'incidents, d'urgences et de catastrophes naturels et d'origine humaine, et stipule que les gouvernements des deux pays feront tout ce qui est possible pour faciliter le déplacement des évacués, des réfugiés, du personnel civil d'urgence, du matériel ou d'autres ressources.

Il existe de nombreux accords transfrontaliers sur le partage d'information ou de fournitures en cas d'urgence, notamment ceux qui suivent : l'accord Pacific Northwest Emergency Management Agreement (2007), signé par l'Alaska, la Colombie-Britannique, l'Idaho, l'Oregon, Washington et le Yukon; le protocole d'entente International Emergency Management Memorandum of Understanding (2000), signé par les États du Connecticut, du Maine, du Massachusetts, du New Hampshire, de Rhode Island et du Vermont ainsi que par les provinces du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Québec; le plan Erie-Niagara Cross Border Contingency Plan (2004), signé par la municipalité régionale de Niagara, la province de l'Ontario et les comptés de Erie et de Niagara dans l'État de New York.

Annexe C
Points à examiner - Gestion du cycle de vie

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) fournit des ressources de santé publique à l'appui des interventions d'urgence au Canada. La présente section décrit comment les activités d'autres administrations peuvent aider à guider l'établissement d'une approche renouvelée à l'égard de la gestion du cycle de vie dans le cadre du programme du SRNU.

L'une des principales recommandations de la Vérification de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence 2010 précise que « […] *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*[19] ».

Capacités opérationnelles

Cette évaluation souligne, tout comme de nombreux rapports antérieurs, la nécessité pour l'ASPC de gérer un certains nombre d'aspects et de fonctions de plus en plus complexes pour veiller à ce que les ressources du SRNU soient utilisées efficacement en cas d'urgence. Toutefois, la fonction du programme du SRNU ne consiste pas seulement à gérer des stocks. Par exemple, l'ASPC a un rôle national à jouer pour ce qui est de la coordination et de la direction des activités de gestion des fournitures en cas d'intervention d'urgence en santé publique. Pour renouveler le programme du SRNU et le rendre pluridimensionnel, il faudra le gérer davantage selon un modèle d'affaires ou une optique systémique, moins axé sur la gestion d'entrepôts ou de stocks.

Comme il a été indiqué précédemment, les capacités opérationnelles du Centre de mesures et d'interventions d'urgence devront être renforcées pour donner suite aux recommandations antérieures et aux activités futures. Pour cela, il faudra une planification stratégique et opérationnelle proactive et une participation soutenue et significative des intervenants. Cela revêt une importance particulièrement cruciale lorsqu'il s'agit de communiquer avec les provinces et les territoires au sujet de leurs plans d'intervention en cas de catastrophe et de négocier des protocoles d'entente. Pour assurer une telle participation, il faut être au courant des rôles, des responsabilités et des plans d'intervention en cas d'urgence de chacune des administrations. Par exemple, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont créé des équipes chargées des divers aspects de leur Strategic National Stockpile, y compris les préparatifs, la planification et l'analyse des programmes, l'organisation matérielle, les interventions, les exercices et la formation des équipes.

Pour ce qui est des capacités opérationnelles, il faut également tenir compte des liens qui doivent être maintenus ou renforcés entre le programme du SRNU et les directions générales de l'ASPC ou du reste du portefeuille de la Santé. Le programme du SRNU dépend d'autres secteurs de l'ASPC lorsqu'il s'agit de recevoir des conseils stratégiques sur les produits et la planification. Par exemple, la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses offre des conseils et de l'orientation concernant l'achat de produits spécialisés (comme les antiviraux). Le programme du SRNU doit également consulter d'autres directions générales internes au sujet d'autres activités qui pourraient avec une incidence sur la gestion de la réserve. La réciprocité nécesaire dans le cadre de ces relations devraient également être prise en considération.

Actuellement, la fonction principale du personnel chargé du programme du SRNU est de gérer la réserve. Certains aspects doivent être pris en compte lorsqu'il s'agit d'accroître les

Page: 115 of/de 1,041
AV2020000020

capacités opérationnelles du programme du SRNU pour réaliser les activités très diversifiées permettant de gérer la réserve en cas d'intervention d'urgence.

Planification

Comme mentionné précédemment, en réponse à la *Vérification de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence 2010*, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence examine déjà un plan stratégique à long terme pour le programme du SRNU. Un des secteurs d'intérêt pour les provinces et les territoires est l'évaluation du risque non uniforme. L'évaluation des besoins potentiels en matière d'intervention doit tenir compte du fait que les diverses administrations font face à des risques différents, sont situées dans des environnements géographiques différents et possèdent des capacités différentes. Par exemple, les représentants des provinces et des territoires ont indiqué que les capacités des petites communautés éloignées sont souvent limitées. Ces communautés sont confrontées à des difficultés particulières en matière d'entreposage, de transport, de formation et de disponibilité de professionnels compétents. Pour illustrer davantage ce fait, il a été mentionné que l'entreposage des ressources du SRNU déployées au préalable représente un grand défi en raison du manque d'espaces d'entreposage respectant les exigences établies pour les fournitures médicales et pharmaceutiques du SRNU (p. ex. chauffage et sécurité).

Des entrevues avec des membres du personnel de l'ASPC ont permis de confirmer les conclusions de la *Vérification de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence 2010* concernant certains achats qui auraient été faits de façon ponctuelle par le passé, principalement en raison de contraintes budgétaires. Toutefois, il y a un désir manifeste d'adopter un plan stratégique à long terme qui tient compte du cycle de vie complet pour tout produit, notamment la planification, l'achat, l'entreposage, le déploiement et, enfin, l'élimination.

Par exemple, avec les perfectionnements de la technologie médicale, les modules (p. ex. les mini-cliniques, voir section 2.1), les produits pharmaceutiques et l'équipement médical du programme du SRNU sont devenus de plus en plus complexes. L'équipement médical avancé doit être entretenu par des techniciens biomédicaux formés. L'entrepôt du SRNU contient beaucoup d'équipement médical avancé pour lequel il n'y a qu'un minimum d'infrastructure et de ressources humaines pour en assurer l'entretien sophistiqué et exigeant en main-d'œuvre. Le programme du SRNU devra établir des plans de gestion et obtenir les fonds nécessaires pour répondre aux exigences en matière d'entretien liées à ce type d'équipement moderne.

Les experts en la matière ont joué un rôle important en fournissant des conseils sur les achats récents. Pour favoriser un processus décisionnel fondé sur des données probantes, la création d'un comité de pharmacologie et de thérapeutique a été approuvée récemment, et un comité de l'approvisionnement en matériel et de l'équipement est en cours d'élaboration. Il reste encore à élaborer un plan stratégique à long terme qui permettra à l'ASPC de prendre des décisions ciblées quant aux principales fournitures, et ce, dans le cadre d'un rôle bien défini.

Achats et gestion des inventaires

Bien qu'il soit prévu que les gouvernements devront toujours acheter et stocker certains articles d'inventaire pour éviter de manquer de certaines fournitures en cas d'intervention d'urgence, d'autres méthodes d'achat et de stockage de fournitures devront être envisagées. Le Canada n'est pas le seul pays à examiner les possibilités de gains d'efficacité dans ce secteur. L'Australie revoie également son approche à l'égard de la gestion des stocks. Elle achète et stocke la totalité de son inventaire de façon semblable au programme du SRNU.

L'adoption d'un système « uniforme » ne constitue pas la meilleure approche pour la gestion des stocks. L'ASPC doit examiner si les options ci-après sont valables pour différents types de produits ou d'urgences (p. ex. pour une pandémie par rapport à une catastrophe naturelle, comme une inondation).

Inventaires « juste-à-temps »

Les entreprises pharmaceutiques, comme d'autres secteurs, ont adopté une méthode de gestion « juste-à-temps » des achats de matières premières pour la fabrication et la livraison de produits finis aux utilisateurs finaux. Cette approche a pour but de réduire les coûts d'entreposage et les capitaux gelés sous forme d'inventaire non vendu. Les hôpitaux ont également adopté une approche semblable à l'égard de la gestion des stocks et traitent avec moins de fournisseurs.

De façon générale, cette méthode a permis, dans les dix dernières années, de réduire les inventaires du secteur privé, qui sont passés de six à environ deux mois (ou moins) d'approvisionnement. Toutefois, cette approche ne signifie pas que les inventaires d'approvisionnement sont plus vulnérables en cas de pénurie de fournitures, et cet aspect devrait être pris en considération dans toute analyse du risque. Dans son rapport de décembre 2010 sur les résultats d'un sondage auprès des pharmaciens ayant comme thème les pénuries de médicaments, l'Association des pharmaciens du Canada mentionne que : « [traduction] *l'approvisionnement est une fonction qui obéit principalement aux lois du marché et qui s'appuie sur une chaîne d'approvisionnement fragile composée de fournisseurs de matières premières, de fabricants, de grossistes, de distributeurs, de compagnies pharmaceutiques, d'autres pharmacies et de pharmaciens. Toute perturbation d'un quelconque maillon de cette chaîne d'approvisionnement occasionnera des pénuries*[20]. »

Un autre des défis propres à cette approche est la prise en compte d'autres aspects logistiques (comme le transport à partir du lieu du fournisseur jusqu'à destination) dans la planification du déploiement du matériel en cas de situation d'urgence. D'autres difficultés liées aux contraintes budgétaires (disponibilité des fonds quand des urgences surviennent) méritent aussi d'être examinées.

Gestion des stocks par un tiers

Une autre approche à envisager est le recours accru à la gestion des stocks par un fournisseur - ou un distributeur –, qui permettrait de profiter de la capacité de gestion d'entrepôts et d'inventaires au privé. Le problème de l'arrivée à échéance constante des produits de la réserve d'urgence pourrait être géré grâce au roulement d'inventaire dans la réserve du fournisseur, qui vendrait les produits à d'autres acheteurs, au besoin.

L'examen de la réponse de l'Ontario à la pandémie de grippe H1N1 en 2009 traite de la réserve d'urgence de la province, qui est fondée sur l'approche ci-après :

> *La réussite du processus de distribution des fournitures s'explique par les liens solides qui s'étaient créés avec un partenaire logistique avant la pandémie (dans le cadre de la planification du Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe) et la capacité de limiter les commandes selon les délais, les quantités et la composition de produits, ce qui a permis d'éviter que les stocks ne s'épuisent trop rapidement. Le système de commande en ligne a permis aux fournisseurs de passer leurs commandes rapidement et d'obtenir les trousses convenant à leur cabinet et à leur organisme. La société de logistique a pu aussi suivre et surveiller toutes les commandes et soumettre au ministère des rapports quotidiens pour que les fournisseurs de soins reçoivent le matériel dont ils avaient besoin*[21].

Il convient également de signaler que l'Ontario a conclu des ententes d'achat conjointes avec d'autres organisations du secteur de la santé et du secteur public (notamment des hôpitaux et d'autres ministères gouvernementaux) « [traduction] *qui, autrement, ne trouveraient peut-être pas les fonds nécessaires pour constituer leurs réserves de fournitures et d'équipement*[22] ».

Toutefois, certains facteurs doivent être pris en considération lorsqu'on envisage de confier la gestion de la réserve de secours à un fournisseur. Un fournisseur pourrait être réticent à l'idée d'établir une telle relation si un produit n'est pas très en demande chez ses clients. Par conséquent, les types de produits dans ce genre particulier de gestion de réserve ont une grande importance.

Comme il a été mentionné précédemment, des considérations relatives à l'organisation matérielle et au transport doivent être prises en compte dans le cadre de cette approche en matière de réserves. Enfin, il est possible que le pays d'un fournisseur étranger lui interdise d'exporter des produits ailleurs (en raison d'une politique visant à répondre d'abord aux besoins nationaux en matière d'intervention d'urgence), ce qui pourrait compromettre la livraison des réserves et stocks préachetés.

Initiatives à l'étranger : Gestion des stocks par un fournisseur

Il y a de nombreux avantages liés à la gestion des stocks par un fournisseur (GSF). Le système norvégien de préparation et d'intervention en cas d'urgence (NOREPS) profite des attraits de la GIF, notamment les opérations « clé en main », les niveaux de stock établis (c.-à-d. les niveaux minimums convenus) et les ententes contractuelles concernant le remplacement immédiat des produits. Aux Etats-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention utilisent la GSF pour fournir des produits pharmaceutiques, des fournitures ou des produits propres à certains agents suspectés ou confirmés, lorsque cette option peut être la première envisagée pour une réponse immédiate du *Strategic National Stockpile*.

Déploiement

Il convient de noter que, particulièrement au niveau du déploiement, les représentants des provinces et des territoires ont indiqué pour la plupart qu'une relation de confiance et de soutien s'est établie avec la direction et le personnel du SRNU au cours des années. Ils apprécient grandement le contact proactif avec le personnel du SRNU lorsque des événements se produisent, ainsi que la participation directe de celui-ci à l'appui des déploiements. Un certain nombre de répondants ont également indiqué que les fournitures sont toujours fournies rapidement (délai de 24 heures) et que le déploiement préalable de fournitures pour les rassemblements de masse favorise une bonne connaissance du programme du SRNU et permet des appuis logistiques pouvant servir en cas de véritables urgences.

Les suggestions ci-après permettront d'élargir les futures activités de déploiement. Des activités de communication et de formation pourraient aider les intervenants provinciaux, territoriaux et locaux à mieux comprendre et utiliser les fournitures disponibles par l'intermédiaire du programme du SRNU :

- Les processus de demande, de déploiement, de réception et de retour pour les diverses fournitures doivent être mieux expliqués dans la documentation écrite. Il a été suggéré qu'un document sur le « concept des opérations » tenant compte des réalités de chaque administration soit élaboré. Ce document devrait inclure des documents d'une page traitant de la façon dont les administrations peuvent communiquer entre elles, des délais

Page: 118 of/de 1,041
AV2020000020

auxquelles elles doivent s'attendre pour le déploiement et de la manière dont elles doivent s'y prendre pour accéder aux ressources. Des instructions écrites permettraient également de faciliter les étapes de l'empaquetage et de l'envoi. Des spécifications et des normes publiées à l'intention des utilisateurs finaux permettront un rendement optimal.

- L'intérêt d'offrir de la formation de façon régulière et constante à l'échelle locale sur le programme du SRNU a été mis en évidence. Parallèlement à l'orientation générale offerte aux provinces et aux territoires ainsi qu'activités annuelles de familiarisation avec le programme, une formation spécifique traitant des éléments suivants devrait être envisagée : a) compétences cliniques; b) rôles et exigences logistiques; c) rôles des gestionnaires de matériel dans l'achat des fournitures du SRNU. Certaines administrations sont d'avis que la formation offerte par l'administration centrale devrait intégrer des pratiques exemplaires attestées et prévoir la formation de formateurs provinciaux qui pourront ensuite former d'autres personnes de leur province pour entretenir leurs systèmes de réserve d'urgence.

Nous pouvons également apprendre d'autres stratégies. Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont adopté certains de ces mécanismes. Un guide de planification à l'intention des États et des municipalités est offert en ligne et par l'intermédiaire du site extranet des CDC. Les CDC distribuent également des DVD de formation traitant des fournitures médicales précises qu'ils offrent, comme les ventilateurs, lorsque celles-ci sont déployées.

Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence a lancé certaines de ces activités de communication. Un guide sur papier est offert pour l'installation des mini-cliniques et de la formation a été offerte aux administrations à ce sujet. Cette pratique devrait continuer et être élargie afin d'inclure d'autres éléments du programme du SRNU.

ANNEXE D : Changements apportés au cadre législatif

En vertu de la *Loi constitutionnelle* de 1867, le gouvernement fédéral a la responsabilité d'assurer la sécurité des Canadiens qui font face à des situations d'urgence. Dans les trente dernières années, d'importants changements ont été apportés au cadre législatif lié à la gestion des urgences de santé publique en général et au programme du SRNU en particulier :

- La *Loi sur les aliments et drogues* (1984) permet au ministre de la Santé de prendre des mesures temporaires afin de parer à un risque appréciable pour la santé, la sécurité ou l'environnement. Par exemple, en vertu de la Loi, le ministre peut prendre un arrêté d'urgence pour l'approbation de nouveaux médicaments ou vaccins, lorsque les conditions normales posées par la réglementation ne peuvent être respectées.

- La *Loi sur les mesures d'urgence* (1985) autorise le gouvernement du Canada à prendre des mesures spéciales temporaires pour assurer la sécurité de la population en cas d'urgence nationale. Par exemple, pour les urgences qui mettent en péril le bien-être du public, la Loi fournit des directives législatives concernant la distribution et la mise en disponibilité de ressources, comme des biens et des services essentiels, pour parer à des urgences nationales, ainsi que l'établissement d'hôpitaux et d'abris d'urgence.

- La *Loi sur le transport des marchandises dangereuses* (1992) a été adoptée pour promouvoir la sécurité du public dans le contexte du transport des marchandises dangereuses au Canada. Elle régit le transport des matières dangereuses par tout moyen de transport : par route, par chemin de fer, par avion et par bateau. Elle vise à assurer la sécurité de la personne responsable du transport et celle du public en général.

- Le principal objectif de la *Loi sur la mise en quarantaine* (2005) est d'aider à prévenir l'introduction et la propagation de maladies transmissibles par les voyageurs qui arrivent au Canada et en partent. Cette loi donne au gouvernement du Canada le pouvoir et les outils modernes nécessaires pour réagir immédiatement à des menaces ou à des risques imprévisibles qui pourraient compromettre la santé publique à l'échelle mondiale. Elle vise à compléter les lois provinciales et territoriales actuelles en matière de santé publique et à permettre au Canada de respecter ses obligations en vertu du *Règlement sanitaire international* (2005).

- L'entrée en vigueur de la *Loi sur la gestion des urgences* (2007) a constitué un important pas en avant dans le cadre des efforts du gouvernement fédéral visant à consolider la gestion des urgences au Canada. Cette loi définit les rôles et les responsabilités de tous les ministres fédéraux en ce qui a trait à tout l'éventail des activités de gestion des urgences, afin de s'assurer que le Canada soit en mesure de faire face aux conséquences des menaces à la sécurité de la population canadienne d'origine naturelle et humaine, et de prendre des mesures d'atténuation, de préparation, d'intervention et de rétablissement à cet égard.

Page: 120 of/de 1,041
AV2020000020

Annexe D : Études de cas au Canada

Ministère de la Défense nationale (MDN)

[A] Les renseignements présentés dans cette section proviennent d'entrevues, d'un sondage de l'ASPC, de documents fournis par le MDN et d'une recherche Web exhaustive.

Quel est le mandat de la réserve d'urgence du MDN?

Les Forces canadiennes, exclus de la *Loi canadienne sur la santé*, ont pour mandant de fournir leurs propres soins de santé, en vertu de la *Loi constitutionnelle de 1867*, de la *Loi sur la défense nationale* et des *Ordonnances et règlements royaux*.

Les Services de santé des Forces canadiennes (SSFC), organe responsable de la fourniture de soins de santé aux militaires canadiens, assurent la prestation de soins médicaux et dentaires dans les installations militaires au pays et à l'étranger. Les SSFC offrent aux opérations un soutien en matière de soins de santé et assurent l'entretien d'une réserve d'urgence conformément aux exigences opérationnelles militaires. Dans certaines situations, des civils peuvent également recevoir des soins médicaux des Forces canadiennes ou des médicaments spéciaux provenant de la réserve d'urgence.

L'Équipe d'intervention en cas de catastrophe (EICC) des Forces canadiennes aide le gouvernement du Canada à fournir une aide humanitaire et du secours aux sinistrés. Une réserve d'urgence est maintenue pour appuyer les interventions de l'EICC.

Que contient la réserve?

Les produits contenus dans la réserve de fournitures médicales servent à prévenir les blessures et les maladies chez le personnel des Forces canadiennes, ainsi qu'à poser des diagnostics et à traiter les victimes. Ces produits comprennent des médicaments spéciaux, comme des antiviraux et des vaccins, et du matériel médical, comme des gants et des masques. Une attention particulière est accordée aux préparatifs en cas d'incident lié à des armes chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosives (CBRNE) et en cas de pandémie.

La réserve non médicale contient, entre autres, des produits comme des lits portatifs, des couvertures et des tentes. Ces fournitures sont destinées aux militaires en déploiement.

Comment les besoins sont-ils établis?

La Stratégie de défense Le Canada d'abord est un énoncé de politique qui décrit les missions principales des Forces canadiennes. La Stratégie, en combinaison avec d'autres documents stratégiques, plans d'urgence et examens des menaces mondiales et des risques, permet d'établir les exigences opérationnelles.

Comment la réserve est-elle gérée?

Les SSFC conservent la plupart de leur matériel médical au Dépôt central de matériel médical (DCMM). Des réserves plus modestes sont maintenues dans des « centres de distribution » ou des « centres d'approvisionnement médical ». La gestion des fournisseurs est rarement utilisée parce que plusieurs entreprises n'ont pas en place les plans et protocoles nécessaires au respect des exigences des Forces canadiennes en matière de distribution d'urgence.

Les SSFC sont responsables de la gestion de l'ensemble du cycle de vie de la

Page: 121 of/de 1,041
AV2020000020

réserve médicale, y compris l'aspect logistique. Un système informatisé de gestion de l'inventaire, qui comprend un mécanisme pour l'achat de stocks à mesure qu'ils s'épuisent, est en place. Le remplacement des stocks épuisés se fait fréquemment par l'intermédiaire d'offres à commandes des fournisseurs de matériel médical.

Les SSFC examinent régulièrement leurs inventaires afin de s'assurer qu'il est à jour et de libérer certains stocks au besoin. Les SSFC remplacent les fournitures médicales et les médicaments expirés puisqu'il n'est pas possible de les diriger vers d'autres marchés.

Réponse internationale : qu'est-ce que l'EICC?

L'EICC est une organisation militaire multidisciplinaire qui peut être mise en œuvre à court préavis n'importe où dans le monde en réponse à diverses situations, allant de catastrophes naturelles à des urgences d'origine humaine.

L'EICC regroupe environ 200 membres des Forces canadiennes et se divise en trois composantes : ingénierie (eau, ponts et constructions légères); soins médicaux; défense et sécurité.

- **Troupe de sapeurs :** La troupe de sapeurs comprend des ingénieurs de chantier (section d'approvisionnement en eau, section d'équipement lourd et section de l'ingénierie de chantier) et des ingénieurs en construction, qui fournissent des services publics limités et des services de construction verticale.
- **Peloton de soins médicaux :** Les membres de ce peloton exploitent un poste de soins médicaux, offrant sous des tentes des services de laboratoire, de pharmacie, de réhydratation, de médecine préventive et d'obstétrique. Le peloton ne fournit pas de services chirurgicaux ou de traumatologie. Ce centre est en mesure d'offrir les soins en
- clinique externe à environ 200 à 250 patients par jour et à environ 10 patients hospitalisés, selon les soins dont ils ont besoin.
- **Peloton de défense et de sécurité :** Ce peloton de l'EICC offre des services de sécurité et effectue des travaux généraux.

Comment l'EICC est-elle déployée?

Un petit détachement du Dépôt central de matériel médical (DCMM) est installé à Trenton pour gérer et maintenir la « trousse » de l'EICC, y compris les médicaments et le matériel médical.

L'EICC est envoyée à l'extérieur du Canada seulement en réponse à une demande officielle de ses services, soit du pays en question, soit d'une organisation internationale comme l'Organisation des Nations Unies. La décision du gouvernement du Canada de déployer l'EICC est faite compte tenu de conseils du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international, du Commandement de la Force expéditionnaire du Canada et de l'Agence canadienne de développement international.

L'EICC est équipée pour mener des opérations humanitaires et des opérations de secours aux sinistrés pour une période de jusqu'à 40 jours, ce qui permet de tenir le coup jusqu'à ce que des orgnaisations nationales et internationales de secours arrivent pour fournir de l'aide à long terme. L'EICC peut déployer une partie ou la totalité de ses capacités selon la situation.

L'EICC, qui n'a jamais été déployée à l'échelle nationale, n'a pas de rôle

défini dans le cas d'urgences nationales. Cette question peut être étudiée de plus près par Commandement Canada.

Quelle est la relation actuelle entre le MDN et l'ASPC et le SRNU?

Le MDN ne joue aucun rôle dans la gestion (maintien, déploiement et utilisation) du SRNU.

Le MDN participe aux réunions du comité consultatif de l'ASPC sur la grippe pandémique, et rencontre chaque année l'Agence de la santé publique du Canada pour discuter des menaces et des risques touchant au SRNU et à la Réserve nationale d'antiviraux. D'autres réunions spéciales sont tenues pour l'échange de renseignements et d'expertise sur des questions spécifiques.

Le MDN a conclu un protocole d'entente – en vigueur actuellement – avec l'ASPC pour le maintien d'un système de vaccination au SRNU, mais ce système n'a toujours pas été mis en œuvre. Le MDN et l'ASPC ont pris des dispositions relatives aux achats en commun et à la réalisation d'essais de la stabilité des produits en réserve.

Dans le cadre de ses fonctions de soutien du gouvernement du Canada, le MDN collabore avec d'autres ministères, y compris l'Agence de la santé publique du Canada, à la planification d'événements spéciaux comme les Jeux olympiques d'hiver de 2010.

Possibilités pour l'avenir

Les possibilités de collaboration avec l'ASPC et le SRNU peuvent comprendre les suivantes : ententes mutuelles de partenariat; achats en commun, plus particulièrement de produits comme des vaccins; comités consultatifs conjoints; échange des connaissances.

Croix-Rouge canadienne

Description

La Croix-Rouge canadienne est membre de la Croix-Rouge internationale et du mouvement du Croissant-Rouge, qui compte des sociétés nationales humanitaires et sans but lucratif. Chaque organisation agit à titre d'auxiliaire des pouvoirs publics dans le domaine humanitaire, conformément aux conventions de Genève. On parvient à l'uniformité des travaux et à la solidarité entre la Croix-Rouge canadienne et les Sociétés du Croissant-Rouge en respectant sept principes fondamentaux : humanité, impartialité, neutralité, indépendance, volontariat, unité et universalité.[D]

Qu'est-ce que la Croix-Rouge canadienne?

La Croix-Rouge canadienne, qui fonctionne sous l'empire de la *Loi sur La Société canadienne de la Croix-Rouge* (1909), est active dans plusieurs domaines humanitaires au Canada[E] et à l'étranger, comme la gestion de catastrophes nationales et internationales à l'aide de mesures de prévention de maladies et de blessures (p. ex. cours de natation, formation en secourisme, programme d'emprunt d'équipement médical et services de soins à domicile); un programme des enjeux humanitaires (réunir des personnes avec leur famille et programme de contrôle de la détention); un programme de prévention de violence et de mauvais traitements; promotion du droit international humanitaire.

Il importe de souligner que la Croix-Rouge canadienne aimerait actualiser la *Loi* de 1909 afin de renforcer le fondement juridique de ses activités, c.-à-d. protéger l'utilisation des emblèmes de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et établir une relation plus holistique avec le gouvernement fédéral.[F]

Services de gestion des catastrophes nationales

Les services de gestion des catastrophes nationales de la Croix-Rouge canadienne se consacrent à la prestation de services sociaux d'urgence, comme la réunification des familles (inscription des évacués, recherche et appariements), la réponse aux besoins de base (nourriture, hébergement, vêtements et besoins personnels) et la gestion d'information (renseignements sur les services et les activités des centres d'appels). En plus des services directs, la Croix-Rouge canadienne s'occupe de la gestion de dons et des ressources bénévoles.

Pour appuyer la prestation de services, l'organisation participe à la planification et aux exercices. Ces travaux sont menés dans le cadre de protocoles d'entente avec Sécurité publique Canada, avec les provinces et les territoires, et avec plus de 800 municipalités. Ces protocoles précisent les secteurs dans lesquels la Croix-Rouge canadienne peut aider les pouvoirs publics en matière de mesures et d'interventions d'urgence.

Le protocole d'entente de 2006 avec Sécurité publique Canada énonce les quatre objectifs suivants :[G]

- trouver des façons dont la Croix-Rouge canadienne peut prêter main forte en cas d'urgence
- faire la publicité publique des mesures d'urgence
- participer à des séances de formation et à des exercices
- définir une méthode commune de gestion des urgences (à l'aide, entre

[D] http://www.croixrouge.ca/article.asp?id=327&tid=019
[E] 2008 CRC Partnering to Build a Resilient Civil Society report (en anglais seulement)
[F] *Ibid.*
[G] *Ibid.*

Page: 124 of/de 1,041
AV2020000020

autres, de normes et de pratiques exemplaires).

Agissant à titre d'auxiliaire des services gouvernementaux existants et couvrant quatre zones géographiques, la Croix-Rouge canadienne envoie des volontaires aux événements locaux, apportant le plus souvent de l'aide pendant 72 heures à des sinistrés d'incendie à domicile. Des volontaires ont aidé 11 042 personnes de cette façon en 2009. La Croix-Rouge canadienne a également apporté du soutien pendant des urgences régionales de plus grande envergure, comme la tempête de verglas en Ontario et au Québec (1998), le déroutement de trafic aérien vers le Canada à la suite des attaques terroristes du 11 septembre 2001 aux États-Unis, les incendies de forêt en Colombie-Britannique (2003) et la période postérieure à l'ouragan Juan au Canada atlantique (2003). Tout récemment, en 2010, la Croix-Rouge canadienne est venue en aide à 11 958 personnes pendant des incidents comme les inondations en Gaspésie, en Saskatchewan et au Nouveau-Brunswick et les conditions climatiques extrêmes en Ontario.

En outre, les bénévoles de la Croix-Rouge canadienne sont intervenus en réponse à des catastrophes « inhabituelles », fournissant de l'aide aux personnes isolées pendant la pandémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) à Toronto (2003)[H] ainsi qu'aux centres communautaires de vaccination pendant la pandémie de grippe H1N1 (2009). À l'avenir, la société pourra fournir des services communautaires semblables en cas de pandémie de maladies transmissibles.[I]

Cette capacité d'intervention nationale se distingue nettement de la capacité d'intervention rapide à l'étranger (réserve et déploiement) que la Croix-Rouge canadienne entretient avec l'aide de l'Agence canadienne de développement international.

Comment la Croix-Rouge canadienne gère-t-elle son inventaire?

La Croix-Rouge canadienne a ses propres sites d'entreposage de fournitures de services sociaux d'urgence de base, gérés à l'échelle régionale par des bénévoles. Ces sites contiennent principalement des lits mobiles retournés après utilisation et des articles à donner, comme des trousses de confort, des couvertures, des bouteilles d'eau, des oursons en peluche, etc.[J]

Aux échelles locale et régionale, les niveaux de stocks et les installations varient en fonction des éléments suivants :

- évaluations des risques menées dans chaque zone géographique
- arrangements spécifiques par l'intermédiaire de protocoles d'ententes (p. ex. dans le cas du Québec, la Croix-Rouge canadienne gère la réserve au nom de la province, alors que dans d'autres administrations, aucun protocole n'a été établi et les capacités peuvent être limitées si une administration gère ses propres réserves)
- capacité d'acheter des stocks et d'avoir accès à un site d'entreposage grâce à des dons.

Possibilités de collaboration

Il existe une possibilité d'échanger des idées avec la Croix-Rouge canadienne au sujet des arrangements d'approvisionnement conclus avec des fournisseurs et de maintenir une capacité d'intervention souple et adaptée aux besoins locaux ou régionaux.

[H] 2008 CRC Partnering to Build a Resilient Civil Society report (en anglais seulement)
[I] Entrevue, 14 janvier 2011
[J] *Ibid.*

Page: 125 of/de 1,041
AV2020000020

La Croix-Rouge canadienne est également intéressée à adopter une approche pangouvernementale à l'égard de services de gestion de catastrophes, y compris la coordination de réserves, par l'intermédiaire d'organismes coopératifs de Sécurité publique Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada (p. ex. Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence.

Page: 126 of/de 1,041
AV2020000020

Annexe F : Études de cas à l'étranger

États-Unis : Réserve nationale stratégique des Centers for Disease Control and Prevention

Contexte[K]

En 1999, le Congrès des États-Unis a conféré au département de la Santé et des Services sociaux (DHHS) et aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC) la responsabilité d'établir un système de réserve nationale de produits pharmaceutiques. À partir de mars 2003, ce système était connu sous le nom de Strategic National Stockpile (SNS) (réserve nationale stratégique).[L] Le Congrès appuie les activités des CDC en matière de mesures d'intervention en santé publique.

L'Office of Public Health Preparedness and Response (bureau des mesures d'intervention en santé publique) des CDC assure la gestion de deux programmes.

- **Public Health and Emergency Preparedness (PHEP) Cooperative Agreement (accord de coopération en matière de mesures d'intervention en santé publique)**

  Cet accord finance 62 départements de santé publique aux échelles d'États, de localités et de régions insulaires pour que ceux-ci puissent établir et renforcer leur capacité d'intervenir efficacement en réponse à des urgences de santé publique. Ce financement vise, entre autres, la Cities Readiness Initiative de la SNS. Le programme vise à renforcer les capacités d'intervenir en réponse à une attaque terroriste à grande échelle en moins de 48 heures dans les plus grandes villes et régions métropolitaines du pays, où plus de la moitié de la population américaine se trouve.

- **Strategic National Stockpile (SNS) (réserve nationale stratégique)**

  Le programme de la SNS est géré par le DHHS. La Division of Strategic National Stockpile (DSNS) des CDC assure l'exploitation et l'entretien de la SNS.

  La mission fondamentale de la SNS est de livrer des ressources médicales essentielles au site d'une urgence nationale[M], garantissant la livraison de « 12-Hour Push packages » (trousses de secours des 12 premières heures) dans les 12 heures suivant la décision fédérale d'intervenir.[N]

  La DSNS a les responsabilités suivantes : [O]

  - créer des voies pour la livraison du matériel à la région touchée dans des délais adéquats sur le plan clinique
  - assurer la coordination avec les mesures locales (l'intervention médicale est locale)
  - fournir du soutien technique pour veiller à ce que toutes les localités, les

---

[K] De plus amples renseignements sur ce qui est présenté dans cette section se trouvent à http://www.bt.cdc.gov/stockpile/ (en anglais seulement).

[L] L'appellation est passée de *National Pharmaceutical Stockpile* à *Strategic National Stockpile* le 1er mars 2003. Voir également http://ww.ndu.edu/CTNSP/docUploaded/DTP3%SNS.pdf (en anglais seulement).

[M] Présentation (en anglais seulement) : http://www.blsmeetings.net/2009GHSImeetingsMCM/presentations/Plenary/Burel-DSNS.pdf

[N] Les personnes interviewées ont indiqué que ce ne sont pas tous les produits qui ont un délai de livraison de 12 heures. La garantie de livraison en 12 heures et moins ne s'applique qu'aux trousses de secours des 12 premières heures; 130 contenants (50 tonnes) de produits ont été créés précisément pour une intervention rapide.

[O] Présentation (en anglais seulement) : http://www.blsmeetings.net/2009GHSImeetingsMCM/presentations/Plenary/Burel-DSNS.pdf

États et les organismes fédéraux financés conformément à l'accord de coopération aient en place des plans pour recevoir, préparer, stocker, distribuer et administrer les ressources médicales de la réserve et d'autres sources[P]
- entretenir le matériel de sorte à en assurer la viabilité.

Bien que leur mandat soit essentiellement de portée nationale, les CDC et la SNS sont intervenus à l'étranger au besoin à la suite de décisions fédérales relatives aux politiques en vigueur. En outre, le gouvernement américain a des engagements envers l'Organisation mondiale de la Santé (par l'intermédiaire du *Règlement sanitaire international*).

Qu'est-ce que la SNS?

La SNS est un réseau d'entrepôts situés de façon stratégique. La réserve est constituée de ressources matérielles stockées dans des entrepôts fédéraux pouvant être activées rapidement en réponse aux besoins du pays en cas de crise[Q].

La SNS est propriétaire des stocks et est responsable de l'entreposage, de la surveillance et de l'entretien de ceux-ci, répartis partout aux États-Unis dans des endroits sûrs et contrôlés[R]. Les CDC assurent actuellement l'entretien de plusieurs grands entrepôts sûrs au pays, ainsi que d'un nombre non divulgué d'entrepôts plus petits.

La SNS n'a pas été conçue comme outil d'intervention de première ligne; elle a plutôt été conçue pour approvisionner et réapprovisionner les départements de santé publiques aux échelles d'États et de localités en cas d'urgence nationale n'importe où et n'importe quand aux États-Unis ou dans l'un de ses territoires[S,T].

Que contient la réserve?

La SNS contient des antibiotiques, des fournitures médicales, des antidotes chimiques, des antitoxines, des antiviraux, des vaccins et d'autres produits pharmaceutiques[U]. Depuis la création de la SNS, des médicaments et fournitures médicales – antiviraux, respirateurs, masques et gants – y ont été ajoutés pour la lutte contre la grippe pandémique[V]. Il est à souligner que la SNS ne contient pas de fournitures de services sociaux[W].

Le matériel de la réserve est normalisé (quantité et type). La réserve contient[X] :

- trousses des secours des 12 premières heures (moins de 5 % des stocks de la SNS), qui comprennent :

[P] *Ibid.*
[Q] Les personnes interviewées ont indiqué que la SNS est également propriétaire de le Vendor Managed Inventory (VMI), qui se trouve sur les étagères des fournisseurs. Avec le temps, comme les exigences de la SNS sont devenues de plus en plus rigoureuses, il y a de moins en moins d'occasions d'avoir recours au VMI. De nos jours, les besoins de la SNS dépassent de beaucoup ce que les fournisseurs peuvent distribuer par l'intermédiaire de chaînes commerciales d'approvisionnement. Par conséquent, le VMI est une beaucoup plus petite composante de la SNS. La SNS comprend plutôt beaucoup plus de stocks gérés, soit des produits achetés et conservés par la SNS.
[R] *Ibid.*
[S] CDC Report (septembre 2010) (p.11) (susmentionné) (en anglais seulement)
[T] http://www.bt.cdc.gov/stockpile/
[U] Les personnes interviewées ont indiqué que la valeur du programme est passée de 3,5 milliards (1999) à 4,5 milliards de dollars. Cette information est également contenue dans une présentation PowerPoint intitulée « Strategic National Stockpile: Overview », Division of Strategic National Stockpile, Coordinating Office for Terrorism Preparedness and Emergency Response, Centers for Disease Control and Prevention, novembre 1999.
[V] Entrevue
[W] Voir « Homeland Security, National Response Framework January 2008 ». Ce document décrit les rôles et les responsabilités de divers intervenants fédéraux, étatiques et locaux ainsi que du secteur privé et d'ONG en matière d'interventions d'urgence et d'approvisionnement. La coordination globale relève de la Federal Emergency Management Agency (FEMA), de Homeland Security.
[X] Site Web de la SNS

- des antibiotiques oraux et intraveineux à large spectre
- d'autres médicaments d'urgence
- des solutés intraveineux et des trousses d'administration
- de l'équipement d'assistance respiratoire (tubes endotrachéaux, stylets, tubes oropharyngés, masques Ambu et détecteurs de CO_2)
- bandages.

- inventaires gérés et entretenus par la SNS ou par des fournisseurs spécifiques :

  - vaccins
  - antitoxines (p. ex. antitoxine botulinique)
  - respirateurs[Y]
  - réserves additionnelles d'articles contenus dans les trousses de secours des 12 premières heures.

- produits pouvant être utilisés pour le traitement de problèmes médicaux liés à des incidents radiologiques ou nucléaires :

  - chélateurs (DTPA de calcium et de zinc)
  - bleu de Prusse
  - iodure de potassium
  - facteurs de croissances et cytokines.

La SNS compte également des ensembles d'équipement temporaires connus sous le nom de Federal Medical Stations (FMS) (postes sanitaires fédéraux)[Z]. Un FMS constitue un ensemble de fournitures médicales pouvant servir à mettre sur pied un poste de soins médicaux non urgents. Chaque FMS contient assez de lits, de fournitures et de médicaments pour le traitement de 250 personnes pendant trois jours. La plupart des produits sont non réutilisables; quelques articles seulement sont récupérables. Un FMS à 250 lits est divisé en trois modules :

- *Soutien de base* : outils administratifs, service alimentaire, entretien ménager, fournitures médicales de base et équipement de protection individuel; il y a cinq unités de 50 lits chaque
- *Traitement* : équipement médical et chirurgical
- *Pharmacie* : médicaments.

De plus, en 2004, les CDC ont mis en œuvre CHEMPACK, un projet de participation volontaire pour le placement prospectif de dépôts renouvelables d'antidotes contre des agents neurotoxiques dans divers endroits partout au pays; ils peuvent donc être utilisés immédiatement pour le traitement de personnes touchées. Dans le cadre de ce projet, la SNS :

- est propriétaire de la réserve de CHEMPACK
- distribue, en collaboration avec des responsables étatiques et locaux, des contenants d'antidotes dans de nombreux endroits stratégiques dans des conditions contrôlées et sous surveillance, aux fins d'utilisation en cas d'urgence liée à des agents neurotoxiques
- met en œuvre des stratégies de maximisation de la durée de conservation des antidotes afin de limiter les coûts de réapprovisionnement et de maintenir la

[Y] http://www.news-medical.net/news/20091020/CDC-stockpiles-ventilators-for-use-during-public-health-emergency.aspx (en anglais seulement)
[Z] Site Web de la SNS et entrevue (On a fait remarquer que les FMS ne renferment pas de tentes ou autres structures portables, et doivent être établies dans des « immeubles d'accueil ».)

qualité, conformément au programme de prolongation de la durée de conservation de la Federal Drug Administration[AA].

Le programme CHEMPACK des CDC a été établi dans tous les États; plus de 1 900 contenants d'antidotes contre des agents neurotoxiques ont été placés[BB].

Comment les CDC répondent-ils aux demandes de secours?

Le plan est de livrer des ressources médicales essentielles à un milieu touché par une urgence nationale quand les ressources locales de santé publique seront probablement – ou sont déjà – dépassées par la situation.

Des demandes de ressources de la SNS avant un incident peuvent porter sur ce qui suit :

- renseignements exploitables indiquant une attaque imminente de nature chimique, biologique, radiologique, nucléaire ou explosive, ou encore une catastrophe de santé publique importante
- analyse de données de surveillance syndromique ou épidémiologique
- événement sentinelle, comme un cas de variole.

Avant ou après un incident, les organismes suivants peuvent demander des ressources de la SNS :

- département de la Santé d'un État, habituellement conjointement avec le gouverneur de l'État en question. Pour recevoir des ressources de la SNS, le bureau du gouverneur de l'État touché peut demander directement au DHHS ou aux CDC la livraison de ressources de la SNS, ou remplir une demande officielle d'aide fédérale par l'intermédiaire du système national d'intervention d'urgence (DHHS).[CC]
- organismes nationaux (p. ex. la Federal Emergency Management Agency et le Federal Bureau of Investigation), dans certains cas.

Les demandes sont évaluées par le directeur des CDC et le secrétaire du DHHS; des ressources de la SNS sont livrées sur place si les ressources locales sont jugées insuffisantes. Les CDC sont responsables de la livraison locale des ressources de la SNS, ce qui doit parfois se faire de concert avec le Department of Homeland Security. Dans un tel cas, les deux organisations évaluent ensemble la demande et la situation en vue d'établir un plan d'action rapide; si la demande est approuvée, les ressources les plus appropriées sont livrées[DD].

Pendant que les ressources de la SNS sont livrées, le programme de la SNS peut envoyer des équipes capables de fournir du soutien technique sur place et coordonner l'intervention avec les représentants étatiques et locaux. De cette façon, les ressources de la SNS peuvent être reçues rapidement et distribuées efficacement après réception sur les lieux de l'incident[EE]. La décision de déployer les ressources est prise conjointement entre des représentants locaux, étatiques et fédéraux. Un État peut faire une demande de ressources de la SNS quand les systèmes étatiques et locaux de santé publique sont dépassés par la situation ou que les ressources locales sont épuisées ou qu'il est impossible de s'en procurer sur le marché[FF].

[AA] Strategic National Stockpile Program (SNS), Office of Terrorism Prevention and Emergency Response (OTPER), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), CHEMPACK PROJECT, Operational Protocol, 14 juin 2004
[BB] Public Health Preparedness: Mobilizing State by State (http://www.bt.cdc.gov/publications/feb08phprep/section1/response.asp); et entrevue
[CC] *Ibid.* et site «Web de la SNS
[DD] *Ibid.* et site Web de la SNS
[EE] *Ibid.*
[FF] http://www/ndu/edi/CTNSP/docUploaded/DTP3%SNS.pdf (p. 8)

La première vague de secours repose sur les trousses de secours des 12 premières heures, envoyées immédiatement. La DSNS décrit les trousses de secours comme étant des « articles de base » rassemblés dans une trousse « pour tous ». Les intervenants de première ligne de l'État ou de la localité peuvent se servir de la SNS pour appuyer leur réponse à une urgence nationale à l'aide d'une trousse de secours, d'inventaire géré ou d'une combinaison des deux, selon la situation. Ces ensembles de produits pharmaceutiques, d'antidotes et de fournitures médicales sont conçus pour l'administration rapide de divers soins en réponse à une menace mal définie, dans les premières heures d'un incident[GG]. Les trousses de secours, contenues dans des entrepôts sûrs situés dans des endroits stratégiques, peuvent être livrées à un site dans les 12 heures suivant la décision du gouvernement fédéral de déployer les ressources de la SNS.

À la SNS s'est ajoutée une deuxième vague de produits médicaux dont le contrôle et la gestion sont assurés par certains fournisseurs qualifiés au préalable[HH]. Si la réponse à l'incident nécessite des quantités additionnelles de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales, des fournitures des stocks gérés seront livrées pour qu'elles arrivent en moins de 24 à 36 heures. Si l'agent en cause est bien défini, les stocks gérés peuvent être ajustés adéquatement afin qu'il soit possible de fournir les médicaments, les fournitures et les produits pertinents. Dans un tel cas, les stocks gérés peuvent servir à une intervention de première ligne dans le cadre du programme de la SNS[II].

Au besoin, la SNS déploie également des postes sanitaires fédéraux[JJ]. Ces ensembles normalisés de fournitures médicales et d'équipement, soit des installations temporaires de soins médicaux non urgents, servent principalement de refuges pour les aînés, les enfants, les personnes handicapées, etc.

Comment le système de livraison fonctionne-t-il?[KK]

Les trousses de secours, contenues dans des entrepôts sûrs situés dans des endroits stratégiques, peuvent être livrées à un site dans les 12 heures suivant la décision du gouvernement fédéral de déployer les ressources de la SNS.

Les trousses de secours des 12 premières heures sont conçues pour être chargées immédiatement à bord de camions ou d'aéronefs cargo commerciaux et transportées le plus rapidement possible. En même temps qu'il envoie ses ressources, le programme de la SNS déploie son Stockpile Service Advance Group (SSAG) (groupe avancé de services liés à la réserve). Le personnel du SSAG coordonne ensuite les travaux avec des représentants étatiques et locaux afin de faciliter la réception des ressources et leur distribution subséquente au site touché[LL].

Quel genre de formation est offerte?

À la demande des organisations d'utilisateurs, les CDC fournissent des DVD montrant comment utiliser des respirateurs.

Les CDC collaborent également avec des organisations pour leur offrir de la formation en diffusion Web. Par exemple, en 2009, les CDC et l'American Association of Respiratory Care ont collaboré pour offrir un module de formation en diffusion Web montrant aux médecins et aux premiers intervenants la meilleure façon d'utiliser le respirateur LTV 1200 en cas d'urgence. La formation explique comment utiliser le respirateur chez les patients souffrant de graves problèmes respiratoires liés au virus

---

[GG] *Ibid.*
[HH] http://www.ndu.edu/CTNSP/docUploaded/DTP3%20SNS.pdf (p.4)
[II] *Ibid.*
[JJ] Site Web de la SNS et entrevue
[KK] Site Web de la SNS
[LL] *Ibid.*

de la grippe H1N1[MM].

Afin d'aider les États à se préparer à gérer, à distribuer et à administrer les ressources de la SNS pendant une urgence de santé publique, une présentation diffusée par satellite explique les éléments de planification (cette présentation est également offerte sur DVD). De plus, les CDC diffusent maintenant des fichiers balados sur la façon de se préparer en vue d'examens d'assistance technique (EAT), et d'autres DVD d'orientation sur la SNS sont en cours de production.

Des séances de formation sur divers sujets offertes en salle sont offertes à Atlanta et sur le terrain. Les cours sur le terrain sont conçus en collaboration avec des planificateurs de l'État en question afin que leur contenu soit conforme aux plans de l'État.

Comment les ressources sont-elles gérées?

Les CDC sont les seuls à occuper les installations de la SNS. Afin de déterminer et de réévaluer la composition des ressources du programme de la SNS, le DHHS et les CDC tiennent compte de bien des facteurs, comme les menaces biologiques et chimiques actuelles, la disponibilité du matériel médical et la facilité avec laquelle les produits pharmaceutiques peuvent être distribués. Cependant, l'un des facteurs les plus importants permettant de déterminer la composition de la SNS est la vulnérabilité de la population civile américaine sur le plan médical[NN].
Le programme de la SNS veille à la rotation des stocks conformément à leur durée de conservation. Pour ce faire, il faut effectuer des contrôles de la qualité de toutes les trousses de secours des 12 premières heures, faire chaque année l'inventaire complet de ces trousses, et faire l'inspection des conditions environnementales, de la sécurité et de l'entretien des trousses (reçues et distribuées efficacement dès leur arrivée au site en question)[OO].

Selon les ententes conclues avec les fournisseurs, la SNS est propriétaire des produits, les opérations sont « clés en main » et les CDC y ont accès 24 heures sur 24. Les fournisseurs ont leurs propres systèmes de gestion des stocks, qui doivent être conformes aux bonnes pratiques de fabrication actuelles.

Chaque État doit veiller à ce que ses communautés soient prêtes à gérer, à distribuer et à administrer les ressources de la SNS en cas d'urgence de santé publique[PP]. Afin d'assurer le niveau de préparation, chaque État compte un consultant des services de la DSNS, qui vérifie les programmes de la SNS annuellement[QQ]. Le coordonnateur de la SNS de chaque État rassemble tout le matériel aux fins d'examen à l'aide d'un *Technical Assistance Review Tool Users Guide* et d'autres outils d'évaluation des préparatifs. Treize éléments clés sont pris en considération : élaboration d'un plan de la SNS; demande d'aide de la SNS; gestion des activités de la SNS; communications tactiques; communications et information à l'intention du public; sécurité; réception, préparation et entreposage; inventaire; remballage; distribution; administration; coordination avec les hôpitaux et autres établissements de soins; formation, exercices et évaluation.

[MM] Webémission téléchargeable à : http://www.aarc.org/headlines/09/09/webcast_training.cfm
[NN] Site Web de la SNS
[OO] Site Web de la SNS
[PP] Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Office for Terrorism Preparedness and Emergency Response, Division of Strategic National Stockpile Program Preparedness Branch, *State Technical Assistance Review Tool Users Guide*, décembre 2009.
[QQ] Il faut souligner que le personnel de la DSNS fournit du soutien technique aux programmes étatiques et locaux de la SNS – pour la planification, les exercices, l'évaluation et la formation – afin que l'état de préparation soit atteint et maintenu dans ces fonctions critiques. Voir *State Technical Assistance Review Tool Users Guide*, version révisée de juin 2010.

Le département des Anciens combattants (DAC) des États-Unis appuie plusieurs programmes fédéraux de mise en stock en raison de leur *infrastructure nationale actuelle et leurs prix d'achat économiques*[RR]. Ce département :

> *assure, l'approvisionnement, la mise en stock, la rotation et la gestion des ensembles de produits pharmaceutiques, établis stratégiquement dans tout le pays, pour aider les équipes nationales d'intervention médicale du département de la Sécurité intérieure. De plus, le DAC a des ententes avec l'Army Corps of Engineers pour l'achat et l'entreposage d'une collection du Congrès (activée à la suite des attaques de 2001 dirigées au moyen de lettres contaminées au bacille du charbon). Le DAC appuie d'autres organismes en s'approvisionnant en produits pharmaceutiques (p. ex. Federal Bureau of Investigation, et des collections du système d'intervention médicale de la région métropolitaine des villes les plus à risque). Ces collections de produits sont conçues pour le traitement de patients exposés à des agents chimiques, biologiques et radiologiques ou à des incidents liés à des explosifs*[SS].

[RR] http://pdm.medicine.wisc.edu/Volume_18/issue_4/koenig.pdf (p.330)
[SS] *Ibid*. et entrevue

Page: 133 of/de 1,041
AV2020000020

Australie : Réserve nationale de fournitures médicales (NMS)

Contexte

Le gouvernement de l'Australie a officiellement créé une réserve nationale de fournitures médicales (National Medical Stockpile ou NMS) en 2002. La planification en cas d'urgence, y compris la constitution de réserves, a débuté au début des années 2000 en prévision des Jeux olympiques de Sydney et s'est intensifiée à la suite des événements du 11 septembre 2001 aux États-Unis.

Depuis 2004, en vue de se préparer à la prochaine pandémie, le ministère responsable de la santé et du vieillissement (Department of Health and Ageing ou DHA) dispose d'un contrat permanent avec des fabricants de vaccins visant la création et la fourniture rapides d'un vaccin antipandémique[TT], d'antiviraux et d'équipement de protection individuel (EPI)[UU].

En 2009, le gouvernement a axé ses activités liées aux mesures et aux interventions d'urgence sur la gestion de la menace de la grippe H1N1. Le DHA a donc acheté 21 millions de doses de vaccin contre la grippe H1N1 à CSL Limited. Il prévoyait ainsi être en mesure de vacciner la moitié de la population australienne, étant donné que deux doses du vaccin étaient requises pour l'immunisation[VV].

Qu'est-ce que la NMS?

La NMS est une réserve stratégique nationale de vaccins, d'antibiotiques, d'antiviraux, d'antidotes chimiques et radiologiques ainsi que d'EPI essentiels.

Comment la NMS est-elle gérée?

En juin 2006, le conseil consultatif des ministres australiens de la santé (Australian Health Ministers' Advisory Council ou AHMAC) a créé le comité australien de protection de la santé (Australian Health Protection Committee ou AHPC). Les membres de ce comité comprennent les administrateurs en chef de la santé des États et des territoires, des spécialistes de la santé en situation de catastrophe et d'autres spécialistes du domaine.
L'AHPC fournit des conseils à l'AHMAC sur la préparation de l'Australie en vue d'urgences sanitaires et établit des mécanismes pour coordonner l'intervention du pays en cas d'incident grave et combler tout manque à gagner.

La NMS est gérée par la direction générale de gestion des urgences sanitaires (Health Emergency Management Branch ou HEMB), bureau de la protection de la santé (Office of Health Protection ou OHP), au sein du DHA. La HEMB s'occupe notamment de la gestion des stocks, de la planification et de l'établissement de protocoles d'entente avec les États et les territoires en vue de la distribution de la réserve.

Le rôle de la HEMB est « *de fournir une évaluation efficace du risque et de coordonner les interventions sanitaires nationales en cas d'événement biologique qui menace la population, qu'il soit d'origine naturelle ou humaine* » [traduction], et de coordonner l'intervention du secteur de la santé dans le cadre des activités de gestion des urgences de l'ensemble du gouvernement[WW].

La HEMB offre également des conseils stratégiques à l'AHPC et elle a déjà servi de forum visant à échanger des pratiques exemplaires par l'entremise de son sous-comité et de comités consultatifs et de groupes spéciaux. Par exemple, un des comités

---

[TT] Gouvernement de l'Australie, Department of Health and Ageing, *Annual Report 2009-10, Biosecurity and Emergency Report*, p. 329.
[UU] Notes d'entrevue
[VV] Gouvernement de l'Australie, Department of Health and Ageing, *Annual Report 2009-10, Biosecurity and Emergency Report*, p. 329.
[WW] http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/php-about.htm

Page: 134 of/de 1,041
AV2020000020

spéciaux a un groupe de travail « tous risques », composé de spécialistes du domaine médical, y compris un sous-groupe technique sur les agents chimiques, biologiques et radionucléaires (CBRN), qui permet aux spécialistes d'échanger de l'information.

Quels sont les rôles des partenaires?

Chaque État et territoire a sa propre réserve, qui comprend des antiviraux. Les activités de l'Australie en matière de planification et d'intervention en cas de pandémie reposent sur des partenariats entre le DHA et ses équivalents dans les États et les territoires[XX].

La Société australienne de la Croix-Rouge est un partenaire important pour l'intervention en cas de catastrophes en Australie. En 2009-2010, le DHA a versé cinq (5) millions de dollars à la Société afin d'appuyer une vaste gamme de travaux humanitaires et d'activités communautaires axés sur la santé, y compris des mesures en cas de catastrophe, des services de premiers soins, des services d'intervention en cas de catastrophe et des services aux sinistrés, ainsi que les travaux de la Société dans la région de l'Asie et du Pacifique[YY].

Que contient la réserve?

La NMS est constituée de médicaments et d'équipement essentiels pour protéger les Australiens contre les effets d'actes de terrorisme chimique, biologique et radiologique ou une éclosion grave de maladie transmissible.
La réserve est conçue pour compléter les réserves de produits médicaux du système hospitalier australien afin de toujours garder des stocks acceptables de fournitures médicales, et ce, même à la suite d'une intervention. Elle comprend également des fournitures médicales spécialisées, comme la réserve nationale du vaccin contre la variole.
La NMS ne conserve pas de fournitures destinées aux services sociaux. C'est plutôt la Société australienne de la Croix-Rouge, qui est financée par le gouvernement de l'Australie ainsi que par les États et les territoires australiens, qui offre ce type de fournitures en réponse à des urgences nationales et internationales.

Le ministère responsable de la famille, du logement, des services communautaires et des affaires aborigènes (Department of Families, Housing and Community Services and Indigenous Affairs) offre du financement à des organisations non gouvernementales pour les secours d'urgence et la reprise des activités à l'échelle locale[ZZ].

Comment les services sont-ils offerts?

Les fournitures de la NMS sont conservées dans divers endroits stratégiques en Australie. La liste exacte des fournitures de la réserve n'est pas dévoilée au public pour des raisons de sécurité.

Toutes les administrations possèdent une réserve de produits pharmaceutiques distincte de la NMS ainsi que des réserves d'EPI pour intervenir en cas de catastrophe sanitaire CBRN ou de pandémie de grippe. D'ailleurs, une vérification menée en 2008 sur la capacité nationale de gestion des catastrophes sanitaires, publiée le 23 mars 2010 le confirme : « *toutes les administrations ont entrepris une évaluation des stocks dans les hôpitaux et chez les fabricants. Au moment où l'évaluation a pris fin, la plupart des États et des territoires avaient des réserves d'Oseltamivir (Tamiflu). Trois États (Victoria, Queensland et Australie-Méridionale) possédaient également des doses de Zanamivir (Relenza)* »[AAA] [traduction].

[XX] Gouvernement de l'Australie, Department of Health and Ageing, *Annual Report 2009-10, Biosecurity and Emergency Report*, p. 328.
[YY] DHA, *Annual Report 2009-10*, p. 330
[ZZ] Notes d'entrevue
[AAA] Gouvernement de l'Australie, Department of Health and Ageing, Australian Health Protection Committee, *National Health Disaster Management Capability Audit 2008*, Health Emergency Management Branch, Office of Health Protection, 23 mars 2010.

Les autorités des États et des territoires de l'Australie ont des responsabilités constitutionnelles, à l'intérieur de leurs frontières respectives, en matière de coordination et de planification des interventions en cas de catastrophes et d'urgences civiles. Lorsque les ressources totales (gouvernementales, communautaires et commerciales) d'un État ou d'un territoire touché ne suffisent plus pour répondre raisonnablement à une situation, le gouvernement de l'État ou du territoire peut demander de l'aide au gouvernement de l'Australie[BBB].

Le ministère de la défense (Department of Defence) a ses propres fournitures. Le ministère de l'Attorney-General (Attorney-General's Department) et d'autres organismes centraux sont intéressés par la réserve sur le plan de la sécurité nationale et du budget ou du financement.

Le service australien responsable des douanes et de la protection des frontières (Australian Customs and Border Protection Service) et le ministère responsable de l'agriculture, des pêches et des forêts (Department of Agriculture, Fisheries and Forestry) ont des réserves limitées d'EPI, qui sont destinées à protéger leurs propres employés. Ils peuvent faire appel à la NMS, au besoin.

Le DHA travaille en étroite collaboration avec d'autres organismes du gouvernement de l'Australie, les ministères de la santé des États et des territoires et reçoit l'appui des organisations de la santé des Aborigènes et des habitants des îles du détroit de Torres, afin de s'assurer que les Aborigènes et les habitants des îles du détroit de Torres aient un état de santé aussi bon et une espérance de vie aussi longue que le reste de la population australienne.

Comment le DHA répond-il aux demandes?

Selon la *vérification de 2008 de la capacité nationale de gestion des urgences sanitaires* de l'AHPC :

> « *Compte tenu des dispositions actuelles en matière d'intervention du secteur de la santé australien, et selon l'ampleur et la nature de la situation d'urgence, l'intervention du secteur de la santé peut mobiliser les échelons d'intervention local, régional, territorial et national. Lorsque les ressources d'un échelon ne suffisent plus, la théorie et la pratique de l'intervention en période de crise proposent de faire appel aux éléments d'intervention de l'échelon suivant. La capacité médicale d'appoint est donc un concept complexe qui comporte de nombreuses variables ayant une incidence sur les capacités de tous les échelons du secteur de la santé australien.* »[CCC] [traduction]

En ce qui concerne la capacité d'appoint, il revient aux États et aux territoires de maintenir tous les services de traumatologie et les services hospitaliers. Le gouvernement de l'Australie coordonne, à l'échelle nationale, les renseignements sur les soins actifs, c.-à-d. qu'il transmet de l'information sur les vulnérabilités.

Si un incident de « portée nationale » (p. ex. deux administrations ou plus sont touchées, écrasement d'un avion dans une zone urbaine) devait survenir, il reviendrait au gouvernement de l'Australie de coordonner le déplacement des patients et des équipes d'aide médicale. Si une administration devait être dépassée par les événements, le gouvernement de l'Australie collaborerait avec les États et les territoires pour coordonner le déplacement de biens.

[BBB] http://www.ema.gov.au (Emergency Management Australia [EMA] est un organisme du gouvernement fédéral australien chargé de coordonner les interventions du gouvernement en cas de situation d'urgence. EMA relève de l'Attorney-General's Department.)

[CCC] *National Health Disaster Management Capability Audit 2008*, p. 5.

En ce qui concerne les antidotes en cas d'incident CBRN, les États et les territoires ont une réserve limitée. Au besoin, ils feront appel au gouvernement de l'Australie pour obtenir de l'aide.

Pendant la pandémie de grippe H1N1 (2009), les États et les territoires n'avaient pas suffisamment d'antiviraux, en particulier pour répondre aux exigences pédiatriques. Par conséquent, il a été décidé que la NMS allait acheter et entreposer ces médicaments et les fournir aux États et aux territoires selon les besoins.

Comment les besoins sont-ils évalués?

Les décisions relatives à l'utilisation de la NMS sont fondées sur des avis cliniques de spécialistes internes et externes et sur une évaluation de la menace et du risque de l'agence australienne responsable de la sécurité nationale (Australian National Security Agency).

Le gouvernement de l'Australie détermine le budget de la NMS dans le cadre de son processus budgétaire annuel.

Le comité chargé des questions CBRN se réunit régulièrement et la NMS constitue un point permanent à son ordre du jour. De plus, le comité fait un examen de la NMS chaque trimestre, réalise une analyse prospective pour les dirigeants et rencontre des représentants de compagnies pharmaceutiques. Le comité consultatif national d'experts se réunit au même moment.

En ce qui concerne l'aide à la détection, le gouvernement de l'Australie prévoit un budget pour aider les laboratoires des États et des territoires à détecter les menaces, par exemple en offrant rapidement des diagnostics des cas de grippe et la détection de certains agents chimiques.

Le gouvernement de l'Australie finance la Defence Science Technical Organisation (organisation de science et technologie pour la défense) qui fait de la recherche sur les agents de guerre chimique.

Questions courantes

Un examen stratégique est en cours pour vérifier comment la NMS a été gérée jusqu'à présent. Un groupe de référence a été constitué pour examiner le rapport définitif et fournir des conseils stratégiques[DDD]. Les secteurs à l'étude comprennent les suivants :

- gestion de la NMS, en particulier, comment sortir la responsabilité d'acquisition du cadre bureaucratique à l'avenir;
- rotation des stocks (par les États et les territoires, et le milieu médical) et enjeux du marché.

Discussions en cours

Des discussions quadrilatérales ont eu lieu avec le Royaume-Uni, les États-Unis et le Canada sur la gestion des urgences CBRN.

[DDD] Notes d'entrevue

Page: 137 of/de 1,041
AV2020000020

Norvège : Système norvégien de préparation en cas d'urgence (NOREPS)

Contexte[EEE]

Le système norvégien de préparation en cas d'urgence (Norwegian Emergency Preparedness Stockpile System ou NOREPS) est une initiative spéciale mise en œuvre à la suite de la guerre du Golfe en 1991.

Deux éléments ont stimulé la création du NOREPS : une politique de la Norvège appuyant le rôle de chef de file des Nations Unies dans le cadre des interventions humanitaires et un intérêt politique de faire de la Norvège un des principaux intervenants humanitaires[FFF].

Qu'est-ce que le NOREPS?

Le mandat du NOREPS, adopté officiellement en février 2000, énonce trois objectifs :

- fournir un système de mesures d'urgence prêt à répondre rapidement à des besoins humanitaires en cas de crise
- fournir des biens et des services appropriés, économiques et de qualité dès la première phase d'une crise
- contribuer à la coordination de l'intervention d'urgence à l'échelle internationale afin qu'elle soit solide.

Le NOREPS permet que des produits préemballés soient aéroportés en moins de 24 heures et que du personnel formé soit déployé sur le site en moins de 72 heures.

Comment le NOREPS est-il géré?

Le ministère norvégien des Affaires étrangères (Ministry of Foreign Affairs ou MFA) est l'instigateur du projet. Innovation Norway, un organisme public, administre le système[GGG]. Innovation Norway s'occupe du marketing, traite les demandes de dons de biens, obtient des propositions de prix pour des fournitures et du transport et présente les renseignements qui en découlent au MFA à des fins de décision.

Des organisations non gouvernementales sont associées au NOREPS, notamment les suivantes :

- CARE Norge
- Norwegian Church Aid
- Norwegian People's Aid
- Croix-Rouge norvégienne
- Norwegian Refugee Council
- Save the Children Norway.

La direction de la protection civile et de la planification d'urgence (Directorate for Civil Protection and Emergency Planning ou DCPEP), un organisme gouvernemental, participe également au NOREPS.

[EEE] Information tirée de plusieurs documents, y compris du site Web du NOREPS : http://www.noreps.com

[FFF] Idem

[GGG] Innovation Norway est une société publique. Constituée officiellement le 1er janvier 2004, elle a remplacé les organisations suivantes : Norwegian Tourist Board, Norwegian Trade Council, Norwegian Industrial and Regional Development Fund, SND, et Government Consultative Office for Inventors, SVO. http://www.innovasjonnorge.no/Om-oss/Innovation-Norway/

Page: 138 of/de 1,041
AV2020000020

Des partenaires commerciaux – un groupe désigné de fournisseurs norvégiens de biens et de services[HHH] – paient des frais d'adhésion pour faire partie du NOREPS. Les produits offerts par les fournisseurs doivent passer par un processus de qualification du NOREPS.
Le réseau de partenaires reçoit des directives par l'entremise d'une réunion des membres, d'un groupe de travail et d'un groupe consultatif. Les nouveaux membres et les nouveaux produits doivent faire l'objet d'un processus de qualification, c.-à-d. obtenir une autorisation en matière de qualité, et doivent être approuvés par le groupe de travail.

Que contient la réserve?

Le NOREPS comporte trois éléments principaux[III] :

- biens provenant de réserves ou de dons. L'inventaire du NOREPS comprend 75 produits différents, destinés aux services de secours, venant de 12 fournisseurs commerciaux. Les produits ont tous été examinés par le système du NOREPS
- NORSTAFF, un système de liste d'employés en cas d'urgence (et variantes régionales)
- trousses de services, ce qui comprend l'équipement requis ainsi que les services d'installation et le personnel nécessaire pour les gérer, au besoin. Les trousses de services peuvent être fournies par les organisations suivantes :

  - DCPEP : équipes norvégiennes d'aide
  - Norwegian Church Aid (NCA) : trousses d'urgence comprenant de l'eau et des produits d'assainissement
  - Croix-Rouge norvégienne : trousses de services de santé
  - Norwegian People's Aid : trousses de déminage.

Les trousses de services sont des modules autonomes disposant de l'équipement et du personnel nécessaire pour réaliser une fonction particulière. Selon l'*évaluation de 2008 du système norvégien de mesures d'urgence*, trois trousses de services ont été largement utilisées[JJJ] :

1. le Norwegian Hospital (NORHOSP) est fourni par la Croix-Rouge norvégienne lorsqu'elle le juge approprié. Les principaux clients sont le Comité international de la Croix-Rouge et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. La NORHOSP est un hôpital modulaire qui est axé sur la chirurgie. Avant 2008, la Croix-Rouge norvégienne gardait un NORHOSP complet. La Norvège disposait de cinq ensembles destinés à des urgences nationales. Par le passé, le pays a prêté ses ensembles pour des interventions internationales;
2. la DCPEP fournit des trousses de camp de base avec l'aide des Nations Unies. À l'heure actuelle, le Programme alimentaire mondial (PAM) est le plus grand demandeur de trousses de camp de base;
3. le réseau Action commune des Églises (ACT) a utilisé à de nombreuses reprises des trousses contenant de l'eau et des produits d'assainissement du NCA.

Selon l'évaluation de 2008 du NOREPS, des biens d'une valeur de 428 millions de couronnes norvégiennes (NOK) ont été vendus en 2005 par l'entremise du

---

[HHH] Nordic Consulting Group et Channel Research, *Evaluation of the Norwegian Emergency Preparedness System (NOREPS)* par, janvier 2008, p. 17
[III] Idem, p. 11
[JJJ] Idem, p. 48

Page: 139 of/de 1,041
AV2020000020

NOREPS. Le MFA a financé 30 % des coûts et les organismes demandeurs ont payé le reste. Entre 2001 et 2005 (ne tenant pas compte de 2005), les ventes de biens par les 22 entreprises membres du NOREPS ont totalisé environ 1,3 milliard de NOK[KKK].

Comment les services sont-ils offerts?

Les entreprises partenaires du NOREPS s'engagent à stocker les produits approuvés et à les livrer à un aéroport international de la Norvège à partir de leurs propres installations dans les 24 heures suivant la demande.

Les fournisseurs du NOREPS doivent entreposer leurs stocks à divers endroits, mais conserver la plus grande partie dans leurs propres locaux en Norvège. Plusieurs fournisseurs sont situés près de l'aéroport Gardermoen[LLL].

Les principaux entrepôts sont en Norvège, à Brindisi (Italie) et à Dubaï, au même emplacement que l'entrepôt du Programme d'assistance humanitaire des Nations Unies (UNHRD). Une vaste gamme de produits sont conservés dans chaque entrepôt, permettant une distribution efficace, économique et simultanée de nombreux articles essentiels.

Les différents éléments du NOREPS fonctionnent indépendamment les uns des autres[MMM].

Quelles sont les leçons tirées?

Selon l'évaluation de 2008 du NOREPS, les trousses de services pourraient être plus utiles si elles étaient agencées en modules plus petits et plus souples. Par exemple, la grande taille d'une trousse NORHOSP complète a fait en sorte qu'elle n'a pu être envoyée rapidement, ce qui a engendré des coûts de fonctionnement élevés[NNN].

L'évaluation a également révélé que plus les stocks sont proches d'un site touché par une crise, plus ils contribuent à sauver des vies et à prévenir les souffrances. Toutefois, elle a également souligné que cet avantage doit être évalué en regard des coûts de maintien des stocks à de nombreux endroits différents et de la période de roulement plus longue. Tous les articles ont une durée de conservation limitée et sont susceptibles de se détériorer pendant l'entreposage[OOO].

Toujours d'après l'évaluation de 2008, les personnes ayant beaucoup d'expérience dans le domaine des situations d'urgence ont souligné l'importance des réserves pour faciliter une intervention rapide en cas de situation de crise humanitaire[PPP] : « *un bon processus d'acquisition ne peut remplacer une réserve, compte tenu des délais liés à la production des articles acquis*[QQQ] » [traduction].

[KKK] Idem, p. 59
[LLL] Idem, p. 35
[MMM] Idem, p.16
[NNN] Idem, pp.49-51
[OOO] Idem, p. 35
[PPP] Idem, p.34
[QQQ] Idem, p.39

Annexe G : annexe technique

Partie 1 : Méthodologie

Approche et conception

La présente évaluation a été réalisée par les Services d'évaluation, groupe de l'Agence de la santé publique du Canada qui ne fait pas partie du secteur de programme responsable de l'administration des activités du SRNU de l'ASPC.

L'approche générale de l'évaluation intégrait deux modèles conceptuels d'évaluation : une approche axée sur les buts, l'autre, sur les processus.

- Le modèle axé sur les buts donnait aux évaluateurs la possibilité de déterminer si le programme a atteint ses buts et objectifs prédéfinis, tels qu'ils sont exposés dans le mandat original du programme. Compte tenu de l'évolution du contexte de la préparation aux situations d'urgence au Canada au cours des soixante dernières années, l'objectif initial de l'évaluation était d'évaluer a) la pertinence du programme et l'opportunité d'en modifier les buts, b) la manière dont il faudra définir les buts du programme à l'avenir.

- L'autre objectif de l'évaluation était de bien comprendre comment le programme du Système de la réserve nationale d'urgence fonctionne aujourd'hui; c'est pourquoi un modèle axé sur les processus était également approprié. Même si ce programme de longue date a évolué depuis sa création, dans les années 1950, il semble que les clients avaient déjà formulé des préoccupations ou des plaintes concernant le besoin de le moderniser et que plusieurs pratiques non efficientes avaient été relevées à l'égard de la prestation des services.

Si l'évaluation a été réalisée aussi rapidement, c'est qu'il fallait respecter les dates cibles imposées par la direction dans la réponse au *Rapport de vérification – Mesures et interventions d'urgence* de 2010. Pour procéder rapidement, nous avons utilisé une méthode d'analyse transversale non expérimentale afin d'étudier rétrospectivement ce programme établi depuis longtemps. Comme les évaluateurs n'avaient accès qu'à peu de données de base, cette méthode leur a permis d'analyser des renseignements ponctuels selon plusieurs points de vue. L'évaluation a donc porté sur le rendement du SRNU, la « valeur ajoutée » de ses activités et son harmonisation avec les rôles et priorités de l'Agence de la santé publique.

L'évaluation était justifiée, entre autres, par les motifs suivants :

- La haute direction a demandé un examen approfondi de la pertinence du programme et du rendement de ses activités.
- Le Comité de vérification a demandé à donner suite à l'observation, dans le *Rapport de vérification – Mesures et interventions d'urgence* réalisé en 2010 par l'Agence de la santé publique, selon laquelle il était temps de procéder à un examen approfondi de la pertinence et du rendement de ce programme.

La décision d'utiliser de multiples sources de données pour évaluer la pertinence et le rendement, et d'adopter une approche de nature rétrospective pour l'évaluation a été influencée par un certain nombre de facteurs de risque liés à l'évaluation, entre autres, les suivants :

Page: 141 of/de 1,041
AV2020000020

- La rareté des données actuelles permettant de mesurer le rendement du programme.
- La très longue histoire du programme (près de 60 ans) et le peu d'analyses d'évaluation réalisées au cours de la vie du programme.
- L'absence d'une théorie ou d'un modèle logique clairement défini pour ce programme de longue date et l'évolution considérable du contexte des mesures et des interventions d'urgence depuis sa création.

Nous nous sommes penchés sur le point de vue d'un vaste échantillon représentatif de membres de la direction et du personnel du programme, mais aussi sur celui d'intervenants importants. Les évaluateurs ont cherché en particulier à recueillir l'opinion des bénéficiaires des services fournis par le SRNU, y compris les entités comparables des provinces et des territoires et d'autres ministères. Des renseignements ont également été recueillis auprès d'autres organismes offrant des services connexes au Canada (comme la Croix-Rouge canadienne) et dans d'autres pays. Des experts internes et externes du domaine des mesures et des interventions d'urgence ont également été interviewés.

Méthodes

L'évaluation s'est appuyée sur de multiples sources de données, y compris des examens de la littérature et un examen documentaire. Nous avons jugé important de corroborer les informations tirées de ces sources de données au moyen de sondages, de groupes de discussion et d'entrevues avec des intervenants dont l'apport est pertinent. Cinq études de cas ont également été réalisées de manière à obtenir un portrait précis des approches et des activités de deux organismes canadiens (annexe E) et de trois organismes étrangers (annexe F) qui fournissent des services liés aux réserves d'urgence.

1. Analyse documentaire

Une analyse rationnelle de la documentation a permis d'explorer la nature des réserves d'urgence du Canada et d'autres pays. Il abordait les problèmes de pertinence soulevés pendant l'évaluation (questions 1, 2 et 3). Cet examen avait pour objectif de recueillir des renseignements touchant la nécessité du programme. Nous avons cherché, entre autres, à déterminer s'il s'agit d'un rôle légitime et nécessaire du gouvernement du Canada et à recenser des pratiques exemplaires grâce auxquelles la conception et l'exécution du programme pourraient être améliorées.

Au total, 110 documents ont fait l'objet d'un examen. Toute la littérature grise proposée par le personnel a été examinée. Les autres documents ont été trouvés grâce à des recherches sur Internet et par mots clés. Nous avons ainsi réuni des publications universitaires récentes (dix dernières années) en anglais et en français, en particulier de la documentation sur la nécessité des réserves d'urgence et sur les modes de gestion. Des recherches ont été menées dans les bases de données suivantes : Scopus (qui englobe le contenu de Medline et d'Embase), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) et Global Health.

2. Examen documentaire

L'équipe d'évaluation a également examiné l'ensemble des documents disponibles sur le SRNU. Nombre de ces documents ont été signalés par la direction et le personnel du programme. Cet examen a permis de traiter des questions d'évaluation portant sur la pertinence (questions 1, 2, 3, 4 et 5) et le rendement (questions 6, 7 et 8). Au total, l'équipe d'évaluation a examiné 93 documents.

Les types de document suivants ont fait l'objet d'un examen :

- des vérifications et des examens antérieurs du programme du SRNU

- des comptes rendus de décisions des réunions de divers comités internes
- des pièces de correspondance et des communications liées au programme du SRNU
- des dossiers de programme touchant la distribution du matériel du SRNU.

3. Sondage et groupes de discussion réunissant des représentants des provinces et des territoires

Le sondage et les groupes de discussion avaient pour objectif de recueillir l'opinion des partenaires sur les sujets suivants :

- le rôle qu'ils jouent dans le cadre du programme
- les progrès enregistrés au chapitre de l'atteinte des résultats attendus du SRNU
- les possibilités d'amélioration.

Un courriel a été envoyé à deux conseils du Réseau de santé publique, soit le Conseil des directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires (CDGUS) et le Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence (CDSSU), pour les inviter à répondre par écrit à un questionnaire. Les questionnaires, en anglais et en français, ont été envoyés du 22 décembre 2010 au 14 janvier 2011. Les deux conseils comprennent un représentant de chaque province et territoire, ce qui donne un total de 13 représentants. Le questionnaire a été envoyé à chaque représentant des deux conseils, c'est-à-dire à 26 représentants en tout. Au total, 14 personnes sur ces 26 représentants ont répondu au questionnaire, ce qui donne un taux de réponse d'environ 54 %. La plupart (93 %) des questionnaires ont été remplis en anglais; le reste a été rempli en français. La totalité (100 %) des répondants ont renvoyé le questionnaire par courriel. Les répondants représentaient neuf des 13 administrations.

Pour confirmer des commentaires recueillis grâce au questionnaire par courriel et pour explorer davantage les questions soulevées, nous avons organisé deux groupes de discussion bilingue réunissant des représentants des provinces et des territoires du CDGUS et du CDSSU. Les participants avaient reçu à l'avance un résumé des commentaires formulés dans le cadre du sondage. Au total, 21 personnes ont participé aux groupes de discussion, et certaines ont participé à plus d'un groupe. Au total, 11 des 13 administrations étaient représentées (les participants aux deux groupes de discussion représentaient 85 % des administrations).

Les participants aux groupes de discussion étaient répartis par province et territoire comme suit :

Province ou territoire	Nombre de participants
Terre-Neuve	2
Nouvelle-Écosse	2
Île-du-Prince-Édouard	2
Nouveau-Brunswick	1
Québec	3
Ontario	3
Manitoba	1
Saskatchewan	2
Alberta	1
Colombie-Britannique	3
Yukon	1
Territoires du Nord-Ouest	0
Nunavut	0
TOTAL	21

Les discussions de groupe, d'une durée d'une heure, se sont déroulées par téléconférence les 24 et 25 janvier 2011. Elles étaient animées à partir d'Ottawa par deux évaluateurs des Services d'évaluation.

4. Entrevues de nombreux principaux membres de la haute direction et du personnel de l'Agence de la santé publique, des principaux représentants des autres ministères fédéraux en matière de réserves d'urgence, d'experts externes du domaine des mesures et des interventions d'urgence et de spécialistes d'autres pays choisis

Les entrevues avaient pour objectif d'obtenir une description plus complète de la façon dont les divers éléments du programme ont été mis en œuvre de même que de recueillir des commentaires sur la pertinence et le rendement du programme.

Les entrevues s'appuyaient sur des guides d'entrevue structurée. Ces derniers ont été élaborés en collaboration avec des experts internes et externes du domaine des mesures et des interventions d'urgence.

Les principaux informateurs ont été identifiés par les membres de la direction et du personnel du programme, et des répondants clés d'autres pays ont été trouvés grâce à des recherches sur Internet. L'échantillon a été constitué par choix raisonné. Les Services d'évaluation ont fait part aux principaux informateurs de la tenue de l'évaluation et ont demandé leur participation. Au total, 22 entrevues d'une heure ont été réalisées auprès de 38 personnes entre le 8 novembre 2010 et le 24 janvier 2011; certaines entrevues réunissaient plus d'un informateur clé.

Les principaux informateurs provenaient des groupes suivants :

Sous-groupe de participants	Nombre de participants
Membres de la haute direction et du personnel de l'ASPC	26
Personnes ressources d'autres ministères fédéraux en matière de réserves d'urgence	2
Experts externes du domaine des mesures et des interventions d'urgence	7
Spécialistes d'autres pays choisis	3
TOTAL	38

5. Sondage auprès de représentants d'autres ministères choisis

Le sondage avait également pour objectif de recueillir des données comparables sur des programmes exécutés par d'autres ministères fédéraux ainsi que de cerner des pratiques exemplaires grâce auxquelles il serait possible d'améliorer la conception et l'exécution du programme.

Un courriel a été envoyé à des ministères fédéraux choisis pour les inviter à répondre à un questionnaire entre le 21 et le 31 janvier 2011. L'échantillon comprenait l'ensemble des ministères fédéraux qui jouent un rôle dans le domaine des mesures et des interventions d'urgence ou qui possèdent des réserves d'urgence. Les représentants de ces ministères ont été signalés par le secteur de programme du SRNU. Le questionnaire a été envoyé à un représentant de chaque ministère. Au total, sept personnes sur les 12 qui avaient reçu le questionnaire y ont répondu; c'est un taux de réponse d'environ 58 %. La totalité (100 %) des questionnaires ont été remplis en anglais. La totalité (100 %) des répondants ont transmis le questionnaire par courriel.

6. Études de cas portant sur des organismes canadiens et étrangers

Des études de cas ont été réalisées dans le but de mettre en relief les approches en matière de réserves d'urgence adoptées par deux organismes canadiens et trois organismes d'autres pays. L'échantillon a été établi par choix raisonné, en mettant l'accent sur le chevauchement possible des services d'urgence nationaux et sur les pratiques exemplaires des organismes étrangers.

Les études de cas au Canada ont porté sur les entités suivantes :

- le ministère de la Défense nationale
- la Croix-Rouge canadienne.

Les études de cas sur des organismes étrangers ont porté sur les entités suivantes :

- États-Unis : Réserve nationale stratégique des Centers for Disease Control and Prevention
- Australie : Réserve nationale de fournitures médicales
- Norvège : Système norvégien de préparation en cas d'urgence (NOREPS).

Chaque étude de cas comportait un examen des renseignements accessibles sur Internet et des documents fournis par chaque organisme, de même qu'une entrevue. Le guide d'entrevue a été élaboré avec la collaboration d'experts externes du domaine des mesures et des interventions d'urgence. Au total, les cinq entrevues ont réuni dix participants.

Les outils d'évaluation utilisés, par exemple les guides pour les entrevues et les groupes de discussion, sont accessibles sur demande.

Matrice des sources de données

ENJEU	QUESTION	SOURCE DES DONNÉES	DESCRIPTION DES DONNÉES
Enjeu lié à la pertinence — question 1 : Nécessité continue du programme	1. Quels besoins le SRNU est-il destiné à combler? 2. Ces besoins existent-ils toujours?	Analyse documentaire	Documentation publiée concernant la préparation aux situations d'urgence (au Canada et à l'étranger) et l'utilité des réserves d'urgence de fournitures destinées aux services sociaux et de matériel médical
		Examen documentaire	Principaux documents produits à l'interne, entre autres : comptes rendus des décisions prises par le Cabinet au moment de la création du programme; vérification et examen précédents du programme du SRNU; comptes rendus des décisions des réunions de divers comités internes; correspondance et communications concernant le programme du SRNU; dossiers du programme concernant l'utilisation des fournitures du SRNU
		Sondage et groupes de discussion	Réponses et commentaires, tirés du questionnaire écrit et des groupes de discussion, des représentants des provinces et des territoires du Conseil des directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires (CDGUS) et du Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence (CDSSU); réponses au questionnaire écrit formulées par des représentants d'autres ministères choisis
		Entrevues auprès des principaux informateurs	Entrevues auprès des principaux membres de la haute direction et du personnel de l'Agence de la santé publique, de représentants d'autres ministères choisis et d'organisations non gouvernementales et d'experts externes du domaine des mesures et des interventions d'urgence; entrevues auprès de spécialistes dans certains pays choisis (Australie, Norvège et États-Unis)
Enjeu lié à la pertinence — question 2 : Harmonisation	3. Le programme du SRNU cadre-t-il avec les mandats et les priorités stratégiques actuels de l'administration	Analyse documentaire	Documentation publiée concernant la préparation aux situations d'urgence et les réserves d'urgence de fournitures destinées aux services sociaux et de matériel médical

ENJEU	QUESTION	SOURCE DES DONNÉES	DESCRIPTION DES DONNÉES
du programme avec les priorités du gouvernement	fédérale et de l'Agence de la santé publique du Canada?	Examen documentaire	Principaux documents produits à l'interne, entre autres : vérification et examen précédents du programme du SRNU; comptes rendus des décisions des réunions de divers comités internes; correspondance et communications concernant le programme du SRNU; dossiers du programme concernant l'utilisation du matériel du SRNU
Enjeu lié à la pertinence — question 3 : Harmonisation du programme avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	4. L'administration fédérale devrait-elle assurer la prestation des services fournis par le SRNU, pour l'ensemble de ses biens ou par type de biens? 5. Quels sont les types de biens encore utiles pour l'accomplissement du mandat de l'Agence de la santé publique?	Examen documentaire	Principaux documents produits à l'interne, entre autres : vérification et examen précédents du programme du SRNU; comptes rendus des décisions des réunions de divers comités internes; correspondance et communications concernant le programme du SRNU; dossiers du programme concernant l'utilisation des fournitures du SRNU
		Sondage et groupes de discussion	Réponses et commentaires, tirés du questionnaire écrit et des groupes de discussion, des représentants des provinces et des territoires du CDGUS et du CDSSU; réponses au questionnaire écrit formulées par des représentants d'autres ministères choisis
		Entrevue auprès des principaux informateurs	Entrevues auprès des principaux membres de la haute direction et du personnel de l'Agence de la santé publique, de représentants d'autres ministères choisis et d'organisations non gouvernementales et d'experts externes du domaine des mesures et des interventions d'urgence; entrevues auprès de spécialistes dans certains pays choisis (Australie, Norvège et États-Unis)
		Études de cas	Deux études de cas portant sur le chevauchement potentiel des services d'urgence nationaux; trois études de cas portant sur les pratiques exemplaires mises en œuvre dans d'autres pays
Enjeu lié au rendement — question 4 : Obtention des résultats escomptés	6. Les besoins ont-ils changé au fil du temps? 7. Le programme s'est-il adapté à cette évolution des besoins?	Examen documentaire	Principaux documents produits à l'interne, entre autres : vérification et examen précédents du programme du SRNU; comptes rendus des décisions des réunions de divers comités internes; correspondance et communications concernant le programme du SRNU; dossiers du programme concernant l'utilisation des fournitures du SRNU

ENJEU	QUESTION	SOURCE DES DONNÉES	DESCRIPTION DES DONNÉES
	8. Y aurait-il d'autres changements à apporter?	Sondage et groupes de discussion	Réponses et commentaires, tirés du questionnaire écrit et des groupes de discussion, des représentants des provinces et des territoires du CDGUS et du CDSSU; réponses au questionnaire écrit formulées par des représentants d'autres ministères choisis
		Entrevue auprès des principaux informateurs	Entrevues auprès des principaux membres de la haute direction et du personnel de l'Agence de la santé publique, de représentants d'autres ministères choisis et d'organisations non gouvernementales et d'experts externes du domaine des mesures et des interventions d'urgence
Enjeu lié au rendement — question 5 : Efficience et rentabilité démontrées	9. Y a-t-il chevauchement ou dédoublement, ou complémentarité, dans la prestation de services?	Sondage et groupes de discussion	Réponses et commentaires, tirés du questionnaire écrit et des groupes de discussion, des représentants des provinces et des territoires du CDGUS et du CDSSU; réponses au questionnaire écrit formulées par des représentants d'autres ministères choisis
		Entrevue auprès des principaux informateurs	Entrevues auprès des principaux membres de la haute direction et du personnel de l'Agence de la santé publique, de représentants d'autres ministères choisis et d'organisations non gouvernementales et d'experts externes du domaine des mesures et des interventions d'urgence
		Études de cas	Deux études de cas portant sur le dédoublement potentiel des services d'urgence nationaux; trois études de cas portant sur les pratiques exemplaires mises en œuvre dans d'autres pays

Partie 2 : Résultats et analyse

Matrice des constatations et des éléments de preuve

QUESTION 1 : Quels besoins le SRNU est-il destiné à combler? Ces besoins existent-ils toujours?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
Bien que relativement peu d'incidents catastrophiques soient survenus en sol canadien ces dernières années, notre pays n'est pas insensible à la menace, d'où l'importance de concevoir avec soin des plans d'intervention en cas d'urgence, y compris sur l'accès rapide aux fournitures essentielles.	Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) responsables de la gestion des urgences ont rallié leurs efforts pour établir le Cadre de sécurité civile pour le Canada (2011), selon lequel « […] l'accumulation des risques associés à des facteurs comme l'urbanisation croissante, la dépendance aux infrastructures essentielles et l'interdépendance de ces dernières, le terrorisme, le changement et la variabilité du climat, les maladies animales et humaines ainsi que la mobilité accrue des personnes et des biens de par le monde ont accru le potentiel de divers types de catastrophes.[xxiii] » Selon les principaux informateurs, les communautés urbaines et éloignées du Canada ont déjà été touchées par des catastrophes naturelles ou d'origine humaine, comme des pandémies. Les menaces terroristes qui pèsent sur les pays occidentaux subsisteront vraisemblablement. Les incidents de santé publique à l'échelle nationale ou internationale peuvent évoluer rapidement. Lorsqu'ils se produisent, ces incidents peuvent avoir des conséquences néfastes graves pour les Canadiens. Selon les dossiers de l'Agence, le programme du SRNU a déployé du matériel 128 fois au cours des 25 dernières années (de 1985 à 2010) afin d'intervenir en cas de catastrophe au pays. Un peu plus de quatre déploiements sur dix (43 %) ont eu lieu à la suite de phénomènes météorologiques ou hydrologiques (p. ex. inondations, tempête de verglas). Au cours des 25 dernières années, un peu moins de la moitié des fournitures déployées en réponse à des incidents au pays ont servi à offrir des services sociaux (46 %). Les fournitures médicales viennent au second rang (44 %). Les produits pharmaceutiques (6 %) et les unités ou trousses, par exemple, en cas de traumatismes ou pour le rassemblement des victimes (4 %), ont servi beaucoup moins souvent. Bien qu'il n'y ait aucun mandat de fournir des fournitures de la réserve pour venir en aide lors d'incidents touchant la santé publique à l'échelle internationale, au cours des 25 dernières années, le matériel de la réserve a été déployé au moins à 22 reprises. Alors que nous remarquons qu'au pays le besoin est plus marqué pour les fournitures servant à offrir des services sociaux en cas de catastrophes naturelles, nous observons qu'à l'échelle internationale le besoin est plus marqué pour du matériel médical pour intervenir à la suite de conflits ou de phénomènes géologiques (p. ex. tsunamis, ouragans, séismes). Selon les principaux informateurs, les autres pays font face aux mêmes menaces potentielles pour la santé publique que le Canada. L'Agence de la santé publique peut s'attendre à d'autres demandes de déploiement du matériel du SRNU à l'étranger. Certaines pourraient venir du gouvernement du Canada, d'autres de l'Organisation mondiale de la Santé, de l'Organisation panaméricaine de la santé ou d'un gouvernement étranger.

Page: 149 of/de 1,041
AV2020000020

QUESTION 1 : Quels besoins le SRNU est-il destiné à combler? Ces besoins existent-ils toujours?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
Le programme du SRNU a adopté une approche « tous risques » selon laquelle les décisions concernant la composition et la gestion de la réserve nationale de fournitures seront fondées sur des évaluations à jour du risque.	Au cours des 25 dernières années, les réserves du SRNU ont été utilisées au pays pour répondre à des incidents de toute sorte. Le programme du SRNU visait principalement à assurer une quantité suffisante de fournitures médicales et destinées aux services sociaux, qui sont entreposées dans des endroits stratégiques du Canada et prêtes à être utilisées pour des interventions immédiates en cas de catastrophe naturelle ou causée par l'homme.

QUESTION 2 : Le programme du SRNU cadre-t-il avec les mandats et les priorités stratégiques actuels de l'administration fédérale et de l'Agence de la santé publique du Canada?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
L'engagement du gouvernement du Canada à l'égard de la sécurité des Canadiens en présence de menaces d'origine humaine ou naturelle a été réitéré dans divers instruments, communications et accords.	Dans le Discours du Trône 2010, la gouverneure générale a souligné ce qui suit : « Notre société paisible, prospère et pluraliste est l'une des plus sûres du monde. Pourtant, le Canada doit faire face à des menaces réelles, graves et changeantes. […] La protection de la santé et de la sécurité des Canadiens et de leur famille est une priorité de notre gouvernement.[xxiv] »
Dans les documents de planification de l'ASPC, le SRNU est toujours présenté comme un système ayant une importance stratégique.	Le programme du SRNU est mentionné plus précisément dans le *Plan stratégique 2007-2012* de l'Agence de la santé publique et, plus récemment, dans le *Rapport sur les plans et les priorités 2010-2011* : ***Plan stratégique 2007-2012 :*** *« On apportera des améliorations à la Réserve nationale de secours pour faire en sorte que les approvisionnements en produits et matériaux adéquats et modernes soient suffisants en cas d'urgence de santé publique. »* ***Rapport sur les plans et les priorités 2010-11 :*** *« […] exploiter la Réserve nationale de secours et […], au besoin, pour intervenir lors de situations d'urgence liées à des maladies infectieuses ou à des actes bioterrorisme, au Canada ou ailleurs dans le monde. »*

QUESTION 3 : L'administration fédérale devrait-elle assurer la prestation des services fournis par le SRNU?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
Le rôle plus général du gouvernement fédéral en matière de préparation et d'intervention en cas d'urgence est confirmé dans de nombreux documents.	Il est stipulé dans la *Loi sur la gestion des urgences* (2007) que « le ministre [de Sécurité publique Canada] est chargé d'assumer un rôle de premier plan en matière de gestion des urgences au Canada en coordonnant, au sein des institutions fédérales et en collaboration avec les gouvernements provinciaux et d'autres entités, les activités de gestion des urgences ». Par l'entremise du Plan fédéral d'intervention d'urgence (2009), le gouvernement du Canada mobilise et coordonne les ressources et les capacités des organismes suivants : administration centrale des ministères et bureaux régionaux du gouvernement fédéral, sociétés et organismes d'État, organisations provinciales et territoriales de gestion des urgences, industrie et secteur privé, et organisations non gouvernementales.[xxv]

QUESTION 3 : L'administration fédérale devrait-elle assurer la prestation des services fournis par le SRNU?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
L'Agence de la santé publique du Canada a été créée dans le but de soutenir les activités liées aux mesures et aux interventions d'urgence en matière de santé publique au pays et à l'étranger, y compris l'approvisionnement d'urgence.	L'Agence de la santé publique du Canada a été créée en 2004 en réaction aux préoccupations concernant la capacité du système de santé publique de prévoir les menaces pour la santé publique et d'intervenir efficacement. Elle a pour mandat de promouvoir et de protéger la santé et la sécurité des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions. L'Agence travaille en étroite collaboration avec les provinces et les territoires afin de garantir la santé des Canadiens en mettant l'accent sur des mesures efficaces, à savoir prévenir les maladies chroniques comme le cancer et les cardiopathies, prévenir les blessures et intervenir en cas d'urgence en santé publique. L'Agence de la santé publique assume un rôle de premier plan à l'échelle fédérale; elle a fait de la gestion des urgences en santé publique une de ses grandes priorités. Elle assume sa responsabilité à cet égard en réalisant les activités suivantes : - gérer les aspects internationaux des activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence en santé publique, y compris coopérer avec l'Organisation mondiale de la Santé et servir de centre de coordination pour la mise en œuvre du *Règlement sanitaire international* (2005) - assurer la coordination régionale des activités fédérales en cas d'urgence en santé publique; soutenir les provinces et les territoires, s'il y a lieu, ou intervenir en situation d'urgence complexe à l'échelle nationale en prenant les mesures suivantes : assurer l'accès au contenu de la réserve nationale afin d'aider les provinces et les territoires à intervenir en cas d'urgence; faciliter l'obtention de matériel d'urgence additionnel pour compléter les réserves provinciales et territoriales.
Le Canada est tenu de se doter de la capacité requise au niveau national pour apporter une aide logistique. Nous disposons de quelques documents sur le rôle du gouvernement fédéral dans la fourniture de matériel d'urgence à la suite d'une catastrophe au pays.	L'Organisation mondiale de la Santé a donné au Canada le mandat de fournir un soutien national en cas d'événement lié à la santé publique au pays. En tant que partie signataire du *Règlement sanitaire international* (2005) de l'Organisation mondiale de la Santé, le Canada est tenu de se doter de la capacité requise au niveau national pour apporter une aide logistique (p. ex. matériel, fournitures et transport) à ses citoyens en cas d'événement de santé publique d'envergure nationale.[xxvi] Les antiviraux du SRNU sont précisés dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé (2006) : « Outre la Réserve nationale d'antiviraux, le Système national de réserve d'urgence contient également de l'oseltamivir qui pourrait être utilisée au cours d'éclosions nationales de l'influenza aviaire ou pour supporter les provinces/territoires lors d'une alerte pandémique ou une période pandémique. »[xxvii]
Le ministre de la Santé (également responsable de l'Agence de la santé publique) a reçu le mandat d'assurer des fonctions de soutien du gouvernement en cas d'urgence liée à la santé publique. Nous disposons de peu de documents sur le rôle de l'Agence de la santé publique dans la fourniture de matériel d'urgence à la suite d'un événement lié à la santé publique au pays.	Selon la *Loi sur la gestion des urgences* (2007), 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; il est aussi chargé de mener les activités ci-après conformément aux principes, aux programmes et aux autres mesures établis par le ministre : - élaborer les plans de gestion des urgences à l'égard de ces risques - les mettre à jour, à l'essai et en œuvre - tenir des exercices et assurer la formation à leur égard. [xxviii]

Page: 151 of/de 1,041
AV2020000020

QUESTION 3 : L'administration fédérale devrait-elle assurer la prestation des services fournis par le SRNU?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
	L'annexe A du Plan fédéral d'intervention d'urgence (2009) donne un aperçu des fonctions de soutien du gouvernement en cas d'urgence. Le ministre de la Santé assume la responsabilité principale en matière de santé publique et de services essentiels à la personne. Le ministre de la Santé du Canada (ce qui comprend l'Agence de la santé publique) est avant tout responsable de l'élaboration et de l'actualisation des plans d'urgence du portefeuille fédéral de la Santé en cas de menaces pour la santé publique nationale ou d'incident de santé publique, comme d'importantes éclosions de maladie, des catastrophes naturelles ou d'origine humaine, ou des incidents majeurs de nature chimique, biologique ou radionucléaire.
Nous disposons de quelques documents sur le rôle du gouvernement fédéral dans la fourniture de matériel d'urgence à la suite d'une catastrophe à l'étranger. L'ASPC n'a reçu ni le mandat ni le pouvoir d'intervenir lorsqu'un événement lié à la santé publique se produit à l'extérieur du Canada.	Dans le cadre de la *Loi sur la gestion des urgences* (2007) du Canada, le ministre de la Sécurité publique est chargé, notamment, « de participer, conformément à la politique étrangère du Canada, aux activités internationales concernant la gestion des urgences ». De plus, « en consultation avec le ministre des Affaires étrangères, le ministre peut élaborer, avec les autorités compétentes des États-Unis, des plans conjoints de gestion des urgences et, conformément à ceux-ci, coordonner l'intervention du Canada en cas d'urgence survenant aux États-Unis et fournir son aide à cet égard».[xxix] Il existe plusieurs ententes transfrontalières entre le Mexique, le Canada et les États Unis, ainsi qu'entre divers États américains et provinces canadiennes qui prévoient l'échange de renseignements ou l'offre de soutien lors d'un événement ou d'une urgence de santé publique (voir l'annexe B et les sections sur les relations internationales trilatérales et bilatérales). Bien qu'il n'y ait aucun mandat de fournir des fournitures de la réserve pour venir en aide lors d'incidents touchant la santé publique à l'échelle internationale, au cours des 25 dernières années, le matériel de la réserve a été déployé au moins à 22 reprises. Les principaux intervenants ont indiqué que, pour un certain nombre des derniers déploiements de matériel, il a fallu obtenir l'autorisation du Cabinet. L'article 61 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*, selon lequel « … Le gouverneur en conseil peut, sur la recommandation du Conseil du Trésor, autoriser ou prendre des règlements autorisant les transferts, baux ou prêts de biens du domaine public autres que les immeubles fédéraux »[xxx] et des décrets en conseil ont été invoqués. Ces processus d'approbation peuvent prendre du temps alors que certaines situations exigent une intervention immédiate. À l'avenir, si un rôle à l'échelle internationale était défini pour le SRNU, des autorisations stratégiques et financières permanentes seraient requises.
Les incidences d'un rôle à l'étranger ne sont pas bien comprises ni reconnues officiellement par tous les partenaires et les intervenants. Le programme du SRNU devra être en mesure de répondre aux besoins au pays et à l'étranger.	Les principaux informateurs ont indiqué que le but principal du programme du SRNU est de répondre aux besoins des provinces et territoires en cas d'urgence. Si un rôle à l'étranger pour la réserve était pris en considération, il devrait être auxiliaire; l'intervention au pays demeurant son rôle principal. Le programme du SRNU doit accorder la priorité à l'établissement officiel de son mandat national et à la mise à jour de ses opérations et de son inventaire pour les interventions au Canada. Selon certains intervenants, il faut examiner l'ensemble des programmes d'intervention d'urgence à l'étranger de l'Agence de la santé publique, ainsi que l'infrastructure à mettre en place. Par exemple, l'Agence de la santé publique doit prendre en considération les répercussions d'un déploiement simultané des ressources humaines et du matériel. Compte tenu du risque de désuétude des biens que présente la gestion des réserves, plusieurs intervenants ont fait remarquer que la poursuite des déploiements à l'étranger représente potentiellement l'occasion de réaliser la rotation des

Page: 152 of/de 1,041
AV2020000020

QUESTION 3 : L'administration fédérale devrait-elle assurer la prestation des services fournis par le SRNU?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
	stocks et de modifier les protocoles et les fournitures d'intervention.
La nécessité d'établir des liens officiels et la définition claire des rôles et responsabilités doivent être prises en compte dans le cadre de l'exploration d'un mandat à l'échelle internationale plus officiel. Un rôle officiel du SRNU à l'échelle internationale exigerait la collaboration préalable d'autres intervenants afin que ce rôle tienne compte de la mine de renseignements des experts dans ce domaine.	Les demandes d'aide sont habituellement coordonnées par l'Agence canadienne de développement international ou le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international, puisque ces organismes fédéraux sont responsables des interventions à l'étranger. À l'heure actuelle, l'équipe de gestion et le personnel du SRNU maintiennent des relations officieuses avec ces partenaires clés, ainsi qu'avec la branche internationale de la Société canadienne de la Croix-Rouge. Plus précisément, ce rôle pourrait être lié aux rôles en matière d'aide internationale de l'Agence canadienne de développement international et du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international. Les informateurs clés ont indiqué que certaines des fournitures du SRNU sont désuètes et sont actuellement examinées et remplacées. À l'heure actuelle, certaines provisions de la réserve ne sont pas prêtes à être déployées à l'étranger. Dans certains cas, le programme du SRNU ne serait pas en mesure de répondre de façon optimale à une demande de l'étranger. Les informateurs clés ont également indiqué que si le SRNU se voyait attribuer un rôle officiel à l'échelle internationale, il pourrait avoir la planification et les processus en place à l'appui de ce rôle. Des critères régissant le rôle du SRNU pourraient être établis (p. ex. ce qui pourrait être fourni, les circonstances selon lesquelles des fournitures seraient envoyées à l'étranger).

QUESTION 4 : Quels sont les types de biens encore utiles pour l'accomplissement du mandat de l'Agence de la santé publique? Les besoins ont-ils changé au fil du temps? Le programme s'est-il adapté à cette évolution des besoins? Y aurait-il d'autres changements à apporter?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
De possibles gains de rendement peuvent être tirés de l'établissement de partenariats avec des organisations disposant d'infrastructures bien établies, p. ex. des organisations non gouvernementales, d'autres ministères et d'autres administrations.	Le système norvégien de préparation aux situations d'urgence (NOREPS) favorise une approche axée sur la collaboration entre les membres d'un groupe d'organismes humanitaires de la Norvège. En Australie, la Croix-Rouge (ARCS) est un partenaire important en cas d'incident. Le Department of Health and Ageing d'Australie finance l'ARCS en vue de soutenir une vaste gamme de travaux humanitaires et d'activités communautaires dans le domaine de la santé, y compris la préparation aux catastrophes, les premiers soins, les interventions en cas de catastrophes et les services aux réfugiés, ainsi que le travail de la Croix-Rouge dans la région Asie Pacifique. Les partenariats établis peuvent servir à d'autres fins. Par exemple, en 2009, les Centers for Disease Control and Prevention et l'American Association of Respiratory Care ont conjugué leurs efforts afin d'offrir sur le Web un module de formation à l'intention des médecins et des premiers intervenants portant sur l'utilisation optimale du respirateur LTV 1200 en situation d'urgence.
Certains pays stockent des fournitures médicales et pharmaceutiques, mais elles ne sont pas destinées aux services sociaux. Ce type de service est assuré dans ces pays par d'autres organismes.	Comme le souligne chacune des études de cas dans d'autres pays(annexe F), la fourniture de matériel destiné aux services sociaux n'est pas généralement du ressort d'un ministère fédéral de la Santé. Cette intervention peut être dirigée par les entités suivantes : • des organisations non gouvernementales (p. ex. la Société australienne de la Croix-Rouge, financée par le gouvernement, les États et les territoires australiens pour les urgences nationales et internationales)

Page: 153 of/de 1,041
AV2020000020

QUESTION 4 : Quels sont les types de biens encore utiles pour l'accomplissement du mandat de l'Agence de la santé publique? Les besoins ont-ils changé au fil du temps? Le programme s'est-il adapté à cette évolution des besoins? Y aurait-il d'autres changements à apporter?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
	• un autre ministère (p. ex. aux États-Unis, la Federal Emergency Management Agency [FEMA] sous la direction du département de la Sécurité intérieure) • un partenariat public-privé (p. ex. Innovation Norway, un consortium de partenaires publics et privés de la Norvège pour le système de la réserve nationale d'urgence de ce pays).
Dans certains pays, les systèmes de réserve évoluent constamment; ils sont actualisés à la suite d'un examen régulier.	Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis examinent régulièrement les menaces et les risques et se fondent sur les résultats de ces examens pour ajouter des médicaments et des fournitures médicales (p. ex. antiviraux, respirateurs, masques, gants) à leur réserve (Strategic National Stockpile) afin de lutter contre la grippe pandémique. L'Australie effectue actuellement un examen stratégique portant sur des questions comme les achats, le renouvellement des fournitures, la logistique et le transport.
La préparation aux pandémies est un rôle clé et clairement défini de l'Agence de la santé publique.	Tel qu'il est précisé dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé (2006), l'Agence de la santé publique est le principal organisme fédéral responsable de l'état de préparation et des mesures d'intervention en cas de pandémie de grippe. Parmi les principales activités de l'Agence, notons les suivantes : • effectuer des recherches scientifiques visant à mieux détecter, comprendre et suivre le virus • obtenir de l'information sur la surveillance (ou le suivi) de ses partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et locaux, ainsi que d'organisations non gouvernementales. La surveillance de la grippe aide à déterminer quand, où et quels virus grippaux circulent, leur intensité, leur propagation et leurs conséquences, et si des groupes de population particuliers ont des risques plus élevés de contracter la maladie • fournir de l'information et des conseils à l'intention du grand public et de groupes particuliers, tels que les populations vulnérables, de même qu'émettre des directives à l'intention des professionnels de la santé et d'autres intervenants • s'occuper de la coordination régionale des activités fédérales d'urgence sanitaire • gérer les aspects internationaux de l'état de préparation et d'intervention face à la pandémie, y compris assurer la liaison avec l'Organisation mondiale de la Santé et agir comme centre de coordination de la mise en œuvre du *Règlement sanitaire international* • élaborer et soutenir le processus nécessaire à la mise à jour et au maintien du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé, en coopération avec le portefeuille de la Santé et les représentants provinciaux et territoriaux • commander suffisamment de vaccins pour la population canadienne, en collaboration avec les provinces et les territoires • établir une réserve de produits pharmaceutiques, d'équipement et de fournitures pour aider les provinces et les territoires quant à la capacité de pointe. [xxxi] Depuis l'éclosion du SRAS en 2004, le programme du SRNU a augmenté ses réserves de matériel d'intervention en cas de pandémie. Le SRNU a accumulé ces fournitures avant et pendant l'éclosion de grippe H1N1 de 2009-2010.

Page: 154 of/de 1,041
AV2020000020

QUESTION 4 : Quels sont les types de biens encore utiles pour l'accomplissement du mandat de l'Agence de la santé publique? Les besoins ont-ils changé au fil du temps? Le programme s'est-il adapté à cette évolution des besoins? Y aurait-il d'autres changements à apporter?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
	Les fournitures en cas de pandémie comprennent des antiviraux, des antibiotiques propres à des interventions de lutte contre des pandémies, des seringues, des respirateurs et d'autres appareils d'alimentation en oxygène, de l'équipement de protection individuel (masques, écrans faciaux, gants) et d'autres fournitures telles que des blouses, des couvertures jetables, des oreillers, des aiguilles, des seringues, des sacs mortuaires, etc.
L'Agence de la santé publique a bien répondu aux demandes visant le déploiement préalable de fournitures médicales d'urgence dans le cadre de rassemblements de masse.	Le programme du SRNU a appuyé les provinces et les territoires lors de situations d'urgence et de mesures d'urgence prévues comme dans le cas des visites du pape (1984, 1987, 2002), de la Journée mondiale de la jeunesse (2002), des Jeux olympiques et paralympiques d'hiver en Colombie Britannique (2010), des sommets du G8 et du G20 en Ontario (2010), de la Journée mondiale de la jeunesse (2011) en Nouvelle Écosse et d'autres événements organisés au Canada. Les mesures de sécurité nécessaires sont maintenant plus grandes pour ce type de rassemblements de masse. L'Agence de la santé publique s'est montrée proactive au cours des dix dernières années, offrant préparation et déploiement préalable pour ces types d'événements planifiés, grâce à un concept de modules plus souples, adaptables et interopérables de prestation de services médicaux d'urgence (mini-cliniques) au cas où les services d'urgence de santé ne pourraient répondre à la demande. Le déploiement de ces mini-cliniques offre aussi l'occasion de mettre à l'essai sur le terrain cette ressource et de l'améliorer.
Le programme du SRNU fait l'acquisition des contre-mesures médicales et les entrepose, mais son mandat est moins clair quant à la distribution de ces produits pharmaceutiques de nature très spécialisée conservés dans un endroit central.	Les principaux informateurs ont indiqué que bon nombre des mesures de protection médicales en cas d'actes de bioterrorisme potentiels ne sont pas disponibles dans le système hospitalier ou dans le système pharmaceutique au Canada. En raison du coût de ces mesures de protection, de la difficulté à se les procurer (peu de fabricants, restrictions en matière d'homologation, plusieurs produits non autorisés pour la vente au Canada) et de leur cycle de vie très caractéristique, l'Agence de la santé publique a commencé à les acquérir et à les entreposer dans le SRNU. À titre de responsable du Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire (2002), le portefeuille de la Santé dirige les mesures en vue de contrer les risques de nature CBRN. Ce rôle comprend les activités de planification et de préparation, ainsi que les structures d'intervention, les processus et les mécanismes de liaison qui assurent une réponse fédérale, provinciale et territoriale coordonnée en cas d'urgence nucléaire touchant le Canada ou les Canadiens au pays et à l'étranger. Le Plan d'intervention en cas d'urgence chimique du portefeuille de la Santé (2010) décrit le rôle du Portefeuille en cas d'urgence chimique. Le Portefeuille fournit un soutien d'ordre scientifique et de santé publique aux activités d'intervention. Cet appui est avant tout destiné aux provinces et aux territoires, mais il peut également s'étendre aux autres ministères fédéraux et à des organismes homologues internationaux, le cas échéant. L'acquisition, l'entreposage et la distribution de produits pharmaceutiques de nature très spécialisée pour contrer les risques de nature CBRN font partie du rôle de l'Agence de la santé publique au sein du portefeuille de la Santé. Les principaux informateurs ont indiqué que, compte tenu de la nature rapidement dévastatrice des incidents CBRN, il serait difficile de faire parvenir ces contre-mesures médicales aux différentes administrations assez rapidement pour qu'elles soient utiles. Les responsables du système de préparation en cas d'urgence de la Norvège ont observé que plus les fournitures sont près du site d'une crise, plus les mesures visant à sauver des vies et à prévenir les souffrances sont efficaces; toutefois, les

Page: 155 of/de 1,041
AV2020000020

QUESTION 4 : Quels sont les types de biens encore utiles pour l'accomplissement du mandat de l'Agence de la santé publique? Les besoins ont-ils changé au fil du temps? Le programme s'est-il adapté à cette évolution des besoins? Y aurait-il d'autres changements à apporter?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
	représentants du système soulignent que cette proximité doit être évaluée au regard du coût de la conservation de fournitures dans de nombreux emplacements et du taux de rotation plus long. En Australie, chaque État et territoire possède sa propre réserve, y compris une quantité d'antiviraux. Dans ce pays, la planification et l'intervention en cas de pandémie reposent sur les partenariats entre le ministère responsable de la santé et du vieillissement et ses homologues des États et des territoires. Les Centers for Disease Control and Prevention aux États-Unis a mis sur pied CHEMPACK, un projet à participation volontaire avec les États pour la mise en place proactive de dépôts durables de doses d'antidote contre les agents neurotoxiques. Trente-neuf États ont déjà des dépôts, et sept autres ont entrepris les démarches pour en établir. Les principaux informateurs ont indiqué que la mise à jour du programme s'est traduite par l'acquisition de matériel plus dispendieux et plus difficile à obtenir et à entreposer (non disponible à grande échelle, restrictions strictes en matière de licences) ou dont le délai d'approvisionnement est particulièrement long. Les produits pharmaceutiques ont généralement une durée de conservation, c'est-à-dire une limite légale de la durée pendant laquelle ils peuvent être conservés avant d'être considérés inutilisables. La durée de conservation peut poser problème lors de la constitution d'une réserve puisque les fournitures peuvent expirer avant d'être utilisées et devoir être remplacées.
Il faut déployer des efforts afin d'aider les communautés rurales, éloignées et nordiques à évaluer leurs besoins en matière de mesures et d'interventions d'urgence, à déterminer leurs besoins particuliers et à clarifier davantage les domaines dans lesquels l'Agence de la santé publique peut aider à répondre aux besoins.	Selon les principaux informateurs et les documents consultés, les communautés rurales, éloignées et nordiques font face à de nombreuses lacunes et doivent relever de nombreux défis en matière de gestion des urgences en raison de leur situation unique.[xxxii]
Les exigences en matière de fournitures d'urgence ont considérablement changé au cours des 60 dernières années, et cette tendance s'est accrue en particulier au cours de la dernière décennie.	Comme il a été établi il y a près de 60 ans, le programme du SRNU a pour mandat de fournir une capacité d'appoint aux provinces et aux territoires : les fournitures médicales et destinées aux services sociaux du SRNU devaient uniquement être utilisées une fois les ressources provinciales et territoriales épuisées. Le programme du SRNU avait pour but de soutenir les gouvernements provinciaux et territoriaux et les administrations municipales en cas d'urgence sanitaire. Avant les attentats terroristes du 11 septembre aux États-Unis (2001) et les plus récentes pandémies du SRAS (2004) et de grippe H1N1 (2009), le programme du SRNU visait avant tout à réagir à un large éventail de catastrophes naturelles ou d'origine humaine. La situation au cours des dernières années a eu pour effet d'activer les efforts déployés pour conjurer des menaces précises et plus actuelles pour la santé publique. Les principaux informateurs ont indiqué que les risques élevés pour la sécurité lors de rassemblements de masse ont incité le gouvernement fédéral à assumer un rôle en localisant au préalable des fournitures médicales pour ces événements au cas où les réserves locales ne suffiraient pas. Les principaux informateurs ont indiqué que, en prenant des mesures à l'égard de nombre de ces nouvelles menaces pour la santé publique, en particulier celles qui nécessitent une intervention rapide, comme le rejet d'un agent chimique, le

Page: 156 of/de 1,041
AV2020000020

QUESTION 4 : Quels sont les types de biens encore utiles pour l'accomplissement du mandat de l'Agence de la santé publique? Les besoins ont-ils changé au fil du temps? Le programme s'est-il adapté à cette évolution des besoins? Y aurait-il d'autres changements à apporter?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
	programme du SRNU devra peut-être devoir assumer un rôle de fournisseur principal, à la demande des provinces et des territoires, plutôt qu'un rôle de ressource de dernier recours, une fois les réserves des provinces et des territoires épuisées.
Le SRNU n'est pas la seule option; le Canada peut envisager d'autres modèles pour la distribution des fournitures destinées aux services sociaux.	Bien qu'il y ait un besoin d'intervention en services sociaux durant un incident de santé publique, la capacité des provinces et des territoires, et des organisations non gouvernementales (comme la Croix-Rouge canadienne et divers autres organismes d'intervention), pour aider à la distribution de ces fournitures à l'échelon local doit être accrue. Ce fait a été mis en lumière tant dans le cadre des entrevues avec les principaux informateurs que des études de cas. D'autres pays, ainsi que certains territoires et provinces au Canada, travaillent déjà principalement avec des organisations non gouvernementales pour un soutien en services sociaux au cours d'une urgence : • des organisations non gouvernementales (p. ex. la Société australienne de la Croix-Rouge, financée par le gouvernement, les États et les territoires australiens pour les urgences nationales et internationales) • un autre ministère (p. ex. aux États-Unis, la Federal Emergency Management Agency [FEMA] sous la direction du département de la Sécurité intérieure) • un partenariat public-privé (p. ex. Innovation Norway, un consortium de partenaires publics et privés de la Norvège pour le système de la réserve nationale d'urgence de ce pays.
Selon le programme, une part importante des fournitures et du matériel dans le SRNU est désuète ou ne correspond plus aux normes ou aux pratiques médicales actuelles.	Les principaux informateurs ont indiqué, par exemple, que de nombreux lits pliants en réserve sont difficiles à utiliser pour les aînés et les personnes handicapées parce qu'ils sont trop bas. Des couvertures fournies par le programme du SRNU contiennent de la laine, et certains utilisateurs trouvent qu'elles ne sont pas appropriées. La technologie médicale a progressé de façon importante depuis l'acquisition, dans les années 1960, de plusieurs des éléments médicaux des hôpitaux de 200 lits et des unités de soins intensifs. Selon les normes médicales modernes, ce matériel n'est pas sécuritaire ou fait appel à une technologie qui n'est plus pertinente en médecine moderne. Les représentants provinciaux et territoriaux sont au courant de la situation et les commentaires laissent entendre que cette situation a quelque peu miné la confiance à l'égard de tout le matériel du SRNU. Les provinces et territoires ont la responsabilité d'offrir l'espace nécessaire à l'entreposage de ces fournitures; certaines administrations ont fait part de leur frustration d'avoir à payer pour l'entreposage de produits qui ne pourront jamais être utilisés. Les principaux informateurs ont indiqué que l'aliénation prendra du temps et sera coûteuse, mais qu'il est nécessaire de mettre à jour la réserve. Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence a commencé l'aliénation des fournitures, mais ce processus est complexe. En plus d'éliminer les fournitures à l'entrepôt d'Ottawa, il faut expédier à cet entrepôt tous les produits (ou une partie de ceux-ci) conservés dans les centres d'approvisionnement préétablis dans les provinces et les territoires et les trier conformément à la Directive sur l'aliénation du matériel de surplus (2006) du Conseil du Trésor du Canada. Pour chaque produit, il existe plusieurs manières de s'en débarrasser, selon la valeur de revente et sa composition (p. ex. recyclage, revente, destruction).

QUESTION 5 : Y a-t-il chevauchement ou dédoublement, ou complémentarité, dans la prestation de services?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
Les provinces et territoires et les autres ministères ne comprennent pas clairement les rôles et les responsabilités du SRNU. Le gouvernement fédéral pourrait ainsi profiter de l'expertise actuelle grâce aux partenariats, à la collaboration et aux communications.	Les principaux informateurs ont indiqué que l'échange de connaissances et de compétences spécialisées entre les administrations est essentiel à la réussite des préparatifs d'urgence au Canada; c'est également le cas de la coordination et de la gestion des fournitures d'appoint. Il s'agit de connaître les mesures prises par d'autres administrations, tant au pays qu'ailleurs dans le monde, y compris en ce qui concerne l'introduction de produits et de protocoles d'avant-garde, et d'être en mesure de mettre en rapport, de transmettre et d'utiliser ces renseignements. Ils soutiennent que ces efforts permettront à l'Agence de la santé publique de proposer des modèles et des pratiques qui conviennent, de favoriser l'échange d'information et d'assurer l'application des systèmes et des connaissances les plus appropriés et les plus efficients.
La gestion globale des réserves de matériel médical bénéficierait d'une approche davantage axée sur la prise de décisions fondées sur des données probantes, d'une approche axée sur la communication et d'un plan établi en fonction des besoins des intervenants.	Plusieurs ministères fédéraux sont chargés de gérer les réserves de fournitures médicales et de produits pharmaceutiques d'urgence pour répondre à leurs propres besoins opérationnels : le ministère de la Défense nationale, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et Santé Canada. Le processus actuel de gestion des réserves fédérales est principalement centré sur les exigences des ministères. Les principaux informateurs ont indiqué que les connaissances et les capacités relatives aux interventions d'urgence varient grandement au pays. En créant une communauté d'experts au sein des administrations, l'Agence de la santé publique joue un rôle de premier plan en regroupant divers partenaires et spécialistes afin d'être en mesure de favoriser la dialogue, de partager les ressources et de faciliter la prise de décisions fondées sur des données probantes dans un contexte de santé publique. Par exemple, des groupes d'experts pourraient être formés ou élargis en vue de se pencher sur des questions comme l'équipement médical, les pandémies, les maladies d'origine alimentaire et les risques d'incident CBRN. Afin que les fournitures du SRNU soient entretenues conformément aux normes en vigueur et répondent aux besoins opérationnels des utilisateurs finaux, il est nécessaire d'assurer la participation continue d'experts de partout au pays pour favoriser la prise de décisions ciblées.

Page: 158 of/de 1,041
AV2020000020

QUESTION 5 : Y a-t-il chevauchement ou dédoublement, ou complémentarité, dans la prestation de services?	
CONSTATATIONS	**DONNÉES PROBANTES**
L'efficacité du programme du SRNU dépend de sa capacité de répondre aux besoins véritables des utilisateurs principaux, c'est-à-dire d'appuyer les provinces et les territoires dans leurs interventions d'urgence. Les communications relatives aux fournitures disponibles dans la réserve pourraient être améliorées.	Des principaux informateurs, représentant autant le programme que les provinces et territoires, ont indiqué que les provinces et les territoires n'ont pas toujours participé de façon constante aux décisions en matière d'acquisition, de localisation et de déploiement de matériel pour le programme du SRNU. Ils affirment qu'il est essentiel de tenir des consultations et de partager de l'information avec un large éventail d'experts des provinces et des territoires pour que l'Agence soit en mesure de bien comprendre les points de vue individuels et pangouvernementaux des provinces et des territoires. Il est clair que l'amélioration de l'information sur les réserves d'autres administrations pourrait faciliter l'exploration d'options quant à des initiatives fédérales-provinciales-territoriales relatives aux réserves; notamment pour la planification, l'approvisionnement, le renouvellement du stock, le contrôle de la qualité, la distribution, la gestion des installations et le cycle de vie. Dans le même ordre d'idées, les protocoles d'entente qui ont été conclus avec les provinces et les territoires (à l'exception du Nunavut) dans les années 1960 et 1970 sont désuets et ne correspondent pas à l'environnement opérationnel et commercial complexe d'aujourd'hui. L'Agence de la santé publique a demandé à un groupe de travail composé de représentants des provinces et des territoires de discuter de la question. Les membres du groupe ont confirmé qu'il était nécessaire de renégocier ces ententes avec chaque province et territoire. Les nouvelles ententes doivent exposer les attentes actuelles, de même que la sécurité de la réserve du SRNU et la responsabilité à cet égard. Des représentants provinciaux et territoriaux ont indiqué que certaines administrations disposaient de peu d'information sur les processus et les produits. Dans certains cas, elles ne sont pas au courant des fournitures mises à leur disposition. Une des options pour atteindre cet objectif consiste à élaborer une base de données électronique, à laquelle l'ensemble des provinces et des territoires auraient accès, afin de mieux comprendre en quoi consistent les fournitures du SRNU et le rôle de l'Agence dans la distribution de ces fournitures. Cette base de données électronique pourrait également servir d'outil pour assurer des communications uniformes au sein des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention disposent d'une base de données électronique (site extranet) que les États peuvent consulter pour obtenir des fournitures particulières de la réserve. Un système du genre pourrait être établi pour le programme du SRNU, qui permettrait aux utilisateurs ou aux clients (provinces et territoires) d'effectuer une recherche par incident (p. ex. accident chimique) ou par produit (p. ex. respirateurs).

Page: 159 of/de 1,041
AV2020000020

Matrice des conclusions et des recommandations

	CONSTATATIONS	CONCLUSIONS	RECOMMANDATIONS
PERTINENCE	Bien que relativement peu d'incidents catastrophiques soient survenus en sol canadien ces dernières années, notre pays n'est pas insensible à la menace, d'où l'importance de concevoir avec soin des plans d'intervention en cas d'urgence, y compris sur l'accès rapide aux fournitures essentielles.	**PERTINENCE** Le programme du SRNU est pertinent (même s'il faudrait revoir la combinaison actuelle des biens en fonction des priorités du gouvernement fédéral en matière de santé publique). Il est conforme aux priorités stratégiques actuelles du gouvernement du Canada et de l'Agence de la santé publique. Le gouvernement du Canada a un rôle à jouer dans la coordination des activités de gestion des situations d'urgence de l'ensemble des administrations du pays, lorsque cela est nécessaire.	Recommandation 1 : Conserver une partie seulement de la combinaison actuelle de biens du SRNU. Au moment de planifier et de déterminer la future combinaison stratégique de biens, mettre l'accent sur le rôle approprié du secteur de la santé publique plutôt que sur le rôle social général des mesures d'urgence.
	Le programme du SRNU a adopté une approche « tous risques » selon laquelle les décisions concernant la composition et la gestion de la réserve nationale de matériel seront fondées sur des évaluations à jour du risque.		
	L'engagement du gouvernement du Canada à l'égard de la sécurité des Canadiens en présence de menaces d'origine humaine ou naturelle a été réitéré dans divers instruments, communications et accords.		
	Dans les documents de planification de l'ASPC, le Système de la réserve nationale d'urgence est toujours présenté comme un système ayant une importance stratégique.		
	Le rôle plus général du gouvernement fédéral en matière de préparation et d'intervention en cas d'urgence est confirmé dans de nombreux documents.		
	L'Agence de la santé publique du Canada a été créée dans le but de soutenir les activités liées aux mesures et aux interventions d'urgence en matière de santé publique au pays et à l'étranger, y compris l'approvisionnement d'urgence.		
	Le Canada est tenu de se doter de la capacité requise au niveau national pour apporter une aide logistique. Nous disposons de quelques documents sur le rôle du gouvernement fédéral dans la fourniture de matériel d'urgence à la suite d'une catastrophe au pays.		
	Le ministre de la Santé (également responsable de l'Agence de la santé publique) a reçu le mandat d'assurer des fonctions de soutien du gouvernement en cas d'urgence liée à la santé publique. Nous disposons de peu de documents sur le rôle de l'Agence de la santé publique dans la fourniture de matériel d'urgence à la suite d'un événement lié à la santé publique au pays.		

Page: 160 of/de 1,041
AV2020000020

	CONSTATATIONS	CONCLUSIONS	RECOMMANDATIONS
	Nous disposons de quelques documents sur le rôle du gouvernement fédéral dans la fourniture de matériel d'urgence à la suite d'une catastrophe à l'étranger. L'ASPC n'a reçu ni le mandat ni le pouvoir d'intervenir lorsqu'un événement lié à la santé publique se produit à l'extérieur du Canada.	Même s'il semble que le gouvernement du Canada a un rôle à jouer dans les interventions à l'étranger en cas d'urgence sanitaire, particulièrement dans le déploiement de fournitures d'urgence, le rôle précis de l'Agence de la santé publique n'est pas clair. Toute considération d'un rôle officiel à l'échelle internationale nécessiterait des consultations interministérielles et des autorisations officielles.	Recommandation 4 : Accorder une attention spéciale au SRNU au cours des discussions générales de l'Agence sur son rôle à l'échelle internationale.
	Les incidences d'un rôle à l'étranger ne sont pas bien comprises ni reconnues officiellement par tous les partenaires et les intervenants. Le programme du SRNU devra être en mesure de répondre aux besoins au pays et à l'étranger.		
	La nécessité d'établir des liens officiels et la définition claire des rôles et des responsabilités doivent être prises en compte dans le cadre de l'exploration d'un mandat plus officiel à l'échelle internationale. Un rôle officiel du SRNU à l'échelle internationale exigerait la collaboration préalable d'autres intervenants afin que ce rôle tienne compte de la mine de renseignements des experts dans ce domaine.		
RENDEMENT	De possibles gains de rendement peuvent être tirés de l'établissement de partenariats avec des organisations disposant d'infrastructures bien établies, p. ex. des organisations non gouvernementales, d'autres ministères et d'autres administrations.	**RENDEMENT** Le manque de données sur le rendement a empêché la réalisation d'une évaluation approfondie du rendement, mais certains éléments permettent de penser que le SRNU a été déployé en temps opportun. Toutefois, le programme du SRNU pourrait être amélioré globalement. Il faut donner aux provinces et aux territoires la capacité d'intervenir en cas d'urgence. Toutefois, le mandat, défini il y a 60 ans, est dépassé et ne tient pas compte des réalités actuelles. Pour actualiser le programme du SRNU, il faudra prendre des décisions ciblées, mettant l'accent sur l'acquisition et la distribution de **fournitures plus stratégiques**, fondées sur une évaluation des risques actuels et sur le rôle de l'Agence de la santé publique dans le cadre des interventions d'urgence. En fonction des progrès réalisés au chapitre de la capacité d'intervention et de la réalité des menaces actuelles à la santé publique, le programme du SRNU doit s'attacher à son rôle particulier touchant les	Recommandation 1 : Conserver une partie seulement de la combinaison actuelle de biens du SRNU. Au moment de planifier et de déterminer la future combinaison stratégique de biens, mettre l'accent sur le rôle approprié du secteur de la santé publique plutôt que sur le rôle social général des mesures d'urgence. a) Conserver en réserve les articles suivants pour assurer la capacité d'appoint des provinces et des territoires : • fournitures pour la préparation en cas de pandémie • fournitures médicales et pharmaceutiques pour les rassemblements de masse prévus d'importance nationale et pour les catastrophes naturelles ou d'origine humaine
	Certains pays entreposent des fournitures médicales et pharmaceutiques, mais elles ne sont pas destinées aux services sociaux. Ce type de service est assuré dans ces pays par d'autres organismes.		
	Dans certains pays, les systèmes de réserve évoluent constamment; ils sont actualisés à la suite d'un examen régulier.		
	La préparation aux pandémies est un rôle clé clairement défini de l'Agence de la santé publique.		
	L'Agence de la santé publique a bien répondu aux demandes visant le déploiement préalable de fournitures médicales d'urgence dans le cadre de rassemblements de masse.		
	Le programme du SRNU fait l'acquisition des contre-mesures médicales et les entrepose, mais son mandat est moins clair quant à la distribution de ces produits pharmaceutiques de nature très spécialisée conservés dans un endroit central.		

Page: 161 of/de 1,041
AV2020000020

	CONSTATATIONS	CONCLUSIONS	RECOMMANDATIONS
RENDEME	Il faut déployer des efforts afin d'aider les communautés rurales, éloignées et nordiques à évaluer leurs besoins en matière de mesures et d'interventions d'urgence, à déterminer leurs besoins particuliers et à clarifier davantage les domaines dans lesquels l'Agence de la santé publique peut aider à répondre aux besoins.	exigences actuelles des interventions d'urgence au moment de déterminer quelles fournitures doivent être conservées en réserve. Un engagement de l'ASPC à éliminer les fournitures périmées des entrepôts du SNRU aidera à regagner la confiance des provinces et des territoires à l'égard du programme. La gestion globale des réserves de matériel médical bénéficierait d'une approche davantage axée sur la prise de décisions fondées sur des données probantes, d'une approche axée sur la communication et d'un plan établi en fonction des besoins des intervenants.	inattendues • mesures de protection contre le risque d'incident chimique, biologique et radionucléaire (CBRN). b) Considérer l'élimination du matériel des services sociaux des biens du SRNU tout en assurance leur disponibilité. Il faut tenir compte de la gestion de cycle de vie du matériel acheté et conservé (voir l'annexe C).
	Les exigences en matière de fournitures d'urgence ont considérablement changé au cours des 60 dernières années, et cette tendance s'est accrue en particulier au cours de la dernière décennie.		
	Le SRNU n'est pas la seule option; le Canada peut envisager d'autres modèles pour la distribution des fournitures destinées aux services sociaux.		
	Selon les responsables et les utilisateurs finaux du programme, une part importante des fournitures et du matériel dans le SRNU est désuète ou ne correspond plus aux normes ou pratiques médicales actuelles.		Recommandation 2 : Établir et mettre en œuvre une stratégie d'aliénation pour les articles suivants, et s'assurer que les ressources nécessaires sont en place : a) l'équipement et les fournitures qui sont désuets, qui ne correspondent plus aux normes médicales en vigueur ou qui sont de mauvaise qualité (c.-à-d. hôpitaux d'urgence, unités de rassemblement des victimes, etc.) b) les articles destinés aux services sociaux individuels (c.-à-d. lits pliants et couvertures) et les unités de services sociaux (c.-à-d. cuisines roulantes, trousses pour les centres d'accueil, etc.) (conditionnel à l'issue de la recommandation 1b).
	Les provinces et territoires et les autres ministères ne comprennent pas clairement les rôles et les responsabilités du SRNU. Le gouvernement fédéral pourrait ainsi profiter de l'expertise actuelle grâce aux partenariats, à la collaboration et aux communications.		Recommandation 3 : Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication concernant le rôle de l'Agence de la santé publique sur le plan de la constitution de

Page: 162 of/de 1,041
AV2020000020

	CONSTATATIONS	CONCLUSIONS	RECOMMANDATIONS
	La gestion globale des réserves de matériel médical bénéficierait d'une approche davantage axée sur la prise de décisions fondées sur des données probantes, d'une approche axée sur la communication et d'un plan établi en fonction des besoins des intervenants.		réserves pour les interventions de santé publique et en assurer le suivi, en fonction des groupes suivants : - Autres ministères et organismes fédéraux - Provinces et territoires, y compris les secteurs spécialisés : o utilisateurs finaux (professionnels de la santé) o spécialistes de la gestion de matériel o équipes chargées de la logistique.
	L'efficacité du programme du SRNU dépend de sa capacité de répondre aux besoins véritables des utilisateurs principaux, c'est-à-dire d'appuyer les provinces et les territoires dans leurs interventions d'urgence. Les communications relatives au matériel disponible dans la réserve pourraient être améliorées.		

Page: 163 of/de 1,041
AV2020000020

NOTES EN FIN D'OUVRAGE

---

[1] Agence de la santé publique du Canada, Direction des services de vérification. (2010) *Rapport de vérification - Mesures et interventions d'urgence*. p. 4.

[2] Bibliothèque et archives Canada (1952). *Cabinet conclusions, Civil defence - stockpiling of medical supplies*. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://www.collectionscanada.gc.ca/databases/conclusions/001039-119.01-f.php?&sisn_id_nbr=11597&page_sequence_nbr=1&interval=20&&PHPSESSID=oddebcluq2gcte65jj1smcj5s1

[3] Bibliothèque et archives Canada (1965). *Cabinet conclusions, Use of Emergency Health and Emergency Welfare Regional Stockpiles in Peacetime Disasters*. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://www.collectionscanada.gc.ca/base-de-donnees/conclusions/001039-119.01-f.php?&sisn_id_nbr=26565&page_sequence_nbr=1&interval=20&&page_id_nbr=41546&&PHPSESSID=dger0arudut9n0ahdpitkocs51

[4] Agence de la santé publique du Canada, Direction des services de vérification. (2010) *Rapport de vérification - Mesures et interventions d'urgence*. p. 4.

[5] Sécurité publique Canada (2011-02). Base de données canadienne sur les désastres. Récupéré le 28 février 2011 dans : http://www.publicsafety.gc.ca/prg/em/cdd/srch-fra.aspx.

[6] Sécurité publique Canada (2011-02). *Un cadre de sécurité civile pour le Canada*, deuxième édition. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://www.publicsafety.gc.ca/prg/em/_fl/emfrmwrk-fr.pdf

[7] Sécurité publique Canada. (2009). *Plan fédéral d'intervention d'urgence*. Récupéré le 4 février 2011 dans http://www.publicsafety.gc.ca/prg/em/ferp-fra.aspx

[8] Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Règlement sanitaire international*. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242580419_fre.pdf

[9] Gouvernement du Canada (2006) *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*

[10] Gouvernement du Canada. (2010-03) *Discours du trône - Un Canada plus fort. Une économie plus forte. Maintenant et pour l'avenir*. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://www.speech.gc.ca/grfx/docs/sft-ddt-2010_f.pdf

[11] Gouvernement du Canada. (2007). *Loi sur la gestion des urgences*. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://laws.justice.gc.ca/PDF/Statute/E/E-4.56.pdf

[12] Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada. (2010-11) *Leçons à retenir : réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009*. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2010-2011/h1n1/pdf/h1n1-fra.pdf

Page: 164 of/de 1,041
AV2020000020

[13] Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada. (2010-11) *Leçons à retenir : réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009*. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2010-2011/h1n1/pdf/h1n1-fra.pdf

[14] Gouvernement du Canada. (2007). *Loi sur la gestion des urgences*. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://laws.justice.gc.ca/PDF/Statute/E/E-4.56.pdf

[15] Gouvernement du Canada. (1985). *Loi sur la gestion des finances publiques*. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://laws.justice.gc.ca/fra/F-11/index.html

[16] Sécurité publique Canada (2011-02). *Un cadre de sécurité civile pour le Canada*, deuxième édition. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://www.publicsafety.gc.ca/prg/em/_fl/emfrmwrk-fr.pdf

[17] Gouvernement du Canada. (2007). *Plan fédéral d'intervention d'urgence*. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://laws.justice.gc.ca/PDF/Statute/E/E-4.56.pdf

[18] Partenariat nord-américain pour la sécurité et la prospérité (2007). *Plan nord-américain contre l'influenza aviaire et la pandémie d'influenza*. Récupéré le 8 novembre 2010 dans : http://montebello2007.gc.ca/doc/pandemic_fr.pdf

[19] Agence de la santé publique du Canada, Direction des services de vérification. (2010) *Rapport de vérification – Mesures et interventions d'urgence*.

[20] Association des pharmaciens du Canada (2010-12). *Canadian Drug Shortages Survey Final Report*. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://www.pharmacists.ca/content/About_CPHA/Whats_Happening/CPhA_in_the_News/CPhADrugShortagesReport_Dec2010.pdf, p. 11

[21] Gouvernement de l'Ontario. (2009). *Pandémie de grippe (H1N1) 2009 : examen du plan d'intervention de l'Ontario*. Récupéré le 4 février 2011 dans : http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ministry_reports/h1n1_review/h1n1_review.pdf, p. 34

[22] Gouvernement de l'Ontario (2011-02-04) *Health Emergency Stockpiling Program for the Health and Broader Public Sector*. http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/emu/bps/bps_qa.html

[xxiii] Sécurité publique Canada (2011-01). *Un cadre de sécurité civile pour le Canada*, Deuxième édition. Extrait le 4 février 2011 du http://www.publicsafety.gc.ca/prg/em/_fl/emfrmwrk-2011-fra.pdf

[xxiv] Gouvernement du Canada (2010-03). *Discours du Trône : Un Canada plus fort. Une économie plus forte. Maintenant et pour l'avenir*. Extrait le 4 février 2011 du http://www.speech.gc.ca/local_grfx/docs/sft-ddt-2010_f.pdf

[xxv] Sécurité publique Canada (2009). *Plan fédéral d'intervention d'urgence*. Extrait le 4 février 2011 du http://www.securitepublique.gc.ca/prg/em/ferp-fra.aspx

[xxvi] Organisation Mondiale de la santé (2005). *Règlement sanitaire International*. Extrait le 4 février 2011 du http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242580419_fre.pdf

Page: 165 of/de 1,041
AV2020000020

[xxvii] Gouvernement du Canada (2006). *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*

[xxviii] Gouvernement du Canada (2007). *Loi sur la gestion des urgences*. Extrait le 4 février 2011 du http://lois.justice.gc.ca/PDF/Statute/F/E-4.56.pdf

[xxix] Gouvernement du Canada (2007). *Loi sur la gestion des urgences*. Extrait le 4 février 2011 du http://lois.justice.gc.ca/PDF/Statute/F/E-4.56.pdf

[xxx] Gouvernement du Canada (1985). *Loi sur la gestion des finances publiques*. Extrait le 4 février 2011 du http://lois.justice.gc.ca/fr/f-11/

[xxxi] Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada (2010-11) *Leçons à retenir : Réponses de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009*. Extrait le 4 février 2011 du http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2010-2011/h1n1/pdf/h1n1-fra.pdf

[xxxii] Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada (2010-11) *Leçons à retenir : Réponses de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009*. Extrait le 4 février 2011 du http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2010-2011/h1n1/pdf/h1n1-fra.pdf

Réponse de la direction au sujet de l'évaluation du Système de la réserve nationale d'urgence

Note aux lecteurs

Le Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) fait partie intégrante des mesures et interventions d'urgence nationales, et soutient le mandat de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) de protéger et de promouvoir la santé des Canadiens. L'ASPC est conscient que le contexte canadien de la gestion des urgences sanitaires a beaucoup changé depuis la création du SRNU dans les années 1950; c'est pourquoi elle modernise la réserve de matériel afin celle-ci continue de répondre aux besoins des Canadiens avec efficacité et rapidité.

Les recommandations énoncées dans la présente évaluation seront abordées dans le cadre du vaste processus de modernisation en cours. L'ASPC a déjà fait des progrès dans la mise en œuvre des recommandations énoncées dans l'*Audit des mesures et interventions d'urgence* de 2010 de l'ASPC et dans l'examen des leçons à retenir du portefeuille de la Santé concernant la grippe H1N1 de 2010.

L'évaluation soutient ce travail et l'ASPC accepte les recommandations avec conditions. Afin de continuer de protéger la santé des Canadiens sans interruptions, on donnera suite aux recommandations selon une approche progressive. Un plan stratégique global inclura un cadre stratégique et décisionnel sur les dons internationaux. Le plan stratégique sera suivi d'un plan opérationnel qui comprendra une stratégie de disposition.

Durant ces initiatives, l'ASPC consultera des intervenants, notamment les provinces, les territoires, d'autres ministères, des organisations non gouvernementales, et d'autres partenaires clés, pour déterminer comment mieux donner suite aux recommandations, en s'appuyant sur les données probantes et les analyses de risque actuelles. Une démarche complémentaire des communications sera élaborée afin de mieux faire prendre conscience du nouveau rôle stratégique du SRNU.

ÉVALUATON DES COMMUNICATIONS

Rapport d'évaluation et Réponse et plan d'action de la direction (RPAD) :
Système de la réserve nationale d'urgence

Question :

- *Le rapport d'évaluation porte sur le Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU). La date de publication n'a pas encore été fixée, mais elle devrait se situer dans les 90 jours suivant l'approbation de l'ACSP.*

Remarque : Cette première évaluation des communications a été présentée avant que l'ACSP approuve le rapport. Elle pourrait éventuellement être modifiée en fonction de l'évaluation du rapport final approuvé et de l'environnement public au moment de sa publication.

Contexte / Résumé

Le SRNU a fait l'objet d'une faible couverture médiatique dans le passé. Toutefois, compte tenu des évaluations et des audits passés du SRNU, les médias pourraient bien s'intéresser au nombre de recommandations formulées dans les rapports passés qui sont toujours en cours à l'ASPC. Les recommandations d'examiner les biens et d'élaborer par la suite une stratégie de disposition pourraient également retenir l'attention. L'Agence a fait d'importants progrès dans la mise en œuvre des recommandations et pourrait donc répondre favorablement aux demandes de renseignements des médias à cet égard.

Compte tenu des recommandations d'évaluer les biens du SRNU et de répondre aux questions sur le fonctionnement du SRNU dans un plus vaste contexte d'intensification de l'approvisionnement, les communications devraient tenir compte des employés actuels du SRNU qui voudront voir comment ils se situent dans la voie à suivre. Il conviendrait d'accorder une attention particulière aux communications internes.

De plus, comme les récents déploiements de biens du SRNU consistaient surtout à offrir des fournitures destinées aux services sociaux dans des cas d'inondation et dans des situations d'évacuation et d'intervention à la suite d'incendies, des questions risquent d'être soulevées quant à la raison pour laquelle le SRNU réduirait ce rôle, et quant à savoir quelles organisations pourraient prendre la relève dans l'avenir.

Une des recommandations est axée sur les Communications, surtout sur celles avec les intervenants, et nécessitera une planification et un soutien des communications. De plus, elle est actuellement en cours de mise en œuvre par le truchement de la RPAD.

Démarche recommandée des communications :

Fournir les renseignements suivants :

Communications externes :

☐Proactive

XRéactive

Risque/Probabilité que le rapport fasse l'objet d'une couverture médiatique lorsqu'il sera publié :

Risque :	XFaible	☐Moyen	☐Élevé
Probabilité :	XPeu probable	☐Probable	☐Très probable

Produits recommandés :
Quels produits recommandez-vous pour soutenir la publication de ce rapport?

- ☐ Aucun produit de communications requis
- ☐ Infocapsules ☐ Communiqué de presse
- X Questions et réponses ☐ Document d'information
- X Autre – Stratégie des communications interne

Indiquez s'il existe déjà des infocapsules approuvées qui peuvent être utilisées.
Oui

Méthode et produits de communications internes :
Indiquez si le rapport a eu incidence sur les employés et si des communications proactives avec les employés sont nécessaires.
OUI

Messages clés

- L'Agence de la santé publique du Canada accueille favorablement les recommandations formulées dans l'évaluation du Système de la réserve nationale d'urgence et a élaboré un plan d'action de la gestion pour donner suite à chacune d'elles.
- Cette évaluation fait suite à l'Audit des mesures et interventions d'urgence de l'Agence et fait partie intégrante du processus en cours d'amélioration permanente. Les recommandations apportent d'autres améliorations et orientations au travail en cours.
- L'Agence de la santé publique du Canada joue un rôle vital dans le système national d'interventions sanitaires d'urgence et doit donc clairement définir ses rôles qui viennent compléter les fonctions de tous ses partenaires. C'est une occasion de renouveler le Système de la réserve nationale d'urgence pour mieux répondre aux besoins des provinces et des territoires ainsi que du gouvernement fédéral en vue d'intervenir en cas d'urgences sanitaires au pays et à l'étranger.
- Le plan d'action de la gestion devrait normalement renforcer la capacité de l'Agence de répondre à différentes urgences éventuelles et probables de santé publique.

Évalué par :
Nom : [redacted]
Titre : [redacted]
Direction des communications
Date : 6 mai 2011 (révisé le 6 février 2012)

Approuvé par :
[redacted] Direction des communications (7 février 2012)

Approbations des programmes
[redacted], CMIU
[redacted], AOGU

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Docket Number/Numéro du dossier
11-123287-365

Routing Slip / Bordereau d'envoi

☐ **Minister/Ministre** ☐ **CPHO/ACSP** ☐ **Associate DM/SM déléguée** ☐ **SADM/SMAP**

PHAC Tracking/Docket Management/Suivi de l'ASPC/Gestion des dossiers

Correspondence- Briefing/ Correspondance -Section de [redacted] 9/11/12 9/11/12

Approval/Approuvé [redacted] Feb 3/12 edit

Program Contact/ Responsable de programme [redacted]	Date	Tel:
Executive Director/ Directeur executif [redacted]	Date Dec 15/11	Tel: [redacted]
Director General/ Directeur général	Date Feb 8	Tel: [redacted]

Cleared With / Avec l'accord de (if applicable/s'il y a lieu)

☑ Communications	Comm Assessment (Appendix) approved by [redacted]	Date Feb 7 / 2012
☐ Finance/Finances		Date
☐ HR/RH		Date
☐ SPD /DPS		Date
☐ Others/Autres		Date

Approved/Noted - Approuvé/Noté

☑ [redacted] MAR 0 8 2012 Date [redacted]

☑ [redacted] MAR 07 2012 Date [redacted] Reviewed + approved [redacted]

☐ [redacted] Date [redacted]

☐ [redacted] Infectious Disease Prevention and Control / Prévention et contrôle des maladies infectieuses Date [redacted]

☐ [redacted] Health Promotion and Chronic Disease Prevention/ Promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques Date [redacted]

[redacted] Emergency Management &Corporate Affairs/ Affaires organisationnelles et gestion des urgences Date [redacted]

8 mars 2012

POUR INFORMATION

Your file / Votre référence
11-123287 - 365
Our file / Notre référence

NOTE DE SERVICE AU MINISTRE

Publication du rapport d'évaluation de la Réserve nationale stratégique d'urgence et de la Réponse de la direction et plan d'action

RÉSUMÉ

- Un rapport d'évaluation de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) (Annexe A) et la Réponse de la direction et plan d'action (RDPA) qui l'accompagne (Annexe B) seront publiés dans les deux langues officielles sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en avril 2012.

- Il est recommandé dans le rapport d'évaluation d'envisager d'éliminer les fournitures destinées aux services sociaux des biens de la réserve, d'établir une stratégie de disposition des fournitures désuètes, de déterminer le rôle international approprié de la RNSU, et de communiquer clairement les rôles et responsabilités de l'ASPC en matière de déploiement de fournitures de la RNSU.

- Le rapport d'évaluation de la RNSU et la RDPA ont été évalués afin de déterminer les risques au chapitre des communications (Annexe C). Le personnel des relations avec les médias sera préparé quant à l'approche réactive à suivre pour répondre aux demandes de renseignements des médias.

CONTEXTE

L'évaluation de la RNSU a été lancée pour donner suite à une recommandation formulée dans l'*Audit de suivi des mesures et interventions d'urgence* de 2010 de l'ASPC. L'évaluation visait à mieux comprendre la mesure dans laquelle le programme de RNSU reste pertinent et à fournir d'autres orientations sur la façon de restructurer et de perfectionner ce programme. L'évaluation a égalem ent permis d'examiner les difficultés auxquelles est confronté le programme et de déterminer comment d'autres administrations gèrent leurs réserves de matériel de santé publique.

SITUATION ACTUELLE

Le rapport d'évaluation de la RNSU et la RDPA ont reçu mon approbation. Le comité d'évaluation de l'ASPC continuera de surveiller les progrès dans la réalisation des livrables indiqués dans la RDPA.

CONSIDÉRATIONS

Une importante recommandation de l'évaluation de la RNSU est de se concentrer sur les fournitures qui correspondent au mandat actuel de l'ASPC. L'ASPC devrait continuer de veiller à ce que les stocks suivants soient disponibles à titre de capacité d'intensification pour les provinces et territoires : fournitures de préparation en cas de pandémie; contremesures chimiques, biologiques et radionucléaires; et fournitures médicales et pharmaceutiques pour les rassemblements de masse prévus et d'importance nationale et catastrophes imprévues d'origine naturelle ou humaine. Il est également recommandé dans l'évaluation que l'ASPC envisage d'éliminer les fournitures destinées aux services sociaux des biens de la réserve, étant donné que des provinces et territoires font surtout appel à des organisations non gouvernementales pour obtenir du soutien en matière de services sociaux dans les situations d'urgence.

Pour donner suite à l'*Audit de suivi des mesures et interventions d'urgence* de 2010 de l'ASPC et à la présente évaluation de la RNSU, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence de l'ASPC va de l'avant avec l'élaboration d'un nouveau mandat ainsi que d'une mission et d'une vision nouvelles pour une réserve nationale stratégique qui intervient avec efficacité et rapidité pour protéger et améliorer la santé et la sécurité des Canadiens. La RNSU s'emploiera à atteindre quatre objectifs stratégiques :

- assurer un état de préparation continuelle;
- fournir et garantir l'accès aux biens stratégiques établis en tenant compte des risques et des données probantes;
- veiller à un déploiement préalable efficace par l'entremise de sites stratégiques sélectionnés;
- parvenir à un rapport coût-efficacité grâce à des pratiques modernes de gestion des réserves.

CONSIDÉRATIONS SE RAPPORTANT AU PORTEFEUILLE

Santé Canada a participé à un sondage d'autres ministères pour ce projet et est au courant de la recommandation d'envisager de délaisser les fournitures destinées aux

.../3

services sociaux des biens de la réserve. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada a recommandé un plan de transition avec des garanties appropriées pour veiller à ce que la responsabilité pour ces types de fournitures soit clairement énoncée et acceptée par les provinces et territoires ainsi que par les fournisseurs non gouvernementaux. Cette approche suggérée sera mise en œuvre.

PROCHAINES ÉTAPES

Conformément à la *Politique sur l'évaluation* du Conseil du Trésor, l'ASPC publiera le rapport d'évaluation de la RNSU et la RDPA dans les deux langues officielles sur son site Web en avril 2020.

Des représentants de l'ASPC sont disponibles pour discuter du rapport et des mesures de gestion en cours, si vous souhaitez ou votre personnel souhaite avoir d'autres précisions.

[redacted]

SGCHD no 11-123287 - 365

Personne-ressource : [redacted]
Téléphone : [redacted]

Pièces jointes
Annexe A – Rapport d'évaluation de la RNSU
Annexe B – RDPA pour la RNSU
Annexe C – Évaluation des communications

c.c. [redacted]

Date : 26 mars 2012

NOTE POUR LA PÉRIODE DE QUESTIONS Classification : ASPC PROTÉGÉ

CONSEILS À LA MINISTRE

SUBJECT – SUJET

Français :

PÉNURIE DE MÉDICAMENTS DE SANDOZ ET APPROVISIONNEMENT D'INTENSIFICATION DE LA RNSU

SYNOPSIS – SOMMAIRE

Français :

Alors que les provinces, les territoires, Santé Canada et l'entreprise Sandoz travaillent sur une stratégie en vue de pallier une pénurie de médicaments injectables utilisés par les hôpitaux, l'Agence de la santé publique du Canada est en mesure d'offrir sa réserve limitée quant à certains de ces médicaments, afin d'alléger le fardeau dans les cas les plus critiques.

ANTICIPATED QUESTION – QUESTION PRÉVUE

Français :

Pourquoi cela a-t-il pris autant de temps pour que l'accès à la RNSU soit accordé aux provinces à la suite des pénuries de médicaments?

KEY MESSAGES – MESSAGES CLÉS

Français :

Le gouvernement a offert aux provinces et aux territoires l'accès au Système de la réserve nationale d'urgence pour aider à pallier les pénuries à la suite des problèmes de production éprouvés par l'entreprise Sandoz.

L'Agence de la santé publique du Canada conserve un approvisionnement limité quant à certains médicaments aux fins de capacité d'intensification pour répondre aux besoins extraordinaires des provinces et des territoires lors d'urgences.

L'Agence continue de suivre la situation et communique régulièrement avec les provinces et les territoires.

Anglais :

SUPPLEMENTARY MESSAGES / MESSAGES SUPPLÉMENTAIRES

Français :

L'approvisionnement de ces médicaments ne compromettra pas la préparation aux situations d'urgence.

Anglais :

BACKGROUND – CONTEXTE

L'ASPC, les provinces et les territoires ont convenu d'un processus et des critères au moyen desquels ils peuvent accéder à ces médicaments, dans l'éventualité où les provinces et les territoires se trouveraient à nouveau en situation de pénurie en conséquence de problèmes de production éprouvés par l'entreprise Sandoz.

Les quantités accessibles sont très limitées, mais suffisantes pour combler certaines lacunes ciblées à court terme. Par exemple, la RNSU détient des médicaments pouvant soutenir 500 personnes branchées à un ventilateur, pendant une semaine. Les quantités sont très limitées et ne représenteraient qu'une fraction de ce qui est utilisé par les provinces et les territoires chaque semaine.

Les quantités de morphine injectable et d'antibiotiques présentes dans la RNSU sont suffisantes pour aider certains établissements s'ils se trouvaient dans une situation critique pendant une courte période.

ATTACHMENTS / PIÈCE(S)– JOINTE(S)

CONTACT INFORMATION / PERSONNES-RESSOURCE			
Subject Matter Expert/ Expert(e) en la matière : [redacted]	Telephone/ Téléphone : [redacted] Mobile/ Cellulaire :	Approuvé par/ Title/ Titre :	Telephone/ Téléphone : [redacted] Mobile/ Cellulaire :
Alternate/ Secondaire :	Telephone/ Téléphone : Mobile/ Cellulaire :		

[redacted] **Verification/ Vérification par le** [redacted]**. :**	[redacted], Centre de mesures et d'interventions d'urgence	[redacted] Approved / Approuvé [redacted]	
Date [redacted] **Verified/ Date vérifié par le** [redacted]**. :**	26 mars 2012		
Division :			
Directorate/ Direction :			

CFO Approved/ Approbation par CSF :	
Branch/ Direction générale :	

[redacted] **Approved/ Approbation par** [redacted]**:**	Approuvé par [redacted]	Approuvé par [redacted]

Edit History / Éditions effectuées :

[redacted]

2012/3/26 - 09:20:26 AM
2012/3/26 - 09:20:00 AM
2012/3/26 - 09:09:40 AM
2012/3/26 - 08:56:50 AM
2012/3/26 - 08:45:34 AM
2012/3/26 - 08:44:58 AM
2012/3/26 - 08:35:19 AM

[redacted]

Created By / Créé par : [redacted]
Modified By / Modifié par : [redacted]/HC-SC/GC/CA

Date Created / Créé le : 26 mars 2012
Date Modified / Date modifié : 26 mars 2012

Agence de la santé publique du Canada
Séance d'information à l'intention du Cabinet de la ministre

Modernisation du Système de la réserve nationale d'urgence

Le 18 avril 2012

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Canada

But

Donner un aperçu de la modernisation du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) ainsi des options liées à l'élimination et aux dons

Rôle

- Les P/T peuvent compter sur une capacité d'appoint en situation d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 en cas de débordements.
- On déploie les ressources à la demande des P/T.
- 60 % des ressources sont détenues dans les entrepôts de la réserve fédérale répartis aux quatre coins du pays et 40 % des ressources sont déployées au préalable dans 1 300 sites P/T à l'échelle du Canada (à l'heure actuelle).
- En plus des déploiements en cas d'urgence, le SRNU déploie des biens au préalable pour des événements à grande échelle prévus, comme les sommets du G8/G20 et les Jeux Olympiques de 2010.

Historique

Origines

- 1952 : Le SRNU est créé dans un contexte de guerre froide.
- Années 1960 : programme d'hôpitaux mobiles
- 1965 : Obtient le pouvoir d'intervenir en cas d'inondation et d'incendie

Réorientation

- 2001 : Les attaques terroristes du 11 sept. s'ajoutent à l'orientation du SRNU.
  - Contre-mesures médicales
- 2003 : La crise du SRAS s'ajoute également à l'orientation.
  - Approvisionnements pour lutter contre la pandémie

Résultats

- 2009 : L'épidémie de grippe H1N1 montre l'importance du SRNU.

Avoirs actuels

Matériel médical :

- mini-cliniques, appareils de radiographie, unités de rassemblement des victimes, unités de quarantaine, hôpitaux d'urgence, etc.

Fournitures médicales :

- civières, fournitures pour le soin des plaies, bandages, etc.

Approvisionnements pour lutter contre les pandémies :

- équipement de protection individuelle, masques, gants, couvertures jetables, etc.

Réserve pharmaceutique :

- antiviraux, antibiotiques et contre-mesures chimiques, biologiques et radionucléaires, etc.

Fournitures destinées aux services sociaux :

- centres d'accueil, génératrices, lits, couvertures, serviettes, etc.

Modernisation requise

- Examens
  - 2005 : Rapport du BVG
  - 2006 : Examen stratégique du SRNU
  - 2008 : Étude du Comité sénatorial
  - 2010 : Vérification interne des mesures et interventions d'urgence
  - 2011 : Évaluation de la pertinence du SRNU (diffusion en mai 2012)
- Le contexte de la gestion des urgences sanitaires a changé au Canada.
- Certains biens ne cadrent pas avec le contexte de risque actuel.
- D'autres biens ne répondent pas aux normes actuelles en matière de soins.
- L'élimination continue de poser des problèmes.

Modernisation du SRNU

De	À
• Une réaction générale aux désastres en temps de paix	• Une focalisation sur les biens stratégiques pour les urgences sanitaires
• Un guichet unique pour la capacité d'appoint pour les P/T	• Une intégration dans un réseau collaboratif plus vaste (autres ministères, ONG)
• Un processus décisionnel réactif	• Un processus décisionnel éclairé par les risques et fondé sur des données probantes
• Une conception pour des victimes très nombreuses	• Une adaptation pour répondre aux incidents CBRN et aux pandémies
• 11 entrepôts fédéraux et 1 300 sites P/T déployés au préalable	• La moitié des entrepôts et quelques sites déployés au préalable
• Un rôle généralisé pour fournir les approvisionnements d'urgence destinés aux services sociaux	• Un rôle stratégique lié aux fournitures d'appoint en cas d'urgence qui sont destinées aux services sociaux

Page: 184 of/de 1,041
AV2020000020

Considérations

- Le SRNU est un gage contre les résultats néfastes pendant les problèmes sanitaires.
- Les produits doivent être éliminés à la fin de leur cycle de vie.
- Une acquisition plus stratégique diminuera l'élimination.
- Comme plusieurs médicaments dans le SRNU ne sont pas généralement utilisés au Canada (p. ex. les antiviraux), il n'y a pas de marché pour leur emploi.
- Le matériel désuet sera éliminé conformément aux politiques du Conseil du Trésor.
- L'élimination des médicaments est plus problématique, car leur durée utile limitée engendre des remplacements plus fréquents.
- La gestion du cycle de vie est un élément majeur de l'élaboration continue des plans stratégiques et opérationnels du SRNU.

Options pour l'élimination des médicaments

Processus	Avantages	Désavantages
En confier la gestion aux fournisseurs	• Pas d'élimination • Peut être plus rentable	• Les fournisseurs ne sont pas souvent intéressés (profit moindre) • Se limite aux médicaments entreposés au Canada
Les donner	• Pas d'élimination • Peut être dans l'intérêt du public	• Les autorités exigent que la ministre déclare les surplus de médicaments • Il n'y a pas de marché pour certains médicaments dans le SRNU • Les fabricants peuvent ne pas apprécier l'offre excédentaire soudaine
Les incinérer	• Pas besoin d'un destinataire	• Entraîne un gaspillage • Peut engendrer des coûts importants

Prochaines étapes

- L'ASPC doit continuer d'aborder les recommandations pour moderniser la réserve dans le SRNU
  - L'élaboration en cours d'un plan stratégique, d'un plan opérationnel et d'une stratégie d'élimination
- On explorera les possibilités pour des pouvoirs délégués ou une approbation annuelle pour les médicaments en surplus dont la date de péremption est imminente.
- Les provinces et territoires recevront une mise à jour sur l'évaluation du SRNU et sa modernisation.
- On élaborera une stratégie de communication afin d''informer les P/T ainsi que les autres ministères au sujet de la nouvelle orientation stratégique du SRNU, y compris la fermeture des entrepôts dont on a pas besoin.

Agence de la santé publique du Canada
Séance d'information à l'intention du Cabinet du ministre

Le Système de la réserve nationale d'urgence

Le 3 mai 2012

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Canada

But

Donner un aperçu du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) ainsi que des considérations pour les fournitures destinées aux services sociaux en cas d'urgence dans le contexte de l'évaluation récente



Page: 189 of/de 1,041
AV2020000020

Mandat et autorisations

- 1952 : Le SRNU est créé dans un contexte de guerre froide.
  - Le ministre de la Santé autorise le Cabinet à constituer une réserve de fournitures pour les soins de santé essentiels afin de défendre la population civile.
- 1960, 1964 : On obtient du financement pour le programme des hôpitaux d'urgence.
- 1965 : On obtient l'autorisation d'utiliser des fournitures pour assurer la santé et le bien-être en cas de catastrophes en temps de paix.
  - Advenant en catastrophe en temps de paix, le Cabinet approuve l'utilisation des réserves de fournitures pour assurer la santé et le bien-être en cas d'urgence constituées à l'échelle régionale au Canada.

Réorientation

- 2001 : Les attentats terroristes du 11 sept. accentuent l'orientation du SRNU.
  - Contre-mesures médicales (p. ex. vaccin antivariolique)
- 2003 : La crise du SRAS accentue davantage l'orientation.
- Approvisionnements pour lutter contre la pandémie (p. ex. des antiviraux)

Rôle

- Assurer une capacité d'appoint en cas d'urgence pour les P/T 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 lorsque leurs capacités sont débordées
- Les ressources sont déployées à la demande des P/T
  - Les avoirs comprennent le matériel pharmaceutique, les contre-mesures médicales, les fournitures pour lutter contre les pandémies, des unités sanitaires portatives ainsi que des fournitures destinées aux services sociaux.
- 60 % des stocks sont répartis entre 11 entrepôts de réserve fédérale et 40 % d'entre eux sont déployés au préalable dans 1 300 sites P/T répartis d'un bout à l'autre du Canada.
- En plus des déploiements d'urgence, le SRNU prépositionne des biens dans le cadre d'événements à grande échelle planifiés, comme les sommets du G8 ou du G20 et les Jeux Olympiques de 2010.

Sites prépositionnés

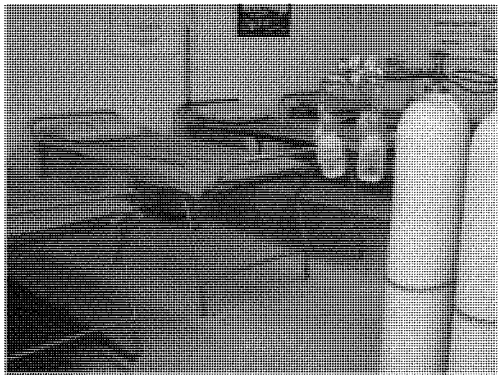


- Certains approvisionnements médicaux peuvent être classés comme des surplus pour les services sociaux.
  - p. ex. les civières ou lits portatifs
- La plupart des équipements médicaux sont désuets.
  - p. ex. ils remontent au début des années 1960
- La plupart des équipements désuets ont quand même de la valeur pour les services sociaux.

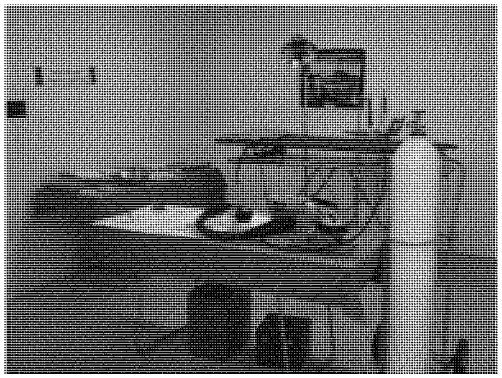
« Hôpital de campagne d'urgence » en 1960
(unité de type hôpital militaire de campagne)

Mini-clinique en 2010
(triage et traitement)

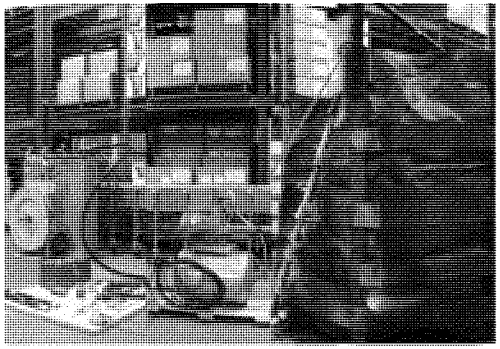
unité

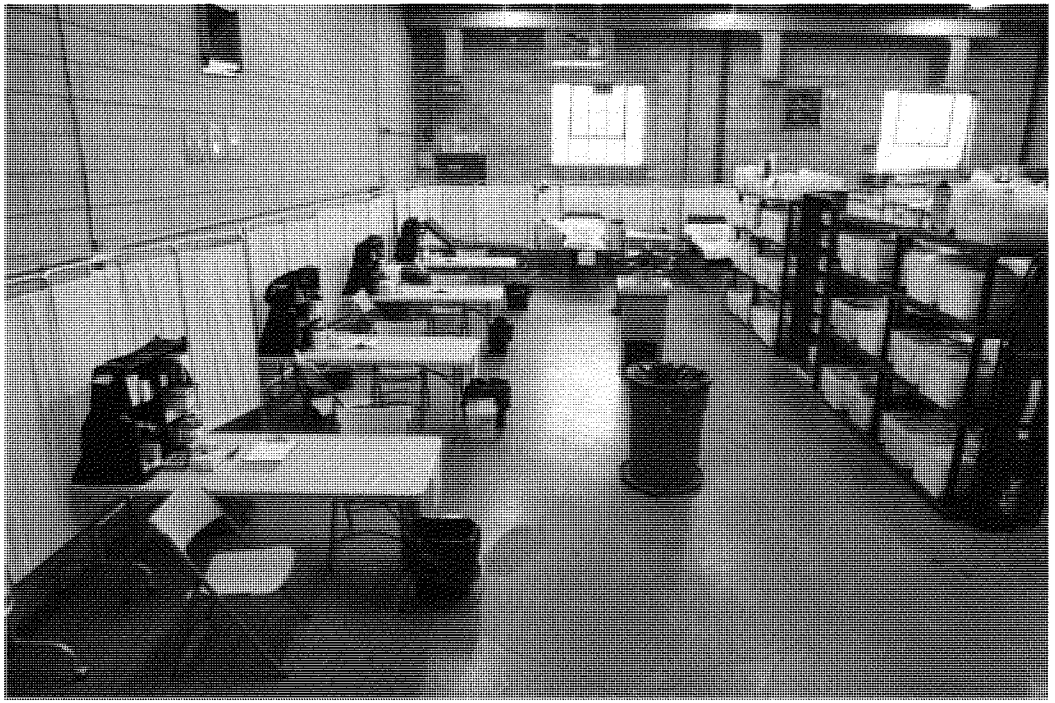


salle d'opération

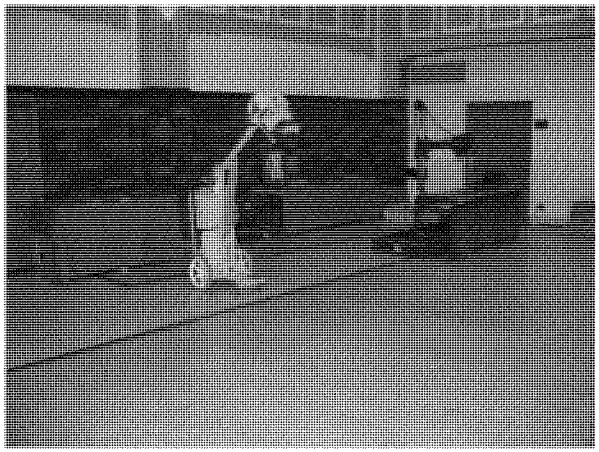


réservoir d'eau et pompe





ancien appareil de radiographie par rapport au nouveau

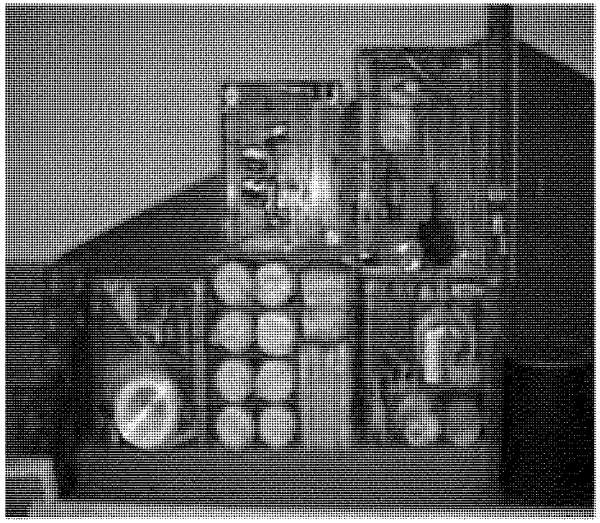


Avoirs destinés aux services sociaux en cas d'urgence

- couvertures [redacted], civières/lits portatifs ([redacted], lits ([redacted]), oreillers [redacted])
- débarbouillettes, serviettes, articles de toilette, couches
- lanternes au propane, lampes de poche, piles, chandelles,
- génératrices, sacs à ordure, bouteilles à eau
- cartes pour l'inscription et les demandes de renseignements



Trousses pour les centres d'accueil



Cuisines mobiles

Demande et utilisation limitées des P/T

- Au fil des années, la demande pour des fournitures destinées aux services sociaux a été largement inférieure à la quantité d'approvisionnements contenus dans le SRNU.
- La dernière demande simultanée pour des fournitures destinées aux services sociaux (principalement des lits et des couvertures) remonte à 2011 pour des incendies de forêt et des inondations.
  - Ces déploiements représentaient environ 6 % des lits et 0,7 % des couvertures que détient le SRNU.
- Il y a des déploiements demandés par une P/un T qui ne sont pas utilisés.
- Le seul déploiement substantiel pour les services sociaux remonte à la tempête de verglas en Ontario et au Québec de 1998 dans le cadre de laquelle on avait déployé 80 % des lits/lits portatifs contenus dans le SRNU.
- En réponse à l'incident du 9 sept. 2011 (détournement d'avion), on avait déployé 10 % des lits et des couvertures répertoriés dans le SRNU.

Des examens ont donné à entendre que le SRNU doit évoluer

- Examens
  - 2005 : Rapport du Bureau du vérificateur général
  - 2006 : Examen par des experts en la matière FPT du SRNU dirigé par l'ASPC
  - 2010 : Vérification interne des mesures et interventions d'urgence
  - 2011 : Évaluation du SRNU (diffusion en mai 2012)
    - Première recommandation concernant les fournitures destinées aux services sociaux
- Le contexte de la gestion des urgences sanitaires a changé au Canada.
- Certains biens ne cadrent pas avec l'environnement de risque actuel.
- D'autres biens ne répondent pas aux normes médicales actuelles.

L'évolution du SRNU pourrait impliquer…

De	À
• Une réaction générale aux catastrophes en temps de paix	• Une focalisation sur les biens stratégiques pour les urgences sanitaires
• Un guichet unique pour les capacités d'appoint pour les P/T	• Une intégration dans un réseau collaboratif plus vaste (autres ministères, ONG)
• Un processus décisionnel réactif	• Un processus décisionnel éclairé par les risques et fondé sur des données probantes
• Une conception adaptée à un très grand nombre de victimes	• Une adaptation pour répondre aux incidents chimiques, biologiques ou radionucléaires et aux pandémies
• 11 entrepôts fédéraux et 1 300 sites déployés au préalable	• Un nombre optimal d'entrepôts et de sites prépositionnés selon le risque et le besoin
• Un rôle général pour fournir les approvisionnements d'urgence destinés aux services sociaux	• Un rôle stratégique lié aux fournitures d'appoint en cas d'urgence qui sont destinées aux services sociaux

Page: 197 of/de 1,041
AV2020000020

Évaluation du SRNU par l'ASPC en 2011

- L'évaluation du SRNU en 2011 a été amorcée en réponse à une recommandation dans la vérification interne des mesures et interventions d'urgence par l'ASPC en 2010.
- L'évaluation avait les objectifs suivants :
  - comprendre dans quelle mesure le programme demeure pertinent (c.-à-d. qu'il aborde un besoin documenté) et tient compte des rôles et responsabilités du gouvernement du Canada et de l'ASPC
  - examiner le rendement du programme
  - explorer les possibilités de réaménagement ou de mise au point si cela est indiqué

Page: 198 of/de 1,041
AV2020000020

Évaluation et intervention

- Une recommandation tirée de l'évaluation consiste à songer à éliminer les fournitures destinées aux services sociaux de la combinaison de biens dans le SRNU tout en veillant à ce qu'elles demeurent accessibles.
- **L'ASPC considère qu'il ne faut pas éliminer les fournitures destinées aux services sociaux du SRNU.**
  - Il existe toutefois des possibilités pour adapter les quantités de stocks actuelles ainsi que les pratiques de gestion en fonction du risque et de l'utilisation au fil des années.
  - Une analyse complète est en cours et sera acheminée au ministre accompagnée de nos conseils et options à prendre en considération.
- Le SRNU continuera de faire en sorte que des capacités d'intervention en cas d'urgence suffisantes soient maintenues au Canada et aucune décision importante ne sera prise sans consulter les P/T ainsi que les autres intervenants pertinents.
- **Le ministre sera informé régulièrement des efforts de modernisation et tous les points liés aux décisions clés devront être approuvés.**

3 août 2012

À TITRE D'INFORMATION

Your file *Votre référence*

12-109405 - 344

Our file *Notre référence*

NOTE DE SERVICE À L'INTENTION DE LA MINISTRE

Publication du rapport d'évaluation de la Réserve nationale stratégique d'urgence et réponse et plan d'action de la direction

SOMMAIRE

- La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) de l'Agence de la santé publique du Canada est constituée de 11 entrepôts fédéraux et d'environ 1 000 centres d'approvisionnement préétablis contenant des fournitures et de l'équipement médicaux, des produits pharmaceutiques et des fournitures destinées aux services sociaux (p. ex. des lits et des couvertures) ainsi que différentes « unités », comme des unités de rassemblement des victimes et des mini-cliniques.

- La RNSU remet des fournitures d'urgence aux provinces et aux territoires qui en font la demande. Grâce à l'existence de cette capacité d'appoint, ces administrations peuvent demander l'accès aux fournitures à la RNSU lorsqu'elles ont épuisé les leurs. Dans certains cas (p. ex. des médicaments hautement spécialisés ou certaines contre-mesures médicales), le gouvernement fédéral est l'unique détenteur des fournitures au Canada.

- Une évaluation de la RNSU a été réalisée pour donner suite à une recommandation formulée dans le *Rapport de vérification sur les mesures et interventions d'urgence* publié en 2010 par l'Agence. Il convient de souligner que l'une des recommandations du rapport d'évaluation était que l'Agence envisage d'éliminer de la RNSU les fournitures destinées aux services sociaux (comme les lits et les couvertures). Près de la moitié des déploiements de fournitures provenant de la RNSU depuis 1985 comprennent des fournitures destinées aux services sociaux. Dans la réponse et le plan d'action de la direction (RPAD), il a été décidé de conserver les fournitures destinées aux services sociaux, conformément au mandat original du Cabinet. La RPAD comprend également l'élaboration d'un cadre stratégique pour le SRNU, qui vous sera soumis aux fins d'examen. Par la suite, un plan d'optimisation sera mis en œuvre.

- Le rapport d'évaluation ci-joint (Annexe A) et la RPAD connexe (Annexe B) seront publiés sur le site Web de l'Agence dans les deux langues officielles durant la semaine du 27 août 2012.

…/2

Canada

CONTEXTE :

La RNSU a été créée par décision du Cabinet il y a presque 60 ans. [redacted]

L'évaluation avait principalement pour but d'évaluer la pertinence du programme. L'évaluation s'est aussi penchée sur les obstacles auxquels le programme est confronté et a étudié comment d'autres administrations gèrent leurs réserves de matériel de santé publique.

SITUATION ACTUELLE :

J'ai approuvé le rapport d'évaluation de la RNSU et la RPAD. Le Comité d'évaluation de l'Agence continuera de surveiller les progrès réalisés à l'égard de tous les livrables énoncés dans la RPAD.

CONSIDÉRATIONS :

L'une des recommandations clés du rapport d'évaluation de la RNSU était de se concentrer sur les fournitures qui cadrent avec le mandat actuel de l'Agence. L'Agence doit continuer de veiller à ce que les stocks suivants soient disponibles pour assurer la capacité d'appoint des provinces et des territoires : fournitures pour la préparation en cas de pandémie; mesures de protection contre le risque d'incident chimique, biologique et radionucléaire; et fournitures médicales et pharmaceutiques pour les rassemblements de masse prévus d'importance nationale et les catastrophes naturelles ou d'origine humaine inattendues.

Le rapport d'évaluation recommandait aussi que l'Agence envisage d'éliminer de la réserve les fournitures destinées aux services sociaux, puisque certaines provinces et certains territoires se tournent principalement vers des organisations non gouvernementales pour obtenir du soutien en matière de services sociaux durant les urgences. De plus, le rapport d'évaluation recommandait également que l'Agence élabore et mette en œuvre une stratégie d'élimination pour les articles de la RNSU qui sont désuets, qui sont de mauvaise de qualité ou qui ne répondent pas aux normes médicales en vigueur.

Conformément aux lignes directrices du Secrétariat du Conseil du Trésor, l'Agence a préparé une RPAD pour accompagner l'évaluation, ce qui accorde à la direction la latitude d'accepter les recommandations, de les accepter sous certaines conditions ou de ne pas les accepter.

La direction de l'Agence n'a pas accepté la recommandation d'envisager l'élimination des fournitures destinées aux services sociaux des biens de la RNSU ni d'élaborer une stratégie d'élimination pour ces fournitures. L'Agence a plutôt choisi d'élaborer un cadre stratégique pour la RNSU qui énonce clairement la vision, les rôles et les objectifs de la réserve nationale.

.../3

Ce cadre stratégique tiendra également compte du contexte actuel en matière de risque, de la meilleure façon pour le gouvernement d'offrir une capacité d'appoint efficace et de la façon dont la RNSU peut et devrait évoluer. Ce cadre stratégique sera élaboré afin que vous puissiez l'examiner et comprendra un volet de services sociaux fondé sur les risques et les besoins actuels au Canada. Un plan sera ensuite élaboré pour optimiser le cadre stratégique et énoncer les détails concernant l'acquisition, l'élimination et le renouvellement des fournitures de la RNSU.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU PORTEFEUILLE :

D'autres entités gouvernementales, en particulier la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, sont considérées comme des intervenants clés dans l'élaboration du cadre stratégique et de la stratégie de communications. Cette stratégie vise à s'assurer que Santé Canada, ainsi que d'autres ministères comme Sécurité publique Canada et Affaires étrangères et Commerce international Canada, comprennent bien le rôle de l'Agence dans la constitution de réserves.

PROCHAINES ÉTAPES :

Le Comité d'évaluation de l'Agence continuera de surveiller les progrès réalisés à l'égard de tous les livrables énoncés dans la RPAD. L'Agence publiera le rapport d'évaluation de la RNSU et la RPAD sur son site Web dans les deux langues officielles durant la semaine du 27 août 2012, et se préparera à répondre aux éventuelles demandes de renseignements des médias au sujet de la RNSU une fois le rapport publié.

Nous prévoyons être en mesure de vous faire parvenir le cadre stratégique de la RNSU à la fin de l'été ou au début de l'automne. Si vous ou votre bureau avez besoin de plus amples renseignements, des responsables de l'Agence sont disponibles pour discuter du présent rapport et des mesures de gestion en cours.



SGCHD no 12-109405- 344

.../4

Personne-ressource : [redacted]
Téléphone : [redacted]

Pièces jointes
Annexe A- Rapport d'évaluation de la Réserve nationale stratégique d'urgence
Annexe B-RPAD sur le Réserve nationale stratégique d'urgence

Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada

Docket Number/Numéro du dossier
12-109405-344

outing Slip / Bordereau d'envoi

] Minister / Ministre ☐ CPHO / ACSP ☐ Associate DM / SM déléguée ☐ ADM / SMA adjoint(e)

PHAC Tracking/Docket Management/Suivi de l'ASPC/Gestion des dossiers

Correspondence - Briefing / [redacted]
Correspondance - Section de l'information

Approved / Approuvé [redacted] Aug 3/12 June 21/12

Program Contact / Responsable de programme [redacted]	Date June 8th, 2012	Tel: [redacted]
Director / Directeur	Date June 8th, 2012 Aug 2, 2012	Tel: [redacted]
Director General / Directeur général	Date June 8th, 2012	Tel [redacted]

Cleared With / Avec l'accord de (if applicable/

☒ Communications [redacted]	Date	Jun 13/12
☐ Finance/Finances	Date	
☐ HR/RH	Date	
[redacted]	Date	
☐ Others/Autres	Date	

pproved/Noted - Approuvé/Noté

[redacted] Date [redacted]

Aug 03 2012 [redacted]

[redacted] Date [redacted]

] [redacted]
Infectious Disease Prevention and Control /
Prévention et contrôle des maladies infectieuses
] Date [redacted]

] [redacted]
Health Promotion and Chronic Disease Prevention /
Promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques
Date [redacted]

[redacted]
Emergency Management & Corporate Affairs /
Affaires organisationnelles et gestion des urgences
June 8/12 Date [redacted]

] [redacted]
Office of Public Health Practice / Bureau de la pratique en santé publique
Date [redacted]

Évaluation du Système de la réserve nationale d'urgence (SNRU)

	Recommandations de l'évaluation	Réponse de la direction	Plan d'action de la direction	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Responsabilisation	Ressources
1	Conserver une partie seulement de la combinaison actuelle de biens du SRNU. Au moment de planifier et de déterminer la future combinaison stratégique de biens, mettre l'accent sur le rôle approprié du secteur de la santé publique plutôt que sur le rôle social général des mesures d'urgence. a) Conserver en réserve les articles suivants pour assurer la capacité d'appoint des provinces et des territoires : • fournitures pour la préparation en cas de pandémie; • fournitures médicales et pharmaceutiques pour les rassemblements de masse prévus d'importance nationale et pour	a) D'accord	Aux fins d'examen par le Ministère, mettre au point un cadre stratégique pour le SRNU qui définit le rôle et les responsabilités du gouvernement du Canada dans ce secteur, au pays et à l'étranger, compte tenu des rôles et des responsabilités des provinces, des territoires et des municipalités quant à l'offre de fournitures destinées aux services de santé et aux services sociaux.	Cadre stratégique	Juin 2012	Directrice générale (DG), Direction générale de la gestion des urgences et des affaires réglementaires (DGGUAR), en consultation avec la sous-ministre adjointe (SMA), Direction générale de la politique stratégique, de la planification et des affaires internationales (DGPSPAI)	DG, DGGUAR	Budget existant 2 ETP 40 000 $ en F et E (pour les consultations)

Recommandations de l'évaluation	Réponse de la direction	Plan d'action de la direction	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Responsabilisation	Ressources
les catastrophes naturelles ou d'origine humaine inattendues; • mesures de protection contre le risque d'incident chimique, biologique et radionucléaire (CBRN).							
b) Considérer l'élimination des fournitures destinées aux services sociaux des biens du SRNU tout en assurant leur disponibilité.	b) En désaccord - L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) continuera de travailler avec ses partenaires pour veiller à ce que les Canadiens reçoivent l'aide dont ils ont besoin en cas d'urgence. Le cadre stratégique renouvelé et le plan	Aux fins d'examen par le Ministère, mettre au point un plan pour optimiser l'inventaire et la combinaison de biens du SRNU, conformément au plan stratégique.	Plan pour optimiser l'inventaire du SRNU	Septembre 2012			

Recommandations de l'évaluation	Réponse de la direction	Plan d'action de la direction	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Responsabilisation	Ressources
	d'optimisation fournira direction à l'inventaire du SRNU.	Collaborer avec les partenaires et les parties intéressées (ONG, municipalités, collectivité des premiers intervenants) sur le cadre stratégique et les plans d'inventaires pour le SRNU.	Consultations avec les provinces et territoires, les autres ministères et les ONG	Mars 2013			

	Recommandations de l'évaluation	Réponse de la direction	Plan d'action de la direction	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Responsabilisation	Ressources
2	Élaborer, doter en ressources et mettre en œuvre une stratégie d'élimination pour permettre l'élimination : a) de l'équipement et des fournitures qui sont périmés, ne répondent plus aux normes médicales actuelles ou sont de mauvaise qualité (c.-à-d. hôpitaux d'urgence, unités de ramassage des blessés, etc.) b) des articles individuels destinés aux services sociaux (lits pliants, couvertures) et des unités de service social (c.-à-d. unités d'alimentation, trousses pour centre de réception, etc.)	En désaccord – Le cadre stratégique renouvelé et le plan d'optimisation fournira direction à l'inventaire du SRNU.	Conformément au cadre stratégique et au plan d'optimisation, mettre au point des stratégies pour l'acquisition, l'élimination et le renouvellement de fournitures du SRNU.	Plan de mise en œuvre	Juin 2013	DG, DGGUAR	DG, DGGUAR	Budget existant 2 ETP Le SRNU a un stock important d'équipement périmé conservé un peu partout au pays. Les coûts d'élimination peuvent être élevés, selon la stratégie d'élimination et l'utilisation possible du matériel. P. ex. destruction, transfert ou vente.

	Recommandations de l'évaluation	Réponse de la direction	Plan d'action de la direction	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Responsabilisation	Ressources
3	Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication concernant le rôle de l'Agence de la santé publique sur le plan de la constitution de réserves pour les interventions de santé publique et en assurer le suivi, en fonction des groupes suivants : • Autres ministères et organismes fédéraux • Provinces et territoires, y compris les secteurs spécialisés ◦ utilisateurs finaux (professionnels de la santé); ◦ spécialistes de la gestion de matériel; ◦ équipes chargées de la logistique.	D'accord	Le DG, Communications, élaborera une stratégie de communication globale qui détaillera diverses initiatives de communication ainsi que les ressources et les investissements requis pour communiquer avec les intervenants et les partenaires du SRNU, ainsi que pour répondre aux objectifs pour le SRNU.	Stratégie de communication	Janvier 2013	DG, DGGUAR en collaboration avec la DG, Communications	DG, DGGUAR	Budget existant 60 000 $ en F et E – ce qui comprend les produits d'information, le site Web et un sondage auprès des intervenants.

	Recommandations de l'évaluation	Réponse de la direction	Plan d'action de la direction	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Responsabilisation	Ressources
4	Accorder une attention spéciale au SRNU au cours des discussions générales de l'Agence sur son rôle à l'échelle internationale	D'accord	Se fondant sur l'expérience de don de vaccins contre le virus de la grippe H1N1, l'Agence a entrepris une recherche et une analyse relatives aux dons internationaux. Une politique et une structure de prise de décision a été élaboré qui comprend des considérations relatives au SRNU.	Politique et structure de prise de décision de l'ASPC relatives aux dons internationaux	Décembre 2011	SMA, DGPSPAI, en collaboration avec la DG, DGGUAR	SMA, DGPSPAI DG, DGGUAR	Budget existant 0,5 ETP

21 août 2012

NOTE D'INFORMATION

Your file *Votre reference*

12-114907-221

Our file *Notre reference*

NOTE D'INFORMATION AU CABINET DU MINISTRE

Cadre stratégique de la Réserve nationale stratégique d'urgence

POINTS CLÉS

- À la suite de la récente évaluation de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) et de la récente Réponse et plan d'action de la direction (RPAD) qui s'y rapporte, un cadre stratégique a été élaboré en vue d'orienter la transformation de la RNSU (Annexe A).

- Les 60 dernières années ont vu l'émergence de nouvelles menaces pour la santé publique, le renforcement de la capacité des partenaires, des progrès technologiques réalisés dans les produits pharmaceutiques et l'équipement médical, et l'amélioration de l'infrastructure de transport. Bien que l'acquisition des biens de la RNSU soit orientée par le nouveau contexte, une approche plus stratégique de la gestion moderne de la réserve s'avère nécessaire pour veiller à ce que les actifs restent pertinents et adaptés au contexte de risque.

- Le cadre stratégique énonce l'orientation stratégique du programme et le situe dans un plus vaste contexte de gestion des situations d'urgence au Canada. Le cadre stratégique décrit les rôles et responsabilités du gouvernement du Canada, des provinces et territoires (P/T) et des organisations non gouvernementales (ONG), et précise un rôle renouvelé de la RNSU, y compris un énoncé vision, des principes et des objectifs.

- Le rôle proposé de la RNSU est de fournir des moyens supplémentaires lorsque les ressources locales et provinciales/territoriales sont épuisées, et si le gouvernement fédéral est le seul fournisseur de fournitures médicales d'urgence au pays. Ce rôle s'inscrit dans le cadre pouvoirs actuels du Cabinet approuvés en 1965. L'inventaire fondé sur les risques et les données probantes tiendra également compte de la capacité d'autres acteurs.

- Le cadre stratégique éclairera l'élaboration de la prochaine phase de travail, un plan d'optimisation, qui servira de document de consultation auprès d'autres ministères, PT et ONG. Il éclairera davantage les changements à apporter à la RNSU et en fin de compte l'élaboration d'un plan de mise en œuvre.

- L'approbation du Ministre sera demandée avant la consultation d'intervenants externes.

Canada

.../2

[redacted]

Nº SGCHD 12-114907-221

Personne-ressource : [redacted]
Téléphone : [redacted]

Pièce jointe
Annexe A – Cadre stratégique de la Réserve nationale stratégique d'urgence

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Docket Number/Numéro du dossier
12-114907 - 221

Routing Slip / Bordereau d'envoi

Program Contact / Responsable du programme [redacted]	Date August 16/12	Tel [redacted]
Director / Directeur(trice)	Date	Tel
Director General / Directeur(rice) général(e)	Date	Tel

Cleared With / Avec l'accord de (if applicable/s'il y a lieu)

- ☐ Communications _____ Date _____
- ☐ Finance/Finances _____ Date _____
- ☐ HR/RH _____ Date _____
- ☐ Other/Autre [redacted] _____ Date Aug 13/12

Approved/Noted - Approuvé/Noté

☐ [redacted]
Date [redacted]

AUG 2 1 2012

☐ [redacted]
Date [redacted]

☐ [redacted]
Date [redacted]

☐ [redacted]
Infectious Disease Prevention and Control / Prévention et contrôle des maladies infectieuses
Date [redacted]

☐ [redacted]
Health Promotion and Chronic Disease Prevention / Promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques
Date [redacted]

☐ [redacted]
Strategic Policy, Planning and International Affairs / Politique stratégique, planification et affaires internationales
Date [redacted]

☐ [redacted]
Office of Public Health Practice / Bureau de la pratique en santé publique
Date [redacted]

AUG 1 6 2012

☐ [redacted]
Emergency Management and Regulatory Affairs / Gestion des urgences et affaires réglementaires
Date [redacted]

PHAC Tracking/Docket Management/Suivi de l'ASPC/Gestion des dossiers
Correspondence - Briefings / Correspondance - Services ministériels [redacted] Approved / Approuvé [redacted] Aug 17/12

CADRE STRATÉGIQUE DE LA RÉSERVE NATIONALE STRATÉGIQUE D'URGENCE

Avant-propos

- Il y a eu des changements importants dans le contexte de la gestion des urgences en santé depuis la création de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU), notamment :
    - l'émergence de nouvelles menaces pour la santé publique;
    - le renforcement des capacités des partenaires;
    - les progrès technologiques dans le domaine des produits pharmaceutiques et de l'équipement médical;
    - l'amélioration de l'infrastructure de transport et plus d'options pour l'acquisition de fournitures.

- Bien que l'acquisition des biens de la RNSU ait été guidée par ce contexte en évolution, une approche plus stratégique de la gestion moderne de la réserve est nécessaire pour veiller à ce que les biens demeurent pertinents et adaptés à l'environnement de risque. (p. ex., politiques claires en matière d'acquisition et de gestion du cycle de vie; formulation claire des critères pour le déploiement de la RNSU).

- Afin de moderniser la RNSU et de veiller à ce qu'elle soit durable à l'avenir, il faut formuler une orientation stratégique pour le programme et le situer dans le contexte plus large de la gestion des urgences en santé au Canada.

Orientation stratégique de la RNSU

Vision

- La RNSU fournit une capacité d'appoint fiable et opportune, assurant l'accès à une réserve pertinente de ressources d'urgence en santé en réponse aux menaces et aux urgences en matière de santé publique.

Principes

1. Fourniture de ressources d'urgence en santé pour assurer une capacité d'appoint lorsque les ressources locales, provinciales et territoriales ont été épuisées.
2. Fourniture de biens spéciaux dont le gouvernement fédéral est le seul fournisseur dans le cadre du système national de gestion des urgences
3. Prise de décisions éclairées par le risque et fondées sur des données probantes sur la composition stratégique des biens
4. Réceptivité et adaptabilité à l'évolution continue de la gestion des urgences au Canada
5. Collaboration et coordination entre les partenaires gouvernementaux et les organismes non gouvernementaux (ONG)
6. Intendance efficace et efficiente de la réserve, y compris la gestion du cycle de vie des biens
7. Orientation nationale; rôle international dans des circonstances exceptionnelles à la direction du gouvernement du Canada (GC)

8. Pour utilisation dans des circonstances exceptionnelles; ne vise pas à répondre aux exigences du système de santé

Objectifs de la RNSU

1. Clarifier et définir le mandat, les rôles et les responsabilités de la RNSU avec les partenaires
2. Définir clairement le niveau de capacité requis pour répondre aux attentes du gouvernement du Canada en lien avec la RNSU
3. Positionner la RNSU comme une réserve de biens spécialisés correspondant à l'environnement de risque actuel qui tient compte de la capacité des provinces, des territoires et des ONG
4. Clarifier la structure de gouvernance de la RNSU
5. Moderniser les pratiques de gestion de la réserve et les systèmes d'inventaire
6. Améliorer les communications et établir des réseaux avec des partenaires clés

Contexte de la RNSU

- Sur demande, le programme de la RNSU fournit des fournitures d'urgence aux provinces et aux territoires pour assurer une capacité d'appoint. Elle a été créée par une décision du Cabinet en 1952 en tant que réserve de fournitures médicales essentielles en réponse à la guerre froide. Elle a été élargie au début des années 1960 pour inclure des installations médicales portatives, qui comprenaient des biens actuellement transformés en fournitures de services sociaux (p. ex., lits et couvertures).

- Le programme a été autorisé par le Cabinet en 1965 à contribuer aux interventions d'urgence en cas de catastrophes en temps de paix au Canada.

  Depuis, la RNSU a évolué pour pouvoir réagir à une vaste gamme de menaces pour la santé publique qui sont apparues au XXIe siècle, en s'alignant sur l'approche tous risques du gouvernement du Canada (un plan générique adaptable et souple afin de faire face à tous les types d'événements). Conformément à la directive du Cabinet, [redacted]

- À l'heure actuelle, les biens de la RNSU comprennent ce qui suit :
  - Matériel et fournitures médicaux (p. ex., mini-cliniques, appareils à rayons X, ventilateurs, civières, pansements pour plaies);
  - Fournitures en cas de pandémie (p. ex., antiviraux et équipement de protection individuelle, y compris masques, gants et blouses jetables);
  - Produits pharmaceutiques (p. ex., antibiotiques, analgésiques, anesthésiques et contre-mesures chimiques, biologiques et radio-nucléaires);
  - Fournitures de services sociaux (p. ex., trousses de centre d'accueil, génératrices, lits, couvertures, serviettes).

- Soixante pour cent des biens de la RNSU sont détenus dans 11 entrepôts fédéraux partout au Canada, et quarante pour cent sont prépositionnés dans environ 1 000 sites gérés dans l'ensemble du pays dans les provinces et les territoires.

- On estime que l'inventaire de la RNSU a une valeur comptable d'environ [redacted] (voir l'annexe A pour la répartition actuelle de la composition des biens). Les coûts d'exploitation annuels comprennent les coûts de location de 3 M$, les coûts salariaux de 1,5 M$ et les coûts de F et E de 2,2 M$.

- Du matériel de la RNSU a été déployé pour 139 événements nationaux et 23 événements internationaux de 1985 à 2011, en réponse à divers événements de santé publique et à d'autres urgences, et en préparation à des rassemblements de masse comme les Jeux olympiques (voir l'annexe B).

Gouvernance

- Le ministre de la Santé a le pouvoir de déployer des ressources dans les provinces et les territoires, conformément à la décision du Cabinet en 1965. En pratique, pour assurer une intervention rapide, l'autorité pour les déploiements au pays incombe au directeur responsable de la RNSU. L'administrateur général de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et le Cabinet du ministre sont avisés du déploiement des biens de la RNSU.

- Les services sociaux d'urgence et les fournitures en cas de pandémie sont habituellement déployés de cette façon. Toutefois, des critères supplémentaires sont imposés et l'approbation de l'administrateur général ou du ministre est demandée au cas par cas, notamment pour ce qui suit :

    - Les déploiements qui comprennent des produits pharmaceutiques;
    - Les déploiements qui comprennent des ressources dont la valeur est particulièrement élevée; et/ou qui ont une incidence importante sur la capacité d'intervention;
      Les déploiements qui dépassent la capacité d'appoint pour les interventions d'urgence (p. ex., combler une pénurie du marché).

- Le ministre de la Santé et l'administrateur général de l'ASPC n'ont pas le pouvoir de déployer des ressources à l'échelle internationale sans l'approbation du Cabinet. Les déploiements internationaux peuvent être effectués au cas par cas en collaboration avec des partenaires fédéraux qui ont des mandats internationaux et qui sont guidés par la *politique de l'ASPC sur le don, le prêt et la vente de fournitures de l'ASPC à des gouvernements étrangers et à des organisations internationales du secteur de la santé et la fourniture de biens de l'ASPC au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international* (décrite sous Rôle du gouvernement fédéral à l'échelle internationale ci-dessous).

- Les décisions opérationnelles d'achat et d'aliénation sont prises par le directeur responsable de la RNSU, conformément aux politiques fédérales du Conseil du Trésor sur les biens et les finances de l'État. On demande des directives à l'administrateur général lorsqu'il s'agit de grandes quantités ou de biens de grande valeur.

- Les principaux changements d'orientation stratégique pour la RNSU doivent être approuvés par le Cabinet.

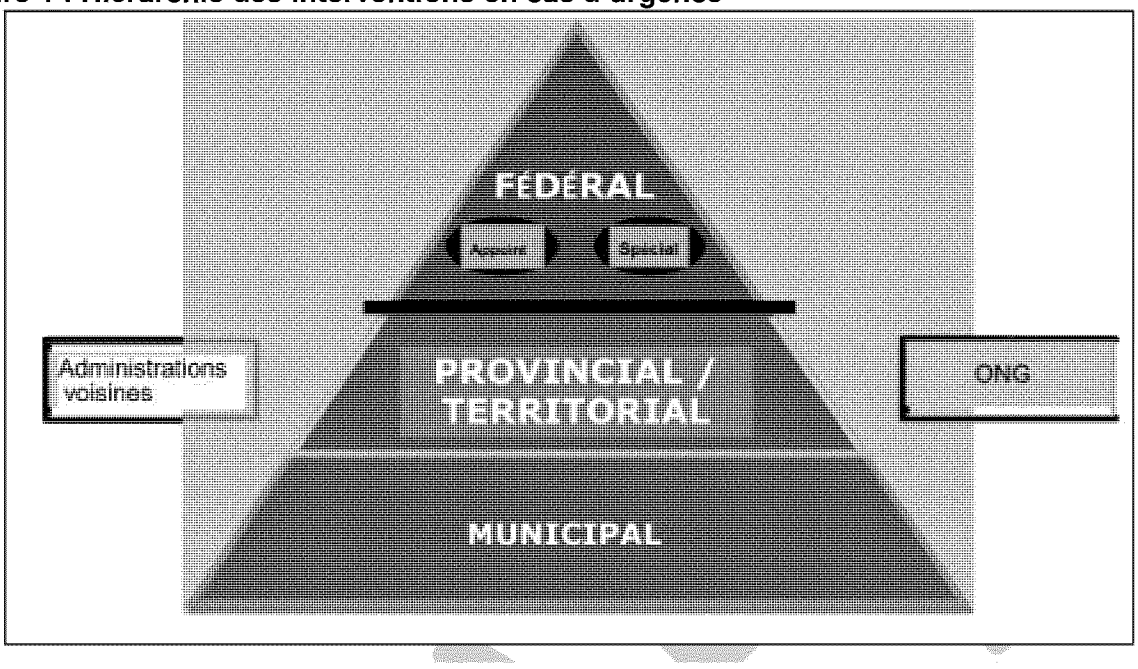
Rôles et responsabilités du gouvernement du Canada

Rôle du gouvernement fédéral à l'échelle nationale

- Bien que la santé publique au Canada soit une responsabilité partagée entre les administrations locales, provinciales et territoriales et le gouvernement fédéral, le gouvernement fédéral a clairement un rôle à jouer dans la santé publique et la gestion des urgences. L'hypothèse fondamentale qui sous-tend la gestion des urgences est que les administrations locales et provinciales et territoriales sont prêtes dans une mesure raisonnable pour les urgences les plus courantes (p. ex., catastrophes naturelles). Le rôle du gouvernement fédéral est double : fournir une capacité d'appoint aux provinces et aux territoires à leur demande lorsque leurs propres ressources ne sont pas suffisantes, et être le seul fournisseur de certains biens requis pour de rares urgences en santé publique (Figure 1). De plus, le gouvernement fédéral assure le leadership et la coordination lorsque les événements de santé publique touchent plusieurs administrations.

- En ce qui concerne l'intervention fédérale, la *Loi sur la gestion des urgences* (2007) établit clairement les rôles et les responsabilités de tous les ministères dans l'ensemble de la gestion des urgences. Conformément à la Loi, le Plan fédéral d'intervention d'urgence (PFIU) (2009) constitue le plan tous risques pour une intervention fédérale coordonnée en cas d'urgence.

Figure 1 : Hiérarchie des interventions en cas d'urgence



- En vertu de cette loi et du PFIU, le ministre de la Santé est le principal responsable de la fonction de soutien d'urgence n° 5 du PFIU, « Santé publique et services

humains essentiels », et il est tenu de cerner les risques et de planifier les menaces nationales à la santé publique.

- Cette fonction de soutien en cas d'urgence désigne l'ASPC comme principal conseiller en santé publique auprès du ministre de la Santé, ayant des responsabilités en matière de gestion des urgences dans des domaines liés (entre autres) aux urgences de santé publique comportant des catastrophes naturelles et intentionnelles. y compris les éclosions de maladies infectieuses; et le déploiement des ressources de la RNSU et la mobilisation de l'expertise fédérale (p. ex., les épidémiologistes de terrain et l'équipe d'intervention d'urgence en microbiologie).

- De plus, comme l'indique le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé (2006), l'ASPC est l'organisme fédéral responsable de la préparation et de l'intervention en cas de pandémie d'influenza; les principales activités comprennent le stockage de produits pharmaceutiques, l'équipement et les fournitures nécessaires pour fournir une capacité d'appoint aux les provinces et les territoires.

- Le programme de la RNSU de l'Agence est également conforme au Règlement sanitaire international (2005), qui stipule que le gouvernement fédéral doit fournir de l'aide logistique (p. ex., fournitures et équipement) pendant un événement de santé publique national.

Autres ministères

- Les ministères fédéraux sont chargés d'élaborer des plans d'urgence pour gérer les risques dans les domaines dont ils sont responsables. Ces plans appuient directement ou indirectement les objectifs stratégiques du PFIU et contribuent à la cohérence des interventions du gouvernement du Canada. Sécurité publique Canada administre le PFIU et est responsable de la coordination des interventions du gouvernement fédéral en cas d'urgence au Canada, y compris la réponse aux menaces terroristes. Dans le cadre du PFIU, différents ministères fédéraux jouent un rôle de premier plan ou de soutien en réponse aux urgences, selon la portée et la nature de l'événement.

- Fait à noter pour le portefeuille de la Santé, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) soutient les collectivités des Premières Nations dans les réserves pour gérer les urgences lorsque la capacité d'intervention de la collectivité locale a été dépassée. Le rôle d'AADNC est de fournir des conseils et du soutien à la demande des provinces et des territoires, tandis que les organisations provinciales et territoriales de gestion des urgences fournissent des services d'intervention d'urgence de première ligne (les coûts liés à l'aide d'urgence dans les collectivités des Premières Nations sont financés par AADNC et Sécurité publique).

- De plus, conformément à sa Stratégie de défense Le Canada d'abord, le ministère de la Défense nationale (MDN) fournit un soutien aux autorités civiles en cas de crise au Canada, comme une catastrophe naturelle, et peut également aider à répondre aux crises internationales.

- Bien que la RNSU soit la seule réserve fédérale de fournitures de santé d'appoint destinée à la population canadienne en général, d'autres ministères fédéraux (p. ex., Santé Canada, Agence canadienne d'inspection des aliments [ACIA], Service correctionnel du Canada [SCC], ministère de la Défense nationale [MDN], Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada) maintenir de modestes réserves de fournitures, surtout en cas de pandémie, destinées à répondre aux besoins de leurs ministères respectifs et aux besoins de leurs populations fédérales. Par exemple, Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada stocke de l'équipement de protection individuelle destiné aux employés de la RCN et des missions à l'étranger.

- La RNSU a conclu des ententes pour stocker certaines fournitures d'autres ministères, y compris les antiviraux de l'ACIA et une partie des réserves de vaccin antivariolique du MDN.

- Parfois, les biens sont partagés entre les ministères. Les décisions de fournir des biens de la RNSU à d'autres ministères fédéraux à petite échelle sont prises au cas par cas, toujours en veillant à ce que la capacité de la RNSU ne soit pas sérieusement compromise.

Rôle du gouvernement fédéral à l'échelle internationale

- L'ASPC peut être sollicitée par la communauté internationale (p. ex., gouvernements étrangers, organisations multilatérales) et/ou d'autres ministères fédéraux pour fournir une aide internationale afin de faciliter la gestion des événements de santé publique, renforcer des capacités et faciliter les interventions en cas de catastrophe.

- Comme l'ASPC a un mandat national, la distribution de fournitures de l'ASPC à l'échelle internationale est l'exception plutôt que la règle et exige l'autorisation du Cabinet. Les déploiements internationaux n'ont eu lieu qu'en réponse à des événements de proportions catastrophiques associés à des taux élevés de morbidité et de blessures. À la suite de ces événements, l'ASPC a été appelée à fournir des fournitures médicales d'urgence de la RNSU.

- En général, ces ressources ont été déployées par d'autres ministères qui ont des mandats internationaux (comme Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada); des autorisations du Cabinet ont été demandées au cas par cas, au besoin.

- Afin de clarifier la façon dont les fournitures sont données à l'échelle internationale, l'ASPC a créé la *politique de l'ASPC sur le don, le prêt et la vente de fournitures de l'ASPC à des gouvernements étrangers et à des organisations internationales du secteur de la santé et la fourniture de biens de l'ASPC au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (ancien nom)*, approuvé par le CE de l'ASPC en 2011. La présente politique vise à orienter les dons internationaux et à fournir un cadre pour la gestion des demandes de fournitures de l'ASPC par les gouvernements étrangers et les organismes de santé internationaux. Elle permet de distribuer des fournitures dans des circonstances exceptionnelles si elles ne sont pas disponibles autrement ou lorsque l'atténuation de la propagation des maladies protège la santé des Canadiens.

- La politique comprend également des lignes directrices sur le moment où un don, un prêt ou une vente de fournitures de l'ASPC peut être effectué et décrit divers facteurs dont il faut

tenir compte au moment d'évaluer une demande. (p. ex., la capacité de l'ASPC de répondre aux urgences nationales doit être maintenue, le déploiement doit appuyer les efforts multilatéraux au lieu de les reproduire et s'harmoniser avec les politiques du gouvernement du Canada en matière d'aide étrangère et de développement).

Contexte des municipalités, des provinces et des territoires

- La responsabilité de la prestation des soins de santé et des services sociaux incombe généralement aux municipalités et aux provinces et territoires. Les municipalités sont les premiers intervenants en cas d'urgence; si leurs capacités en matière de services de santé et de services sociaux d'urgence s'avèrent insuffisantes, elles peuvent demander l'aide des provinces et des territoires. Chaque province et territoire a une loi sur les mesures d'urgence et est responsable de ses propres activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence.

- Si les provinces et les territoires ont besoin d'une aide supplémentaire, selon les circonstances et l'ampleur de la catastrophe, ils peuvent demander de l'aide aux ONG, aux provinces et aux territoires voisins et aux États frontaliers (s'il existe des accords à cet égard) et/ou au gouvernement fédéral (p. ex., RNSU).

- En ce qui concerne l'aide mutuelle, le *Protocole d'entente (PE) fédéral, provincial et territorial sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique* a été approuvé par les ministres de la Santé des provinces et des territoires en 2009. Ce protocole d'entente énonce les principes communs pour fournir de l'aide intergouvernementale en cas d'urgence qui menace la santé du public. Bien qu'il n'ait pas encore été opérationnalisé, des travaux sont en cours dans ce domaine.

- Les administrations comptent à divers degrés sur l'aide fédérale, parce qu'elles ont des niveaux de capacité différents et des relations différentes avec d'autres intervenants (en raison des antécédents de demande de capacité d'appoint et de facteurs politiques). Par exemple, lorsqu'une administration est confrontée à une catastrophe naturelle, elle peut s'adresser directement au gouvernement fédéral pour obtenir des fournitures d'urgence, tandis qu'une autre sera plus susceptible de demander de l'aide à la Croix-Rouge canadienne.

- Les efforts généraux de préparation et d'intervention en cas d'urgence de l'ASPC axés sur le renforcement des capacités tiennent compte du fait que la capacité variera en fonction de la situation de chaque administration au fil du temps.

- L'accent renouvelé mis sur le renforcement des capacités de gestion des urgences aidera à ramener les niveaux de capacité des provinces et des territoires à un seuil uniforme, tout comme les autres outils et protocoles de gestion des urgences en place, comme le PE sur la prestation d'une aide mutuelle des provinces et des territoires de 2009 et la stratégie nationale d'atténuation des catastrophes de Sécurité publique. L'amélioration de la capacité des provinces et des territoires contribuera à assurer une approche plus uniforme de la gestion des situations d'urgence.

- La composition et la quantité des réserves municipales et provinciales et territoriales de fournitures n'ont pas été officiellement communiquées au gouvernement fédéral. De plus amples renseignements sur la capacité des provinces et des territoires seront demandés dans le cadre de consultations officielles à une date ultérieure. De plus, il nous faut des renseignements plus détaillés sur les initiatives fédérales visant à renforcer la capacité des provinces et des territoires.

Contexte des ONG

- Les ONG ont tendance à se concentrer sur la distribution de fournitures de services sociaux, d'abris et de fournitures médicales générales, par opposition aux contre-mesures médicales, aux antiviraux ou au matériel médical spécialisé. La capacité des ONG n'est pas uniforme d'un bout à l'autre du pays. Par exemple, des organisations comme l'Ambulance Saint-Jean et l'Armée du Salut ont une certaine capacité d'intervention en cas d'urgence, mais elle se limite au niveau local.

- L'ONG qui a la plus grande capacité de fournir une capacité d'appoint à l'échelle nationale est la Croix-Rouge canadienne. Les autorités publiques de tous les ordres de gouvernement (municipal, des provinces et des territoires ou fédéral) peuvent demander une aide d'urgence de la Croix-Rouge canadienne, qui travaille en partenariat avec les premiers intervenants, les gestionnaires des mesures d'urgence et les fonctionnaires pour appuyer leurs activités d'intervention. La Croix-Rouge canadienne est bien placée pour intervenir rapidement en cas d'urgence grâce à ses réseaux et partenariats établis à l'échelle nationale, provinciale et territoriale et communautaire; il a un protocole d'entente avec Sécurité publique Canada ainsi que des ententes avec 8 des provinces et des territoires et 800 municipalités. L'organisation prend actuellement des mesures pour accroître le nombre d'ententes conclues avec les provinces, les territoires et les municipalités, ce qui contribuera à l'adoption d'une approche plus uniforme de gestion des urgences au Canada.

- La capacité des ONG a augmenté depuis la création de la RNSU. Les ententes actuelles avec la Croix-Rouge canadienne (et peut-être d'autres ONG) représentent en fait une capacité d'appoint contractuelle, ce qui renforce la capacité des provinces et des territoires. À l'avenir, il faudra améliorer l'engagement avec ces partenaires, car leur infrastructure locale favorise une mobilisation plus rapide afin de mieux réagir à un événement de santé publique.
- Il faut aussi obtenir plus d'information sur la capacité des ONG, leurs ententes avec les administrations de tout le pays. De plus, il faut préciser leurs rôles et responsabilités dans le contexte de la gestion des urgences des provinces et des territoires.

Rôle proposé de la RNSU

- On s'attendra toujours à ce que le gouvernement du Canada joue un rôle de premier plan pour aider les Canadiens en cas d'urgence, tout en respectant les compétences de chacune des administrations. En cas d'urgence, les Canadiens s'attendent à ce que leurs gouvernements leur procurent les fournitures dont ils ont besoin. Il est peu probable que les Canadiens considèrent que chaque ordre de gouvernement a un mandat précis en ce qui concerne la distribution de fournitures d'urgence, bien que la mesure dans laquelle une urgence est localisée soit susceptible de déterminer les attentes en matière de participation fédérale. Toutefois, peu importe la situation d'urgence, si les approvisionnements

provinciaux et territoriaux s'épuisent ou s'ils s'avèrent insuffisants, les Canadiens se tourneront probablement vers le gouvernement fédéral pour compléter leur capacité. L'absence de capacité d'appoint du gouvernement fédéral en période de besoin peut être perçue comme un non-respect de l'engagement du gouvernement du Canada à l'égard de la santé et de la sécurité des Canadiens.

- Cependant, il est important que la portée du rôle fédéral soit bien définie, car il n'est pas possible de s'attendre à ce que les réserves fédérales représentent une préparation à chaque éventualité. Le rôle futur de la RNSU doit tenir compte de l'évolution de la situation des principaux intervenants. Compte tenu des efforts continus déployés par le gouvernement pour renforcer la capacité de gestion des situations d'urgence dans les provinces et les territoires, on s'attend à ce que les provinces et les territoires soient prêts à intervenir en cas d'événements de santé publique qui surviennent fréquemment (p. ex., les inondations annuelles dans certaines régions du pays). L'aide fédérale devrait être le dernier recours et ne devrait être demandée que lorsque tous les autres moyens (et les niveaux de capacité des provinces et des territoires) ont été épuisés.

- Cela est particulièrement pertinent pour les services sociaux d'urgence, qui sont plus facilement accessibles et peuvent être fournis par des ONG partenaires. Toutefois, dans le cas d'un événement de santé publique majeur nécessitant de grandes quantités de ces fournitures, la RNSU peut être appelée à fournir de l'aide. Par conséquent, compte tenu des risques et des besoins actuels au Canada, la capacité d'appoint des services sociaux joue un rôle dans la gestion des urgences fédérales et la répartition des biens de la RNSU.

- Bien que la RNSU joue un rôle dans la capacité d'appoint, il devrait se concentrer sur le fait d'être le fournisseur principal de biens spéciaux qui ne sont pas stockés par les provinces et les territoires et les ONG. Il n'est peut-être pas possible pour toutes les provinces et tous les territoires de se préparer à des événements à faible probabilité et à forte incidence. Par exemple, une éclosion de variole est très improbable. Toutefois, il est prudent que le vaccin antivariolique soit disponible pour la population canadienne comme contre-mesure médicale dans le cas du bioterrorisme. La RNSU est également susceptible d'être le seul fournisseur de contre-mesures médicales qui ne sont pas approuvées pour une utilisation générale au Canada, [redacted]

- Il incombe au gouvernement fédéral de se préparer à de tels événements, d'assurer la disponibilité continue de produits pharmaceutiques spécialisés, de fournitures médicales et d'équipement qui sont rares et difficiles à obtenir pour les provinces et les territoires et les ONG. Bon nombre de ces biens spéciaux n'existent pas dans les systèmes hospitaliers au Canada et il est difficile de les acquérir en cas d'urgence (peu de fabricants, restrictions relatives à la licence, non homologués pour la vente au Canada, long délai d'approvisionnement).

- Cela est conforme aux pratiques internationales, car les réserves nationales aux États-Unis et en Australie ont un double objectif, en ce sens qu'elles fournissent à la fois une capacité d'appoint et une capacité pour les événements à faible probabilité et à impact élevé, le stockage de médicaments essentiels et d'équipement pour contrer les effets de produits chimiques, le terrorisme biologique et radio-nucléaire ou les éclosions de maladies transmissibles majeures.

- Il est important que les biens de la RNSU répondent aux normes de soins actuelles, soient pertinents sur le plan médical et utilisent les technologies les plus récentes, le cas échéant. Les biens périmés et non pertinents nuisent à la capacité de la RNSU d'intervenir efficacement en cas d'urgence en santé publique.

Prochaines étapes

- À l'avenir, le cadre stratégique sera actualisé à intervalles réguliers, suivi d'un réalignement correspondant de la composition des biens de la RNSU.

Annexe A – Composition des biens de la RNSU



Annexe B – Déploiements de la RNSU
Déploiements à l'échelle nationale

- Près de la moitié des déploiements de la RNSU ont été effectués en réponse à des catastrophes naturelles[1]; par exemple, les inondations de la rivière Rouge au Manitoba (fin des années 1990) et la tempête de verglas en Ontario et au Québec (1998).

[1] La Sécurité publique élabore actuellement une stratégie d'atténuation axée sur les catastrophes naturelles et le renforcement de la résilience dans les juridictions provinciales et territoriales ; des travaux devront être entrepris pour déterminer le rôle de la RNSU dans ce plan.

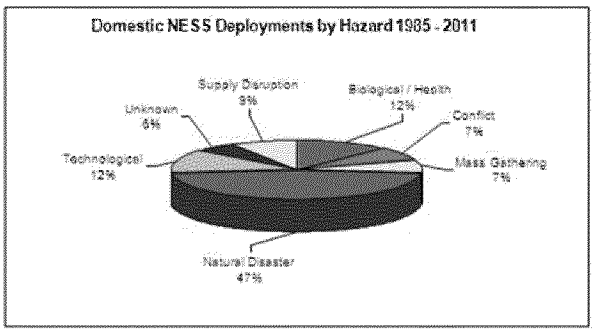
- Les déploiements technologiques comprennent des interventions en réponse à des incendies industriels (1990), à des pannes d'électricité (2003) et à l'écrasement de Swiss Air au large des côtes de la Nouvelle-Écosse (1998).

- Les déploiements dans le cadre d'événements biologiques ont principalement été des réponses aux épidémies de SRAS (2003) et de H1N1 (2009).

- Il y a également eu des déploiements en période de conflit, comme pendant la crise d'Oka (1990) et les attaques du 11 septembre qui ont immobilisé des passagers aériens dans l'est du Canada (2001).

- Le déploiement de la réserve a également inclus une capacité d'appoint pour les rassemblements de masse; par exemple, l'utilisation d'une mini-clinique aux Jeux olympiques d'hiver de 2010 à Vancouver.

- Les déploiements de perturbation de l'approvisionnement visent principalement à appuyer d'autres organisations lorsque leurs propres approvisionnements ont été épuisés en raison d'un événement ou d'une perturbation de la chaîne d'approvisionnement. Par exemple, l'Oseltamivir (un antiviral) a été délivré à l'ACIA après qu'une éclosion de grippe aviaire a été détectée dans une ferme en 2004.



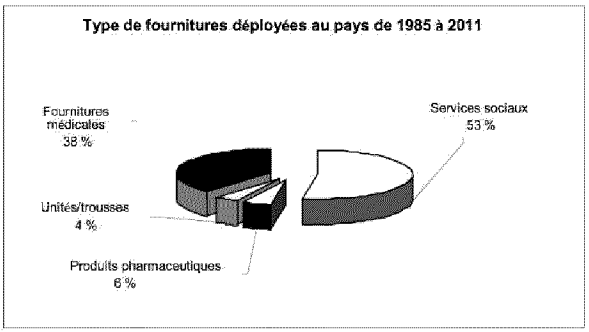
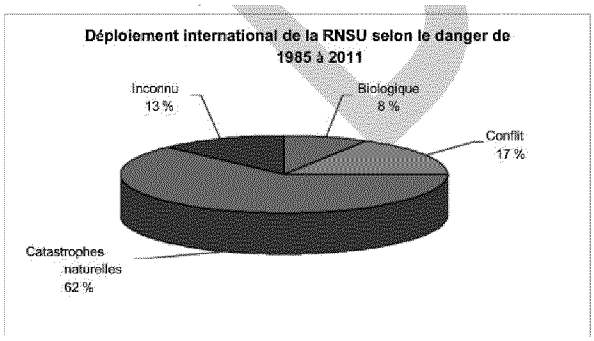


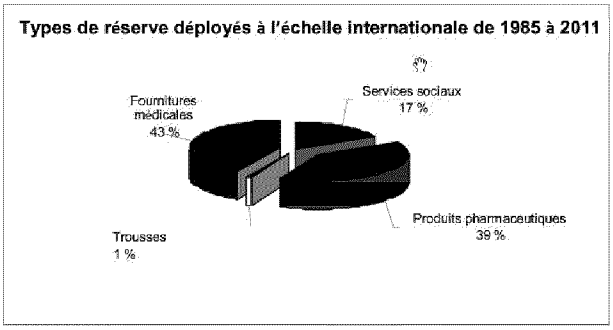
Table translation
Déploiement national de la RNSU selon le danger de 1985 à 2011
Technologique 12 %
Inconnu 6 %
Interruption de l'approvisionnement 9 %
Biologique/Santé 12 %
Conflit 7 %
Grands rassemblements 7 %
Catastrophes naturelles 47 %

- Par exemple, environ 37 200 capsules de Tamiflu ont été distribuées depuis 2004, et environ 136 907couvertures ont été utilisées pour des incidents comme des inondations ou des feux de forêt (ce
  nombre comprend les mêmes couvertures réutilisées à de multiples occasions).

Déploiements à l'échelle internationale

- À l'échelle internationale, on a davantage besoin de fournitures de santé en réponse à des conflits ou à des événements géologiques.
- Parmi les déploiements, mentionnons le soutien aux mesures de réponse au tsunami en Asie du Sud-Est (2005) et après l'ouragan Katrina aux États-Unis (2005) et, plus récemment, le tremblement de terre qui s'est produit en Haïti en 2009 (les fournitures ont été distribuées en 2010) et au Japon (2011).





- Par exemple, depuis 2000, la RNSU a déployé environ 27 604 [redacted] 4 millions d'unités d'antibiotiques (Maldives, Philippines, par l'entremise de l'ACDI), et environ 120 000 unités de bandages, gants, aiguilles, blouses, etc. (La Nouvelle-Orléans, envoyés directement).

SGCHD nº 12-115036 - 617

Demande du Cabinet du ministre

Nous avons reçu une lettre du groupe Mid-Island Emergency Coordinators and Managers (coordonnateurs et gestionnaires des services d'urgence du milieu de l'île) sur une réduction dans la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU). Le Cabinet du ministre demande des points discussion sur le sujet qui peuvent être présentés au bureau d'un député.

CONTEXTE

L'Agence de la santé publique du Canada gère la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU), qui contient du matériel et des fournitures de nature médicale, des produits pharmaceutiques et des fournitures destinées aux services sociaux. Ces fournitures peuvent être déployées auprès des provinces et des territoires, sur demande, en situation d'urgence.

La RNSU comprend environ 1 000 centres d'approvisionnement préétablis qui sont gérés par les provinces ou territoires. Un examen de la RNSU est en cours pour s'assurer qu'elle répond aux besoins actuels et futurs en collaboration avec les provinces, les territoires et des organisations non gouvernementales.

POINTS DE DISCUSSION

La Réserve nationale stratégique d'urgence, également connue sous le sigle « RNSU », est une réserve fédérale de matériel et de fournitures de nature médicale, de produits pharmaceutiques et de fournitures destinées aux services sociaux (tels que des lits et des couvertures) qui peuvent être déployés en période de pointe auprès des provinces et des territoires en situation d'urgence.

La RNSU comprend plus de 1 000 centres d'approvisionnement préétablis, y compris quelques-uns dans votre région.

Nous voulons que la RNSU soit la meilleure qui soit – pour veiller à qu'elle réponde aux besoins actuels et futurs.

Je peux vous assurer que la nécessité permanente de la RNSU n'est pas en cause.

Toutefois, il pourrait y avoir des occasions d'apporter des améliorations.

.../2

- L'Agence de la santé publique du Canada m'a assuré que toute décision concernant les centres d'approvisionnement préétablis sera prise en consultation avec les provinces et territoires.

- Des ajustements seraient faits seulement si la province ou le territoire est d'accord et n'auraient aucune incidence sur la capacité d'intervention d'urgence nécessaire. Les provinces et territoires continuent d'être responsables de l'emplacement des centres d'approvisionnement préétablis, y compris de ceux dans les communautés rurales et éloignées.

- À ma connaissance, des consultations fédérales/provinciales/territoriales officielles *sont provisoirement prévues pour l'hiver 2013.*

Personne-ressource : [redacted]
Téléphone : [redacted]

SUBJECT / SUJET

PRÉPARATION ET MESURES D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE SANITAIRE

SYNOPSIS / SOMMAIRE

Le portefeuille de la Santé est responsable de diriger l'intervention du gouvernement fédéral en situation d'urgence de santé publique.

ANTICIPATED QUESTION / QUESTION PRÉVUE

Que fait le gouvernement du Canada pour protéger les Canadiens lors de situations d'urgence qui touchent la santé publique?

- L'Agence de la santé publique du Canada est prête à répondre à un éventail de situations d'urgence en matière de santé publique et est résolue à protéger la santé et le bien-être des Canadiens.
- À titre de responsable du portefeuille fédéral de la Santé et conformément au Plan fédéral d'intervention en cas d'urgence, la ministre de la Santé est chargée de coordonner la réponse nationale aux événements ou aux urgences de santé publique touchant plus d'une province ou d'un territoire.
- À ce titre, la ministre de la Santé a signé des ententes avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour améliorer le partage d'information et l'aide mutuelle pendant les situations d'urgence.
- En intervenant dans les situations d'urgence, l'Agence dispose de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) pour offrir de l'aide aux provinces et aux territoires lorsque leurs propres ressources sont épuisées. De 1985 à 2011, les matériaux de la RNSU ont été déployés lors de 139 événements au pays et 23 événements à l'étranger en réponse à diverses situations touchant la santé publique.
- L'Agence dispose également de l'Équipe d'intervention d'urgence microbiologique (EIUM), laquelle est dotée d'un laboratoire mobile capable d'identifier des agents biologiques sur place, lors d'une éclosion. L'EIUM a été déployée 5 fois au pays et 13 fois à l'étranger depuis 2002.
- À l'échelle internationale, l'Agence entretient un lien solide avec l'Organisation mondiale de la Santé dans le cadre de l'engagement du Canada à l'égard du *Règlement sanitaire international* (RSI). Le RSI contribue à la sécurité de la santé publique mondiale en améliorant la capacité de tous les pays à dépister, à évaluer, à signaler les menaces de santé publique et à y répondre.
- Selon les leçons retenues d'événements passés, le gouvernement continue d'améliorer sa connaissance de la situation, l'évaluation

des risques, la planification, la formation et les exercices connexes afin de faire avancer la gestion des urgences au Canada.

INCIDENCE DU PLAN D'ACTION ÉCONOMIQUE (SI L'ON INSISTE)

- La préparation et l'intervention en cas d'urgence constituent une fonction essentielle de l'Agence de la santé publique du Canada. Les modifications à la suite du budget de 2012 mettent en évidence ce rôle et renforcent la capacité du portefeuille de la Santé dans ce domaine.
- Les fonctions de gestion des situations d'urgence à Santé Canada et à l'Agence ont été consolidées en un seul organe de fonctionnement qui sera hébergé par l'ASPC. Cela permettra d'améliorer l'efficience et l'efficacité de la gestion des situations d'urgence et d'économiser près de 1 million de dollars.
- En créant une seule équipe chargée de la gestion des situations d'urgence, le portefeuille de la Santé améliorera sa capacité à coordonner les activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence et de fournir aux intervenants un seul point de contact en cas d'urgence sanitaire.
- L'ASPC et Santé Canada ont collaboré efficacement à la préparation aux interventions d'urgence, et la consolidation des fonctions de gestion des situations d'urgence permettra d'améliorer la coordination, de renforcer la capacité et d'éliminer les chevauchements administratifs d'un ministère à l'autre.
- On continuera d'offrir le soutien aux Canadiens selon la même norme élevée grâce à la consolidation des fonctions.

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS (LE CAS ÉCHÉANT)

S. O.

CONTEXTE

La plupart des urgences au pays sont de nature locale et sont gérées à l'échelle des collectivités, des provinces ou des territoires. Le gouvernement fédéral peut intervenir dans une situation d'urgence sanitaire lorsqu'il reçoit une demande d'assistance de la part d'une administration provinciale, territoriale ou locale en raison de limites de capacité ou lorsque l'urgence touche plusieurs administrations.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) gère et entretient le Centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS), lequel sert de guichet unique pour la coordination des activités d'intervention lors d'événements importants en matière de santé publique. Le COPS est une ressource importante qui soutient et facilite les opérations d'urgence en accélérant et en favorisant le partage d'information, la coordination des activités d'intervention et les communications fédérales, provinciales et territoriales (FPT). Afin d'assurer une intervention coordonnée, le COPS maintient une fonction de connaissance de la situation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et communique et échange régulièrement des informations avec le Centre des opérations du gouvernement de Sécurité publique, qui fournit une plateforme pour la coordination des activités d'une intervention pangouvernementale en cas d'urgence et qui est le centre des opérations de niveau stratégique du Canada.

L'Agence dispose d'experts en épidémiologie, de laboratoire et d'autres spécialistes de la santé publique, ainsi que d'équipements et de fournitures qui peuvent être déployés pour aider les provinces et les territoires, selon les besoins, en cas d'éclosions, d'urgences sanitaires et de catastrophes naturelles. Le Programme canadien d'épidémiologie de terrain de l'ASPC peut déployer des épidémiologistes sur le terrain pour aider à enquêter sur la cause d'une éclosion et à déterminer la façon de la contrôler.

Le Laboratoire national de microbiologie, le principal laboratoire canadien de santé publique en matière de maladies infectieuses, est responsable d'identifier, de contrôler et de prévenir les maladies infectieuses et joue un rôle important lors de situations d'urgence liées aux éclosions de maladies infectieuses.

L'Équipe d'intervention d'urgence microbiologique (EIUM) dispose d'un laboratoire mobile qui peut être établi sur place pour identifier des agents biologiques et fournir des analyses de dépistage en laboratoire pendant une éclosion. Depuis 2002, l'EIUM a été déployée 5 fois au pays (Jeux Olympiques, G8, G20, charbon au Nouveau-Brunswick, *Legionnella* à Toronto) et 13 fois à l'étranger (virus Ebola [six fois], fièvre hémorragique de Marbourg, virus Nipah, syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) [deux fois], virus de la fièvre hémorragique de Crimée-Congo, fièvre de la vallée du Rift [deux fois]).

En outre l'Agence est responsable du contrôle et de l'entretien de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU). La RNSU contient une réserve de ressources médicales comme des équipements hospitaliers, des produits pharmaceutiques et des contre-mesures médicales pour contrer les menaces

biologiques. Elle fournit une capacité d'intensification aux PT, au besoin, lors d'urgences.

Afin de soutenir le renforcement des capacités en matière de gestion d'urgences de santé publique, l'Agence élabore et fournit une formation au personnel du portefeuille de la Santé, aux premiers intervenants en cas d'incidents chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires ou à l'explosif (CBRNE) (quant à la préparation en cas d'incident biologique) et aux intervenants de première ligne des services de santé et sociaux d'urgence. En outre, l'Agence crée des exercices d'urgence pour mettre à l'essai le Plan fédéral d'intervention d'urgence, le Plan d'intervention en cas d'urgence du portefeuille de la Santé, ainsi que les plans et protocoles propres à des maladies spécifiques.

L'Agence a dirigé l'élaboration d'une évaluation du risque pour la santé publique à l'échelle du portefeuille de la Santé, laquelle a inclut une évaluation systématique des menaces et des risques liés aux urgences de santé publique susceptibles de nécessiter une intervention du portefeuille de la Santé, y compris les risques liés au bioterrorisme. Les résultats de l'évaluation des risques seront utilisés pour orienter les processus décisionnels relatifs à la gestion des urgences dans l'ensemble du portefeuille de la Santé. L'Agence participe également aux forums interministériels pour le partage de renseignements sur l'évaluation des menaces.

Étant donné que la communication joue un rôle essentiel dans la coordination et la collaboration relatives à une intervention efficace, le portefeuille de la Santé a établi des protocoles de communication en situation de crise qui procurent une orientation aux communications efficaces en cas d'urgence et mettent l'accent sur l'importance des nombreux intervenants et partenaires FPT du portefeuille de la Santé pour l'exécution d'une intervention de santé publique.

COORDONNÉES DE LA PERSONNE-RESSOURCE	
Principale :	Téléphone :
Secondaire :	Téléphone :
Approuvé par :	Téléphone :

NOTE POUR LA PÉRIODE DE QUESTIONS

Date : 7 MARS 2013
Classification: ASPC PROTÉGÉ

CONSEILS À LA MINISTRE

SUBJECT - SUJET

Français :

SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SÉVÈRE (SRAS) – 10 ANS PLUS TARD

SYNOPSIS – SOMMAIRE

Français :

Le 7 mars 2013, un article rétrospectif sur le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est paru dans le service de diffusion de la Presse Canadienne puis a été repris par la *Gazette* de Montréal. L'année 2013 marque le 10e anniversaire de la propagation du virus au Canada, lequel a entraîné le décès de 44 Canadiens.

ANTICIPATED QUESTION – QUESTION ANTICIPÉE

Français :

Qu'a fait le gouvernement pour protéger les Canadiens contre une autre pandémie de SRAS?

KEY MESSAGES – MESSAGES CLÉS

- Depuis l'éclosion de SRAS en 2003, le gouvernement du Canada a déployé d'importants efforts pour améliorer la manière dont il protège les Canadiens contre les éclosions de maladies infectieuses et les urgences.
- Au cours des 10 dernières années, l'Agence de la santé publique du Canada a joué un rôle de premier plan en collaborant avec ses partenaires du domaine de la santé publique pour renforcer la capacité du Canada à se préparer et à intervenir en cas d'éclosions de maladies infectieuses et de situations d'urgence de santé publique.
- Nous avons mis en place de nouvelles structures pour améliorer la manière dont les gouvernements travaillent ensemble, élaborer des plans exhaustifs pour nous préparer et pour intervenir en cas d'urgence de santé publique et avons amélioré nos systèmes d'alerte et nos capacités en matière de

prévention et de gestion des maladies.

SUPPLEMENTARY MESSAGES – MESSAGES SUPPLÉMENTAIRES

Français :

- La réponse du Canada face à la pandémie de H1N1 est fondée sur les leçons retenues du SRAS.

- Bien que l'Agence ait réalisé un grand nombre d'objectifs au cours de la dernière décennie, elle poursuit l'examen des pratiques et l'application des leçons retenues à la suite d'incidents et d'éclosions de maladies infectieuses, comme la pandémie de grippe H1N1.

- L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada ont renforcé leurs processus de continuité des activités pour soutenir et assurer la prestation ininterrompue de services essentiels aux Canadiens pendant des incidents critiques comme le SRAS.

- L'Institut des maladies infectieuses et immunitaires des Instituts de recherche en santé du Canada (IMII des IRSC) met l'accent sur les maladies infectieuses et le système immunitaire. L'IMII soutient également le renforcement des capacités afin que le milieu de la recherche soit bien structuré et mobilisé en prévision des pandémies à venir.

BACKGROUND – CONTEXTE

Le 7 mars 2013, un article rétrospectif sur le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est paru dans le service de diffusion de la Presse Canadienne puis a été repris par la *Gazette* de Montréal. L'année 2013 marque le 10e anniversaire de la propagation du virus au Canada, lequel a entraîné le décès de 44 Canadiens.

Le SRAS s'inscrit dans la famille des coronavirus. Les coronavirus ont été identifiés pour la première fois au milieu des années 1960. Diverses souches de coronavirus touchent les animaux et les humains. Les souches humaines sont responsables de maladies telles que le rhume, la gastroentérite virale et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Les diverses souches de coronavirus peuvent causer toute une gamme de symptômes, soit la toux, des éternuements et des

maux de gorge, l'infection des voies respiratoires inférieures ou supérieures, ainsi que des maladies gastro-intestinales.

À la fin de l'année 2002, l'éclosion de SRAS a commencé probablement dans la province méridionale de Guangdong en Chine. Au début de l'année 2003, le virus s'était répandu dans le monde entier, puis occasionnera 44 décès au Canada et 775 décès dans le monde. À l'échelle mondiale, 20 % des cas confirmés de SRAS ont été constatés chez les travailleurs des soins de santé. Or, au Canada, les travailleurs en soins de santé représentaient 43 % des cas de SRAS.

Depuis 2003, l'Agence a mis en place ou amélioré un certain nombre d'outils pour nous aider à répondre rapidement et efficacement aux éclosions de maladies infectieuses, tant à l'étranger qu'au pays.

En 2012, un nouveau coronavirus a émergé de la péninsule d'Arabie, et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé une Alerte et action au niveau mondial (GAR) au sujet des cas confirmés en laboratoire d'infections chez l'humain au nouveau coronavirus. Jusqu'à maintenant, le nouveau coronavirus a entraîné des cas confirmés au Qatar (deux cas), en Arabie Saoudite (sept cas, dont cinq décès), en Jordanie (deux cas, dont deux décès) et au Royaume-Uni (trois cas, dont un décès). Tous les patients étaient gravement malades et huit sont décédés au total.

En réponse à ce nouveau virus, l'Agence a entrepris l'évaluation des risques de ce nouveau coronavirus, y compris des essais de scénarios. L'évaluation des risques a permis de déterminer que, pour certaines personnes (les personnes présentant des problèmes médicaux sous-jacents et les travailleurs de laboratoire), le nouveau coronavirus est un agent pathogène présentant un risque élevé d'occasionner une maladie respiratoire grave, mais un risque faible pour la collectivité dans son ensemble. L'Agence a lancé une alerte par l'intermédiaire du Réseau canadien de renseignements sur la santé publique (RCRSP) à nos partenaires provinciaux et territoriaux de santé publique au sujet des cas de nouveau coronavirus et leur a fourni un laboratoire et des lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections.

Ce nouveau virus est différent de tous ceux qui ont été détectés chez les humains auparavant et n'est pas semblable au SRAS sur le plan génétique.

Activités d'intervention de l'ASPC

Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé.

En réponse à l'éclosion de SRAS en 2003, le gouvernement du Canada a collaboré avec les provinces et les territoires pour élaborer le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé (PCLPI). La réponse du Canada à la pandémie de grippe H1N1 a été éclairée par le PCLPI. Publié d'abord en 2004 puis révisé en 2006, le PCLPI fournit un cadre national pour une préparation et une intervention en cas de pandémie grippale axées sur le secteur de la santé. Il représente l'aboutissement d'un effort de collaboration des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT), et indique les rôles et les responsabilités de tous les ordres de gouvernement en vue d'une intervention cohérente et coordonnée en cas de pandémie grippale.

Surveillance

Le Réseau canadien de renseignements sur la santé publique (RCRSP) a été créé en 2004, à la suite de l'éclosion de SRAS. Il permet le partage rapide et la diffusion stratégique de renseignements de santé publique entre les intervenants locaux, régionaux, provinciaux, territoriaux et nationaux. Le lancement d'une alerte du RCRSP permet aux partenaires de santé publique de connaître les détails de l'infection, au cas où elle se propagerait dans leur région.

Le Canada collabore et partage de l'information avec l'OMS à l'appui de ses activités de surveillance. Le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP), par exemple, est la principale source de renseignements pour l'OMS, ainsi que les gouvernements internationaux et autres organisations non gouvernementales. Géré par l'ASPC, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence est un système en ligne d'avertissement rapide qui recueille les rapports médiatiques préliminaires qui sont importants sur le plan de la santé publique, et ce, en tout temps. L'information est filtrée, analysée et rendue accessible aux abonnés.

Stratégie de vaccination antipandémique

En 2001, le gouvernement du Canada a conclu un contrat de 10 ans pour un vaccin canadien antipandémique, avec ID Biomédical GSK afin de fabriquer, au pays, un vaccin spécifique à un virus pandémique dans l'éventualité d'une pandémie grippale, et d'approvisionner le Canada en vaccins antigrippaux de façon prioritaire, au besoin. Ce contrat a facilité l'approvisionnement en vaccins pendant la pandémie de grippe H1N1. En février 2011, le gouvernement fédéral a conclu, aux fins d'approvisionnement en vaccins contre une éventuelle pandémie de grippe, un nouveau contrat de 10 ans avec un fabricant canadien (GlaxoSmithKline [GSK]) en tant que fournisseur principal de vaccins contre les grippes pandémiques, responsable de fournir les vaccins pour tous les Canadiens, de façon prioritaire.

Un contrat pour un approvisionnement d'appoint en vaccins contre la grippe pandémique de l'entreprise Sanofi Pasteur Ltd. est également en place pour atténuer le risque de perturbation ou de retard du côté du principal fournisseur canadien. Au besoin, cet approvisionnement d'appoint sera accessible en quantité suffisante pour immuniser [redacted] de Canadiens et serait probablement utilisé pour cibler les groupes de vaccination prioritaire, comme les femmes enceintes et les personnes atteintes d'une maladie chronique.

Réserve nationale de médicaments antiviraux

En 2004, les gouvernements FPT ont collaboré pour établir la RNA afin d'assurer un accès équitable à un approvisionnement d'antiviraux contrôlé par le gouvernement, partout au Canada, dans l'éventualité d'une pandémie grippale. La RNA, dont les coûts sont partagés entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires (60 % provenant du gouvernement fédéral; 40 % des PT), est une ressource détenue et gérée par les PT. Une seconde réserve nationale d'antiviraux, financée uniquement par le gouvernement fédéral, est détenue dans la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) et est destinée à fournir une capacité d'intensification aux PT pendant une pandémie grippale. La RNSU détient actuellement suffisamment d'antiviraux pour traiter [redacted]

Surveillance de la grippe

Le gouvernement du Canada participe à des programmes nationaux et internationaux pour protéger les Canadiens et suivre la propagation de la grippe saisonnière, la grippe animale et d'autres maladies. Il s'agit de mesures de surveillance et de mesures diagnostiques servant à détecter et à signaler les virus grippaux en circulation, et ce, à l'échelle nationale et internationale.

La surveillance nationale actuelle de la grippe chez l'humain fait intervenir l'analyse en laboratoire régulière des virus grippaux par l'Agence et la surveillance soutenue de la propagation de la grippe et de maladies semblables à la grippe par l'intermédiaire d'ÉpiGrippe, le système national de surveillance du Canada. L'Agence et l'ACIA poursuivront leur collaboration étroite avec leurs partenaires internationaux afin de surveiller les risques de grippe à l'échelle mondiale et mieux comprendre les risques pour les Canadiens.

Contrôle des agents pathogènes au Canada

Le Canada possède un régime robuste de contrôle des agents pathogènes et est un chef de file mondial quant à son approche de la surveillance des agents pathogènes. Le *Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes* exige que tous les établissements au Canada qui importent des agents anthropopathogènes (groupes de risque 2, 3 et 4) y travaillent en employant les mesures de sécurité appropriées.

Loi sur la mise en quarantaine

En 2005, le gouvernement du Canada a adopté la *Loi sur la mise en quarantaine* afin de protéger la santé publique en prenant des mesures exhaustives pour prévenir l'introduction et la propagation de maladies transmissibles. La Loi a été conçue de manière à compléter les mesures législatives PT déjà en place en matière de santé publique et aidera le Canada à s'acquitter de ses obligations aux termes du nouveau *Règlement sanitaire international*, qui est entré en vigueur en 2007.

Des mesures de quarantaine sont administrées et appliquées par l'Agence de la santé publique du Canada aux points d'entrée et de départ dans le territoire canadien. La Loi prévoit la protection des Canadiens en conférant des pouvoirs et en fournissant des outils modernes pour répondre rapidement et efficacement aux menaces et aux risques en évolution sur le plan de la santé publique mondiale.

Collaboration internationale

Le gouvernement du Canada et d'autres ministères collaborent avec leurs partenaires internationaux pour renforcer la préparation et l'intervention en cas de pandémie mondiale. Nous collaborons avec les États-Unis et le Mexique pour mettre en œuvre le Plan nord-américain contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza (PNAIAPI). Le plan révisé renforcera la coopération afin de se préparer à une grippe animale et pandémique à venir, et améliorera la santé et la sécurité des résidents des trois pays. En outre, il existe une collaboration soutenue avec l'Organisation mondiale de la Santé et le Groupe d'action sur la protection de la santé mondiale, lequel inclut les pays du G7 et le Mexique.

Depuis 2007, le Canada a en place un centre national de liaison (CNL) situé à l'Agence, en collaboration avec les pays membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), conformément au Règlement sanitaire international. Le CNL à l'Agence sert de cadre pour la coordination et la gestion des événements de santé publique d'intérêt national et international au Canada et à l'étranger.

Activités d'intervention des IRSC

La préparation en cas de grippe pandémique est l'une des cinq priorités de recherche indiquées dans le plan stratégique 2007-2012 de l'IMII. En particulier, elle est axée sur la recherche liée à la prévention, au traitement et aux défis en matière de santé publique. La recherche sur la grippe et la pandémie constituent également une priorité pour les IRSC. En 2011-2012, les IRSC ont fourni un financement d'environ 9,7 millions de dollars en recherches liées à la préparation en cas de pandémie.

En 2005, grâce à une allocation provenant du gouvernement du Canada, l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires (IMII des IRSC) a créé l'Initiative de recherche stratégique sur la capacité d'intervention en cas de pandémie (IRSCIP) afin d'élaborer un programme de recherche coordonné et ciblé d'intervention en cas de pandémie et de renforcer la capacité de recherche au pays dans ce domaine. En établissant des partenariats avec d'autres organismes fédéraux et provinciaux, en cinq ans, l'IMII des IRSC a fait passer le total des fonds accessibles à 45,7 millions de dollars. Au total, 92 projets de recherche ont été financés pour traiter les domaines prioritaires stratégiques de l'initiative. Cette initiative devait prendre fin en mars 2011, mais le Réseau de recherche sur l'influenza de l'ASPC et des IRSC (RRIAI), un réseau national composé de plus de 100 chercheurs et de 30 institutions qui élaborent et mettent à l'essai des procédures pour les vaccins contre la grippe saisonnière et antipandémiques, a été renouvelé jusqu'en 2015.

Récemment, l'Health Protection Agency du Royaume-Uni a reconnu avoir beaucoup appris du leadership canadien et de l'intervention rapide au SRAS, et de la capacité du Canada à partager les données. Ces connaissances ont orienté certaines initiatives au R-U. depuis.

ATTACHMENTS / PIECE(S)-JOINTE(S)

CONTACT INFORMATION / PERSONNES-RESSOURCE			
Subject Matter Expert/ Expert(e) en la matière :	Telephone/ Téléphone : Mobile/ Cellulaire :	Approved by/	Telephone/ Téléphone : Mobile/ Cellulaire :
Alternate/ Secondaire :	Telephone/ Téléphone : Mobile/ Cellulaire :	Title/ Titre :	

. Verification/ Vérification par le . :

Date Verified/ Date vérifiée par le
Division :

, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses
2013-03-07

Division du programme d'immunisation

[redacted]. Approved / Approuvé [redacted]

Directorate/ Direction :

Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses

[redacted]

Approved/ Approbation par [redacted]

[redacted] Approved / Approuvé [redacted]

Branch/ Direction générales :

Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses

CFO Approved/
Approbation par
CSF :
Branch/ Direction
générale :

O CFO Approved / Approuvé CSF

[redacted]

Expéditeur : [redacted] on behalf of [redacted]

Date : 2020-07-13 3:47 PM

Destinataire : [redacted] (PHAC/ASPC)

Objet : Tr : Intervention de la RNSU - Inondation survenue en AB SK

[redacted]
Public Health Agency of Canada / Government of Canada
[redacted]
Follow me on Twitter

[redacted]
Agence de la santé publique du Canada / Gouvernement du Canada
[redacted]
Suivez-moi sur Twitter

----- Forwarded by [redacted] on 2020-07-13 03:46 PM -----

From: [redacted]
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Date: 2013-06-23 01:22 PM
Objet : Re : Intervention de la RNSU - Inondation survenue en AB SK

Merci [redacted]. Je vais transmettre votre message.
Beaucoup de travail de logistique jusque tard
dans la nuit!

[redacted]---23-06-2013 11 h 05 HAE---Merci pour les mises à jour. Et merci au personnel impliqué, vous y compris, [redacted].

From: [redacted]
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Date: 2013-06-23 11:05 AM EDT
Objet : Re : Intervention de la RNSU - Inondation survenue en AB SK

Merci pour les mises à jour. Et merci au personnel impliqué, vous y compris, [redacted]

[redacted]---23-06-2013 10 h 40 HAE---Pour information - davantage de déploiements de la RNSU. Lits et couvertures à Cumberland House First Nations, Cité de Calgary

From: [redacted]
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Date: 2013-06-23 10:40 AM EDT
Objet : Tr : Intervention de la RNSU - Inondation survenue en AB SK

Pour information - davantage de déploiements de la RNSU. Lits et couvertures à Cumberland House First Nations, Cité de Calgary, Eden Valley, et High River. Nous procédons également au prépositionnement de choses de notre entrepôt [redacted] à destination de Calgary.

[redacted]

----- Original Message -----
From: [redacted]
Sent: 2013-06-23 06:33 AM EDT
To: [redacted]
Cc: [redacted]; HPOC_COPS
Objet : Tr : Intervention de la RNSU - Inondation survenue en AB SK
Voici le tableau I que j'ai envoyé la nuit dernière, en version copiée collée.

COPS_HPOC

----- Original Message -----
From: HPOC_COPS
Sent: 2013-06-23 12:05 AM EDT
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Objet : Intervention de la RNSU - Inondation survenue en AB SK

SASKATCHEWAN				
22 juin 2013	La Cumberland House et la Cumberland House First Nation ont subi des inondations (environ 2 200 personnes)	Déplacées au Henk Ruys /Kinsmen de Saskatoon afin de suppléer aux ressources existantes de la Croix Rouge	Fournitures pour les services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU de [redacted]	Lits : 324 Couvertures : 620 Literie : 700 Oreillers : 900 Serviettes (diverses) : 900
INONDATION SURVENUE EN ALBERTA				
21 juin 2013	Évacuation de la Cité de Calgary	Déplacement du Centre d'entraînement à la lutte contre les incendies de la cité de Calgary Centre d'entraînement à la lutte contre les incendies	Fournitures pour les services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted]	Lits : 1 008 Couvertures; 1 200 Oreillers, serviettes, débarbouillettes : 1 000 chacun Literie : 640
22 juin 2013	400 personnes sont évacuées de la région d'Eden Valley	200 personnes se rendent à l'école d'Eden Valley tandis que les 200 personnes restantes se rendent à la vieille école de Morely, en Alberta.	Fournitures pour les services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted]	Lits : 420 Couvertures : 480 Oreillers : 400 Serviettes (diverses) : 400

22 juin 2013	Les citoyens de High River sont évacués	Ils sont emmenés au centre de loisirs d'Okotoks.	Fournitures des services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU	Lits : 72 Couvertures : 100
			Entrepôt fédéral	
22 juin 2013	Davantage de demandes sont attendues et les chiffres ne sont pas connus. Pour économiser les déplacements, les lits et les couvertures sont prépositionnés à Calgary.	L'entrepôt de Calgary a été identifié comme point de distribution par le centre des opérations d'urgence de l'Alberta.	Fournitures des services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted]	Lits : 216 Couvertures : 240

Cordialement,

Health Portfolio Operations Centre | Centre des opérations du portefeuille de la Santé

[redacted]

****

Confidentiality Notice: This e-mail communication and any attachments may contain confidential and privileged information for the use of the designated recipients. If you are not the intended recipient, or authorized to receive for the recipient, you are hereby notified that you have received this communication in error and that any review, disclosure, dissemination, distribution or copying of it or its contents is prohibited. If you have received this communication in error, please destroy all copies of this communication and any attachments and contact the sender by reply e-mail or telephone [redacted].

Avis de confidentialité: Le présent courriel et les pièces qui y sont jointes peuvent contenir des renseignements confidentiels ou privilégiés destinés uniquement aux personnes désignées. Si vous n'êtes pas le destinataire visé, ou une personne autorisée à recevoir sa correspondance, vous êtes par la présente avisé que cette communication vous a été transmise par erreur et qu'il est interdit d'en prendre connaissance, d'en divulguer le contenu, de la distribuer et de la reproduire en tout ou en partie. Si vous avez reçu le présent courriel par erreur, veuillez détruire toutes ses copies et tout dossier joint et communiquer avec l'expéditeur par courriel ou par téléphone, au [redacted].

****

[redacted]

Expéditeur : [redacted] pour le compte [redacted]

Date : 13-07-2020 (16 h 01)

Destinataire : [redacted]

Objet : Tr : Date d'arrivée prévue à Calgary des biens de la [redacted]

[redacted]

Public Health Agency of Canada / Government of Canada

[redacted]

Follow me on Twitter

[redacted]

Agence de la santé publique du Canada / Gouvernement du Canada

[redacted]

Suivez-moi sur Twitter

----- Transféré par [redacted] le 13-074-2020 à 16 h 01 -----

Expéditeur : [redacted]

Destinataire : [redacted]

Cc : "HPOC_COPS" , [redacted]

Date : 2013-06-24 03:47 PM

Objet : Heure d'arrivée prévue à Calgary des biens de la RNSU [redacted]

L'heure d'arrivée prévue (HAP) à Calgary pour les 3 premiers camions de fournitures pour les services sociaux en provenance de la RNSU [redacted] se situe entre 19 h et 20 h, heure locale.

Du personnel de l'ASPC sera sur place pour « inspecter » les fournitures lorsque la province les ouvre.

TT

[redacted] ---24-06-2013 09 h 48 HAE---Les camions sont en route vers l'entrepôt [redacted] Nous confirmerons leur heure d'arrivée quand

From: [redacted]

To: [redacted]

Cc: [redacted]

Date: 2013-06-24 09:48 AM EDT

Objet : Re : pourriez-vous trouver l'heure à laquelle les biens de la RNSU arriveront aujourd'hui à Calgary et Medicine Hat

---

Les camions sont en route vers l'entrepôt [redacted] Nous confirmerons leur heure d'arrivée quand les camions entameront leur trajet [redacted] à destination de Calgary.

À l'heure actuelle, on ne sait pas encore où et quand la province va redéployer les fournitures à partir de Calgary.

Il convient de souligner que de très importants efforts de coordination sont faits pour examiner les meilleurs trajets [redacted] à

Calgary en prenant les inondations en compte.

[redacted]

[redacted] --24-06-2013 9 h 35 HAE--- [redacted], est-ce que vous êtes au courant? [redacted]

From: [redacted]
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Date: 2013-06-24 09:35 AM EDT
Objet : Re : pourriez-vous trouver l'heure à laquelle les biens de la RNSU arriveront aujourd'hui à Calgary et Medicine Hat

---

[redacted] est-ce que vous
êtes au courant?

[redacted]
[redacted]
O: [redacted]
BB: [redacted]
H: [redacted]

[redacted]

----- Original Message -----
From: Nathalie Theriault
Sent: 2013-06-24 09:32 AM EDT
To: [redacted]
Objet : pourriez-vous trouver l'heure à laquelle les biens de la RNSU arriveront aujourd'hui à Calgary et Medicine Hat
Le CM aimerait savoir à quel moment il est prévu que les biens arrivent.

Merci.

Nathalie Thériault
Departmental Liaison/ Liaison ministerielle
Public Health Agency of Canada/ Agence de la santé publique du Canada
Canadian Institutes of Health Research / Instituts de recherche en santé du Canada
Office of the Minister of Health / Cabinet du ministre de la Santé
Tel/Tél 613-957-0200
Blackberry: 613-608-9216
Fax/Télécopieur: 613-952-1154
nathalie.theriault@phac-aspc.gc.ca

[redacted] ---2013-06-23 11:29:53 PM---FYI ----- Original Message -----

From: [redacted] CA
To: [redacted] "Nathalie Theriault" , [redacted]
Cc: "HPOC_COPS" , [redacted]
Date: 2013-06-23 11:29 PM
Objet : Mise à jour Re : soutien de la RNSU apporté à l'AB et à la SK, 23 h 30, juin 2013

Pour information

[redacted]

----- Message original -----
From: [redacted]
Sent: 2013-06-23 10:47 PM EDT
To: [redacted]
Cc: HPOC_COPS; [redacted] [redacted]
Objet : Re : Demande de l'Alberta

Mise à jour sur la situation de la répartition des fournitures en Alberta :

Les lits en provenance de l'entrepôt de la RNSU [redacted] qui ont été envoyés le 21 juin 2013 afin de venir en aide à la Cité de Calgary n'ont pas été jugés appropriés; une autre disposition a maintenant été prise et c'est l'entrepôt de la RNSU [redacted] qui fournira la même quantité de lits que dans la demande initiale, c'est-à-dire environ 1 000 lits. Les lits seront acheminés le 24 juin 2013. Les autres fournitures pour les services sociaux qui accompagnaient les lits peuvent être utilisées.

L'Alberta a également demandé davantage de couvertures, d'oreillers, de serviettes (diverses) et de literie. Ces articles partiront également de l'entrepôt [redacted] le 24 juin.

Le service de Santé Saskatchewan a indiqué qu'il ne s'attendait pas à avoir besoin que toutes les fournitures pour les services sociaux soient immédiatement à disposition et a donné son accord pour le transfert des biens de la RNSU [redacted] vers l'Alberta.

INONDATION SURVENUE EN ALBERTA				
21 juin 2013 MISE À JOUR DU 24 JUIN 2013 À expédier	Évacuation de la Cité de Calgary	Déplacement du Centre d'entraînement à la lutte contre les incendies de la cité de Calgary Les lits de rechange réclamés par l'Alberta seront livrés au site prépositionné identifié par le centre des opérations d'urgence de l'Alberta et seront acheminés aux différents centres d'accueil situés dans les zones affectées en raison du nombre élevé de demandes. Retour des 1 000 lits jugés inutilisables à la RNSU [redacted]	Fournitures pour les services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted] Lits de remplacement envoyés depuis l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted] Aucun changement au niveau des quantités. Tous les autres services sociaux fournis sont adaptés.	Lits : 1 008 Couvertures : 1 200 Oreillers, serviettes, débarbouillettes : 1 000 chacun Literie : 640
22 juin 2013	400 personnes sont évacuées de la région d'Eden Valley	200 personnes se rendent à l'école d'Eden Valley tandis que les 200 personnes restantes se rendent à la vieille école de Morely, en Alberta.	Fournitures pour les services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted]	Lits : 420 Couvertures : 480 Oreillers : 400 Serviettes (diverses) : 400

Page: 244 of/de 1,041
AV2020000020

22 juin 2013	Les citoyens de High River sont évacués	Ils sont emmenés au centre de loisirs d'Okotoks.	Fournitures pour les services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted]	Lits : 72 Couvertures : 100
22 juin 2013 MISE À JOUR 23 juin 2013	Davantage de demandes sont attendues et les chiffres ne sont pas connus. Pour économiser les déplacements, les lits et les couvertures sont prépositionnés à Calgary.	L'entrepôt de Calgary a été identifié comme point de distribution par le centre des opérations d'urgence de l'Alberta. Tous les lits prépositionnés ont été acheminés vers deux (2) centres d'accueil, l'un à Redcliff en Alberta, le second à Calgary.	Fournitures pour les services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted] En provenance du point de distribution du centre des opérations d'urgence de l'Alberta	Lits : 216 Couvertures : 240
CHIFFRES MIS À JOUR NON CONFIRMÉS BIENS DESTINÉS À ÊTRE CHARGÉS LE 24 JUIN 2013	En raison du nombre de demandes reçues, l'Alberta a présenté une demande pour davantage de couvertures, d'oreillers, de serviettes et de literie afin de venir en aide aux personnes évacuées supplémentaires .	Un entrepôt de Calgary a été identifié comme point de distribution par le centre des opérations d'urgence de l'Alberta.	Les fournitures pour les services sociaux proviendront de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted] et seront acheminées au site de prépositionnement	Couvertures : 1 200 Oreillers : 1 000 Serviettes (diverses) : 1 000 chacun Literie : 1 000

[redacted]
National Emergency Stockpile System/Réserve nationale d'urgence
Office of Emergency Response Services/Bureau des services d'interventions d'urgences
Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada
100 Colonnade Road/100, chemin Colonnade
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Canada
[redacted]

[redacted]---23-06-2013 22 h 26 min 10 s---À mon sens, la première et la nouvelle dernière ligne du tableau de l'Alberta ne sont toujours pas tout à fait claires. Est-ce que les couvertures et la li

From: [redacted]
To: [redacted]
Cc: HPOC_COPS/HC-SC/GC/CA@HWC, [redacted]

Date: 2013-06-23 10:26 PM
Objet : Re : Demande de l'Alberta

À mon sens, la première et la nouvelle dernière ligne du tableau de l'Alberta ne sont toujours pas tout à fait claires.

Est-ce que les couvertures et la literie en provenance [redacted] sont utilisables? La nouvelle demande de literie et de couvertures en provenance [redacted] s'ajoutera bien à ce qui a déjà été expédié depuis [redacted] n'est-ce pas?

Je ne pense pas que nous devrions utiliser le terme « nouveaux lits », car on pourrait penser qu'il s'agit de lits neufs, alors que ce n'est pas le cas!

Pour le texte :

Mise à jour sur la situation de la répartition des fournitures en Alberta :

Les lits en provenance de l'entrepôt de la RNSU [redacted] qui ont été envoyés le 21 juin 2013 afin de venir en aide à la Cité de Calgary n'ont pas été jugés appropriés; une autre disposition a maintenant été prise et c'est l'entrepôt de la RNSU [redacted] qui fournira la même quantité de lits que dans la demande initiale, c'est-à-dire environ 1 000 lits. Les lits seront acheminés le 24 juin 2013.

L'Alberta a également demandé davantage de couvertures, d'oreillers, de serviettes (diverses) et de literie. Ces articles partiront également de l'entrepôt [redacted] le 24 juin.

Le service de Santé Saskatchewan a indiqué qu'il ne s'attendait pas à avoir besoin que tous les biens pour les services sociaux soient immédiatement à disposition et a donné son accord pour le transfert des biens de la RNSU [redacted] vers l'Alberta.

[redacted]---23-06-2013 21 h 57 HAE---Voici le tableau mis à jour. J'y ai ajouté les nouvelles demandes de couvertures etc. en tant que nouvelle entrée au bas

From: [redacted]
To: [redacted]
Cc: HPOC_COPS; [redacted]
Date: 2013-06-23 09:57 PM EDT

Objet : Re : Demande de l'Alberta

Voici le tableau mis à jour. J'y ai ajouté les nouvelles demandes de couvertures, etc. en tant que nouvelle entrée au bas. L'Alberta allait remplacer les lits aux endroits où ils allaient être utilisés, mais va maintenant les prépositionner en raison de la forte demande des différents centres d'accueil. Les autres lits seront rapatriés à Edmonton.

Les lits expédiés le 21 juin 2013 ont été jugés inappropriés et une autre disposition a dû être prise pour que l'entrepôt de la RNSU de Regina fournisse les nouveaux lits puisque les fournitures qui demeuraient dans l'entrepôt de la RNSU d'Edmonton n'étaient pas en quantité suffisante pour combler les besoins. Des couvertures, des oreillers, des serviettes (diverses) et de la literie supplémentaires partiront de l'entrepôt de Regina en raison des maigres quantités restantes à l'entrepôt de la RNSU d'Edmonton, et du fait que la demande ait été reçue le 23 juin quand les lits de rechange ont été demandés.

Le service de Santé Saskatchewan a été contacté et ne s'attend pas à avoir besoin que tous les biens des services sociaux soient immédiatement à disposition et a donné son accord pour le transfert des biens, étant à l'aise avec la quantité de fournitures pour les services sociaux qui restent à l'entrepôt de la RNSU de Regina.

SASKATCHEWAN				
22 juin 2013	La Cumberland House et la Cumberland House First Nation ont subi des inondations (environ 2 200 personnes)	Déplacées au Centre de soccer Henk Ruys /Kinsmen de Saskatoon afin de suppléer aux ressources existantes de la Croix Rouge	Fournitures pour les services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted]	Lits : 324 Couvertures : 620 Literie : 700 Oreillers : 900 Serviettes

INONDATION SURVENUE EN ALBERTA				
21 juin 2013 MISE À JOUR DU 24 JUIN 2013 À expédier	Évacuation de la Cité de Calgary	Déplacement du Centre d'entraînement à la lutte contre les incendies de la cité de Calgary Le Centre d'entraînement à la lutte contre les incendies déplace les nouveaux lits vers le site de pré-positionnement identifié par le centre des opérations d'urgence de l'Alberta afin d'être répartis en raison de la trop grande demande et du retour de 1 000 lits jugés inutilisables.	Biens des services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted] NOUVEAUX lits qui sont envoyés depuis l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted] Aucun changement au niveau des quantités.	Lits : 1 008 Couvertures; 1 200 Oreillers, serviettes, débarbouillettes : 1 000 chacun Literie : 640
22 juin 2013	400 personnes sont évacuées de la région d'Eden Valley	200 personnes se rendent à l'école d'Eden Valley tandis que les 200 personnes restantes se rendent à la vieille école de Morely, en Alberta.	Fournitures des services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted]	Lits : 420 Couvertures : 480 Oreillers : 400 Serviettes
22 juin 2013	Les citoyens de High River sont évacués	Ils sont emmenés au centre de loisirs d'Okotoks.	Fournitures des services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted]	Lits : 72 Couvertures : 100
22 juin 2013 MISE À JOUR 23 juin 2013	Davantage de demandes sont attendues et les chiffres ne sont pas connus. Pour économiser les déplacements,	L'entrepôt de Calgary a été identifié comme point de distribution par le centre des opérations d'urgence de l'Alberta.	Fournitures des services sociaux en provenance de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted]	Lits : 216 Couvertures : 240

	les lits et les couvertures sont prépositionnés à Calgary	Tous les lits prépositionnés ont été acheminés vers deux (2) centres d'accueil, l'un à Redcliff en Alberta, le second à Calgary	Entrepôt fédéral de la RNSU En provenance du point de distribution du centre des opérations d'urgence de l'Alberta	
CHIFFRES MIS À JOUR NON CONFIRMÉS BIEN DESTINÉS À ÊTRE CHARGÉS LE 24 JUIN 2013	En raison du nombre de demandes reçues, davantage de lits, d'oreillers, de serviettes et de literie sont requis	L'entrepôt de Calgary a été identifié comme point de distribution par le centre des opérations d'urgence de l'Alberta	Les fournitures pour les services sociaux proviendront de l'entrepôt fédéral de la RNSU [redacted]	Couvertures : 1 200 Oreillers : 1 000 Serviettes (diverses) : 1 000 chacun Literie : 1 000

[redacted]
National Emergency Stockpile System/Réserve nationale d'urgence
Office of Emergency Response Services/Bureau des services d'interventions d'urgences
Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada
100 Colonnade Road/100, chemin Colonnade
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Canada
[redacted]

[redacted]---23-06-2013 19 h 49 min 39 s---OK. Donc, une mise à jour a été faite pour la première et la dernière ligne du tableau pour l'Alberta.

From: [redacted]
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Date: 2013-06-23 07:49 PM
Objet : Re : Demande de l'Alberta

OK.

La première et la dernière ligne du tableau pour l'Alberta doivent donc être mises à jour.

Pour la première ligne, nous devrons indiquer MISE À JOUR, mettre la modification apportée à la date en caractères gras et mettre [redacted] la nouvelle source de l'approvisionnement, en caractères gras. Les quantités ne changent pas. Quand est-ce que les fournitures de [redacted] seront expédiées et quand est-ce qu'elles arriveront à destination? Est-ce que le volet logistique a été réglé?

À la dernière ligne, nous devons indiquer les destinations qui sont désormais identifiées pour les fournitures prépositionnées.

Nous devrions ajouter un paragraphe avant le tableau qui indique que les fournitures de l'entrepôt de la RNSU [redacted] n'ont pas été jugées appropriées pour procéder à leur expédition et d'autres dispositions ont dû être prises avec Saskatoon. Les fournitures [redacted] ont été réservées en cas d'éventuel besoin, sachant que les inondations progressent vers le sud de la Saskatchewan.

Une fois que cela aura été fait, j'examinerai le tout avant que vous ne l'envoyiez. J'enverrai également une NIP afin de fournir un peu plus de détails.

[redacted]

[redacted]---23-06-2013 19 h 12 HAE---Les 1 000 lits supplémentaires demandés n'ont jamais été consignés dans le tableau mais les 1 000 lits initiaux

From: [redacted]
To: [redacted] HPOC_COPS
Cc: [redacted]
Date: 2013-06-23 07:12 PM EDT
Objet : Re : Demande de l'Alberta

Les 1 000 lits supplémentaires demandés n'ont jamais été consignés dans le tableau, mais les 1 000 lits initiaux sont consignés dans le tableau le 21 juin. Les lits prépositionnés acheminés à Calgary et Recliff sont des lits supplémentaires qui font défaut. Ces lits sont consignés dans le tableau comme étant prépositionnés

[redacted]---23-06-2013 19 h 04 HAE---Laissez-moi tenter de tirer cela au clair. L'Alberta n'est pas en mesure d'utiliser une partie des fournitures pour les services sociaux qui ont été

From: [redacted]
To: [redacted]; HPOC_COPS
Cc: [redacted]
Date: 2013-06-23 07:04 PM EDT
Objet : Re : Demande de l'Alberta

Laissez-moi tenter de tirer cela au clair.

L'Alberta n'est pas en mesure d'utiliser une partie des fournitures pour les services sociaux qui ont été acheminées à Calagary (en provenance [redacted]? La province a donc besoin de 1 000 lits supplémentaires. Nous n'avons jamais consigné ces données, elles ne figurent pas dans le tableau résumant les envois, n'est-ce pas?

Dans l'intervalle, ils utilisent les lits prépositionnés qui ont été envoyés hier pour Calgary et Redcliff.

[redacted]---23-06-2013 18 h 42 HAE---Bonsoir, Alberta Health a soumis une demande pour 1 000 lits supplémentaires avec couvertures, serviettes et oreillers. L'

From: [redacted]
To: HPOC_COPS
Cc: [redacted]
Date: 2013-06-23 06:42 PM EDT
Objet : Demande de l'Alberta

Bonsoir

Alberta Health a fait une demande pour 1 000 lits supplémentaires avec couvertures, serviettes et oreillers. L'organisme a informé la RNSU que ces biens peuvent être envoyés à Calgary dans la matinée et qu'ils seront utilisés à Calgary et Medicine Hat. La RNSU évalue présentement l'aspect logistique pour s'assurer que le déploiement se fasse en temps voulu.

Alberta Health a indiqué que les lits et les couvertures supplémentaires qui ont été prévus le 22 juin pour un usage ultérieur seront acheminés aux centres d'accueil de Redcliff et de Calgary.

Merci

[redacted]
National Emergency Stockpile System/Réserve nationale d'urgence
Office of Emergency Response Services/Bureau des services d'interventions d'urgences
Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada
100 Colonnade Road/100, chemin Colonnade
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Canada
Tel: [redacted]

POUR AGRÉMENT

Your file / Votre référence

Our file / Notre référence 13-110241 - 95

MÉMOIRE À LA MINISTRE

Modernisation du Système de la réserve nationale d'urgence

RÉSUMÉ

- À titre de ministre de la Santé, vous êtes la ministre fédérale responsable des urgences de santé publique. Le Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) est une composante clé de votre capacité à fournir un soutien supplémentaire en cas d'urgence aux provinces et aux territoires (PT) sur demande.

- En réponse à l'évaluation de 2012 du SRNU, un cadre stratégique a été élaboré pour préciser le rôle et la future orientation du SRNU et pour le situer dans le contexte actuel de la gestion canadienne des urgences de santé (annexe A). Ce cadre stratégique confirme les principaux rôles du SRNU comme capacité supplémentaire pour les PT et du fournisseur des biens matériels dans le cas des rares urgences de santé publique qui ont une grande incidence

- Le plan d'optimisation (annexe B) et le plan de mobilisation (annexe C) ont été élaborés pour faciliter la mise en œuvre de la nouvelle orientation décrite dans le cadre stratégique. La mise en œuvre intégrale de ces deux plans est essentielle à la modernisation du programme.

- Même si aucune attention médiatique n'est prévue après la mise en œuvre de ces plans, une stratégie de communication sera élaborée avant de mobiliser les PT.

- Nous demandons votre accord avec le cadre stratégique et la mise en œuvre du plan d'optimisation et du plan de mobilisation.

CONTEXTE :

En 1952, le Cabinet a décidé d'autoriser la création du SRNU comme réserve de fournitures médicales essentielles dans le contexte de la Guerre froide.

.../2

Canada

Il a été élargi dans les années 1960 et en 1965, le Cabinet a autorisé l'aide aux PT dans les interventions d'urgence lors des catastrophes survenant en temps de paix. Le Cabinet a autorisé l'élargissement de la réserve en 2001 en vue d'inclure les contremesures médicales pour réagir aux risques de bioterrorisme, et de nouveau en 2006 et en 2009 pour inclure les fournitures en cas de pandémie.

Actuellement, le SRNU comprend de l'équipement médical et des fournitures médicales, des produits pharmaceutiques, des fournitures en cas de pandémie et des unités médicales portatives désuètes qui contiennent un grand nombre de lits et de couvertures d'hôpital qui peuvent servir à compléter la capacité provinciale et territoriale en service social. Les biens matériels du SRNU se trouvent dans 11 entrepôts fédéraux, dans neuf villes dans tout le pays et dans environ 1 000 sites gérés par les PT.

CONSIDÉRATIONS :

Un cadre stratégique a été élaboré pour formuler l'orientation stratégique du SRNU dans le contexte de la gestion des urgences au Canada de nos jours. Les efforts de modernisation du SRNU s'appuient sur ce cadre et confirment le SRNU comme complément aux activités initiales d'intervention qui relèvent de la responsabilité locale, provinciale ou territoriale.

Un plan détaillé d'optimisation a été élaboré pour tirer profit du cadre stratégique et décrire le processus de modernisation du SRNU. Un plan de mobilisation a également été élaboré pour décrire les plans pour informer les partenaires fédéraux et les PT de la modernisation du SRNU et préciser les rôles de gestion en cas d'urgence. Le plan d'optimisation décrit la gouvernance et les pouvoirs du SRNU ainsi que la composition de ses biens matériels, les options de gestion du cycle de vie et l'optimisation stratégique du réseau d'entrepôts.

Nous avons déjà mis en œuvre un certain nombre d'initiatives du plan d'optimisation, notamment la gestion du cycle de vie, la répartition de l'équipement médical désuet et le processus décisionnel fondé sur des données probantes et en fonction des risques pour assurer la composition stratégique des biens matériels. En outre, au cours de l'année dernière, la gouvernance du SRNU a été totalement clarifiée.

Aucun nouveau pouvoir n'est nécessaire pour la modernisation du SRNU, car tous les éléments sont conformes aux pouvoirs existants du Cabinet.

Principaux points de décision

Gestion fédérale, provinciale et territoriale (FPT) des urgences et SRNU : Depuis la mise en place du SRNU, la capacité d'intervention en cas d'urgence des PT et des autorités locales a augmenté, ce qui leur permet de faire les premiers pas en cas d'événements de santé publique qui surviennent régulièrement ou fréquemment.

…/3

Ainsi, le cadre stratégique indique que les principaux rôles du SRNU dorénavant seraient de fournir une capacité supplémentaire lorsque les ressources locales, provinciales et territoriales sont débordées et les biens requis pour les urgences rares de santé publique qui ont une grande incidence (p. ex. une éclosion de variole ou de charbon).

Composition des biens matériels et gestion du cycle de vie : Dans le cadre stratégique, le mélange de biens matériels du SRNU serait ajusté au moyen de nouveaux achats et en indiquant comme surplus les biens qui ne répondent pas au contexte actuel de risque. Le SRNU continuerait de maintenir les biens destinés aux services sociaux en quantité appropriée pour le contexte de risque et le rôle fédéral pour la capacité supplémentaire. Les biens en surplus seraient gérés conformément à la *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus* du Conseil du Trésor. Les biens en excès, notamment une partie des lits et des couvertures, seraient offerts comme don aux PT pour augmenter leur capacité et les biens qui ne jouent plus un rôle de gestion en cas d'urgence seraient vendus ou recyclés.

Entrepôts : Il y a eu une évaluation indépendante du réseau fédéral d'entrepôts. Elle a révélé que la réduction du nombre d'entrepôts de neuf à six permettrait de mieux les gérer tout en fournissant la même capacité d'intervention. Le gouvernement fédéral épargnerait également 900 k$ chaque année. Il n'y a pas de personnel aux trois entrepôts qui seraient fermés. Par conséquent, ces fermetures n'entraîneraient aucune perte d'emploi. Le temps de transport moyen pour les déploiements dans les lieux non éloignés changerait d'environ cinq à six heures et le même nombre d'endroits serait desservi dans le délai de déploiement prévu de 24 heures.
Ce changement n'aurait aucune incidence sur les déploiements dans les lieux éloignés, car on s'y rend actuellement par voie aérienne.

Sites préétablis : L'état des biens matériels dans les sites préétablis gérés est généralement inconnu. La plupart de ces sites sont désuets, n'ont jamais été utilisés et doublent la capacité des entrepôts. Dans le cadre de la modernisation du SRNU, la plupart de ces sites seraient fermés. Toutefois, il y aurait des discussions avec les PT pour déterminer où les sites préétablis à jour pourraient être maintenus (p. ex. dans le nord et dans d'autres lieux éloignés).

Nom du programme : Pour refléter la nouvelle orientation de la réserve modernisée, le nom du programme deviendrait Réserve nationale stratégique d'urgence.

BESOINS EN RESSOURCES :

La mise en œuvre du cadre stratégique, du plan d'optimisation ou du plan de mobilisation ne requiert aucune nouvelle ressource.

…/4

BESOINS EN COMMUNICATIONS :

Pour l'instant, cette initiative ne devrait pas susciter l'attention des médias.
Le plan de mobilisation décrit les discussions requises avec la communauté fédérale et les PT. Une stratégie de communication sera élaborée avant les discussions avec les PT.

RECOMMANDATION :

Il est recommandé que vous donniez votre accord avec le cadre stratégique, le plan d'optimisation et le plan de mobilisation du SRNU, ainsi qu'avec leur mise en œuvre, en cochant « Je suis d'accord » dans le bloc ci-dessous.

[redacted] 23 août 2013

D Je ne suis pas d'accord
D Je suis d'accord

Minister — Date: 16 SEPT 2013

Ministre

SGCHD nº 13-110241 - 95

Personne-ressource : [redacted]
Téléphone : [redacted]

Pièces jointes
Annexe A – Cadre stratégique

Annexe B – Plan d'optimisation
Annexe C – Plan de mobilisation

RÉSERVE STRATÉGIQUE NATIONALE D'URGENCE

Cadre stratégique

DRAFT

1er août 2012

RÉSERVE NATIONALE STRATÉGIQUE
D'URGENCE

Cadre stratégique

Table des matières

Avant-propos 3
Orientation stratégique de la RNSU 3
Vision 3
Principes 3
Objectifs de la RNSU 4
Contexte de la RNSU 4
Gouvernance 5
Rôles et responsabilités du gouvernement du Canada 6
Rôle du gouvernement fédéral à l'échelle nationale 6
Autres ministères 8
Rôle du gouvernement fédéral à l'échelle internationale 8
Contexte des municipalités, des provinces et des territoires 9
Contexte des ONG 10
Rôle proposé de la RNSU 11
Prochaines étapes 13
Annexe A – Composition des biens de la RNSU 14
Annexe B – Déploiements de la RNSU 15
Déploiements à l'échelle nationale 15
Déploiements à l'échelle internationale 16

DRAFT

Page: 258 of/de 1,041
AV2020000020

CADRE STRATÉGIQUE DE LA RÉSERVE NATIONALE STRATÉGIQUE D'URGENCE

Avant-propos

- Il y a eu des changements importants dans le contexte de la gestion des urgences en santé depuis la création de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU), notamment :
    - l'émergence de nouvelles menaces pour la santé publique;
    - le renforcement des capacités des partenaires;
    - les progrès technologiques dans le domaine des produits pharmaceutiques et de l'équipement médical;
    - l'amélioration de l'infrastructure de transport et plus d'options pour l'acquisition de fournitures.

- Bien que l'acquisition des biens de la RNSU ait été guidée par ce contexte en évolution, une approche plus stratégique de la gestion moderne de la réserve est nécessaire pour veiller à ce que les biens demeurent pertinents et adaptés à l'environnement de risque. (p. ex., politiques claires en matière d'acquisition et de gestion du cycle de vie; formulation claire des critères pour le déploiement de la RNSU).

- Afin de moderniser la RNSU et de veiller à ce qu'elle soit durable à l'avenir, il faut formuler une orientation stratégique pour le programme et le situer dans le contexte plus large de la gestion des urgences en santé au Canada.

Orientation stratégique de la RNSU

Vision

- La RNSU fournit une capacité d'appoint fiable et opportune, assurant l'accès à une réserve pertinente de ressources d'urgence en santé en réponse aux menaces et aux urgences en matière de santé publique.

Principes

1. Fourniture de ressources d'urgence en santé pour assurer une capacité d'appoint lorsque les ressources locales, provinciales et territoriales ont été épuisées.
2. Fourniture de biens spéciaux dont le gouvernement fédéral est le seul fournisseur dans le cadre du système national de gestion des urgences
3. Prise de décisions éclairées par le risque et fondées sur des données probantes sur la composition stratégique des biens
4. Réceptivité et adaptabilité à l'évolution continue de la gestion des urgences au Canada

DRAFT

5. Collaboration et coordination entre les partenaires gouvernementaux et les organismes non gouvernementaux (ONG)
6. Intendance efficace et efficiente de la réserve, y compris la gestion du cycle de vie des biens
7. Orientation nationale; rôle international dans des circonstances exceptionnelles à la direction du gouvernement du Canada (GC)
8. Pour utilisation dans des circonstances exceptionnelles; ne vise pas à répondre aux exigences du système de santé

Objectifs de la RNSU

1. Clarifier et définir le mandat, les rôles et les responsabilités de la RNSU avec les partenaires
2. Définir clairement le niveau de capacité requis pour répondre aux attentes du gouvernement du Canada en lien avec la RNSU
3. Positionner la RNSU comme une réserve de biens spécialisés correspondant à l'environnement de risque actuel qui tient compte de la capacité des provinces, des territoires et des ONG
4. Clarifier la structure de gouvernance de la RNSU
5. Moderniser les pratiques de gestion de la réserve et les systèmes d'inventaire
6. Améliorer les communications et établir des réseaux avec des partenaires clés

Contexte de la RNSU

- Sur demande, le programme de la RNSU fournit des fournitures d'urgence aux provinces et aux territoires pour assurer une capacité d'appoint. Elle a été créée par une décision du Cabinet en 1952 en tant que réserve de fournitures médicales essentielles en réponse à la guerre froide. Elle a été élargie au début des années 1960 pour inclure des installations médicales portatives, qui comprenaient des biens actuellement transformés en fournitures de services sociaux (p. ex., lits et couvertures).

- Le programme a été autorisé par le Cabinet en 1965 à contribuer aux interventions d'urgence en cas de catastrophes en temps de paix au Canada.

- Depuis, la RNSU a évolué pour pouvoir réagir à une vaste gamme de menaces pour la santé publique qui sont apparues au XXIe siècle, en s'alignant sur l'approche tous risques du gouvernement du Canada (un plan générique adaptable et souple afin de faire face à tous les types d'événements). Conformément à la directive du Cabinet, la composition de réserve de fournitures a été élargie pour inclure des contre-mesures médicales pour répondre au risque de bioterrorisme (2001) et pour distribuer des fournitures en cas de pandémie (2006 et 2009).

- À l'heure actuelle, les biens de la RNSU comprennent ce qui suit :
  - Matériel et fournitures médicaux (p. ex., mini-cliniques, appareils à rayons X, ventilateurs, civières, pansements pour plaies);

DRAFT

  - Fournitures en cas de pandémie (p. ex., antiviraux et équipement de protection individuelle, y compris masques, gants et blouses jetables);
  - Produits pharmaceutiques (p. ex., antibiotiques, analgésiques, anesthésiques et contre-mesures chimiques, biologiques et radio-nucléaires);
  - Fournitures de services sociaux (p. ex., trousses de centre d'accueil, génératrices, lits, couvertures, serviettes).

- Soixante pour cent des biens de la RNSU sont détenus dans 11 entrepôts fédéraux partout au Canada, et quarante pour cent sont prépositionnés dans environ 1 000 sites gérés dans l'ensemble du pays dans les provinces et les territoires.

- On estime que l'inventaire de la RNSU a une valeur comptable d'environ [redacted] (voir l'annexe A pour la répartition actuelle de la composition des biens). Les coûts d'exploitation annuels comprennent les coûts de location de 3 M$, les coûts salariaux de 1,5 M$ et les coûts de F et E de 2,2 M$.

- Du matériel de la RNSU a été déployé pour 139 événements nationaux et 23 événements internationaux de 1985 à 2011, en réponse à divers événements de santé publique et à d'autres urgences, et en préparation à des rassemblements de masse comme les Jeux olympiques (voir l'annexe B).

Gouvernance

- Le ministre de la Santé a le pouvoir de déployer des ressources dans les provinces et les territoires, conformément à la décision du Cabinet en 1965. En pratique, pour assurer une intervention rapide, l'autorité pour les déploiements au pays incombe au directeur responsable de la RNSU. L'administrateur général de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et le Cabinet du ministre sont avisés du déploiement des biens de la RNSU.

- Les services sociaux d'urgence et les fournitures en cas de pandémie sont habituellement déployés de cette façon. Toutefois, des critères supplémentaires sont imposés et l'approbation de l'administrateur général ou du ministre est demandée au cas par cas, notamment pour ce qui suit :
  - Les déploiements qui comprennent des produits pharmaceutiques;
  - Les déploiements qui comprennent des ressources dont la valeur est particulièrement élevée; et/ou qui ont une incidence importante sur la capacité d'intervention;
  - Les déploiements qui dépassent la capacité d'appoint pour les interventions d'urgence (p. ex., combler une pénurie du marché).

- Le ministre de la Santé et l'administrateur général de l'ASPC n'ont pas le pouvoir de déployer des ressources à l'échelle internationale sans l'approbation du Cabinet. Les déploiements internationaux peuvent être effectués au cas par cas en collaboration avec des partenaires fédéraux qui ont des mandats internationaux et qui sont guidés par la *politique de l'ASPC sur le don, le prêt et la vente de fournitures de l'ASPC à des gouvernements*

Page: 261 of/de 1,041
AV2020000020

étrangers et à des organisations internationales du secteur de la santé et la fourniture de biens de l'ASPC au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (décrite sous Rôle du gouvernement fédéral à l'échelle internationale ci-dessous).

- Les décisions opérationnelles d'achat et d'aliénation sont prises par le directeur responsable de la RNSU, conformément aux politiques fédérales du Conseil du Trésor sur les biens et les finances de l'État. On demande des directives à l'administrateur général lorsqu'il s'agit de grandes quantités ou de biens de grande valeur.

- Les principaux changements d'orientation stratégique pour la RNSU doivent être approuvés par le Cabinet.

Rôles et responsabilités du gouvernement du Canada

Rôle du gouvernement fédéral à l'échelle nationale

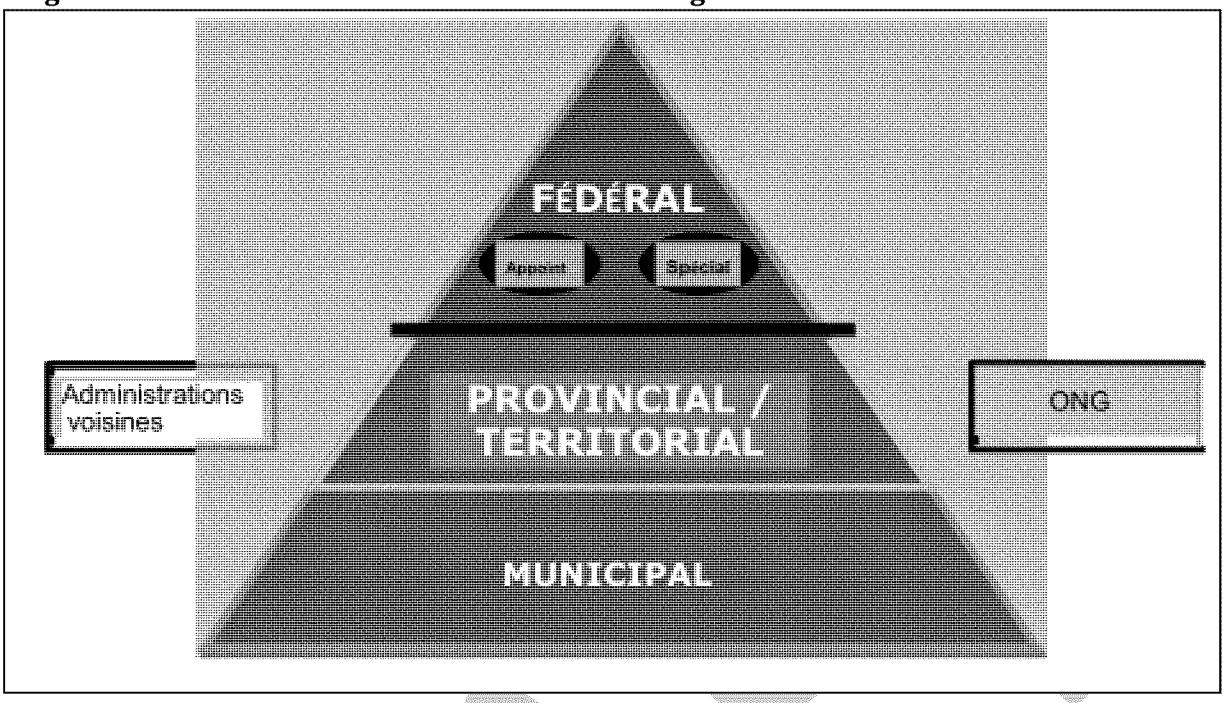
- Bien que la santé publique au Canada soit une responsabilité partagée entre les administrations locales, provinciales et territoriales et le gouvernement fédéral, le gouvernement fédéral a clairement un rôle à jouer dans la santé publique et la gestion des urgences. L'hypothèse fondamentale qui sous-tend la gestion des urgences est que les administrations locales et provinciales et territoriales sont prêtes dans une mesure raisonnable pour les urgences les plus courantes (p. ex., catastrophes naturelles). Le rôle du gouvernement fédéral est double : fournir une capacité d'appoint aux provinces et aux territoires à leur demande lorsque leurs propres ressources ne sont pas suffisantes, et être le seul fournisseur de certains biens requis pour de rares urgences en santé publique (Figure 1). De plus, le gouvernement fédéral assure le leadership et la coordination lorsque les événements de santé publique touchent plusieurs administrations.

- En ce qui concerne l'intervention fédérale, la *Loi sur la gestion des urgences* (2007) établit clairement les rôles et les responsabilités de tous les ministères dans l'ensemble de la gestion des urgences. Conformément à la Loi, le Plan fédéral d'intervention d'urgence (PFIU) (2009) constitue le plan tous risques pour une intervention fédérale coordonnée en cas d'urgence.

DRAFT

Page: 262 of/de 1,041
AV2020000020

Figure 1 : Hiérarchie des interventions en cas d'urgence



- En vertu de cette loi et du PFIU, le ministre de la Santé est le principal responsable de la fonction de soutien d'urgence n° 5 du PFIU, « Santé publique et services humains essentiels », et il est tenu de cerner les risques et de planifier les menaces nationales à la santé publique.

- Cette fonction de soutien en cas d'urgence désigne l'ASPC comme principal conseiller en santé publique auprès du ministre de la Santé, ayant des responsabilités en matière de gestion des urgences dans des domaines liés (entre autres) aux urgences de santé publique comportant des catastrophes naturelles et intentionnelles. y compris les éclosions de maladies infectieuses; et le déploiement des ressources de la RNSU et la mobilisation de l'expertise fédérale (p. ex., les épidémiologistes de terrain et l'équipe d'intervention d'urgence en microbiologie).

- De plus, comme l'indique le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé (2006), l'ASPC est l'organisme fédéral responsable de la préparation et de l'intervention en cas de pandémie d'influenza; les principales activités comprennent le stockage de produits pharmaceutiques, l'équipement et les fournitures nécessaires pour fournir une capacité d'appoint aux les provinces et les territoires.

- Le programme de la RNSU de l'Agence est également conforme au Règlement sanitaire international (2005), qui stipule que le gouvernement fédéral doit fournir de l'aide logistique (p. ex., fournitures et équipement) pendant un événement de santé publique national.

Autres ministères

- Les ministères fédéraux sont chargés d'élaborer des plans d'urgence pour gérer les risques dans les domaines dont ils sont responsables. Ces plans appuient directement ou indirectement les objectifs stratégiques du PFIU et contribuent à la cohérence des interventions du gouvernement du Canada. Sécurité publique Canada administre le PFIU et est responsable de la coordination des interventions du gouvernement fédéral en cas d'urgence au Canada, y compris la réponse aux menaces terroristes. Dans le cadre du PFIU, différents ministères fédéraux jouent un rôle de premier plan ou de soutien en réponse aux urgences, selon la portée et la nature de l'événement.

- Fait à noter pour le portefeuille de la Santé, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) soutient les collectivités des Premières Nations dans les réserves pour gérer les urgences lorsque la capacité d'intervention de la collectivité locale a été dépassée. Le rôle d'AADNC est de fournir des conseils et du soutien à la demande des provinces et des territoires, tandis que les organisations provinciales et territoriales de gestion des urgences fournissent des services d'intervention d'urgence de première ligne (les coûts liés à l'aide d'urgence dans les collectivités des Premières Nations sont financés par AADNC et Sécurité publique).

- De plus, conformément à sa Stratégie de défense Le Canada d'abord, le ministère de la Défense nationale (MDN) fournit un soutien aux autorités civiles en cas de crise au Canada, comme une catastrophe naturelle, et peut également aider à répondre aux crises internationales.

- Bien que la RNSU soit la seule réserve fédérale de fournitures de santé d'appoint destinée à la population canadienne en général, d'autres ministères fédéraux (p. ex., Santé Canada, Agence canadienne d'inspection des aliments [ACIA], Service correctionnel du Canada [SCC], ministère de la Défense nationale [MDN], Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada) maintenir de modestes réserves de fournitures, surtout en cas de pandémie, destinées à répondre aux besoins de leurs ministères respectifs et aux besoins de leurs populations fédérales. Par exemple, Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada stocke de l'équipement de protection individuelle destiné aux employés de la RCN et des missions à l'étranger.

- La RNSU a conclu des ententes pour stocker certaines fournitures d'autres ministères, y compris les antiviraux de l'ACIA et une partie des réserves de vaccin antivariolique du MDN.

- Parfois, les biens sont partagés entre les ministères. Les décisions de fournir des biens de la RNSU à d'autres ministères fédéraux à petite échelle sont prises au cas par cas, toujours en veillant à ce que la capacité de la RNSU ne soit pas sérieusement compromise.

Rôle du gouvernement fédéral à l'échelle internationale

- L'ASPC peut être sollicitée par la communauté internationale (p. ex., gouvernements

Page: 264 of/de 1,041
AV2020000020

étrangers, organisations multilatérales) et/ou d'autres ministères fédéraux pour fournir une aide internationale afin de faciliter la gestion des événements de santé publique, renforcer des capacités et faciliter les interventions en cas de catastrophe.

- Comme l'ASPC a un mandat national, la distribution de fournitures de l'ASPC à l'échelle internationale est l'exception plutôt que la règle et exige l'autorisation du Cabinet. Les déploiements internationaux n'ont eu lieu qu'en réponse à des événements de proportions catastrophiques associés à des taux élevés de morbidité et de blessures. À la suite de ces événements, l'ASPC a été appelée à fournir des fournitures médicales d'urgence de la RNSU.

- En général, ces ressources ont été déployées par d'autres ministères qui ont des mandats internationaux (comme Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada); des autorisations du Cabinet ont été demandées au cas par cas, au besoin.

- Afin de clarifier la façon dont les fournitures sont données à l'échelle internationale, l'ASPC a créé la *politique de l'ASPC sur le don, le prêt et la vente de fournitures de l'ASPC à des gouvernements étrangers et à des organisations internationales du secteur de la santé et la fourniture de biens de l'ASPC au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (ancien nom)*, approuvé par le CE de l'ASPC en 2011. La présente politique vise à orienter les dons internationaux et à fournir un cadre pour la gestion des demandes de fournitures de l'ASPC par les gouvernements étrangers et les organismes de santé internationaux. Elle permet de distribuer des fournitures dans des circonstances exceptionnelles si elles ne sont pas disponibles autrement ou lorsque l'atténuation de la propagation des maladies protège la santé des Canadiens.

- La politique comprend également des lignes directrices sur le moment où un don, un prêt ou une vente de fournitures de l'ASPC peut être effectué et décrit divers facteurs dont il faut tenir compte au moment d'évaluer une demande. (p. ex., la capacité de l'ASPC de répondre aux urgences nationales doit être maintenue, le déploiement doit appuyer les efforts multilatéraux au lieu de les reproduire et s'harmoniser avec les politiques du gouvernement du Canada en matière d'aide étrangère et de développement).

Contexte des municipalités, des provinces et des territoires

- La responsabilité de la prestation des soins de santé et des services sociaux incombe généralement aux municipalités et aux provinces et territoires. Les municipalités sont les premiers intervenants en cas d'urgence; si leurs capacités en matière de services de santé et de services sociaux d'urgence s'avèrent insuffisantes, elles peuvent demander l'aide des provinces et des territoires. Chaque province et territoire a une loi sur les mesures d'urgence et est responsable de ses propres activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence.

- Si les provinces et les territoires ont besoin d'une aide supplémentaire, selon les circonstances et l'ampleur de la catastrophe, ils peuvent demander de l'aide aux ONG, aux provinces et aux territoires voisins et aux États frontaliers (s'il existe des accords à cet

égard) et/ou au gouvernement fédéral (p. ex., RNSU).

- En ce qui concerne l'aide mutuelle, le *Protocole d'entente (PE) fédéral, provincial et territorial sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique* a été approuvé par les ministres de la Santé des provinces et des territoires en 2009. Ce protocole d'entente énonce les principes communs pour fournir de l'aide intergouvernementale en cas d'urgence qui menace la santé du public. Bien qu'il n'ait pas encore été opérationnalisé, des travaux sont en cours dans ce domaine.

- Les administrations comptent à divers degrés sur l'aide fédérale, parce qu'elles ont des niveaux de capacité différents et des relations différentes avec d'autres intervenants (en raison des antécédents de demande de capacité d'appoint et de facteurs politiques). Par exemple, lorsqu'une administration est confrontée à une catastrophe naturelle, elle peut s'adresser directement au gouvernement fédéral pour obtenir des fournitures d'urgence, tandis qu'une autre sera plus susceptible de demander de l'aide à la Croix-Rouge canadienne.

- Les efforts généraux de préparation et d'intervention en cas d'urgence de l'ASPC axés sur le renforcement des capacités tiennent compte du fait que la capacité variera en fonction de la situation de chaque administration au fil du temps.

- L'accent renouvelé mis sur le renforcement des capacités de gestion des urgences aidera à ramener les niveaux de capacité des provinces et des territoires à un seuil uniforme, tout comme les autres outils et protocoles de gestion des urgences en place, comme le PE sur la prestation d'une aide mutuelle des provinces et des territoires de 2009 et la stratégie nationale d'atténuation des catastrophes de Sécurité publique. L'amélioration de la capacité des provinces et des territoires contribuera à assurer une approche plus uniforme de la gestion des situations d'urgence.

- La composition et la quantité des réserves municipales et provinciales et territoriales de fournitures n'ont pas été officiellement communiquées au gouvernement fédéral. De plus amples renseignements sur la capacité des provinces et des territoires seront demandés dans le cadre de consultations officielles à une date ultérieure. De plus, il nous faut des renseignements plus détaillés sur les initiatives fédérales visant à renforcer la capacité des provinces et des territoires.

Contexte des ONG

- Les ONG ont tendance à se concentrer sur la distribution de fournitures de services sociaux, d'abris et de fournitures médicales générales, par opposition aux contre-mesures médicales, aux antiviraux ou au matériel médical spécialisé. La capacité des ONG n'est pas uniforme d'un bout à l'autre du pays. Par exemple, des organisations comme l'Ambulance Saint-Jean et l'Armée du Salut ont une certaine capacité d'intervention en cas d'urgence, mais elle se limite au niveau local.

Page: 266 of/de 1,041
AV2020000020

- L'ONG qui a la plus grande capacité de fournir une capacité d'appoint à l'échelle nationale est la Croix-Rouge canadienne. Les autorités publiques de tous les ordres de gouvernement (municipal, des provinces et des territoires ou fédéral) peuvent demander une aide d'urgence de la Croix-Rouge canadienne, qui travaille en partenariat avec les premiers intervenants, les gestionnaires des mesures d'urgence et les fonctionnaires pour appuyer leurs activités d'intervention. La Croix-Rouge canadienne est bien placée pour intervenir rapidement en cas d'urgence grâce à ses réseaux et partenariats établis à l'échelle nationale, provinciale et territoriale et communautaire; il a un protocole d'entente avec Sécurité publique Canada ainsi que des ententes avec 8 des provinces et des territoires et 800 municipalités. L'organisation prend actuellement des mesures pour accroître le nombre d'ententes conclues avec les provinces, les territoires et les municipalités, ce qui contribuera à l'adoption d'une approche plus uniforme de gestion des urgences au Canada.

- La capacité des ONG a augmenté depuis la création de la RNSU. Les ententes actuelles avec la Croix-Rouge canadienne (et peut-être d'autres ONG) représentent en fait une capacité d'appoint contractuelle, ce qui renforce la capacité des provinces et des territoires. À l'avenir, il faudra améliorer l'engagement avec ces partenaires, car leur infrastructure locale favorise une mobilisation plus rapide afin de mieux réagir à un événement de santé publique.

- Il faut aussi obtenir plus d'information sur la capacité des ONG, leurs ententes avec les administrations de tout le pays. De plus, il faut préciser leurs rôles et responsabilités dans le contexte de la gestion des urgences des provinces et des territoires.

Rôle proposé de la RNSU

- On s'attendra toujours à ce que le gouvernement du Canada joue un rôle de premier plan pour aider les Canadiens en cas d'urgence, tout en respectant les compétences de chacune des administrations. En cas d'urgence, les Canadiens s'attendent à ce que leurs gouvernements leur procurent les fournitures dont ils ont besoin. Il est peu probable que les Canadiens considèrent que chaque ordre de gouvernement a un mandat précis en ce qui concerne la distribution de fournitures d'urgence, bien que la mesure dans laquelle une urgence est localisée soit susceptible de déterminer les attentes en matière de participation fédérale. Toutefois, peu importe la situation d'urgence, si les approvisionnements provinciaux et territoriaux s'épuisent ou s'ils s'avèrent insuffisants, les Canadiens se tourneront probablement vers le gouvernement fédéral pour compléter leur capacité. L'absence de capacité d'appoint du gouvernement fédéral en période de besoin peut être perçue comme un non-respect de l'engagement du gouvernement du Canada à l'égard de la santé et de la sécurité des Canadiens.

- Cependant, il est important que la portée du rôle fédéral soit bien définie, car il n'est pas possible de s'attendre à ce que les réserves fédérales représentent une préparation à chaque éventualité. Le rôle futur de la RNSU doit tenir compte de l'évolution de la situation des principaux intervenants. Compte tenu des efforts continus déployés par le gouvernement pour renforcer la capacité de gestion des situations d'urgence dans les provinces et les

Page: 267 of/de 1,041
AV2020000020

territoires, on s'attend à ce que les provinces et les territoires soient prêts à intervenir en cas d'événements de santé publique qui surviennent fréquemment (p. ex., les inondations annuelles dans certaines régions du pays). L'aide fédérale devrait être le dernier recours et ne devrait être demandée que lorsque tous les autres moyens (et les niveaux de capacité des provinces et des territoires) ont été épuisés.

- Cela est particulièrement pertinent pour les services sociaux d'urgence, qui sont plus facilement accessibles et peuvent être fournis par des ONG partenaires. Toutefois, dans le cas d'un événement de santé publique majeur nécessitant de grandes quantités de ces fournitures, la RNSU peut être appelée à fournir de l'aide. Par conséquent, compte tenu des risques et des besoins actuels au Canada, la capacité d'appoint des services sociaux joue un rôle dans la gestion des urgences fédérales et la répartition des biens de la RNSU.

- Bien que la RNSU joue un rôle dans la capacité d'appoint, il devrait se concentrer sur le fait d'être le fournisseur principal de biens spéciaux qui ne sont pas stockés par les provinces et les territoires et les ONG. Il n'est peut-être pas possible pour toutes les provinces et tous les territoires de se préparer à des événements à faible probabilité et à forte incidence. Par exemple, une éclosion de variole est très improbable. Toutefois, il est prudent que le vaccin antivariolique soit disponible pour la population canadienne comme contre-mesure médicale dans le cas du bioterrorisme. La RNSU est également susceptible d'être le seul fournisseur de contre-mesures médicales qui ne sont pas approuvées pour une utilisation générale au Canada. [redacted]

  • Il incombe au gouvernement fédéral de se préparer à de tels événements, d'assurer la disponibilité continue de produits pharmaceutiques spécialisés, de fournitures médicales et d'équipement qui sont rares et difficiles à obtenir pour les provinces et les territoires et les ONG. Bon nombre de ces biens spéciaux n'existent pas dans les systèmes hospitaliers au Canada et il est difficile de les acquérir en cas d'urgence (peu de fabricants, restrictions relatives à la licence, non homologués pour la vente au Canada, long délai d'approvisionnement).

- Cela est conforme aux pratiques internationales, car les réserves nationales aux États-Unis et en Australie ont un double objectif, en ce sens qu'elles fournissent à la fois une capacité d'appoint et une capacité pour les événements à faible probabilité et à impact élevé, le stockage de médicaments essentiels et d'équipement pour contrer les effets de produits chimiques, le terrorisme biologique et radio-nucléaire ou les éclosions de maladies transmissibles majeures.

- Il est important que les biens de la RNSU répondent aux normes de soins actuelles, soient pertinents sur le plan médical et utilisent les technologies les plus récentes, le cas échéant. Les biens périmés et non pertinents nuisent à la capacité de la RNSU d'intervenir efficacement en cas d'urgence en santé publique.

DRAFT

Prochaines étapes

- À l'avenir, le cadre stratégique sera actualisé à intervalles réguliers, suivi d'un réalignement correspondant de la composition des biens de la RNSU.

DRAFT

Annexe A – Composition des biens de la RNSU



Page: 270 of/de 1,041
AV2020000020

Annexe B – Déploiements de la RNSU

Déploiements à l'échelle nationale

- Près de la moitié des déploiements de la RNSU ont été effectués en réponse à des catastrophes naturelles; par exemple, les inondations de la rivière Rouge au Manitoba (fin des années 1990) et la tempête de verglas en Ontario et au Québec (1998).

- Les déploiements technologiques comprennent des interventions en réponse à des incendies industriels (1990), à des pannes d'électricité (2003) et à l'écrasement de Swiss Air au large des côtes de la Nouvelle-Écosse (1998).

- Les déploiements dans le cadre d'événements biologiques ont principalement été des réponses aux épidémies de SRAS (2003) et de H1N1 (2009).

- Il y a également eu des déploiements en période de conflit, comme pendant la crise d'Oka (1990) et les attaques du 11 septembre qui ont immobilisé des passagers aériens dans l'est du Canada (2001).

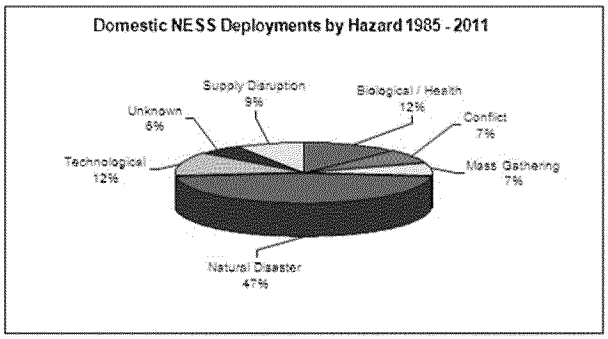
- Le déploiement de la réserve a également inclus une capacité d'appoint pour les rassemblements de masse; par exemple, l'utilisation d'une mini-clinique aux Jeux olympiques d'hiver de 2010 à Vancouver.

- Les déploiements de perturbation de l'approvisionnement visent principalement à appuyer d'autres organisations lorsque leurs propres approvisionnements ont été épuisés en raison d'un événement ou d'une perturbation de la chaîne d'approvisionnement. Par exemple, l'Oseltamivir (un antiviral) a été délivré à l'ACIA après qu'une éclosion de grippe aviaire a été détectée dans une ferme en 2004.

- Environ 37 200 capsules de Tamiflu ont été distribuées depuis 2004, et environ 136 907 couvertures ont été utilisées pour des incidents comme des inondations ou des feux de forêt (ce nombre comprend les mêmes couvertures réutilisées à de multiples occasions).

DRAFT

Page: 271 of/de 1,041
AV2020000020



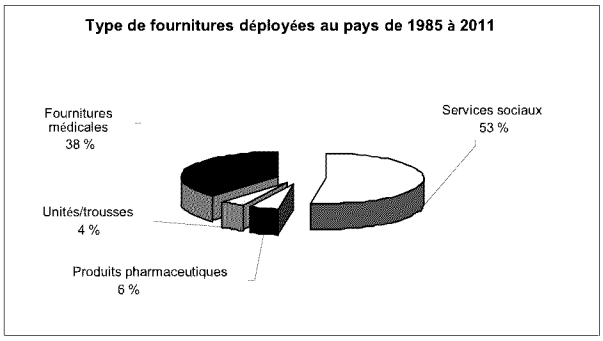
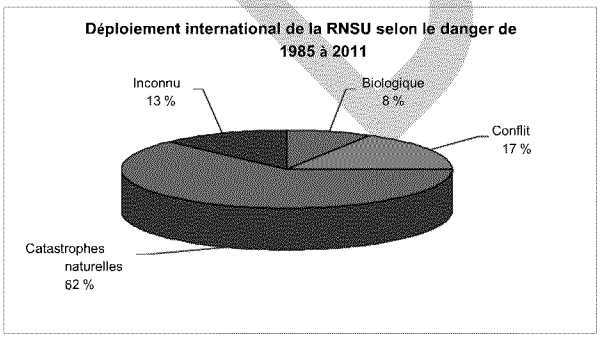


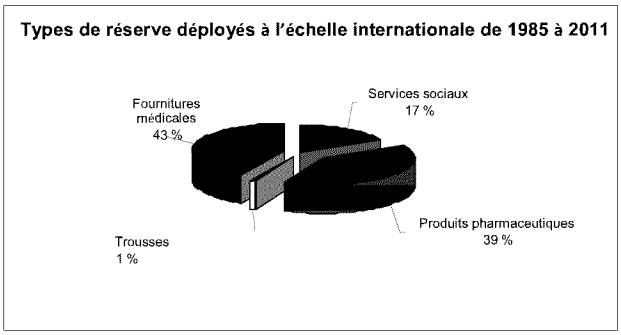
Table translation
Déploiement national de la RNSU selon le danger de 1985 à 2011
Technologique 12 %
Inconnu 6 %
Interruption de l'approvisionnement 9 %
Biologique/Santé 12 %
Conflit 7 %
Grands rassemblements 7 %
Catastrophes naturelles 47 %

Déploiements à l'échelle internationale

- À l'échelle internationale, on a davantage besoin de fournitures de santé en réponse à des conflits ou à des événements géologiques.
- Parmi les déploiements, mentionnons le soutien aux mesures de réponse au tsunami en Asie du Sud-Est (2005) et après l'ouragan Katrina aux États-Unis (2005) et, plus récemment, le tremblement de terre qui s'est produit en Haïti en 2009 (les fournitures ont été distribuées en 2010) et au Japon (2011).

- Depuis 2000, la RNSU a déployé environ 27 604 [redacted]. 4 millions d'unités d'antibiotiques (Maldives, Philippines, par l'entremise de l'ACDI), et environ 120 000 unités de bandages, gants, aiguilles, blouses, etc. (La Nouvelle-Orléans, envoyés directement).





Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

RÉSERVE NATIONALE STRATÉGIQUE D'URGENCE

Plan d'optimisation

DRAFT

Réservé à l'usage interne de l'ASPC

1er août 2013

Page: 273 of/de 1,041
AV2020000020

RÉSERVE NATIONALE STRATÉGIQUE D'URGENCE

Plan d'optimisation

Table des matières

Introduction 2

But 2

Préambule 2

Rôles et responsabilités 2

Principes de la RNSU 3

Objectifs de la RNSU 3

Autorisations et gouvernance 3

Autorisations 3

Gouvernance 5

Stratégie de renouvellement des biens 8

Fondée sur des données probantes et axée sur le risque 8

Composition des actifs 8

Gestion du cycle de vie 9

Empreinte de la RNSU 12

Entrepôts de la RNSU 12

Sites prépositionnés 14

Conclusion 14

Annexe A : Aperçu des biens actuels de la RNSU et voie à suivre 15

DRAFT

Introduction

But

Le présent document est établi en fonction de la nouvelle orientation concernant la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU), telle que définie dans le cadre stratégique, en décrivant la gouvernance, les autorisations, la Composition des actifs ainsi que le déploiement, la gestion et l'acquisition des biens. Le Plan d'optimisation fournit également un cadre pour la gestion de la prise de décision concernant la RNSU.

Le présent document fournit également les livrables décrits dans la Réponse et plan d'action de la direction pour l'*Évaluation de la RNSU* de 2010 et le plan d'action de la direction pour la *Vérification des mesures et intervention d'urgence* de 2009.

Le public cible du présent document est un public interne de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

Préambule

La RNSU fournit une capacité d'intensification de manière fiable et en temps opportun en permettant d'accéder à une réserve pertinente de biens d'urgence liés à la santé en réponse aux risques pour la santé publique et à d'autres urgences éventuelles. Ceci nécessite une gestion adéquate de la composition, de l'achat et du cycle de vie des biens.

Depuis la création de la RNSU en 1952, il y a eu des changements importants dans le contexte de la gestion des urgences sanitaires, y compris l'évolution de nouveaux risques pour la santé publique, l'augmentation de la capacité des partenaires, les progrès technologiques dans le domaine des produits pharmaceutiques et du matériel médical et l'accent mis sur l'échange de fournitures et de matériel médicaux entre les administrations.

Compte tenu de ces changements et d'autres encore, il est nécessaire d'adopter une approche stratégique à la constitution d'une réserve pour s'adapter à ces changements et bien tenir compte de l'environnement moderne de la santé publique. Les changements décrits dans le Cadre stratégique de la RNSU et présentés en détail dans le présent plan d'optimisation ont pour but de faire en sorte que la base de biens de la RNSU demeure pertinente, adaptée et disponible en cas d'urgence ou d'autres événements importants.
La modernisation de la RNSU contribue à aider le gouvernement du Canada à être en mesure de mieux répondre à l'évolution de l'environnement de risque.

Rôles et responsabilités

(tels que décrits dans le Cadre stratégique de la RNSU)

Il sera toujours attendu du gouvernement du Canada qu'il joue un rôle de leader en soutenant les Canadiens en cas d'urgence, tout en respectant les compétences. La capacité d'intensification fédérale montre l'engagement du gouvernement du Canada à assurer la santé et la sécurité des Canadiens.

La prestation des soins de santé et des services sociaux est une responsabilité qui incombe

Page: 275 of/de 1,041
AV2020000020

généralement aux administrations municipales et aux gouvernements provinciaux/territoriaux. Chaque province et chaque territoire (PT) a des mesures législatives d'urgence et a la responsabilité d'assurer ses propres activités de mesures et intervention d'urgence.

Dans le cas où les PT ont besoin d'aide, ils peuvent demander l'aide d'organisations non gouvernementales (ONG), de leurs partenaires des ententes régionales et/ou de la RNSU.

Le rôle du gouvernement fédéral consiste en partie à se préparer à faire face à des événements à faible probabilité et à fort impact, en prenant des dispositions pour assurer la disponibilité permanente de produits pharmaceutiques, de fournitures médicales et de matériel qui sont rares et/ou difficiles à obtenir dans un court laps de temps.

Bien que la RNSU joue un rôle dans le maintien d'une capacité d'intensification en ce qui concerne les fournitures des services sociaux, elle doit être surtout un fournisseur primaire de biens dont les PT et les ONG ne constituent habituellement pas une réserve.

Principes de la RNSU

(tels que décrits dans le Cadre stratégique de la RNSU)

- Fourniture de biens d'urgence sanitaire pour assurer une capacité d'intensification lorsque les ressources locales et PT ont été épuisées;
- Fourniture de biens-créneaux dont le gouvernement fédéral est le seul fournisseur du système national de gestion des urgences;
- Prise de décision axée sur le risque et fondée sur des données probantes concernant la Composition des actifs stratégiques;
- Adapté et adaptable à l'évolution continue de la gestion des urgences au Canada;
- Collaboration et coordination entre le gouvernement et les organisations non gouvernementales (ONG) partenaires;
- Intendance efficace et efficiente de la réserve, y compris la gestion du cycle de vie des biens;
- Accent mis sur les déploiements au pays; rôle international à titre exceptionnel si le gouvernement du Canada (GC) le demande;
- À utiliser dans des circonstances exceptionnelles; n'est pas conçu pour répondre aux besoins du système de soins de santé.

Objectifs de la RNSU

(tels que décrits dans le Cadre stratégique de la RNSU)

- Clarifier et définir le mandat, les rôles et les responsabilités de la RNSU avec les partenaires;
- Définir clairement le niveau de capacité nécessaire pour répondre aux attentes du gouvernement du Canada concernant la RNSU;
- Positionner la RNSU en tant que réserve de biens spécialisés harmonisé avec l'environnement de risque actuel en tenant compte des capacités des PT et des ONG;
- Clarifier la structure de gouvernance de la RNSU;
- Moderniser les pratiques de gestion de la réserve et les systèmes d'inventaire;
- Améliorer les communications et établir des réseaux avec des partenaires clés.

DRAFT

Autorisations et gouvernance

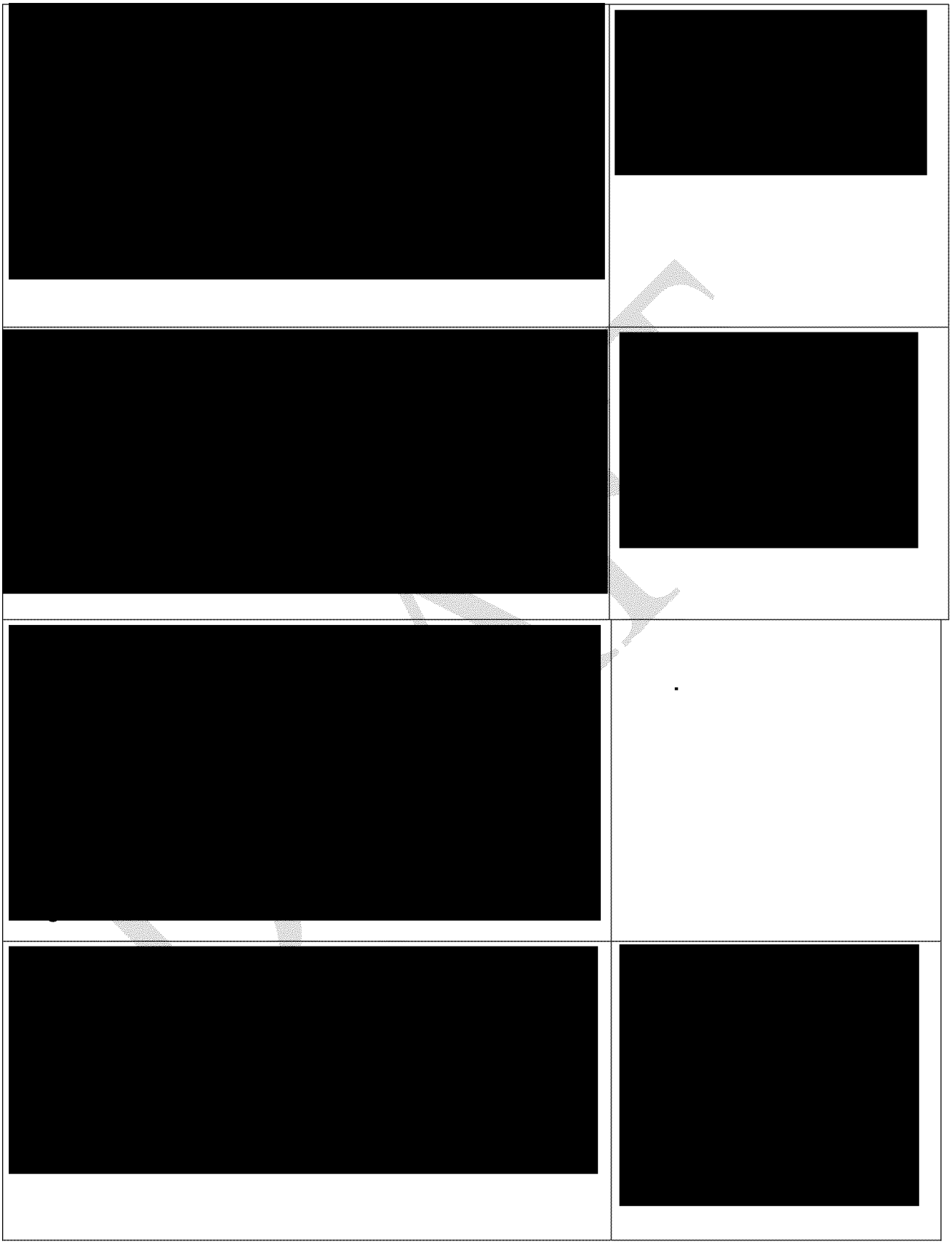
Autorisations

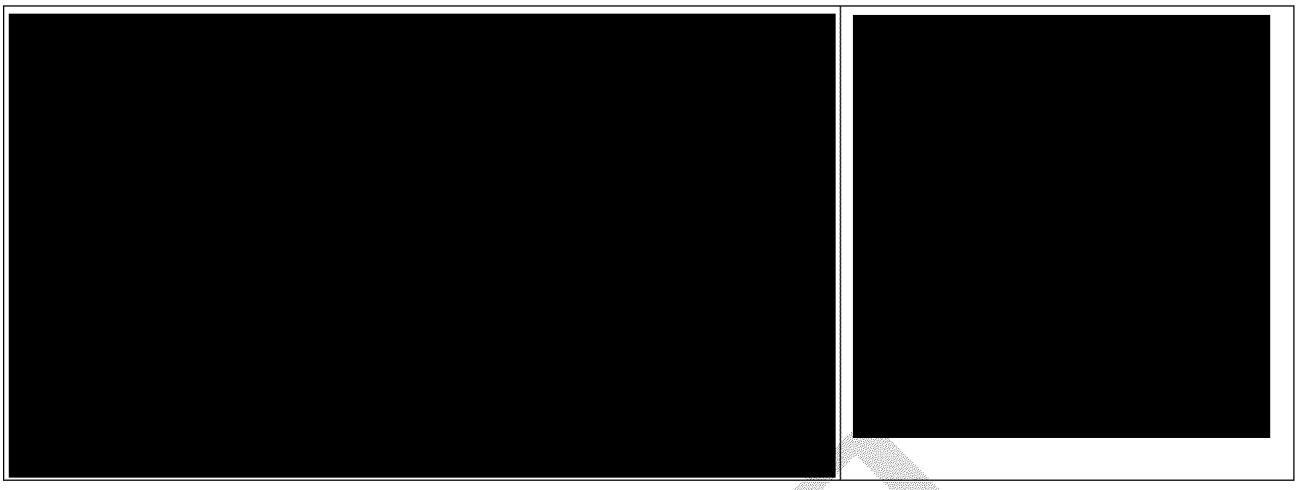
Toutes les décisions du cabinet concernant la RNSU soutiennent les efforts de modernisation. Les autorisations fondamentales d'origine concernant la constitution d'une réserve et le soutien apporté aux PT continuent de servir la RNSU au cours de la modernisation. Les autorisations reçus au cours des douze dernières années sont cumulatives pour fournir toutes les autorisations nécessaires pour les éléments clés de la modernisation de la RNSU, y compris la préparation aux événements terroristes et aux pandémies, une réserve modernisée, la gestion des stocks et la répartition stratégique des stocks. Dans l'ensemble, les autorisations permettent à la RNSU de parer au large éventail de menaces pour la santé publique qui ont émergé au 21e siècle et d'être harmonisée avec l'approche tous risques adoptée par le gouvernement du Canada en matière de gestion des urgences.

Figure 1 : Autorisations de la RNSU

Décisions du cabinet	Pouvoir et application
Janvier 1952 « Après discussion, le Cabinet a convenu que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social serait autorisé à constituer à des fins de protection civile des réserves de fournitures de santé essentielles d'un montant n'excédant pas 2,25 millions de dollars au cours du présent exercice et des prochains exercices, sous réserve de l'obtention de l'approbation du Conseil du Trésor de le manière habituelle pour des engagements particuliers. »	- Constitution de réserves - La base de la RNSU
Mai 1965 « Le Cabinet a approuvé en principe la recommandation du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social concernant l'utilisation, en cas de catastrophe en temps de paix, des fournitures de santé et de bien-être d'urgence mises en réserve régionalement au Canada, sur la sur la base des demandes des autorités provinciales et de l'approbation du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. »	- Capacité d'intensification des provinces - Demeure le rôle clé de la RNSU
Présentations au Conseil du Trésor	
1960-1964 - Financement pour acheter des installations médicales mobiles.	- Acquisitions faites - Les installations sont maintenant obsolètes - Remplacées par des mini-cliniques

DRAFT





Gouvernance

Les décisions opérationnelles de la RNSU sont prises par le directeur du programme. Les décisions ayant des répercussions sur les politiques sont renvoyées au Comité de la science, de la politique et de la gestion (CSPG) de l'ASPC. Les décisions qui nécessitent une orientation stratégique sont renvoyées au Comité exécutif (CE) de l'ASPC. La gouvernance de la RNSU est bien établie et a été améliorée récemment en renforçant la surveillance par la haute direction. Aucun autre changement n'est nécessaire pour la modernisation de la RNSU.

Déploiements au Canada

Le ministre de la Santé a le pouvoir de déployer des biens dans les provinces et les territoires. En pratique, pour faciliter une intervention en temps opportun, le pouvoir d'autoriser des déploiements au Canada est délégué au directeur responsable de la RNSU. Cette délégation sera renouvelée avec un nouvel instrument officiel de délégation dans le cadre de la modernisation générale de la RNSU.

En cas d'urgence ou d'événement, lorsque le niveau d'activation du Centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS) est augmenté, la prise de décision concernant les déploiements sera acheminée par l'entremise du système de gestion des incidents (SGI) pour obtenir des informations et/ou des approbations.

L'administrateur général de l'ASPC et le Cabinet du ministre sont avisés de toutes les demandes ou déploiements importants ou sensibles concernant la RNSU.

Figure 2 : Gouvernance

Décision	Pouvoir
Orientation opérationnelle	**Directeur de la RNSU**
Orientation stratégique	**CSPG**
Orientation stratégique	**CE**
Déploiements d'urgence dans les PT	**Directeur de la RNSU**
Déploiements internationaux	**Cabinet si une autorisation est**

DRAFT

Déploiements non urgents	**Administrateur général et**
Investissements importants	**CE**
Réduction ou retrait de stocks	**Administrateur général de l'ASPC**

Déploiements internationaux

Comme l'ASPC n'est pas une organisation d'aide internationale, la livraison de fournitures de l'ASPC est l'exception plutôt que la règle et doit être conforme aux lois, aux lignes directrices et aux règlements fédéraux.

La *Politique sur le don, le prêt et la vente de fournitures de l'ASPC aux gouvernements étrangers et aux organisations internationales de la santé et la livraison de fournitures de l'ASPC à (l'ancien) ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (2011)* guide les dons internationaux en fournissant un cadre pour la gestion des demandes des gouvernements étrangers et des organisations internationales de la santé concernant les fournitures de l'ASPC.

Les déploiements internationaux peuvent être effectués au cas par cas en collaboration avec des partenaires fédéraux qui ont des mandats internationaux. Selon la portée du déploiement, une décision du Cabinet peut également être requise.

Utilisation de la RNSU en dehors des urgences

La RNSU tient un stock limité de produits pharmaceutiques qui sont destinés aux interventions d'urgence et non aux besoins de routine du système de santé. Cependant, au cas par cas, ils peuvent être libérés en cas de pénurie de médicaments pour éviter des torts graves ou la mort.

L'approbation de l'administrateur général et l'approbation du ministre, au besoin, sont demandées pour les déploiements qui sortent du cadre de la capacité d'intensification pour les interventions d'urgence (p. ex., pour répondre à une pénurie de marché ou aux fins de la recherche).

DRAFT

Acquisitions et aliénations

À quelques exceptions près, la prise de décision concernant les acquisitions et les aliénations de la RNSU relève du directeur ou du directeur général responsable de la RNSU. Les décisions concernant les acquisitions sont prises conformément aux autorisations de dépenser conférées par la *Loi sur la gestion des finances publiques* (1985) et la *Délégation des pouvoirs de signature en matière financière de l'Agence de la santé publique du Canada* (2009), respectivement. Les décisions concernant l'aliénation des biens excédentaires, y compris le don ou la vente, sont prises conformément à la *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus* du Conseil du Trésor (2006) et à la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne* (1985).

Pour les décisions concernant une réduction importante ou une aliénation de stocks particuliers, tels que des lits et des couvertures, ou de biens qui ne conviennent pas à l'environnement de risque actuel, l'administrateur général de l'ASPC est consulté.

Des investissements importants sont inclus dans le plan d'investissement stratégique à long terme de l'ASPC et approuvés par le CE.

La participation de la RNSU aux processus décisionnels est déterminée au moyen probantes et axé sur le risque, tel qu'indiqué ci-dessous.

Exemple de modernisation : contre-mesures médicales

Les municipalités et les PT sont les premiers intervenants en cas d'urgence. Si nécessaire, ils peuvent demander l'aide de partenaires tels que des ONG, des PT avoisinants et les États américains ou le gouvernement fédéral.

Dans le passé, la RNSU a fourni un soutien sous forme de fournitures des services sociaux d'urgence, comme des lits et des couvertures. Cependant, ces articles peuvent être obtenus facilement de diverses autres sources. Tout en conservant une réserve de ces d'un processus fondé sur des données fournitures pour les urgences à grande échelle, la RNSU commencera à se concentrer principalement sur des biens à créneaux, tels que les types de CMM qui sont rares, difficiles à obtenir en temps opportun ou utilisés dans des situations à faible probabilité et à fort impact.

Dans cette perspective, l'outil de gestion des biens stratégiques (voir ci-dessous) a été utilisé pour faire une recommandation au CE sur le type et la quantité appropriés [redacted] à conserver dans la RNSU.

Pour appuyer cette recommandation et d'autres encore, la RNSU a élaboré un plan d'acquisition sur cinq ans pour les CMM. L'Agence de la santé publique du Canada travaille également avec ses partenaires internationaux pour améliorer et orienter la recherche sur le développement de nouveaux matériels médicaux.

Le Comité de gestion des risques et de surveillance (CGRS) soutient l'élaboration des normes, des politiques et des systèmes de l'ASPC en matière de gestion des risques. Ce comité détermine à l'heure actuelle son rôle dans la surveillance des programmes. Lorsque cette décision aura été prise, le CGRS participera à la surveillance des processus décisionnels de la RNSU.

Page: 281 of/de 1,041
AV2020000020

Stratégie de renouvellement des biens

Fondée sur des données probantes et axée sur le risque

Depuis 2012, la prise des décisions concernant les acquisitions et les aliénations est soutenue par deux comités consultatifs d'experts en la matière : le Comité consultatif sur le matériel et les fournitures médicaux (CCMFM) et le Comité sur les produits pharmaceutiques et thérapeutiques (CPPT). Les membres du CCMFM comprennent des représentants de l'ASPC et un représentant de Santé Canada. Le CPPT comprend des membres de l'ASPC et de Santé Canada et un du ministère de la Défense nationale. Les avis des comités sont formulés en s'appuyant sur les publications actuelles, les évaluations des risques et d'autres outils d'analyse des coûts et des avantages. Les considérations supplémentaires dont les comités tiennent compte comprennent la disponibilité de la fabrication, les possibilités de réduire les coûts et les risques pour le public canadien et le gouvernement du Canada.

Le CCMFM et le CPPT utilisent deux outils pour formuler leurs recommandations :

Évaluation du risque
Lorsqu'il est question des acquisitions de biens de la RNSU, le CPPT et le CCMFM sont éclairés par les travaux en cours du Comité sur les préparatifs d'urgence du portefeuille de la Santé. Plus précisément, leur *Rapport d'évaluation des risques en cas d'urgence de santé publique*, élaboré pour la première fois en 2010, fournit de l'information sur la probabilité et l'impact de divers dangers, risques et menaces.

Le rapport est conçu pour déterminer, analyser et évaluer les menaces, les dangers et les risques qui pourraient entraîner des urgences de santé publique qui pourraient nécessiter une préparation et une intervention de la part du portefeuille de la Santé. Il s'agit d'une évaluation des risques tous risques dans laquelle il est tenu compte de la malveillance ou de la menace d'actes délibérés ainsi que des risques d'origine naturelle ou accidentelle.

Outil de prise de décision axé sur le risque de la gestion des biens stratégiques (GBS)
L'outil de GBS a été mis en œuvre en 2012 en tant que méthodologie pour aider l'Agence à évaluer la valeur d'atténuation d'un bien en fonction de l'évaluation tous risques dans le *Rapport d'évaluation des risques en cas d'urgence de santé publique* (2011). L'outil de GBS fait appel à une méthodologie mixte (quantitative et qualitative) pour fournir des détails et le contexte concernant les types de biens (médicaux, pharmaceutiques et services sociaux) dont la RNSU aura besoin pour faire face à l'environnement de risque actuel. Depuis sa mise en œuvre en 2012, l'outil de GBS a été utilisé pour fournir des recommandations à la haute direction et étayer les décisions du CPPT. À ce jour, six biens ont été évalués et des recommandations ont été formulées en fonction de l'environnement de risque et des considérations financières.

Composition des actifs

Depuis la création de la RNSU en 1952, la composition des actifs a évolué en fonction du contexte de la gestion des urgences. Au fil du temps, les biens acquis appartenaient généralement à l'une des quatre catégories suivantes : (1) matériel et fournitures médicaux (p. ex., mini-

Page: 282 of/de 1,041
AV2020000020

cliniques, appareils de radiographie), (2) fournitures en cas de pandémie (p. ex., antiviraux et équipement de protection individuelle), (3) produits pharmaceutiques (p. ex., antibiotiques, contre-mesures chimiques, biologiques et radio-nucléaires) et (4) fournitures pour les services sociaux (p. ex., trousses de centre d'accueil, lits et couvertures).

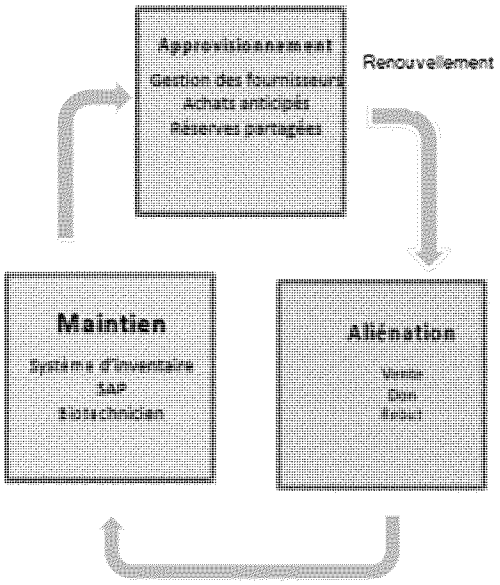
Compte tenu de la menace de pertes massives à grande échelle (p. ex., en cas de conflit nucléaire) et du fait que les réseaux de transport étaient moins fiables dans le passé, le volume des installations médicales mobiles de la RNSU des années 1960 est considérable. En conséquence, nous avons maintenant plus de fournitures des services sociaux que nous ne pourrions jamais en utiliser au Canada. En outre, beaucoup d'autres biens des services sociaux appropriés peuvent maintenant être obtenus facilement par l'entremise d'autres mécanismes tels que les autres paliers de gouvernement ou les ONG ou sur le marché. Une évaluation des risques a confirmé que nous n'avons pas besoin d'un si gros volume de fournitures des services sociaux.

Tel qu'indiqué dans le Cadre stratégique de la RNSU, la composition des actifs sera réexaminée pour la faire correspondre à l'environnement de risque actuel. La RNSU accordera la priorité aux stocks pharmaceutiques tels que les contre-mesures médicales dont il existe peu de fabricants, qui sont difficiles à obtenir / à conserver et dont le délai d'approvisionnement est long. Au besoin, nous continuerons de conserver du matériel médical et des fournitures en cas de pandémie. Cependant, les stocks de fournitures des services sociaux de la RNSU seront adaptés à l'environnement de risque actuel.

Bien que les quantités et les produits soient susceptibles de changer, les décisions concernant les stocks futurs de la RNSU continueront de dépendre de l'évolution de l'environnement de risque, des connaissances scientifiques fournies au moyen des outils d'évaluation et des conseils des comités d'experts. La composition des actifs de la RNSU modernisée restera fluide et sensible à l'évolution de l'environnement (voir à l'Annexe A un aperçu des modifications apportées aux biens clés).

Gestion du cycle de vie

Figure 3 : Gestion du cycle de vie



Le processus de gestion du cycle de vie fait en sorte que la RNSU ait des biens à jour et pertinents afin que le gouvernement du Canada soit préparé à s'acquitter de ses responsabilités en matière de santé publique et soit capable de le faire. Grâce à la surveillance des biens, la RNSU peut prendre des décisions éclairées concernant l'approvisionnement, le maintien, le renouvellement ou l'aliénation.

Approvisionnement
La RNSU modernisée tient compte des meilleures options disponibles en ce qui concerne l'approvisionnement, la gestion du matériel et la gestion du cycle de vie des biens de la RNSU. La RNSU achète, gère et entrepose la plus grande partie de ses biens dans ses installations; cependant, selon le type de bien et/ou d'urgence, diverses méthodes sont envisagées à l'heure actuelle :

Page: 283 of/de 1,041
AV2020000020

Inventaire géré par les fournisseurs

- Ceci consiste en l'utilisation d'un inventaire géré par le fournisseur ou le distributeur qui permet de mettre à contribution l'utilisation de la capacité d'entreposage et de gestion des stocks du secteur privé. L'expiration continue d'éléments de la réserve peut être gérée en faisant circuler le stock dans la réserve du fournisseur, au besoin, au moyen des ventes en cours à d'autres clients. Certains produits pharmaceutiques peuvent être gérés en vertu d'une entente qui accorde un accès prioritaire aux produits entreposés et conservés par le fabricant. Cette pratique peut réduire les coûts et est envisagée par la RNSU chaque fois que c'est possible. Le RNSU dispose à l'heure actuelle d'ententes d'inventaire géré par le fournisseur pour certains de ses biens.

Ententes sur les achats anticipés

- Ce sont des dispositions contractuelles qui accordent la priorité aux achats d'un acheteur en particulier et qui comprennent des plans de circonstance pour le transport et l'expédition directe du produit de son pays de production (le cas échéant) au Canada. Ces types d'entente peuvent être utiles pour réduire les coûts associés à l'entreposage et au remplacement des produits pharmaceutiques à courte durée de vie. Cependant, les déploiements pourraient être retardés en raison de problèmes de transport ou parce que le stock est épuisé en période de forte demande. Bien qu'aucune entente de ce type ne soit en place à l'heure actuelle pour les biens de la RNSU, l'Agence de la santé publique du Canada utilise un mécanisme semblable pour l'approvisionnement en vaccin contre la grippe pandémique.

Réserves partagées

- Les réserves pourraient être partagées avec d'autres gouvernements et des mécanismes pourraient être élaborés pour organiser la livraison à la RNSU si des biens provenant de la réserve d'un autre gouvernement étaient nécessaires. Des dispositions réciproques s'appliquent pour le cas où un gouvernement aurait besoin d'accéder à la RNSU. Bien qu'aucune entente n'ait encore été conclue avec d'autres gouvernements, ce mécanisme est utilisé avec d'autres ministères fédéraux (p. ex., l'Agence canadienne d'inspection des aliments) et continuera d'être envisagé et mis en œuvre, s'il y a lieu.

Les ententes sur les stocks gérés par le fournisseur ou les achats anticipés dépendent d'une consommation constante par le marché du bien en question. Pour les médicaments qui ne sont pas utilisés habituellement, tels que les contre-mesures employées en cas d'événements de santé rares, ces types d'accord ne seront probablement pas possibles.

La disponibilité des produits pharmaceutiques génériques, des innovations issues de la recherche et d'autres mécanismes permettant de tirer parti des capacités avec des partenaires de gestion des urgences continuera d'être prise en compte dans les achats de la RNSU.

Maintien

Jusqu'à tout récemment, toutes les données et l'information sur l'inventaire de la RNSU étaient traitées manuellement (sur un grand livre en papier), ce qui créait des difficultés importantes lorsqu'il s'agissait de tenir des registres sur l'état des biens et d'effectuer son suivi en toute confiance. En 2012, la RNSU a mis en œuvre deux nouveaux systèmes pour

améliorer la responsabilisation et l'efficience – le système d'inventaire SAP et un nouveau système de codes à barres. Ces outils ont amélioré le contrôle des stocks ainsi que la responsabilisation et ont permis de produire des rapports exacts en temps opportun.

La RNSU fait en sorte qu'un état de préparation souhaité soit maintenu en fonction d'une compréhension de l'environnement actuel de la menace et des risques, des analyses coût-avantage et des conseils d'experts en la matière. En raison des progrès de la technologie médicale, les produits pharmaceutiques et le matériel médical de la RNSU sont devenus de plus en plus complexes et nécessitent donc une planification préalable et des ressources spécialisées. Par exemple, un biotechnicien a été embauché pour créer un mécanisme rentable pour assurer l'entretien requis pour le matériel médical avancé.

DRAFT

Biens excédentaires

Lorsque les biens approchent de la fin de leur cycle de vie, leur renouvellement ou leur aliénation est nécessaire. Les biens seront renouvelés conformément au processus axé sur le risque et fondé sur des données probantes. Sous réserve d'exigences particulières, la *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus* du Conseil du Trésor prévoit un certain nombre d'options pour l'aliénation, notamment :

- vente par l'entremise de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC);
- don à d'autres organisations fédérales, à d'autres paliers de gouvernement ou à des gouvernements ou organisations étrangers;
- don du bien excédentaire à un organisme de bienfaisance ou à but non lucratif reconnu;
- conversion en déchets d'une manière respectueuse de l'environnement.

Les biens qui sont excédentaires compte tenu des exigences du programme appartiennent à l'une des quatre catégories suivantes :

Exemple de modernisation:

Des hôpitaux d'urgence de 200 lits aux mini-cliniques

Dans les années 1960, la RNSU a acquis des unités hospitalières d'urgence de 200 lits afin de fournir des soins médicaux actifs et de courte durée de façon autonome dans le pire des scénarios.

La capacité PT et la technologie médicale ont progressé considérablement depuis cette acquisition. La réserve possède encore 165 de ces unités mais elles ne répondent plus aux normes médicales en matière de soins et ne peuvent donc pas être utilisées. De plus, l'environnement de risque a évolué et la menace d'un échange nucléaire à grande échelle s'est éloignée, de sorte que ce n'est plus un bien approprié pour le gouvernement fédéral.

La RNSU dispose maintenant de mini-cliniques modernes pour le triage et le traitement des personnes les moins gravement blessées. Ces cliniques mobiles peuvent compléter les installations de soins médicaux existantes en cas de catastrophe, ce qui permet à l'installation médicale de se concentrer sur les blessures les plus graves. La mini-clinique peut être dotée de matériel plus avancé au besoin, comme des appareils de radiographie ou des ventilateurs.

Les lits et les couvertures des hôpitaux d'urgence contribuent à donner à la RNSU un stock excédentaire de ces biens.

- **Les biens obsolètes** ne peuvent pas être utilisés de façon sécuritaire d'après les normes médicales modernes ou font appel à une technologie qui n'est plus pertinente pour l'exercice de la médecine moderne. Ces biens constituent un passif pour le gouvernement fédéral et seront mis à la casse et vendus pour leur valeur de rebut.
  - p. ex., appareils de radiographie des années 1960, cuisines au charbon.

- **Les produits pharmaceutiques ou les fournitures périmés** qui ont atteint la limite de leur durée de conservation peuvent ne plus pouvoir être utilisés (ne plus être sécuritaires/efficaces) et peuvent représenter un risque pour le gouvernement fédéral. Il en est tenu compte dans la planification à long terme des acquisitions de la RNSU et dans le cadre de la gestion du cycle de vie des biens.
  - Presque tous les produits pharmaceutiques ont une date d'expiration et devront

Page: 286 of/de 1,041
AV2020000020

être incinérés et remplacés le cas échéant.

- **Un bien surabondant** est un bien dont on a toujours besoin mais dont la quantité dépasse celle qui est nécessaire pour répondre à l'environnement de risque actuel.
    - p. ex., lits d'hôpital, couvertures en laine, civières comme celles de la Seconde Guerre mondiale.

- **Biens non adaptés à l'environnement de risque actuel** ou non conformes aux principes de la RNSU.
    - p. ex., poubelles, lanternes au kérosène, réservoirs d'eau ouverts

Pour aller de l'avant avec la modernisation, les biens surabondants en bon état seront offerts à d'autres ministères, aux PT et aux ONG pour contribuer à renforcer les capacités d'intervention d'urgence et la résilience des communautés. Cette approche est conforme à la *Stratégie nationale d'atténuation des catastrophes du Canada*.

La RNSU détient à l'heure actuelle beaucoup plus de fournitures des services sociaux que ce qui est requis pour la capacité d'intensification fédérale. Faire don de ces biens excédentaires aux PT leur permettrait de faire face aux risques communs et permettrait à la RNSU de se concentrer sur les biens spécialisés requis pour les événements à faible probabilité et à fort impact. Bien que les lits d'hôpital portatifs ne soient pas idéaux pour la capacité d'urgence des services sociaux (ils sont plus élevés que les lits ordinaires pour faciliter le traitement), ils peuvent jouer ce rôle s'il n'y a pas d'autres options.

Beaucoup des éléments non médicaux de l'inventaire de la RNSU étaient conçus pour soutenir la fonction des installations médicales mobiles des années 1960 et ne jouent aucun rôle dans la gestion des urgences. Ceux-ci seront vendus par l'entremise de TPSGC conformément à la *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus* du Conseil du Trésor.

Empreinte de la RNSU

Dans le cadre de la modernisation, la RNSU sera transférée dans un entrepôt stratégique plus efficace et dans un réseau de sites prépositionnés. Les entrepôts qui ne contribuent pas à l'atteinte de l'objectif de distribution 24 heures par jour seront fermés et il n'y aura des sites prépositionnés que dans les régions éloignées.

Entrepôts de la RNSU

À l'heure actuelle, la RNSU possède des entrepôts dans neuf villes du Canada ([redacted] Ce réseau d'entrepôts a été analysé par CPCS Transcom Limited, une société d'experts-conseils spécialisée dans les questions de transport stratégique, afin de déterminer s'il était possible d'adopter une solution plus efficace et plus rentable tout en maintenant l'objectif consistant à assurer la disponibilité de l'intervention de la RNSU 24 heures par jour.

L'analyse a permis de déterminer :

- les configurations de réseau qui offrent le système de distribution le plus efficace;
- des économies qui pourraient être réalisées grâce à la rationalisation de différents entrepôts;
- un réseau d'entrepôts optimal.

Optimisation du réseau d'entrepôts

L'analyse a indiqué qu'avec six emplacements stratégiques, il serait possible de maintenir le rôle de la RNSU en tant que source de capacité d'intensification en temps opportun pour les PT. Ceci augmenterait les gains d'efficacité de la gestion des biens et ferait économiser au gouvernement fédéral 900 000 $ par année en frais de location. La durée moyenne du transport en camion pour les emplacements qui ne sont pas situés en région éloignée passerait de cinq à six heures.

Les entrepôts fédéraux [redacted] seront maintenus car ce sont les entrepôts situés [redacted] et ils peuvent fournir un soutien à des régions difficiles d'accès. Les autres emplacements seront [redacted] Les entrepôts fédéraux situés à l'heure actuelle [redacted] représentent une capacité redondante et seront fermés.

Collectivités nordiques et éloignées

Une analyse a été effectuée pour évaluer la couverture du réseau dans une perspective où la réserve peut offrir une intervention 24 heures par jour. À l'heure actuelle, pour cent centres de population qui comptent environ 284 000 habitants, le délai d'intervention par camion est de plus de 24 heures. Ces centres sont principalement des collectivités du grand nord et d'autres collectivités éloignées. Le réseau à six emplacements ne changerait pas cette situation étant donné les difficultés d'accès de ces collectivités éloignées. Ces collectivités continueraient d'être desservies par avion d'Ottawa ou par des sites stratégiquement prépositionnés.

Figure 3 : Carte thermique du réseau optimal de six sites



Sites prépositionnés

À l'heure actuelle, outre les biens des entrepôts fédéraux, 40 % environ des biens de la RNSU sont prépositionnés sur environ mille sites PT répartis dans tout le Canada. Ces sites sont gérés dans le cadre de protocoles d'entente avec les PT. L'espace d'entreposage prépositionné, y compris les frais de location et la sécurité, sont la responsabilité des PT, sauf dans le cas de 22 sites qui sont entretenus financièrement par l'ASPC.

Les sites prépositionnés contiennent à l'heure actuelle principalement des unités médicales mobiles obsolètes. Ces unités comprennent des volumes considérables de lits d'hôpital portatifs, de civières et de couvertures des années 1960 qui constituent maintenant la base des stocks des services sociaux de la RNSU.

Ces fournitures prépositionnées correspondaient à des capacités de préparation particulières liées à l'environnement de risque pendant la Guerre froide. Elles sont conditionnées en vue de leur entreposage à long terme et la plus grande partie n'a jamais été utilisée. Bien que certains sites prépositionnés mis à jour soient nécessaires pour assurer une capacité d'intervention disponible 24 heures par jour, étant donné le rôle que joue la RNSU dans la capacité d'intensification, la plupart des sites actuels ne sont pas nécessaires.

Dans le cadre de la modernisation de la RNSU, la plupart des sites prépositionnés seront fermés. Les discussions avec les PT nous aident à déterminer dans quelles régions les sites prépositionnés sont essentiels, comme dans les régions difficiles d'accès, p. ex. [redacted]

Dans le cadre des discussions avec les PT, les biens excédentaires de la RNSU seront offerts aux PT comme la *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus* du Conseil du Trésor nous autorise à le faire. Étant donné le volume des biens excédentaires de la RNSU et les besoins PT au cours des trente dernières années, les demandes de biens excédentaires ne devraient pas dépasser l'offre. Certains PT peuvent ne pas accorder d'intérêt aux biens excédentaires de la RNSU des années 1960 et préféreraient être autonomes ou faire appel davantage à la Croix-Rouge canadienne ou à d'autres fournisseurs.

Conclusion

Au fil des années, le paysage de la santé publique a changé au Canada, ce qui s'est répercuté sur le rôle du gouvernement fédéral dans la fourniture d'une capacité d'intensification en santé publique. Le rôle du gouvernement fédéral demeure d'assurer l'accès aux fournitures nécessaires pour offrir une capacité d'intensification efficace afin de se préparer aux menaces pour la santé publique et d'y répondre. À l'avenir, la réserve sera ajustée pour continuer de tenir compte de l'évolution du paysage des risques.

Dans le cadre de la modernisation de la RNSU, des solutions originales ont été recherchées pour la livraison de fournitures d'urgence, comme de nouveaux outils pour soutenir la gestion du cycle de vie (p. ex., les ententes de gestion des fournisseurs) et la prise de décision (p. ex., le nouvel outil de GBS). Bien que la RNSU exerce toujours ses activités en vertu des mêmes autorisations, la façon dont elle s'acquitte de son mandat devient plus souple et plus adaptée au contexte global de la gestion des urgences sanitaires au Canada.

Les acquisitions et la gestion des biens détenus dans la RNSU sont en cours de réévaluation pour ajuster l'approche fondée sur des données probantes et axée sur le risque. Dans l'ensemble, la RNSU modernisée permettra à l'ASPC de fonctionner de façon plus stratégique, tout en améliorant la préparation du gouvernement fédéral aux événements de santé publique et sa réponse à ceux-ci.

DRAFT

Annexe A : Aperçu des biens actuels de la RNSU et voie à suivre

Type de bien	État actuel	État en évolution
Hôpitaux d'urgence	165 hôpitaux de 200 lits; certains contenus ne répondent plus aux normes en matière de soins et créent un risque pour le gouvernement fédéral; ne sont adaptés à l'environnement de risque.	**Mise à jour** – Remplacées par des mini-cliniques modernes: ces cliniques mobiles complètent les installations de soins médicaux existantes en cas de catastrophe.
Trousses de centre de réception	[redacted] trousses réparties dans tout le pays; fournissent une signalisation et des documents d'enregistrement pour l'installation des refuges et leur évacuation; une ressource de secourisme opérationnel; n'est pas conforme aux principes de la RNSU.	**Maintenir** – Ces trousses seront conservées dans des emplacements stratégiques.
Unités de rassemblement des victimes	[redacted] unités; chacune comprend [redacted] civières accompagnées de couvertures et d'une trousse de premiers soins; les civières de type Seconde Guerre mondiale ne sont pas jugées appropriées pour les premiers intervenants; ne correspondent pas à l'environnement de risque et ne sont pas conformes aux principes de la RNSU.	**Réduire** – Des civières et des trousses de premiers soins seront maintenues dans des endroits stratégiques.
Unités d'alimentation mobiles	[redacted] unités conçues pour fournir une capacité d'alimentation d'urgence dans un environnement de terrain ou lorsque les services alimentaires normaux ne sont pas disponibles. Fonctionnent au bois et au charbon.	**Éliminer** – Plus nécessaires compte tenu de la disponibilité de ces types de ressources.
Fourniture des services sociaux	Couvertures [redacted], matelas, oreillers, débarbouillettes, génératrices, lampes de poche, sacs à ordures, bouteilles d'eau, lanternes au propane, couches, etc. Ces biens étaient à l'origine des composants des hôpitaux de 200 lits et d'autres unités de la RNSU.	**Réduire** – La RNSU modernisée maintiendra la capacité des services sociaux. Certains biens seront conservés et pourraient devoir être modernisés. D'autres biens seront réduits à des niveaux stratégiques (p. ex., les couvertures). Certains biens ne correspondent aucunement à l'environnement de risque actuel et seront déclarés excédentaires (p. ex., sacs à ordures, lampes de poche, bouteilles d'eau).

DRAFT

Page: 291 of/de 1,041
AV2020000020

Matériels de préparation aux urgences CBRNE (chimique, biologique, radiologique, nucléaire ou explosif)	Antidotes, contre-mesures et produits médicaux connexes, tels que ceux qui sont nécessaires pour combattre [redacted]	**Augmenter** – La RNSU mettra davantage l'accent sur ces types de bien.
Fournitures d'intervention en cas de pandémie	Les fournitures comprennent les antiviraux, les ventilateurs, l'équipement de protection individuelle et d'autres fournitures.	**Maintenir** – Les fournitures d'intervention en cas de pandémie doivent être maintenues et/ou mises à jour si nécessaire.

DRAFT

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

RÉSERVE NATIONALE STRATÉGIQUE D'URGENCE

Plan de mobilisation

DRAFT

Pour usage interne de l'ASPC

Le 1er août 2013

RÉSERVE NATIONALE STRATÉGIQUE D'URGENCE

Plan de mobilisation

Contents

Introduction 3

Objet 3

Arrière-plan 3

Contexte 3

But de la mobilisation 4

Intervenants 4

Phases de la mobilisation 4

Phase 1 – Mobilisation préalable – terminée 5

Phase 2 – Partenaires fédéraux – automne 2013 6

Phase 3 – Discussions avec les PT – automne 2013 8

Phase 4 – Discussions bilatérales avec les PT – automne 2013/hiver 2014 9

Conclusion 9

Annexe A : Comités de gestion des urgences (fédéraux) 10

DRAFT

Introduction

Le présent plan de mobilisation a été élaboré pour aider à mettre en œuvre le plan d'optimisation de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) qui se fonde sur les directives énoncées dans le cadre stratégique pour la RNSU.

Objet

Le plan appuie la modernisation de la RNSU en mettant en évidence les discussions avec les intervenants qui doivent :

- Préciser les rôles pour la gestion des urgences;
- Informer les intervenants des efforts permanents visant à optimiser l'inventaire et la combinaison de biens de la RNSU;
- Déterminer l'intérêt des intervenants à acheter des biens excédentaires de la RNSU;
- Lancer le processus pour renouveler les ententes avec les provinces et les territoires (PT).

Arrière-plan

La RNSU est une réserve fédérale de produits pharmaceutiques d'urgence, de fournitures médicales et d'autres équipements visant à fournir une capacité de pointe pour répondre aux besoins extraordinaires des provinces et territoires en cas d'urgence, lorsque leur capacité est insuffisante. Les biens de la RNSU sont entreposés dans 11 entrepôts fédéraux dans neuf villes et dans environ 1 000 sites gérés par les provinces et territoires partout au pays.

La RNSU a été établie en 1952 en tant que réserve de fournitures médicales essentielles dans le contexte de la Guerre froide. La RNSU a été élargie pendant les années 1960 au moyen du financement d'hôpitaux d'urgence et, en 1965, le Cabinet a autorisé la RNSU à participer aux interventions d'urgence en cas de catastrophe en temps de paix. [redacted]

Contexte

L'acquisition de biens de la RNSU a été orientée par le contexte changeant de la gestion des urgences. Toutefois, on vise une approche plus stratégique à la gestion moderne de la réserve pour s'assurer que la RNSU demeure pertinente et flexible dans un environnement de risque en évolution.

Actuellement, la RNSU fournit des services sociaux de première ligne pour les urgences les plus courantes (par exemple, inondations, feux de forêt). Tel qu'il est indiqué dans le cadre stratégique et le plan d'optimisation, ces activités ne correspondent pas au rôle joué par le gouvernement fédéral dans la gestion des urgences. L'objectif est de réduire graduellement ce soutien par suite de la modernisation de la RNSU. Toutefois, la RNSU peut appuyer la transition en fournissant certaines fournitures excédentaires destinées aux services sociaux. En outre, la RNSU prévoit avoir toujours certaines fournitures destinées aux services sociaux pour faire face à des événements inattendus (préférablement avec des équipements plus modernes).

La RNSU modernisée sera pertinente, flexible et disponible en cas de situation d'urgence ou d'autres événements majeurs. La RNSU utilisera la prise de décisions fondée sur le risque et les données probantes et aura un inventaire pour faire face à l'environnement de risque actuel, un entrepôt optimisé stratégiquement et un réseau de sites préétablis. La RNSU continuera de s'assurer que le gouvernement du Canada est en mesure de faire face à l'environnement de risque en évolution.

L'objectif de la RNSU est d'aider les PT. Toutefois, il s'agit d'un bien fédéral et les décisions sur les fournitures sont prises uniquement par le gouvernement fédéral. Puisque peu de décisions nécessitent les commentaires des intervenants, la RNSU organise des discussions et non des consultations officielles.

But de la mobilisation

Les discussions permettent d'informer les intervenants des efforts de modernisation de la RNSU. On aura aussi la possibilité de donner les biens excédentaires de la RNSU aux PT pour les aider à renforcer la capacité d'intervention en cas d'urgence et la résilience de la collectivité. Donner ces biens excédentaires aide les PT à faire face aux risques courants et permet à la RNSU de se concentrer sur des biens spécialisés nécessaires pour des événements extrêmes et peu probables.

Intervenants

- Autres ministères fédéraux qui ont des responsabilités en matière d'intervention en cas d'urgence :
    - Sécurité publique Canada
    - Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC)
    - Santé Canada - Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)
    - Ministère de la Défense nationale (MDN)
    - Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA)
    - Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement (MAECD)
- Provinces et territoires (PT)
- Société canadienne de la Croix-Rouge [1]

Phases de la mobilisation

On utilisera une approche progressive pour la mobilisation visant la modernisation de la RNSU. Dans le cadre de la phase 1, qui est terminée, on a organisé des consultations préalables; le cadre stratégique pour la RNSU préliminaire a été communiqué à Sécurité publique Canada.

Dans le cadre des phases 2 et 3, on organisera des discussions avec les partenaires fédéraux et des discussions officielles avec les partenaires des PT pour les informer des efforts de modernisation de la RNSU. Dans le cadre de la phase 4, on organisera des discussions bilatérales avec les PT.

Phase 1 – Mobilisation préalable – terminée

Ministères et organismes fédéraux

Sécurité publique Canada (au niveau du directeur/directeur général)

- Responsable général fédéral pour la gestion des urgences
- Cadre stratégique préliminaire – partagé
- Appuyer le plan futur proposé pour la RNSU

MDN – Groupe des services de santé des Forces canadiennes (niveau du directeur/colonel)

- Fournit des services uniquement aux troupes des Forces canadiennes
- Peut fournir un certain nombre de services en cas d'urgence à l'échelle nationale si les besoins opérationnels le permettent

Santé Canada – DGSPNI (niveau du directeur général)

- Appuie la prestation de services de santé publique et de promotion de la santé dans les réserves et les collectivités des Inuits et fournit des soins de première ligne dans les réserves dans les régions éloignées et isolées lorsque les services provinciaux ne sont pas disponibles.
- Sera invitée à participer aux comités consultatifs de la RNSU
- On a lancé des discussions en vue d'utiliser l'aire d'entreposage de la RNSU pour les biens de la DGSPNI
- A des problèmes liés aux stocks excédentaires de médicaments et on n'a pas organisé de discussions sur la rotation des stocks de la RNSU pour éviter la détérioration

AANC (niveau du directeur général)

- Aide les efforts des Premières nations visant à se préparer aux urgences et à intervenir en cas d'urgence

Service Canada (au niveau du directeur)

- Peut fournir une capacité de pointe, soit des services de paiement en cas d'urgence

PT – Directeurs de la gestion des urgences (niveau du directeur)

- Les directeurs de la gestion des urgences appuient les efforts de modernisation de la RNSU
- Des indications que certaines régions sont intéressées à gérer des sites préétablis pour accéder à des endroits éloignés et isolés plus rapidement
- À ce jour, la méthode de la mini-clinique jouit d'un appui considérable

- Des indications que, lors de discussions futures, les PT demanderont que la RNSU achète d'autres biens. Ces renseignements seront pris en considération lors de la prise de décisions fondée sur le risque et les données probantes

Société canadienne de la Croix-Rouge (niveau du directeur)

- Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) organise régulièrement des réunions informelles avec la Croix-Rouge, qui est au courant des efforts de modernisation de la RNSU
- Les réunions ont permis de mieux comprendre les rôles de la Croix-Rouge et ses ententes avec les PT
- La Société a des ententes avec au moins 8 PT et plus de 400 municipalités visant principalement les services sociaux en cas de situation d'urgence
- Actuellement, certaines fournitures destinées aux services sociaux de la RNSU correspondent à certains services de la Croix-Rouge
- N'est pas intéressée aux fournitures destinées aux services sociaux excédentaires de la RNSU; la Croix-Rouge a des lits de camp pliants modernes par rapport aux lits d'hôpital portatifs des années 1960 de la RNSU
- Gère fréquemment l'utilisation des trousses du centre de réception de la RNSU. Elle préfère la disponibilité de ces trousses, par la RNSU ou sa propre organisation.

Objectifs :

- Détermine la capacité en cas d'urgence d'autres organisations;
- Fait connaître les renseignements sur les efforts de modernisation de la RNSU

Résultats :

Les intervenants de la RNSU organisent souvent des réunions avec les intervenants clés. Ces discussions ont contribué à la mobilisation visant la modernisation de la RNSU.

Les discussions ont permis de déterminer que les intervenants appuient les efforts de modernisation de la RNSU. Des indications que les intervenants appuient la désaffectation des installations médicales des années 1960 et d'autres efforts de rationalisation pour aider la RNSU à faire face plus efficacement à l'environnement de risque actuel.

Les PT ont indiqué que les mini-cliniques de la RNSU sont très utiles et qu'elles seront un actif clé à l'avenir.

Phase 2 – Partenaires fédéraux – automne 2013

La mobilisation officielle avec les partenaires fédéraux aura lieu dans le cadre des comités de gestion des urgences établis. Tel que mentionné, les discussions initiales avec les partenaires fédéraux clés ont déjà eu lieu.

La *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus* du Conseil du Trésor énonce que les biens excédentaires de la Couronne doivent être offerts en premier lieu à d'autres organismes fédéraux. Même s'il n'y a aucune indication que les partenaires fédéraux veuillent prendre possession des biens excédentaires de la RNSU, cette offre doit être faite avant de lancer les discussions avec les PT.

Comité exécutif du partenariat du portefeuille de la santé (CEP PS)

- Un organe officiel du portefeuille de la santé qui règle les problèmes dans l'optique du portefeuille
- Établit un lien avec Santé Canada sur les questions liées aux services partagés, y compris la gestion des urgences

Comité de gestion des urgences du sous-ministre adjoint (CGU SMA)

- Assure le leadership relativement à la gestion des urgences au sein du gouvernement fédéral en fonction de ses responsabilités dans le cadre du Plan fédéral d'intervention d'urgence (PFIU)
- Tous les ministères et organismes fédéraux qui ont des responsabilités clés pour la gestion des urgences ou d'autres activités liées aux urgences siègent au comité (voir l'Annexe A pour la liste)

Comité de gestion des urgences du sous-ministre (CGU SM)

- Renforce la gouvernance générale de la gestion des urgences au sein du gouvernement fédéral en offrant un forum qui permet aux sous-ministres de donner des directives et une orientation au CGU SMA sur les initiatives horizontales
- aussi les administrateurs généraux des ministères et organismes qui ont les fonctions de soutien en cas d'urgence indiquées dans le PFIU et les organismes centraux et autres ministères qui ont une expertise essentielle participent (voir l'Annexe A pour la liste).
- Diffuse des renseignements sur le mandat de la RNSU et les plans futurs;
- Indique si les biens excédentaires de la RNSU sont disponibles au cas où ils sont nécessaires pour d'autres ministères, y compris ceux qui appuient les populations desservies par le gouvernement fédéral.

Considérations :

Par suite des discussions antérieures entre la RNSU et les ministères et organismes fédéraux, il semble évident que les autres ministères n'ont pas beaucoup d'intérêt dans la RNSU. Toutefois, cela peut changer en raison du regain d'intérêt dans l'environnement de risque actuel.

Les ministères responsables des populations desservies par le gouvernement fédéral peuvent être intéressés à la capacité de pointe de la RNSU. [redacted]

[redacted]

[redacted]

Les besoins de capacité de pointe des populations desservies par le gouvernement fédéral ne sont pas clairs, mais ils sont minimes par rapport aux besoins de la population générale.

Phase 3 – Discussions avec les PT – automne 2013

Directeurs de la gestion des urgences sanitaires des PT
Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique
Conseil du réseau de santé publique
Le cas échéant, **Sous-ministres de la santé**

Objectifs :

- Diffuser des renseignements sur le mandat de la RNSU et les plans futurs;
- Préciser le rôle de la RNSU en tant que soutien de la capacité de pointe pour les PT et non en tant que soutien de l'intervention d'urgence;
- Donner des renseignements sur la réorganisation stratégique de l'entrepôt et le réseau de sites préétablis;
- Indiquer la disponibilité de fournitures excédentaires destinées aux services sociaux de la RNSU pour appuyer l'autosuffisance des interventions d'urgence des PT;
- Indiquer qu'on prévoit présenter le nouveau mémorandum d'entente avec les PT pour remplacer les protocoles d'entente des années 1960 et 1970 (le Nunavut n'a pas de protocole d'entente).

Considérations :

40 % des biens de la RNSU sont entreposés dans des sites préétablis gérés par les PT. Généralement, on entrepose dans ces sites des unités médicales désuètes (utiles pour fournir des services sociaux) et des trousses d'inscription. Certains sites n'ont pas été gérés adéquatement et certains matériels ont été perdus ou sont inutilisables.

Le réseau d'entrepôts sera planifié stratégiquement de manière à ce que la plupart de la population réside à une journée de conduite d'un entrepôt (distance moyenne de six heures). Les sites préétablis sont construits uniquement dans des endroits éloignés qui n'ont pas d'accès routier toute l'année.

Des biens de la RNSU en bon état peuvent être offerts aux PT pour établir ou augmenter leur capacité de fournir des services sociaux (conformément à la *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus* du Conseil du Trésor).

La Croix-Rouge peut aussi aider les PT à renforcer leur capacité de fournir des services sociaux.

Phase 4 – Discussions bilatérales avec les PT – automne 2013/hiver 2014

On demandera au CRSP de déterminer les représentants des PT qui doivent participer aux discussions.

Objectifs :

- Déterminer l'intérêt des PT à prendre en charge les biens excédentaires de la RNSU
- Déterminer les endroits éloignés qui ont besoin de sites préétablis
- Discuter le processus d'approbation pour le nouveau mémorandum d'entente pour fournir une capacité de pointe

Considérations :

Il existe un risque que les PT considèrent la modernisation de la RNSU comme un retrait du soutien fédéral. Toutefois, la modernisation permet de renforcer davantage la capacité de pointe pour les situations d'urgence rares que les PT ne sont pas en mesure de gérer [redacted]

Certains PT peuvent ne pas être intéressés aux biens excédentaires de la RNSU et préfèrent être auto-suffisants ou utiliser la Croix-Rouge ou d'autres fournisseurs.

Conclusion

Grâce à ce plan de mobilisation, les intervenants sont au courant des efforts de modernisation de la RNSU, y compris le mandat et le rôle. On déterminera les parties qui veulent acheter des biens excédentaires et on lancera le processus pour signer le nouveau mémorandum d'entente avec les PT.

Cela permettra à la RNSU modernisée de progresser en réduisant les biens désuets et en se concentrant sur un inventaire fondé sur le risque et les données probantes qui permettra de faire face plus efficacement à l'environnement de risque actuel.

Annexe A : Comités de gestion des urgences (fédéraux)

- **Comité de gestion des urgences du sous-ministre adjoint**
  - Agence de la santé publique du Canada pour le portefeuille de la santé
  - Affaires autochtones et du Nord Canada
  - Agriculture et Agroalimentaire Canada
  - Agence des services frontaliers du Canada
  - Agence du revenu du Canada
  - Agence canadienne d'inspection des aliments
  - Commission canadienne de sûreté nucléaire
  - Service canadien du renseignement de sécurité
  - Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada
  - Recherche et développement pour la défense Canada
  - Environnement Canada
  - Pêches et Océans Canada
  - Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement (MAECD) Canada
  - Ressources humaines et développement des compétences Canada
  - Industrie Canada
  - Ministère de la Justice
  - Défense nationale
  - Ressources naturelles Canada
  - NAV CANADA
  - Bureau du Conseil privé
  - Sécurité publique Canada
  - Services publics et Approvisionnement Canada
  - Gendarmerie royale du Canada
  - Services partagés Canada
  - Transports Canada
  - Secrétariat du Conseil du Trésor
- **Comité de gestion des urgences du sous-ministre**
  - Agence de la santé publique du Canada
  - Affaires autochtones et du Nord Canada
  - Agriculture et Agroalimentaire Canada
  - Agence des services frontaliers du Canada
  - Agence canadienne d'inspection des aliments
  - Service canadien du renseignement de sécurité
  - Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement
  - Environnement Canada
  - Pêches et Océans Canada
  - Santé Canada
  - Ressources humaines et développement des compétences Canada
  - Industrie Canada
  - Ministère de la Justice
  - Défense nationale
  - Ressources naturelles Canada
  - Bureau du Conseil privé
  - Services publics et Approvisionnement Canada
  - Gendarmerie royale du Canada
  - Services partagés Canada
  - Transports Canada
  - Secrétariat du Conseil du Trésor

Page: 302 of/de 1,041
AV2020000020

26 septembre 2013

ÉTAT DE PRÉPARATION POUR LES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRES OU LES CATASTROPHES NATURELLES

SYNOPSIS

Le portefeuille de la Santé est responsable de diriger l'intervention du gouvernement fédéral en situation d'urgence de santé publique.

QUESTION ANTICIPÉE

Comment le gouvernement du Canada s'est-il préparé pour les urgences sanitaires ou les catastrophes naturelles?

MESSAGES CLÉS

- Le gouvernement du Canada est prêt à répondre à un éventail d'urgences de santé publique et s'engage à protéger la santé et le bien-être des Canadiens.

- Des ententes avec les gouvernements provinciaux et territoriaux sont en place pour nous assurer que le Canada dispose des ressources spécialisées et des systèmes de partage d'information requis pour intervenir.

- Nous nous assurons que les Canadiens connaissent les risques et les moyens de se protéger.

MESSAGES SUPPLÉMENTAIRES

S.O.

CONTEXTE

La plupart des urgences au pays sont de nature locale et sont gérées à l'échelle des collectivités, des provinces ou des territoires. Le gouvernement fédéral peut intervenir dans une situation d'urgence sanitaire lorsqu'il reçoit une demande d'assistance de la part d'une administration provinciale, territoriale ou locale en raison de limites de capacité ou lorsque l'urgence touche plusieurs administrations.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) gère et entretient le Centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS), lequel sert de guichet unique pour la coordination des activités d'intervention lors d'événements importants en matière de santé. Le COPS est une ressource importante qui soutient et facilite les opérations d'urgence en accélérant et en favorisant le partage d'information, la coordination des activités d'intervention et les communications fédérales, provinciales et territoriales (FPT). Pour assurer une réponse coordonnée, le COPS assure la connaissance de la situation en tout temps et communique régulièrement des renseignements au Centre des opérations du gouvernement de Sécurité publique Canada, lequel fournit la

plateforme pour la coordination d'activités lors d'une intervention pangouvernementale en situation d'urgence et constitue le centre des opérations stratégiques du Canada.

En outre l'Agence est responsable du contrôle et de l'entretien de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU). La RNSU comporte une réserve de fournitures et d'équipements médicaux, de produits pharmaceutiques et de contre-mesures médicales pour lutter contre les menaces biologiques. Les ressources servent de capacités d'intensification pour les PT, au besoin, en situation d'urgence.

L'Agence dispose également d'un laboratoire épidémiologique et d'autres experts en matière de santé publique, ainsi que de l'équipement et des fournitures pouvant être déployés à l'appui des PT au besoin, en réponse aux éclosions, aux urgences sanitaires et aux catastrophes naturelles. Le Programme canadien d'épidémiologie de terrain de l'Agence peut déployer des épidémiologistes de terrain pour aider à faire enquête sur la cause d'une éclosion et déterminer la façon de la maîtriser.

L'Équipe d'intervention d'urgence microbiologique (EIUM) dispose d'un laboratoire mobile qui peut être établi sur place pour identifier des agents biologiques et fournir des analyses de dépistage en laboratoire pendant une éclosion. Depuis 2002, l'EIUM a été déployée au pays (Jeux Olympiques, G8, G20, charbon au Nouveau-Brunswick, *Legionella* à Toronto) et à l'étranger (virus Ebola, fièvre hémorragique de Marburg, virus Nipah, syndrome respiratoire aigu sévère [SRAS], virus de la fièvre hémorragique de Crimée-Congo, fièvre de la vallée du Rift).

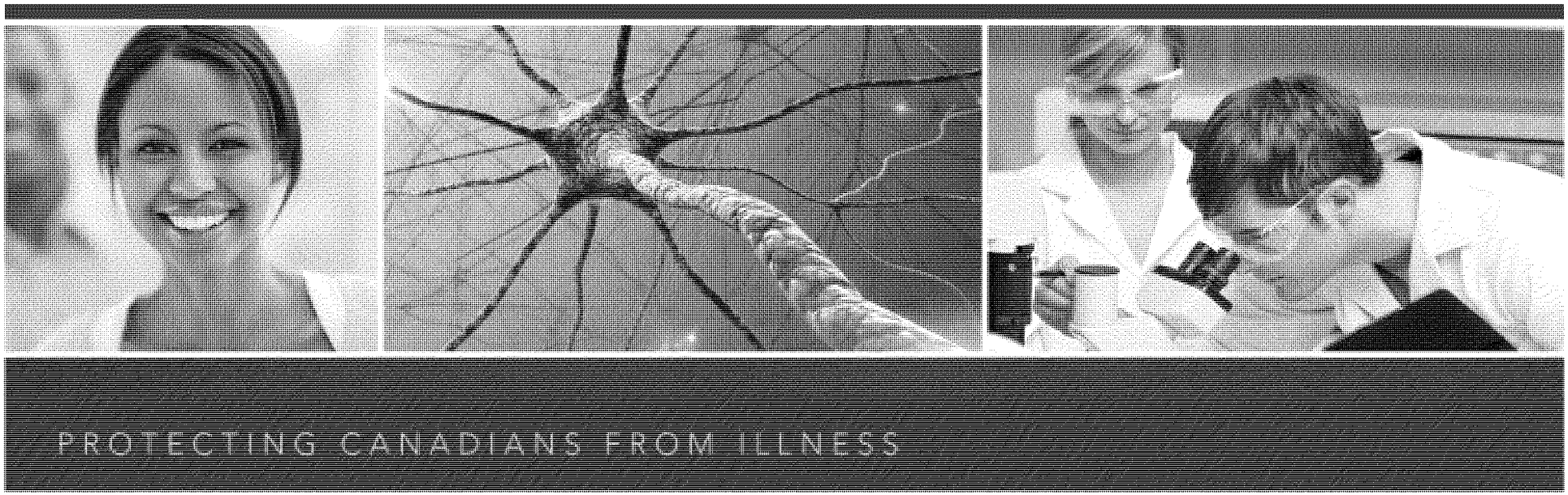
L'Agence a dirigé l'élaboration d'une évaluation du risque pour la santé publique à l'échelle du portefeuille de la Santé, laquelle a fait intervenir la détermination systématique des menaces et des risques liés aux urgences de santé publique susceptibles de nécessiter une intervention du portefeuille de la Santé, y compris les risques liés au bioterrorisme. Les résultats de l'évaluation des risques sont utilisés pour orienter les processus décisionnels relatifs à la gestion des urgences dans l'ensemble du portefeuille de la Santé. L'Agence participe également aux forums interministériels pour le partage de renseignements sur l'évaluation des menaces.

Étant donné que la communication joue un rôle essentiel dans la coordination et la collaboration relatives à une intervention efficace, le portefeuille de la Santé a établi des protocoles de communication en situation de crise qui procurent une orientation aux communications efficaces en cas d'urgence et mettent l'accent sur l'importance des nombreux intervenants et partenaires FPT du portefeuille de la Santé pour l'exécution d'une intervention de santé publique.

COORDONNÉES DE LA PERSONNE-RESSOURCE	
Principale :	Téléphone :
Secondaire :	Téléphone :
Approuvé par :	Téléphone :

SÉANCE D'INFORMATION MINISTÉRIELLE

Modernisation du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU)



Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Canada

But

- Donner un aperçu du SRNU

- Obtenir votre approbation de l'approche proposée pour la modernisation du SRNU, y compris :
    1. les orientations stratégiques et la vision (cadre stratégique);
    2. l'approche de la modernisation (plan d'optimisation);,
    3. les discussions avec les intervenants (plan de mobilisation).

Le rôle du SRNU

- Le SRNU est :
  - » une réserve de fournitures et d'équipements médicaux ainsi que de biens pharmaceutiques et destinés aux services sociaux (comme des lits et des couvertures).
  - » un atout stratégique afin de soutenir les efforts déployés par les P/T pour répondre aux urgences de santé publique majeures au Canada.
- Le SRNU a soutenu récemment les interventions d'urgence pour :
  - » les inondations en Alberta (2013);,
  - » les incendies de forêt au Grand lac des Esclaves (2011).
- On a également déployé des biens du SRNU au préalable dans le but de se préparer pour de grands événements :
  - » les Jeux d'été du Canada au Québec (2013);
  - » le sommet du G8 à Toronto (2010);
  - » les Jeux Olympiques de Vancouver (2010).

Évolution du SRNU

- Le SRNU a été créé à l'époque de la guerre froide en guise de réserve pour la réponse fédérale à une catastrophe, comme la détonation d'une bombe atomique.
- Répartis aux quatre coins du Canada, les stockes étaient axés sur les hôpitaux portatifs, notamment les lits et les couvertures, ce qui reflétait les besoins sanitaires ainsi que la technologie de l'époque.
- Depuis ce temps, les risques pour la santé publique et les ressources disponibles ont changé considérablement :
  - » De nouvelles menaces pour la santé publique (les pandémies, le terrorisme) ont émergé;
  - » Les capacités entre les partenaires (fédéraux, provinciaux et les ONG) ont été grandement renforcées;
  - » Le matériel pharmaceutique et médical a connu plusieurs avancées;
  - » Les infrastructures de transport (aérien et routier) se sont améliorées.

Positionner le SRNU pour l'avenir

- Afin de s'adapter à cet environnement changeant, le SRNU a accueilli de nouvelles acquisitions tout en conservant certains biens originaux voués à aux préparatifs qui remontent à la guerre froide.
- Il faut cependant déployer d'autres efforts pour moderniser entièrement le SRNU et pour en positionner les biens de façon stratégique.
- Une approche stratégique de la gestion d'une réserve modernisée consisterait à :
  - » faire en sorte que le SRNU demeure pertinent et capable de répondre aux risques actuels et émergents d'une manière fiable et rapide;
  - » continuer de compléter les capacités des P/T et d'aider à répondre aux besoins des Canadiens lorsque des urgences se produisent.

Orientation stratégique

- L'Agence a mis au point un cadre stratégique qui décrit une orientation stratégique mise à jour pour le SRNU dans le contexte actuel de la gestion des urgences au Canada en veillant à ce que les biens demeurent pertinents et adaptés à l'environnement de risque.

- Le cadre exprime clairement les rôles ainsi que l'orientation du SRNU :
  - » la prestation de biens destinés aux urgences sanitaires afin d'assurer une capacité d'appoint lorsque les ressources locales et P/T sont épuisées (p. ex. des lits et des couvertures).
  - » la prestation de biens pour les incidents sanitaires de faible probabilité et à fort impact lorsque le gouvernement fédéral est le principal fournisseur dans le système national de gestion des urgences (p. ex. un vaccin antivariolique).

Plan d'optimisation

- Élaboré pour miser sur l'orientation dans le cadre stratégique, le plan décrit comment on accomplirait la modernisation en énonçant la gouvernance, les autorisations, la composition des biens ainsi que la gestion des biens.

- Il tient compte de l'approche stratégique actuelle pour constituer des réserves, en plus d'énoncer les principaux points qui nécessitent une autre approbation ministérielle afin de moderniser complètement l'orientation stratégique du SRNU :

  - » On rajusterait la combinaison de biens en effectuant de nouvelles acquisitions et en déclarant les surplus de ces biens qui n'abordent plus l'environnement de risque actuel.

  - » On simplifierait le système d'entreposage actuel (un entrepôt fédéral et des sites prépositionnés gérés par les P/T) afin d'assurer une gestion plus efficace tout en maintenant les capacités d'intervention actuelles.

Mobilisation des intervenants

- Les premières discussions avec les intervenants ont donné à entendre qu'ils sont favorables à un éclaircissement du rôle du SRNU ainsi qu'à un rajustement de la combinaison de biens.
- Lorsque le plan de mobilisation sera approuvé, on amorcera des discussions officielles sur la modernisation du SRNU avec les ministères fédéraux pertinents ainsi qu'avec les P/T.
- On élaborera une stratégie de communication avant les discussions avec les P/T.
- Nous n'entrevoyons pas une opposition importante de la part de nos intervenants. On pourrait apaiser toutes les inquiétudes à l'égard du rôle clarifié du SRNU en offrant les biens en surplus qui s'y trouvent.

Prochaines étapes

- Obtenir une approbation ministérielle de l'approche pour la modernisation du SRNU décrite dans le cadre stratégique, le plan d'optimisation et le plan de mobilisation.
- Pour ce faire, il faut notamment une connivence afin de mobiliser les P/T ainsi que les autres intervenants en vue de la modernisation du SRNU et de la rationalisation stratégique du système d'entreposage.

[redacted] (PHAC/ASPC)

Expéditrice : [redacted] on behalf of [redacted]

Envoyé le : 2020-07-13 4:06 PM

Destinataire : [redacted] (PHAC/ASPC)

Objet : Transf. : Attention – Demande du Comité olympique canadien à la RNSU pour le Tamiflu

----- Forwarded by [redacted] on 2020-07-13 04:06 PM -----

From: [redacted]
To: [redacted] Date: 2014-01-12 04:51 PM
Objet : Concernant : Attention – Demande du Comité olympique canadien à la RNSU pour le Tamiflu

---

Départ de l'équipe le 16 janvier. Besoin de la signature du Ministre pour la déclaration de l'excédent et les dons.

From: [redacted]
Sent: 2014-01-12 04:04 PM EST
To: [redacted]
Objet : Concernant : Attention – Demande du Comité olympique canadien à la RNSU pour le Tamiflu

Je suis d'accord, Poursuivons cela. Quand est-ce que la décision doit être prise encore?

From: [redacted]
Sent: 2014-01-12 03:58 PM EST
To: [redacted]
Objet : Concernant : Attention – Demande du Comité olympique canadien à la RNSU pour le Tamiflu

Bonjour [redacted]
J'appuierais la poursuite des 2 options – Je n'ai pas d'autres idées

[redacted]

From: [redacted]
Sent: 2014-01-12 03:10 PM EST

To: [redacted]
Objet : Concernant : Attention – Demande du Comité olympique canadien à la RNSU pour le Tamiflu

Préavis et demande de directives initiales

- Le COC a en stock le Tamiflu pour les membres de la délégation olympique canadienne et leurs familles en cas d'épidémie de grippe dans le pays hôte. Ces antiviraux doivent servir jusqu'à ce que le pays hôte soit prêt à assurer le traitement des délégations olympiques et des visiteurs.

- [redacted] a précédemment fait don de 2 000 gélules de Tamiflu au COC, mais ce stock a expiré en oct. 2013 [redacted] ne fournira plus de Tamiflu gratuitement.

- Le COC a communiqué avec le fabricant pour obtenir du [redacted] ayant une durée de conservation maximale de 7 ans en vertu d'un contrat avec le gouvernement. Malheureusement, cette démarche n'est pas assez rapide pour l'équipe olympique qui quitte le 16 janvier. Le [redacted] peut être obtenu sur le marché du détail mais [redacted]

- Nous ne savons pas pourquoi ce problème n'a pas été relevé bien à l'avance.

- Le COC veut savoir s'il peut obtenir [redacted] gélules de Tamiflu de la RNSU.

- Le stock de Tamiflu de la RNSU, acheté à [redacted] fait partie de la capacité d'intensification des mesures et intervention d'urgence pour les PT. Nous sommes en train d'analyser les 2 possibilités : faire un prêt maintenant et le COC réapprovisionne la RNSU avec du nouveau stock de médicaments excédentaires quand il en aura OU déclarer un petit nombre de médicaments excédentaires qui arrivent bientôt à échéance et en faire don au COC.

- [redacted] cherche toujours à communiquer avec le COC actuellement. Nous soupçonnons un manque d'argent du côté du COC.

- Voulez-vous vous que nous continuons à faire une analyse complète de ces 2 possibilités, y compris un avis juridique/avis sur le contrat, suivant les besoins? Y-a-t-il d'autres suggestions? P. ex. demander à Patrimoine s'ils peuvent aider à supporter le coût d'achat...

[redacted]

Envoyé à l'aide de mon iPad

ÉTAT DE PRÉPARATION À UNE GRIPPE PANDÉMIQUE — ANTIVIRAUX ET PLAN CANADIEN POUR LUTTER CONTRE UNE PANDÉMIE DE GRIPPE

SOMMAIRE / QUESTION POSSIBLE

Les mesures de préparation à une pandémie que prend le gouvernement. Que fait le gouvernement pour préparer le Canada à faire face à une autre pandémie de grippe éventuelle?

KEY MESSAGES

- Canada's pandemic-preparedness plan is multi-faceted. In addition to pharmaceutical measures such as vaccines and antivirals, the plan includes public health measures to prevent and control the spread of a new influenza strain.

- The Government of Canada has secured a ten-year contract with a domestic manufacturer to ensure rapid access to pandemic vaccines for all Canadians should a pandemic occur.

The Public Health Agency closely monitors the scientific literature related to the effectiveness of antivirals such as [redacted] in treating influenza. The balance of evidence supports the use of antivirals during a pandemic.

PRINCIPAUX MESSAGES

- Le plan de préparation du Canada pour lutter contre une pandémie comporte plusieurs volets. Outre des mesures pharmaceutiques comme des vaccins et des antiviraux, le plan comprend des mesures de santé publique pour prévenir et contrôler la propagation de la nouvelle souche de l'influenza.

- Le gouvernement du Canada a conclu un contrat de dix ans avec un fabricant national afin de s'assurer d'avoir rapidement accès à des vaccins pour tous les Canadiens en cas de pandémie.

- L'Agence de la santé publique surveille de près la publication d'articles scientifiques concernant l'efficacité d'antiviraux comme Tamiflu pour traiter l'influenza. Les données, tout compte fait, appuient l'utilisation d'antiviraux pendant une pandémie.

MESSAGES SUPPLÉMENTAIRES

- Les leçons apprises de la grippe H1N1 contribueront à améliorer notre capacité de communiquer efficacement avec les Canadiens pendant une pandémie de grippe.
- Le gouvernement du Canada participe à des programmes nationaux et internationaux afin de protéger les Canadiens et de surveiller la propagation de la grippe saisonnière, de la grippe animale et d'autres maladies. Cela comprend des mesures de surveillance et de diagnostic visant à détecter et à signaler des virus de l'influenza circulant aux niveaux national et international.

CONTEXTE

Depuis l'apparition du virus de la grippe aviaire de type A (H5N1) à Hong Kong en 1997, le gouvernement du Canada a pris un certain nombre de mesures pour renforcer la préparation du Canada à une pandémie et pour lutter efficacement contre de nouveaux virus de l'influenza à potentiel pandémique.

Le budget de 2006 prévoyait un milliard de dollars pour la préparation à une pandémie, soit 600 millions de dollars sur cinq ans versés aux ministères et organismes fédéraux et 400 millions de dollars en réserve dans un cadre financier à titre de fonds de secours. Depuis 2011-2012, le financement continu de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) s'élevait à 60,5 millions de dollars, mais des réductions subséquentes ont depuis réduit les dépenses prévues à 44,1 millions de dollars. Cet investissement a permis d'élaborer une stratégie globale pour la préparation en cas de pandémie. Le financement initial de cinq ans a depuis été prolongé afin de maintenir la capacité essentielle pour se préparer et réagir aux nouveaux défis et aux nouvelles occasions.

Pour se préparer à une pandémie, le Canada a notamment fait ce qui suit :

Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé
La réponse du gouvernement du Canada à la pandémie de la grippe H1N1 s'appuyait sur le document *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé* (PCGP). Le PCGP, publié pour la première fois en 2004 et révisé en 2006, fournit un cadre national pour la préparation et l'intervention en cas de grippe pandémique, qui est axé sur le secteur de la santé. Il constitue le fruit d'un effort de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) et décrit les rôles et les responsabilités de tous les ordres de gouvernement afin d'assurer une intervention cohérente et coordonnée en cas de grippe pandémique.

Le titre du document a également été changé de *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé* à *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé* (PCGP) afin de refléter plus fidèlement son rôle et l'usage prévu du document maître en tant que document d'orientation.

Le document maître du PCGP a été actualisé pour tenir compte des leçons apprises lors de la pandémie de grippe H1N1 en 2009 ainsi que des progrès scientifiques. Le document maître révisé ne prévoit aucun engagement en matière de financement fédéral ou de partage des coûts pour les ressources ou les exigences liés à la pandémie. Aucun changement n'a été apporté aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral. Le document a été revu et amélioré par des représentants FPT (automne 2012) et des intervenants de la santé publique (printemps 2013) par l'entremise d'un processus de consultation officiel. Parmi les intervenants comptaient des organisations nationales représentant les professionnels de la santé, des acteurs de la préparation aux situations d'urgence et des premiers intervenants, des services communautaires, des représentants du secteur privé et des Autochtones, qui ont tous fourni des commentaires positifs.

Le document maître du PCGP actualisé propose une intervention plus souple et adaptable pour les prochaines pandémies. Il appuie dorénavant une approche de gestion des risques avec de nouveaux concepts comme l'évaluation des répercussions de la pandémie, les descriptions de scénarios de pandémie aux répercussions variées et la caractérisation des éléments déclencheurs d'une intervention canadienne. Il reflète aussi davantage la diversité géographique, démographique, culturelle et socioéconomique du Canada, ainsi que l'obligation pour les planificateurs de tenir compte de cette diversité.

Les mises à jour appuient une approche pancanadienne cohérente en ce qui concerne la planification et les interventions en cas de pandémie tout en laissant la possibilité aux provinces et aux territoires

d'adapter leurs propres plans et interventions aux circonstances locales et régionales. Le document maître du PCGP est un document évolutif destiné à être mis à jour au besoin de façon à harmoniser celui-ci aux plans FPT de gestion des urgences tous risques.

La version révisée du document maître du PCGP devrait être publiée au cours de l'exercice 2014-2015.

Stratégie de vaccination en cas de pandémie
En février 2011, le gouvernement fédéral a conclu un nouveau contrat de dix ans pour l'approvisionnement de vaccins en cas de grippe pandémique avec un fabricant national, GlaxoSmithKline (GSK), qui constitue le principal fournisseur de vaccins en cas de grippe pandémique chargé de fournir des vaccins à tous les Canadiens sur une base prioritaire. Le contrat est évalué à 425,9 millions de dollars.

Un contrat pour l'approvisionnement de réserve d'un vaccin contre la grippe pandémique, conclu avec Sanofi Pasteur Ltd., est également en place afin d'atténuer le risque que le principal approvisionnement au niveau national soit interrompu ou retardé. Au besoin, cet approvisionnement de réserve sera disponible en quantité suffisante pour immuniser jusqu'à [redacted] de Canadiens. Il serait en outre probablement utilisé pour vacciner des groupes prioritaires en fonction de l'épidémiologie de la maladie ou, autrement dit, le groupe d'âge ou le groupe démographique le plus gravement touché par la maladie. Une autre exigence que prévoit le contrat consiste à fournir un vaccin annuel contre la grippe pour des programmes provinciaux et territoriaux. La valeur totale estimée du contrat est évaluée à 33,1 millions de dollars.

Un nouveau virus de l'influenza de type A, H7N9, est apparu en Chine et comporte une transmission interhumaine limitée. Ce virus particulier de la grippe recèle le potentiel de se transformer en pandémie. L'ASPC a fait appel aux deux entreprises, GSK et Sanofi Pasteur Ltd., pour l'aider, au besoin, à mieux se préparer à une pandémie éventuelle de H7N9. Pour déclencher l'exécution du contrat de l'ASPC relatif au vaccin contre la grippe pandémique, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) doit déclarer la pandémie.

Réserve nationale de vaccins contre la grippe H5N1
Le gouvernement fédéral a obtenu des composants (antigènes, adjuvants et autre matériel nécessaire) d'un vaccin contre la grippe H5N1 (réserve préalable à une pandémie d'environ [redacted] de doses), qui sont détenus au Canada par GSK.

Stratégie antivirale
Les antiviraux représentent un aspect clé de la planification en cas de grippe pandémique puisqu'ils constituent la seule intervention pharmaceutique pouvant être utilisée pour atténuer les répercussions d'une pandémie, pendant l'étape initiale, en attendant qu'un vaccin soit disponible. Depuis 2004, les gouvernements FPT ont collaboré pour mettre sur pied des réserves nationales d'antiviraux afin d'assurer un accès équitable d'un bout à l'autre du Canada à des antiviraux en cas de pandémie de grippe.

Au cours de la dernière décennie, le Canada a mis en réserve des antiviraux dans le cadre de sa planification en cas de pandémie. La Réserve nationale d'antiviraux (RNA) a été mise sur pied en 2004, sur la base d'un partage des coûts FPT (60 % du fédéral, 40 % des provinces et territoires). Elle devait être administrée et maintenue par les provinces et les territoires.

Il a été nécessaire de réapprovisionner la RNA en raison de la diminution des réserves causée par la pandémie de grippe H1N1 en 2009 et de la date de péremption de ses produits. [redacted]

Au 31 mars 2014, le financement fédéral pour le partage des coûts visant le réapprovisionnement d'antiviraux est venu à échéance. Au cours des trois années du partage des coûts, le gouvernement fédéral a aidé les provinces et les territoires à assurer leur réapprovisionnement d'antiviraux pour que leurs réserves soient équivalentes à 18,2 % de l'ensemble de la population (éventail de 6 à 22 %) en fonction des commandes confirmées pour 2013-2014 jusqu'à maintenant, avec des dépenses totales du gouvernement fédéral d'environ 10 millions de dollars.

Chaque province et territoire est libre de prendre ses propres décisions concernant la taille de sa réserve d'antiviraux selon les considérations de son administration.

Un certain nombre de produits ont été mis au point pour appuyer les provinces et les territoires dans le processus décisionnel lié à la réserve d'antiviraux, par exemple :
- Scientific Recommendations for National Antiviral Stockpiles report (un rapport contenant des recommandations scientifiques pour la Réserve nationale d'antiviraux), relatives à la taille et à la composition de la réserve d'antiviraux (2011);

- Mathematical modelling of antiviral stockpile requirements (une modélisation mathématique de la taille optimale des réserves d'antiviraux) (2011);
- Sustainable Antiviral Stockpiles for Pandemic Influenza (un rapport sur les réserves durables d'antiviraux pour la grippe pandémique), qui a fourni des recommandations et des pratiques exemplaires pour la gestion logistique et opérationnelle (2013);
- NAS: Considerations for Policy-Makers (le rapport relatif à la RNA : Considérations pour les décideurs), qui décrivait les facteurs à prendre en considération par les gouvernements au moment de prendre des décisions relatives à la taille et à la composition appropriées de la RAN (2013).

Une deuxième réserve nationale d'antiviraux, financée entièrement par le gouvernement fédéral, est détenue par la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) et vise à fournir une capacité d'appoint aux provinces et aux territoires. En avril 2014, la RNSU dispose de [redacted], destinées à une capacité d'appoint pour la RNA. Depuis 2004, l'ASPC a dépensé environ 67,5 millions de dollars pour l'achat de doses de [redacted] pour la RNSU. Il s'agit du coût total au fil du temps, qui comprend les remplacements en raison de la date de péremption et de l'utilisation. Les réserves actuelles d'antiviraux de la RNSU sont suffisantes pour traiter environ 6 % de la population canadienne, mais diminueront à environ 2,5 % d'ici 2016.

À l'heure actuelle, il n'y a pas d'engagement pour un partage de coûts des antiviraux au-delà de mars 2014. Cependant, un examen de la RNA du Canada devrait être amorcé en 2014-2015 afin de mieux appuyer le processus décisionnel FPT concernant la taille, la composition et les stratégies d'approvisionnement de la réserve d'antiviraux.

L'ASPC surveille toujours de près la publication d'articles scientifiques concernant l'efficacité des antiviraux destinés à la prévention et au traitement de l'influenza et, tout compte fait, les données appuient leur utilisation pendant une pandémie. Des études d'observation de la pandémie de grippe H1N1 en 2009 ont montré les avantages et l'efficacité des antiviraux, particulièrement lorsqu'ils sont utilisés au début (dans les 48 heures) et par les personnes à risque élevé de subir des complications de la grippe.

L'ASPC est au courant des préoccupations soulevées par les auteurs de la Collaboration Cochrane et du British Medical Journal concernant l'efficacité des antiviraux, notamment Tamiflu. Les préoccupations soulevées par la Collaboration Cochrane ont trait aux données de la première étude clinique qui s'appuyaient sur des essais contrôlés à répartition aléatoire visant à déterminer l'efficacité de Tamiflu lorsque celui-ci est utilisé pour traiter la grippe saisonnière chez les adultes et les enfants en santé. Les examinateurs de la Collaboration Cochrane n'ont pas tenu compte des études d'observation sur les doses de Tamiflu administrées lors de la pandémie de grippe H1N1 de 2009. Cependant, cette étude contredit d'autres études récentes.

Des données sur l'efficacité des antiviraux, qui se fondent sur des essais contrôlés à répartition aléatoire menés auprès de 1190 adultes et enfants ayant obtenu un diagnostic de grippe confirmé par un laboratoire, ont récemment été publiées. Selon les constats, le traitement d'oseltamivir a entraîné une légère diminution de la durée des symptômes et de l'excrétion virale chez les personnes ayant contracté des infections grippales sans complications, même lorsque le traitement a été entamé 48 heures ou plus après l'apparition de la maladie. En mars 2014, le journal *Lancet* a publié une vaste méta-analyse des études d'observation reposant sur des données de patients individuels. Les auteurs ont conclu que les inhibiteurs de la neuraminidase étaient associés à une réduction importante du risque de mortalité chez les adultes hospitalisés en raison de la grippe pandémique H1N1.

L'ASPC attend les résultats d'un autre examen international portant sur l'efficacité des antiviraux mené par le Multiparty Group for Advice on Science (MUGAS). MUGAS est un groupe de chercheurs internationaux qui effectuent une analyse distincte des données de la première étude clinique et des autres données, y compris des études d'observation. L'ASPC s'intéresse à connaître les résultats de l'examen du MUGAS qui seront disponibles plus tard cette année, puisque l'examen tiendra compte d'un plus vaste éventail de données sur une période plus longue, ce qui reflétera l'utilisation pratique du produit. L'ASPC se servira des résultats de toutes les données disponibles, dont ces examens, afin d'éclairer et d'améliorer le PCGP et les révisions à l'annexe sur les antiviraux du PCGP.

L'ASPC se servira des résultats de toutes les données disponibles, dont ces examens, afin d'éclairer et d'améliorer le document *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé* (PCGP) et les révisions à l'annexe sur les antiviraux du PCGP.

Surveillance de l'influenza

Le gouvernement du Canada participe à des programmes nationaux et internationaux visant à protéger les Canadiens et à surveiller la propagation de la grippe saisonnière, de la grippe animale et d'autres maladies. Ces programmes comprennent la surveillance et des diagnostics pour détecter et signaler des virus de l'influenza circulant aux niveaux national et international, ainsi que des programmes pour évaluer l'efficacité des vaccins et des médicaments visant à traiter des infections causées par la grippe.

La surveillance nationale actuelle de la grippe humaine comprend l'analyse régulière en laboratoire de

virus de l'influenza par l'Agence et la surveillance continue de la propagation de la grippe et d'autres maladies semblables par l'entremise de Surveillance de l'influenza, le système national canadien de surveillance. L'ASPC, en collaboration avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), procède également à la surveillance de virus hautement pathogènes de la grippe aviaire chez les oiseaux sauvages, et s'est dotée de plans continus pour collaborer avec des partenaires agricoles afin d'assurer une surveillance des animaux d'élevage.

L'ASPC et l'ACIA continueront à travailler étroitement avec des partenaires internationaux pour surveiller les risques de la grippe à l'échelle mondiale et pour mieux comprendre les risques potentiels pour les Canadiens.

L'ASPC travaille en collaboration avec les provinces et les territoires en vue d'accroître sa capacité à détecter, à surveiller et à suivre l'évolution des nouvelles menaces à la santé publique.

Contrôle des agents pathogènes au Canada

Grâce à son système rigoureux de contrôle des agents pathogènes, le Canada représente un chef de file dans la surveillance des agents pathogènes. La version actuelle du *Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes* exige que toutes les installations au Canada qui importent des agents pathogènes humains (groupes de risque 2, 3 et 4) les manipulent selon le niveau approprié de sécurité. En vertu de la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines (*LAPHT), quiconque manipule des agents pathogènes humains des groupes de risque 2, 3 ou 4 ou des toxines au Canada doit prendre toutes les précautions raisonnables pour protéger la santé et la sécurité du public, notamment en respectant les Normes et lignes directrices canadiennes sur la biosécurité. Le règlement pour appuyer la LAPHT, qui entrera en vigueur en 2015, comprendra la délivrance de licences aux installations qui manipulent des agents pathogènes humains ou des toxines. Outre l'exigence réglementaire liée aux agents pathogènes humains et aux toxines, l'ASPC publie des directives et des avis en matière de biosécurité qui fournissent des renseignements essentiels concernant les exigences en matière de biosécurité lorsqu'on manipule des agents pathogènes nouveaux ou émergents.

Collaboration internationale

Le gouvernement du Canada travaille avec des partenaires internationaux pour renforcer l'état de préparation à une pandémie mondiale et les interventions. Nous collaborons avec les États-Unis et le Mexique pour mettre en œuvre la version révisée du *Plan nord-américain contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza*. Le plan révisé renforcera la coopération pour la préparation en cas de grippe animale et pandémique future, et améliorera la santé et la sécurité des résidents des trois pays. De plus, nous collaborons sans cesse avec l'OMS et le Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale, qui comprend les pays du G7 et le Mexique. Le Canada travaille étroitement avec des partenaires internationaux, notamment l'OMS, les Centres pour la prévention et le contrôle des maladies (CDC) des États-Unis, le Centre chinois pour le contrôle et la prévention des maladies, pour ce qui est du contrôle, des mesures de confinement et de la prévention du virus de la grippe de type A (H7N9).

Grippe aviaire de type A (H7N9) chez les humains

Le 1er avril 2013, l'OMS a signalé pour la première fois une éclosion d'infections chez les humains causées par un nouveau virus de grippe aviaire de type A (H7N9) en Chine. Des cas ont été signalés en Chine dans 12 provinces et deux municipalités. De plus, des cas liés aux voyages ont été signalés en Malaisie, à Taïwan et à Hong Kong. On croit que la plupart des infections chez les humains sont survenues suivant une exposition à de la volaille infectée ou à un environnement contaminé. Au 6 août 2014, l'OMS avait signalé 450 cas confirmés chez des personnes, y compris 165 décès. L'ASPC a mené une évaluation des risques concernant le virus de la grippe de type A (H7N9) et a déterminé que le risque posé par ce virus pour la santé publique au Canada était faible selon les données probantes et les plus récents renseignements disponibles.

Virus de la grippe aviaire de type A (H5N1)

La première éclosion du virus de la grippe aviaire de type A (H5N1) a été signalée chez des poulets à Hong Kong en 1997. À l'échelle mondiale, la grippe aviaire (H5N1) a touché environ 650 personnes et causé 380 décès depuis 2003. Le virus circule actuellement chez les oiseaux en Asie et dans certaines régions d'Afrique, en plus d'avoir causé des éclosions sporadiques chez des oiseaux en Europe. Le risque de transmission de ce virus est très faible pour les Canadiens.

Initiative de recherche stratégique sur la capacité d'intervention en cas de pandémie

En 2006, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont reçu 21,5 millions de dollars pour la recherche sur la grippe pandémique, somme qui a été utilisée pour créer l'Initiative de recherche stratégique sur la capacité d'intervention en cas de pandémie (IRSCIP) sous la direction de l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires (IMII). L'IMII des IRSC a manifesté un leadership incroyable en développant cette initiative, c'est-à-dire en établissant des liens et en bâtissant des partenariats avec des intervenants de divers secteurs. Les IRSC ont donc pu accroître le montant total des fonds disponibles pour la recherche, soit de 21,5 millions de dollars à 43,3 millions de dollars, et pour appuyer 92 projets auxquels participaient 345 chercheurs.

Les projets financés par l'IRSCIP ont permis d'obtenir des résultats au chapitre des recherches et de la commercialisation dans chacun des domaines d'intérêt étudiés. Plus d'un tiers des recherches portant sur des vaccins et l'immunisation ont produit des résultats qui pourraient mener à un nouveau vaccin ou médicament. Parmi les exemples de telles découvertes, notons la détection précoce des variantes de l'influenza et leur corrélation avec des variations de l'efficacité du vaccin, ainsi que des études démontrant que les vaccins actuels sont moins efficaces chez les personnes âgées, menant ainsi au développement de meilleurs vaccins pour les personnes de ce groupe d'âge. Les trois quarts des projets de recherche portant sur la biologie du virus et les diagnostics ont permis à élaborer de nouvelles méthodes de recherche, à des brevets et des licences ou à des droits de propriété intellectuelle. Le seul projet continu appuyé par l'IRSCIP est le Réseau de recherche sur l'influenza de l'ASPC et des IRSC (RRIAI), qui développe et met à l'essai des méthodologies liées à l'évaluation de vaccins d'influenza pour déterminer l'innocuité, l'immunogénicité et l'efficacité, ainsi que la mise en œuvre et l'évaluation des programmes.

Bien que l'initiative dans son ensemble ait pris fin en 2011, plusieurs des projets de recherche ont eu un impact durable et ont contribué au développement d'autres partenariats en recherche. Par exemple, les IRSC et l'ASPC collaborent pour appuyer un nouveau réseau de recherche, axé sur un vaste éventail d'enjeux liés aux maladies évitables par la vaccination. Le Réseau canadien de recherche sur la vaccination (RCRI) se penche sur diverses questions de recherche biomédicale et des aspects du cycle de vie du vaccin, notamment l'innocuité, l'efficacité et la protection à court et à long terme, ainsi que les enjeux sociaux comme la réticence et l'adoption. Le financement de ce réseau a commencé en juin 2014.

Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness

Les IRSC participent également à des efforts internationaux de préparation à une pandémie par l'entremise du Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness (GloPID-R). Ce groupe vise à faciliter une intervention efficace en recherche dans les 48 heures suivant une éclosion importante d'une maladie infectieuse nouvelle ou qui vient de réapparaître et qui a le potentiel de se transformer en pandémie. Mis sur pied en 2013, ce réseau d'organisations de financement a tenu plusieurs réunions pour développer les objectifs généraux, la portée et la gouvernance de l'initiative. La réunion de septembre 2014, organisée par l'IMII et qui se tiendra à Montréal, rassemblera les organismes de financement membres et les chercheurs scientifiques afin de mettre au point un programme stratégique pour une intervention du milieu de la recherche.

Considérations relatives aux intervenants et aux provinces et territoires

- Le document *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé* (PCGP) est actuellement en cours de révision en collaboration avec les provinces et territoires.
- En collaboration avec les provinces et territoires, plusieurs outils liés aux virus de la grippe nouveaux et émergents qui pourront être utilisés par les PT ont été et continuent d'être mis au point. Ces outils comprennent des lignes directrices concernant la surveillance, une orientation relative à la prévention et au contrôle des infections, un protocole pour les enquêtes microbiologiques, une évaluation des risques, des définitions de cas et un algorithme pour la prise de décision et la gestion.
- L'orientation concernant les antiviraux pour le traitement et la prophylaxie de la grippe saisonnière, ainsi que pour la grippe aviaire de type A (H7N9), a été développée par l'entremise d'un contrat avec l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI).
- L'orientation concernant les infections respiratoires aiguës graves a également été mise au point grâce à un contrat avec la Société canadienne de soins intensifs et diffusée à des intervenants ciblés ainsi qu'aux provinces et territoires.
- L'orientation concernant les mesures de santé publique en ce qui a trait à la grippe de type A (H7N9) a été mise au point.

PERSONNE-RESSOURCE :

Approuvé par :

Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses

À DES FINS D'APPROBATION

14-111147- 398

NOTE À L'INTENTION DU MINISTRE DE LA SANTÉ

Donation d'Équipement de Protection Individuelle (ÉPI)

SOMMAIRE

- L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) a appelé les pays membres à faire des dons d'équipement de protection individuelle (ÉPI) afin de soutenir la lutte contre l'épidémie de maladie à virus Ebola qui continue à sévir en Afrique occidentale.
- La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) de l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada ont identifié des surplus d'équipement de protection individuelle (ÉPI) qui pourraient être offerts à l'OMS, en particulier des blouses, des masques et des gants.
  Le reste de la réserve du portefeuille de la Santé continuera à subvenir adéquatement aux besoins en ÉPI du Canada.
- Les frais de transport associés à cette donation seront à la charge du gouvernement du Canada. L'Agence étudie la possibilité d'entamer un partenariat avec le Programme de partenariat mondial d'AMC dans le but de couvrir cette dépense.
- Nous sollicitons votre accord pour procéder à cette donation qui permettra au Canada de se placer en position de leadership et de fournir du matériel répondant à un besoin criant causé par cet événement.

CONTEXTE :

L'épidémie d'Ebola qui sévit en Afrique occidentale est la plus importante épidémie de l'histoire et le nombre de cas continue à grimper. L'OMS fait état d'un nombre sans précédent de travailleurs de la santé infectés. Il faut en priorité prévenir la transmission du virus Ebola aux travailleurs de la santé, et cet objectif ne saurait être atteint sans l'utilisation adéquate d'ÉPI, qui est un élément de réponse crucial. L'OMS fait état d'une pénurie d'ÉPI au sein des pays touchés, et enjoint aux pays membres de faire des donations d'ÉPI destiné à être utilisé par les travailleurs qui dans les pays touchés sont en première ligne.

.../2

La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada stockent de l'ÉPI destiné à être utilisé au Canada en cas d'urgence.

- La RNSU constitue une réserve de matériel d'urgence financée et gérée par l'Agence. Elle contient différents approvisionnements d'urgence destinés à différents types d'urgence, qu'il s'agisse de lits et de couverture ou de fournir des produits pharmaceutiques.
- La DGSPNI constitue des réserves d'ÉPI destiné à être utilisé en cas d'urgence de santé publique par les travailleurs de la santé employés par Santé Canada et les autres professionnels de la santé (p. ex., les professionnels en charge des diagnostics, le personnel technique et les thérapeutes) au sein des collectivités des Premières Nations vivant dans une réserve.

Cette donation pourrait être réalisée conformément à la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne* et la directive du Conseil du Trésor sur l'Aliénation du matériel en surplus. Conformément à l'article 4.7 de cette directive, une autorisation ministérielle est requise quand les ministères font un don de matériel en surplus, lorsque la valeur marchande dépasse les coûts d'aliénation.

CONSIDÉRATIONS

En 2009, suite à l'accentuation du plan d'intervention destiné à contrer la grippe H1N1, la RNSU et la DGSPNI se sont procuré davantage d'ÉPI afin d'enrichir les réserves existantes, et cela comprenait des gants, des blouses, des écrans faciaux, ainsi que des respirateurs N95.

En se fondant sur l'évaluation des stocks présentement disponibles et sur l'estimation des besoins constants en ÉPI au Canada, la RNSU et la DGSPNI ont identifié une certaine quantité d'ÉPI qui pourrait faire l'objet d'une donation dans le cadre de l'effort international de lutte contre le virus Ebola, tel que l'illustre le tableau ci-dessous. La quantité d'ÉPI devant être conservée est basée sur l'évaluation de ce dont le Canada aurait besoin en cas d'épidémie de grippe modérée.

Une baisse du niveau actuel d'ÉPI au sein de la RNSU est conforme au cadre de la politique de la RNSU de 2010, qui précise le rôle du maintien d'articles spécialisés quand le gouvernement fédéral en est l'unique fournisseur. Bien que la RNSU continue à jouer un rôle dans le stockage de quantités limitées d'ÉPI, si les ressources locales et les ressources des P/T sont épuisées, les P/T disposent de leur propre stock d'ÉPI et ce dernier est également disponible sur le marché commercial. Depuis 2010, la RNSU n'a reçu aucune demande de déploiement d'ÉPI.

.../3

Les quantités proposées pour la donation d'ÉPI comprennent :

Article d'ÉPI	RNSU	DGSPNI	TOTAL des unités
Respirateurs N95	500 000	Néant	500 000
Gants d'examen	1 500 000	Néant	1 500 000
Gants de chirurgie	3 500	Néant	3 500
Combinaisons à capuchon	50	Néant	50
Écrans faciaux	400 000	1 700 000	2 100 000
Blouses d'isolement	750 000	500 000	1 250 000

Il existe deux options d'acheminement de ces articles vers le Ghana (que les Nations Unies ont établi en tant que plaque tournante de l'approvisionnement dans le cadre de la réponse actuelle à l'épidémie) :

- Par avion - durée d'environ 14 jours pour un coût estimé à 1,4 M$.
- Par bateau - prendrait environ 45 jours pour un coût estimé à 200 000 $.

Si le transport par avion est plus rapide que le transport par bateau, le coût associé est important. Puisque l'OMS estime que contenir l'épidémie pourrait prendre de six à neuf mois, un délai de 45 jours pourrait être raisonnable pour certains articles. Selon les besoins particuliers pour les différents articles, il est proposé que les articles dont le besoin est plus pressant soient acheminés par avion, et que les articles dont le besoin est moins pressant suivent par bateau.

L'Agence est présentement en pourparlers avec AMC et se penche sur des occasions en lien avec le Programme de partenariat mondial (PPM) (une initiative de lutte contre le terrorisme lié à la sécurité internationale et aux armes de destruction massive) afin de couvrir les coûts de transport. Le PPM s'est déjà engagé à verser 2 M$ à l'OMS pour les volets de la sécurité en lien avec la réponse à la MVE et une partie de cette enveloppe a été affectée à l'ÉPI. Le PPM a manifesté son intention de financer un transport par bateau de la donation d'ÉPI du portefeuille de la Santé, sous réserve d'une confirmation du coût (c'est-à-dire, en deçà de 250 000 $ et de l'approbation de l'OMS quant à l'utilisation d'une partie de la contribution du PPM à cette fin).

L'OMS exige qu'au moment de la donation d'ÉPI, ce dernier ait une durée utile de stockage d'au moins deux ans. Tous les biens proposés dans le cadre de cette donation remplissent cette condition. Le portefeuille de la Santé travaille présentement de concert avec l'OMS dans le but de valider ses exigences. L'Agence fournit à l'OMS les spécifications techniques des biens proposés afin de s'assurer qu'ils comblent les besoins de l'OMS. Il est possible que l'OMS n'accepte pas l'ensemble des biens que le portefeuille de la Santé lui propose. L'Agence cherche à déterminer s'il serait éventuellement possible pour les provinces et les territoires de prendre une donation en considération.

.../4

CONSIDÉRATIONS DU PORTEFEUILLE :

L'ASPC travaille en étroite collaboration avec la DGSPNI afin de coordonner la donation d'ÉPI proposée par le Canada dans un élan de soutien à l'effort international consenti pour faire face à la MVE.

RÉPERCUSSIONS SUR LES RESSOURCES :

La valeur de la donation envisagée s'élève à 2,68 M$. Sachant que la valeur marchande de la donation proposée dépasse l'estimation des coûts liés à l'aliénation en cas de péremption des biens (127 000 $), une approbation ministérielle est requise pour que la donation aille de l'avant.

Les coûts du transport à destination de l'Afrique sont estimés à 1,4 M$ par avion, ou à 200 000 $ par bateau (45 jours). Tandis que les discussions se poursuivent afin de déterminer si le PPM d'AMC peut assumer les coûts de transport, si cela ne se concrétise pas, le portefeuille de la Santé devra couvrir les dépenses associées au transport (qui devraient osciller entre 200 000 $ et 1,4 M$, en fonction des volumes acheminés par avion comparativement aux volumes acheminés par bateau). L'Agence est prête à assumer les coûts si le Programme de partenariat mondial d'AMC n'est pas en mesure de les couvrir.

RÉPERCUSSIONS SUR LES COMMUNICATIONS :

Nous recommandons que cette donation fasse l'objet d'une annonce ministérielle. Le message reviendra sur le fait que les ÉPI sont essentiels à la protection des travailleurs de la santé qui contribuent à lutter contre le virus, et à contenir l'épidémie. Il sera en outre souligné que l'Agence continue à travailler de concert avec l'OMS dans le but d'apporter de l'expertise à l'Afrique occidentale. Les porte-parole de l'Agence devraient être prêts à expliquer ce qui peut être perçu comme un retard au niveau de la donation puisque les employés de l'Agence (équipe laborantine) sont dans la région depuis des mois, et que la demande d'ÉPI a été faite en juillet; le délai plus long pour acheminer du matériel aux régions touchées par bateau plutôt que par avion; et revenir sur toute coordination éventuelle entre les provinces et les territoires pour faire don de tout article en surplus qui est de leur ressort respectif. Il est possible que ce dernier point pose problème puisqu'une annonce effectuée uniquement au niveau fédéral pourrait provoquer des frictions lors de la réunion des ministres de la Santé. Il faudra également coordonner les communications avec l'OMS au niveau des messages et de l'annonce qui sera faite.

.../5

RECOMMANDATIONS/CONCLUSION :

Nous vous recommandons d'indiquer votre approbation de la donation des biens proposés à l'OMS, et leur acheminent à destination de l'Afrique occidentale en cochant la case ci-dessous qui indique « Je suis d'accord ».

[redacted]
Health Canada

[redacted]
Santé Canada

[redacted]
Agence de la santé publique du Canada

☐ Je ne suis pas d'accord
☐ Je suis d'accord

_____ _____
Ministre Date

SGCHD no 14-111147- 398

Pour tous renseignements : [redacted]
Numéro de téléphone : [redacted]

[redacted] (PHAC/ASPC)

Expéditrice : [redacted] on behalf of [redacted]

Envoyé le : 2020-07-13 4:12 PM

Destinataire : [redacted] (PHAC/ASPC)

Objet : Transf. : État de préparation communautaire concernant la MVE

Pièces jointes : EVD community-preparedness.docx

----- Transféré par [redacted] le 13-07-2020, à 16 h 11 -----

From: [redacted]

To: [redacted]

Cc: [redacted]

Date: 2014-10-30 07:20 PM

Objet : État de préparation communautaire concernant la MVE

Milles mercis à [redacted] et à [redacted] pour être parvenues à le faire rapidement. J'ai apporté quelques petites modifications, en tenant compte des commentaires de [redacted] également. Ce qui est inclus est conforme aux produits des Communications pour toute annonce.

Pour gagner du temps, je l'envoie à ce groupe pour voir si cela fait mouche. Les coûts estimatifs de la RNSU sont établis en fonction des achats prévus; les fonds pour les deux autres éléments peuvent être ajustés.

Je ne sais pas si des S+C peuvent être envisagées.

(voir la pièce jointe : EVD community-preparedness.docx)

[redacted]

Intervention relative au virus Ebola - Préparation de la communauté canadienne [redacted]

Contexte :

Il est essentiel que les fournisseurs de soins de santé et les fournisseurs de services associés qui sont en première ligne aient confiance, qu'ils se sentent en sécurité et à même de s'acquitter de leur tâche de façon efficace, quand ils sont face à un cas suspecté ou confirmé d'Ebola. La préparation de la communauté se concentre sur le soutien des différents fournisseurs qui pourraient contribuer aux efforts destinés à venir en aide à un patient (par exemple, le personnel des services médicaux d'urgence, les médecins et les infirmières de première ligne, les pharmaciens, les membres de la famille, les hôpitaux communautaires et les employés de salon funéraire.

La préparation est tributaire de l'accès à l'information, à la formation et à l'équipement, pour que les mesures prises puissent correspondre aux risques associés à une situation ou à un cas particulier. Elle se concentre également sur l'identification des lacunes à un stade précoce et sur la mise en place de mesures pour combler rapidement les lacunes qui pourraient être cernées. Il est important de ne pas minimiser le rôle que la communauté élargie joue dans le cadre d'une intervention efficace. Par conséquent, la préparation de la communauté traite également des besoins de communication sur les risques des entreprises et des écoles locales, et de tout autre paramètre afin de leur permettre d'opérer conformément à des informations crédibles et à jour, et selon les orientations fondées sur les risques.

Les équipes d'intervention rapide de l'Agence de la santé publique du Canada apporteraient un soutien prépondérant à l'intervention de la communauté advenant un cas confirmé d'Ebola au Canada. En plus de l'approvisionnement d'urgence de la Réserve nationale stratégique d'urgence, ces fournitures fédérales constitueront des ressources appréciables pour les différentes instances. Cet investissement permettra de renforcer leurs capacités.

Enfin, la confiance de la population canadienne sera influencée par l'opinion des travailleurs de la santé et des fournisseurs de services associés en ce qui a trait à la préparation de leurs communautés respectives. En organisant un forum permanent destiné à dresser un bilan des processus de lutte contre les infections, et à identifier les meilleures pratiques, les lacunes, ainsi que les faiblesses, cet investissement facilitera la prise de mesures concertées et la recherche commune de solutions.

Objectif :

Pour soutenir les provinces et les territoires qui cherchent à fournir les informations, la formation et les ressources dont les communautés ont besoin pour prendre en charge de façon confidentielle, sécuritaire et efficace les cas suspectés ou confirmés d'Ebola.

Page: 328 of/de 1,041
AV2020000020

[redacted]

(2) Réserve nationale stratégique d'urgence - RNSU [redacted]

La RNSU de l'Agence de la santé publique du Canada approvisionne les provinces et les territoires en fournitures médicales grâce à sa capacité d'intensification en cas d'urgence. Cet investissement permettra :

- D'acheter de l'équipement de protection individuelle et d'isolation des patients spécialisé pour prendre en charge les patients atteints du virus Ebola avec la RNSU et de s'assurer de sa capacité à acheminer l'équipement requis, sur demande des provinces et territoires.

[redacted]

PRÉPARATION EN CAS DE GRIPPE PANDÉMIQUE

SYNOPSIS/QUESTION POSSIBLE

Depuis l'émergence du virus aviaire H5N1 à Hong Kong en 1997, le gouvernement du Canada a pris un certain nombre de mesures pour renforcer l'état de préparation du Canada en cas de pandémie et répondre efficacement aux nouveaux virus grippaux présentant un potentiel pandémique.

Que fait le gouvernement afin de préparer le Canada en prévision d'une autre grippe pandémique éventuelle?

MESSAGES CLÉS

- Le plan de préparation du Canada à une pandémie comporte de multiples facettes. Outre les mesures pharmaceutiques telles que les vaccins et les antiviraux, le plan prévoit des mesures de santé publique visant à prévenir et à maîtriser la propagation d'une nouvelle souche grippale.

- Le gouvernement du Canada a conclu un contrat de dix ans avec un fabricant canadien afin d'assurer l'accès rapide à des vaccins antipandémiques pour tous les Canadiens en cas de pandémie.

- L'Agence de la santé publique du Canada suit étroitement les publications scientifiques liées à l'efficacité d'antiviraux tels que le Tamiflu pour le traitement de la grippe. La prépondérance de la preuve appuie l'utilisation d'antiviraux en temps de pandémie.

MESSAGES SUPPLÉMENTAIRES

- Le gouvernement du Canada est fier de soutenir la recherche dans les domaines comme la grippe et les vaccins qui aura une incidence durable sur la santé des Canadiens, et ce, tant au pays qu'avec ses partenaires internationaux.

- Les leçons retenues de la grippe H1N1 permettront d'améliorer notre capacité à communiquer efficacement avec les Canadiens en situation de grippe pandémique.

- Le gouvernement du Canada participe à des programmes nationaux et internationaux pour protéger les Canadiens et suivre la propagation de la grippe saisonnière, de la grippe animale, ainsi que d'autres maladies. Il s'agit de mesures de surveillance et de mesures diagnostiques servant à détecter et à signaler les virus grippaux en circulation, et ce, à l'échelle nationale et internationale.

CONTEXTE

Le budget de 2006 a prévu un investissement de 1 milliard de dollars en préparation en cas de pandémie, soit 600 millions de dollars sur cinq ans affectés aux ministères et aux organismes fédéraux, et 400 millions de dollars mis de côté dans un cadre financier à titre de réserve pour éventualités, lequel n'existe plus. Cet investissement a permis d'élaborer une stratégie exhaustive de préparation en cas de pandémie. Le financement initial sur cinq ans a été élargi de façon à maintenir une capacité essentielle de préparation et à répondre aux nouveaux défis et aux nouvelles possibilités. La réponse du Canada à la préparation en cas de pandémie comprend les éléments ci-après :

Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé

La réponse du Canada face à la pandémie de H1N1 était guidée par le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé (PCGP). Le PCGP, publié pour la première fois en 2004, puis mis à jour en 2006, fournit un cadre national de préparation et d'intervention en cas de grippe pandémique qui est axé sur le secteur de la santé. Il représente l'aboutissement d'un effort de collaboration des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT), et indique les rôles et les responsabilités à tous les ordres de gouvernement en vue d'une intervention cohérente et coordonnée en cas de pandémie grippale.

Le titre du document est passé de « Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé » à « Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé » afin de traduire fidèlement le rôle et l'utilisation auxquels est destiné le document maître en tant que document d'orientation.

Le document maître du PCGP a été mis à jour afin de tenir compte des leçons retenues de la pandémie de grippe H1N1 en 2009 et des percées scientifiques. Le document maître du PCGP ne prend aucun engagement ayant trait au financement fédéral ou au partage des coûts liés aux ressources ou aux besoins liés à une pandémie. Aucun changement n'a été apporté en ce qui concerne le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral. Il a été examiné et parfait par les représentants FPT (en automne 2012) et les intervenants en santé publique (au printemps 2013) dans le cadre d'un processus de consultation officiel. Parmi les intervenants se trouvaient des organisations nationales représentant les professionnels de la santé, les acteurs de la préparation aux situations d'urgence et les premiers intervenants, les services communautaires, le secteur privé et des organisations autochtones nationales, qui ont tous fourni une rétroaction positive.

Le document maître du PCGP permet une plus grande souplesse et adaptabilité d'intervention pour les prochaines pandémies. Il soutient maintenant une approche axée sur la gestion des risques, ce qui fait intervenir de nouveaux concepts tels que l'évaluation des répercussions d'une pandémie, les scénarios de pandémie de répercussions variées et la détermination des déclencheurs de l'intervention canadienne. Il traduit aussi davantage la diversité géographique, démographique, culturelle et socioéconomique du Canada, ainsi que l'obligation pour les planificateurs de tenir compte de cette diversité.

Les mises à jour soutiennent une approche pancanadienne uniforme à la planification et à l'intervention en cas de pandémie tout en offrant une marge de manœuvre aux provinces et aux territoires, ce qui leur permet d'adapter leurs propres plans et interventions à leurs circonstances locales et régionales propres. Le document maître du PCGP se veut évolutif et sera mis à jour au besoin afin qu'il cadre avec les plans de gestion des urgences tous risques à mesure qu'ils deviennent accessibles.

On prévoit que la version révisée du document maître du PCGP sera publiée en 2015.

Stratégie de vaccination antipandémique

En février 2011, le gouvernement fédéral a conclu, aux fins d'approvisionnement en vaccins contre une éventuelle pandémie de grippe, un nouveau contrat de 10 ans avec un fabricant canadien (GlaxoSmithKline [GSK]) en tant que fournisseur principal de vaccins contre les grippes pandémiques responsable de fournir les vaccins pour tous les Canadiens, de façon prioritaire. À titre de mesure de préparation, GSK fournit la majorité de l'approvisionnement en vaccins contre la grippe saisonnière. Cette exigence fait en sorte que la production sera prête en cas de pandémie grippale. Le contrat est évalué à un montant de 430,5 millions de dollars.

Un contrat de trois ans pour un approvisionnement d'appoint en vaccins contre la grippe pandémique de l'entreprise Sanofi Pasteur Ltd est également en place pour atténuer le risque de perturbation ou de retard du côté du principal fournisseur canadien. Au besoin, cet approvisionnement d'appoint sera accessible en quantité suffisante pour immuniser jusqu[redacted] de Canadiens et serait probablement utilisé pour cibler les groupes de vaccination prioritaire en fonction de l'épidémiologie de la maladie ou, autrement dit, en fonction du groupe d'âge ou de population le plus gravement touché par la maladie. Une autre exigence en vertu de ce contrat consiste à fournir le vaccin annuel contre la grippe pour les programmes des provinces et des territoires (PT). La valeur estimée totale du contrat est de 43,7 millions de dollars. Le contrat actuel expire en mars 2015 et une nouvelle demande de propositions sera lancée dans les mois à venir.

Le nouveau virus de la grippe H7N9 est apparu en Chine et présentait une transmission interhumaine limitée. Comme tous les nouveaux virus de la grippe, ce virus a le potentiel de déclencher une pandémie. Les deux entreprises, GSK et Sanofi Pasteur Ltd, ont été embauchées relativement à la grippe H7N9 pour aider l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) à intensifier les efforts de préparation en cas de pandémie, au besoin. La déclaration d'une pandémie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) constituerait le mécanisme déclencheur du contrat de l'ASPC relatif aux vaccins contre une grippe pandémique.

Réserve nationale de vaccins anti-H5N1

À titre de mesure prépandémique, le gouvernement fédéral a acquis les composants (antigène et adjuvant) nécessaires à la production du vaccin anti-H5N1 en quantité suffisante pour produire environ [redacted] Ce produit est détenu au Canada par GSK.

Stratégie antivirale

Les médicaments antiviraux constituent un aspect clé de la planification en cas de grippe pandémique, car ils sont la seule intervention pharmaceutique accessible pendant la première intervention en cas de pandémie, jusqu'à ce que les vaccins soient rendus accessibles. En 2004, les gouvernements FPT ont collaboré pour établir des réserves nationales d'antiviraux, ce qui a permis d'assurer l'accès équitable aux médicaments antiviraux pour tous les Canadiens en cas de pandémie grippale.

Au cours de la dernière décennie, le Canada a constitué une réserve d'antiviraux comme composante clé de la planification en cas de pandémie. La Réserve nationale d'antiviraux (RNA) a été créée en 2004 grâce à un partage des coûts entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires (60 % provenant du gouvernement fédéral et 40 % des PT), et est détenue et gérée par les provinces et les territoires.

À la suite de son utilisation pendant la pandémie de H1N1 en 2009, mais aussi en raison de l'expiration de produits, il s'est avéré nécessaire de procéder au ravitaillement de la RNA. [redacted]

En date du 31 mars 2014, le financement fédéral pour le partage des coûts en vue du ravitaillement en antiviraux a expiré. Au cours des trois années de partage des coûts, le gouvernement fédéral a soutenu le ravitaillement des réserves d'antiviraux des provinces et des territoires pour une couverture générale de 17,7 % de la population (intervalle de 10 % à 23 %) en fonction des commandes confirmées depuis 2013-2014, ce qui a représenté une dépense fédérale d'environ 10 millions de dollars.

Chaque province et territoire est libre de prendre ses propres décisions au sujet des exigences relatives à sa réserve d'antiviraux, en fonction de considérations propres à son administration.

Un certain nombre de produits ont été élaborés à l'appui des processus décisionnels des provinces et des territoires en ce qui concerne leur réserve d'antiviraux :

- le rapport Scientific Recommendations for National Antiviral Stockpiles (Recommandations scientifiques relatives aux réserves d'antiviraux), lequel a formulé des recommandations sur la taille et la composition des réserves d'antiviraux (2011);
- Mathematical modelling of antiviral stockpile requirements (Modélisation mathématique des exigences relatives aux réserves d'antiviraux) (2011);
- le rapport Sustainable Antiviral Stockpiles for Pandemic Influenza (Réserves d'antiviraux durables en cas de grippe pandémique), lequel a présenté des recommandations et des pratiques exemplaires pour la gestion logistique et opérationnelle (2013);
- le rapport NAS : Considerations for Policy-Makers (Facteurs que les décideurs doivent considérer au sujet de la RNA), lequel a présenté les facteurs dont les administrations doivent tenir compte au moment de prendre des décisions sur la taille et la composition appropriée de la RNA (2013).

Une deuxième réserve d'antiviraux financée entièrement par le gouvernement fédéral est détenue dans la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) et est destinée à fournir une capacité d'intensification. Les actifs de la RNSU en matière d'antiviraux sont suffisants pour traiter environ [redacted] de la population canadienne, mais ils diminueront et atteindront environ [redacted] d'ici l'année 2016 (2,5 % d'ici 2019-2020 et 1,2 d'ici 2020-2021).

À l'heure actuelle, il n'existe aucun engagement pour partager les coûts des antiviraux au-delà de mars 2014. Or, l'examen de la RNA du Canada devrait être amorcé en 2014-2015 afin de mieux soutenir le processus décisionnel FPT ayant trait à la taille, à la composition et aux stratégies d'approvisionnement de la réserve d'antiviraux.

L'ASPC surveille étroitement les publications scientifiques liées à l'efficacité d'antiviraux pour la prévention et le traitement de la grippe, et la prépondérance de la preuve soutient leur utilisation en cas de pandémie. Des études d'observation tirées de la pandémie de grippe H1N1 de 2009 appuient les avantages et l'efficacité des antiviraux, en particulier lorsqu'ils sont utilisés rapidement (dans les 48 heures) et chez les personnes présentant des risques élevés de complications attribuables à la grippe.

L'ASPC est consciente des préoccupations soulevées par les auteurs de la Collaboration Cochrane et du *British Medical Journal* au sujet de l'efficacité des antiviraux, y compris le Tamiflu. Les préoccupations soulevées par la Collaboration Cochrane ont trait aux données originales des études cliniques, provenant d'essais comparatifs randomisés sur l'efficacité du Tamiflu utilisé pour traiter la grippe saisonnière chez les adultes et les enfants en santé. Les examinateurs de la Collaboration Cochrane n'ont pas tenu compte des éléments probants issus d'études d'observation sur le Tamiflu lors de la pandémie de grippe H1N1 de 2009. Or, cette étude entre en conflit avec d'autres études récentes.

La preuve de l'efficacité des antiviraux a été publiée récemment et a fait intervenir des essais comparatifs randomisés (ECR) chez 1 190 adultes et enfants présentant des cas de grippe confirmés en laboratoire. Il a été démontré que le traitement à l'oseltamivir entraînait une réduction modeste de la durée des symptômes et des taux d'excrétion virale chez les personnes présentant une infection grippale sans complication, et ce, même lorsque le traitement avait été amorcé 48 heures et plus après le début de la maladie. En mars 2014, le *Lancet* a publié une vaste méta-analyse des études d'observation fondées sur les données des patients individuels, laquelle est parvenue à la conclusion que les inhibiteurs de la neuraminidase (INA) étaient associés à une réduction importante du risque de décès chez les adultes hospitalisés en raison de la pandémie de grippe H1N1.

L'ASPC attend les résultats d'un autre examen international sur l'efficacité des antiviraux, lequel est mené par le Multiparty Group for Advice on Science (MUGAS). Le MUGAS est un groupe de chercheurs internationaux effectuant une analyse distincte sur les données d'études cliniques originales, ainsi que sur d'autres données, y compris celles d'études d'observation. L'ASPC s'intéresse aux résultats de l'examen du MUGAS, lequel se penchera sur une gamme plus vaste de données recueillies pendant une période plus longue, ce qui permet de tenir compte de l'utilisation réelle du produit. L'ASPC utilisera les résultats de toutes les données probantes disponibles, y compris ces examens, afin d'éclairer et de renforcer le PCGP, ainsi que les révisions apportées à l'annexe du PCGP sur les antiviraux.

Surveillance de la grippe

Le gouvernement du Canada participe à des programmes nationaux et internationaux pour protéger les Canadiens et suivre la propagation de la grippe saisonnière, de la grippe animale, ainsi que d'autres maladies. Il s'agit de la surveillance et des diagnostics visant à détecter et à signaler les virus grippaux en circulation, et ce, à l'échelle nationale et internationale, ainsi que des programmes en vue d'évaluer l'efficacité des vaccins et des médicaments pour traiter les infections grippales.

La surveillance nationale actuelle de la grippe chez l'humain fait intervenir l'analyse en laboratoire régulière des virus grippaux par l'ASPC et la surveillance soutenue de la propagation de la grippe et de maladies semblables à la grippe par l'intermédiaire d'ÉpiGrippe, le système national de surveillance du Canada. L'ASPC, de concert avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), effectue également la surveillance des virus de la grippe aviaire hautement pathogènes chez les oiseaux sauvages et prévoit actuellement collaborer avec des partenaires agricoles afin d'établir la surveillance chez les animaux d'élevage.

L'ASPC et l'ACIA poursuivront leur collaboration étroite avec leurs partenaires internationaux pour surveiller les risques de grippe à l'échelle mondiale et mieux comprendre les risques pour les Canadiens.

L'ASPC travaille en collaboration avec les provinces et les territoires pour améliorer sa capacité à détecter, à surveiller et à suivre les nouvelles menaces pour la santé publique.

Contrôle des agents pathogènes au Canada

Le Canada possède un régime robuste de contrôle des agents pathogènes et est un chef de file quant à son approche de la surveillance des agents pathogènes. Le *Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes* exige de tous les établissements au Canada qui importent des agents anthropopathogènes (groupes de risque 2, 3 et 4) qu'ils y travaillent en employant les mesures de sécurité appropriées. La *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines* (LAPHT) exige que toute personne travaillant avec des agents anthropopathogènes de groupe de risque 2, 3 ou 4 au Canada prenne toutes les précautions raisonnables pour protéger la santé et la sécurité du public, ce qui signifie de suivre les normes et lignes directrices canadiennes sur la biosécurité. Les dispositions réglementaires à l'appui de la LAPHT entreront en vigueur en 2015 et feront intervenir la délivrance de permis aux établissements qui travaillent sur des agents pathogènes humains et des toxines. Outre l'exigence réglementaire relative aux pathogènes humains et aux toxines, l'ASPC publie des avis et des notifications de biosécurité qui fournissent des renseignements essentiels au sujet des exigences en matière de biosécurité pour travailler avec des agents pathogènes nouveaux ou émergents.

Collaboration internationale

Le gouvernement du Canada collabore avec ses partenaires internationaux pour renforcer la préparation et l'intervention en cas de pandémie mondiale. Nous collaborons avec les États-Unis et le Mexique pour mettre en œuvre le Plan nord-américain contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza (PNAIAPI). Le plan révisé renforcera la coopération afin de se préparer à une grippe animale et pandémique à venir, et améliorera la santé et la sécurité des résidents des trois pays. En outre, il existe une collaboration soutenue avec l'OMS et le Groupe d'action sur la protection de la santé mondiale, lequel inclut les pays du G7 et le Mexique. Le Canada collabore étroitement avec ses partenaires internationaux, dont l'OMS, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC des É.-U.) et le Chinese Center for Disease Control and Prevention en ce qui a trait aux mesures de contrôle, d'endiguement et de prévention du virus de la grippe aviaire (H7N9).

Virus de la grippe aviaire (H7N9) chez l'humain

Une éclosion d'infections chez l'humain au nouveau virus de la grippe aviaire (H7N9) a été signalée pour la première fois en Chine par l'OMS, le 1er avril 2013. Des cas ont été déclarés en Chine dans 12 provinces et 2 municipalités. En outre, les cas liés aux voyages ont été signalés en Malaisie, à Taiwan et à Hong Kong. On estime que la plupart des infections chez l'humain se sont produites après l'exposition à de la volaille infectée ou à des environnements contaminés. En date du 16 décembre 2014, l'OMS a signalé 470 cas confirmés chez l'humain, y compris 182 décès. L'ASPC a effectué une évaluation des risques sur le virus (H7N9), et il a été déterminé que le risque qu'il pose pour la santé publique au Canada est très faible, selon les données probantes et les renseignements les plus récents disponibles.

Virus de la grippe aviaire H5N1

Le virus de la grippe aviaire H5N1 est d'abord apparu dans une éclosion chez la volaille à Hong Kong en 1997. Dans le monde entier, le virus de la grippe aviaire (H5N1) est à l'origine de 650 cas d'infection chez l'humain et de 350 décès depuis 2003. Le virus circule actuellement chez les oiseaux en Asie, dans certaines parties de l'Afrique, et a causé des éclosions sporadiques chez les oiseaux en Europe. Le risque de la transmission du virus (H5N1) à des Canadiens est très faible.

Initiative de recherche stratégique sur la capacité d'intervention en cas de pandémie

En 2006, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont reçu 21,5 millions de dollars pour la recherche sur la grippe pandémique, un montant qui a été utilisé pour créer l'Initiative de recherche stratégique sur la capacité d'intervention en cas de pandémie (IRSCIP) sous la direction de leur Institut des maladies infectieuses et immunitaires (IMII). L'IMII des IRSC a fait preuve d'un leadership exceptionnel dans l'élaboration de cette initiative en nouant des liens et en établissant des partenariats avec les intervenants de divers secteurs. Cela a permis aux IRSC d'accroître la somme totale de fonds disponibles pour la recherche (la faisant ainsi passer de 21,5 millions de dollars à 43,3 millions) et de soutenir 92 projets faisant intervenir 345 chercheurs.

Les projets financés par l'IRSCIP ont produit des résultats de recherche et de commercialisation divers dans chaque domaine de recherche concerné. Plus du tiers des projets de recherche sur des vaccins et sur l'immunisation ont produit des résultats susceptibles de donner lieu à un nouveau vaccin ou médicament. Des exemples de telles découvertes sont, notamment : la détection précoce de variations de la grippe et leur corrélation avec l'efficacité variable des vaccins; la démonstration par certaines études que les vaccins actuels sont moins efficaces chez les personnes âgées, ce qui a donné lieu au développement de meilleurs vaccins pour cette cohorte. Trois projets de recherche sur quatre étudiant la biologie virale et les diagnostics ont entraîné de nouvelles méthodes de recherche, des brevets et des licences ou des revendications de propriété intellectuelle. L'IRSCIP a fourni un soutien au Réseau de recherche sur l'influenza de l'ASPC et des IRSC (RRIAI), lequel élabore et met à l'essai des méthodes liées à l'évaluation des vaccins antigrippaux relativement à l'innocuité, à l'immunogénicité et à l'efficacité, ainsi qu'à la mise en œuvre et à l'évaluation de programmes.

Bien que l'initiative de l'IRSCIP dans son ensemble ait pris fin en 2011, et que le RRIAI arrive au terme de son mandat en 2014-2015 (la contribution totale du gouvernement fédéral au RRIAI s'est chiffrée à 18,4 millions de dollars), un grand nombre des projets de recherche ont eu une incidence durable et ont contribué à l'établissement

d'autres partenariats de recherche. Par exemple, en s'appuyant sur la réussite du RRIAI, les IRSC et l'ASPC collaborent à l'appui d'un nouveau réseau de recherche axé sur un large éventail d'enjeux liés à l'immunisation. Le Réseau canadien de recherche sur l'immunisation (RCRI) répond aux diverses questions de recherche biomédicale et aux divers aspects du cycle de vie des vaccins y compris leur innocuité, leur efficacité et protection à court et à long terme, ainsi que les enjeux sociaux comme la réticence à la vaccination et son acceptation. Un financement de trois ans pour ce réseau a été amorcé en juin 2014.

Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness

Les IRSC prennent également part aux efforts internationaux de préparation en cas de pandémie par l'intermédiaire du Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness (GloPID-R). Ce groupe vise à faciliter des recherches efficaces dans les 48 heures suivant le début de l'éclosion importante d'une maladie infectieuse nouvelle ou résurgente présentant un potentiel pandémique. Lancé en février 2013, ce réseau d'organisations de financement a tenu plusieurs réunions pour l'élaboration des objectifs généraux, de la portée et de la gouvernance de l'initiative. La réunion tenue en septembre 2014, organisée par l'IMII des IRSC à Montréal, a réuni les organismes de financement membres et des scientifiques de recherche pour élaborer un programme stratégique d'intervention de recherche.

La réunion du GloPID-R à Montréal a été déterminante et a donné lieu à plusieurs résultats :

- Une charte mise à jour pour le GloPID-R a été élaborée.
- En octobre 2014, les membres fondateurs ont accepté de coopérer dans l'esprit de la charte.
- Une simple structure de gouvernance a été établie.
- On mettra sur pied un programme stratégique d'intervention de recherche sous peu. On procède actuellement à la formation du groupe d'experts scientifiques, et le Dr Brian Ward, de l'université McGill, a été nommé par l'IMII des CIHR à titre d'expert canadien dans le groupe.
- Un secrétariat financé par la Commission européenne est en place depuis le 1er janvier 2015.

PERSONNE-RESSOURCE :

Approuvé par :

ÉTAT DE PRÉPARATION À UNE GRIPPE PANDÉMIQUE – ANTIVIRAUX ET PLAN CANADIEN POUR LUTTER CONTRE UNE PANDÉMIE DE GRIPPE

SYNOPSIS

Au fil des ans, le gouvernement a pris certaines mesures pour se préparer à une pandémie afin de réduire la vulnérabilité du Canada aux répercussions d'une grippe pandémique.

- Le plan de préparation du Canada pour lutter contre une pandémie comporte plusieurs volets. Outre des mesures pharmaceutiques comme des vaccins et des antiviraux, le plan comprend des mesures de santé publique pour prévenir et contrôler la propagation d'une nouvelle souche de l'influenza.
- En 2011, le gouvernement du Canada a conclu un contrat de dix ans avec un fabricant national de vaccins afin de s'assurer d'avoir rapidement accès à des vaccins pour tous les Canadiens en cas de pandémie.
- Le gouvernement du Canada participe à des programmes nationaux et internationaux afin de protéger les Canadiens et de surveiller la propagation de la grippe saisonnière, de la grippe animale et d'autres maladies. Cela comprend des mesures de surveillance et de diagnostic visant à détecter et à signaler des virus de l'influenza circulant aux niveaux national et international.
- Les leçons apprises de la grippe H1N1 contribueront à améliorer la capacité du gouvernement de communiquer efficacement avec les Canadiens pendant une pandémie de grippe.

Efficacité des antiviraux :

- L'Agence de la santé publique surveille de près la publication d'articles scientifiques concernant l'efficacité d'antiviraux comme Tamiflu pour traiter l'influenza.
- À l'heure actuelle, les données scientifiques appuient l'utilisation d'antiviraux pendant une pandémie. Les antiviraux constituent la seule intervention pharmaceutique pouvant être utilisée pendant l'étape initiale, en attendant qu'un vaccin soit disponible.

RÉSULTATS ATTEINTS

Le document *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé,* qui décrit les rôles et les responsabilités de tous les ordres de gouvernement afin d'assurer une intervention cohérente et coordonnée en cas de grippe pandémique, est actuellement en cours de révision pour tenir compte des leçons apprises lors de la pandémie de grippe H1N1 en 2009.

En février 2011, le gouvernement fédéral a conclu un nouveau contrat de dix ans pour l'approvisionnement de vaccins en cas de grippe pandémique avec un fabricant national, GlaxoSmithKline (GSK), qui constitue le principal fournisseur de vaccins en cas de grippe pandémique chargé de fournir des vaccins à tous les Canadiens. Le contrat est évalué à 425,9 millions de dollars. Le 31 mars 2015, le contrat conclu avec Sanofi Pasteur Ltd. concernant l'approvisionnement de réserve d'un vaccin contre la grippe pandémique est venu à échéance. L'Agence publiera dans les prochains mois une nouvelle demande de propositions pour la mise en place d'un nouveau contrat.

Le Canada continue d'avoir rapidement accès, au besoin, à un vaccin produit au pays pour tous les Canadiens afin de lutter contre une pandémie. En 2012-2013, le gouvernement du Canada a finalisé une modification contractuelle selon laquelle le fabricant national devait augmenter sa capacité à offrir le vaccin dans des flacons à doses multiples, ce qui permettrait d'avoir encore plus rapidement accès à un vaccin en cas de pandémie. Le travail concernant la ligne de remplissage se poursuit.

Le Canada continue d'avoir accès à des antiviraux en cas de grippe pandémique par l'entremise de la Réserve nationale d'antiviraux (RAN), détenue par les provinces et les territoires, et de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) administrée par le gouvernement fédéral.

Le financement du Réseau de recherche sur l'influenza de l'ASPC et des IRSC (RRIAI) a été renouvelé pour une période de trois ans (2013-2016) afin que le réseau puisse continuer à produire des études pertinentes et utiles liées à ce qui suit : des essais rapides de vaccins; une mise en œuvre rapide du programme; la couverture vaccinale; l'innocuité des vaccins; l'efficacité des vaccins; le soutien des laboratoires; le soutien en matière de technologies de l'information; ainsi que le programme d'études et l'application des connaissances.

CONTEXTE DU PROGRAMME

BUDGET DU PROGRAMME

$ (en millions)	**2015-2016**	**2016-2017**	**2017-2018**	**Par la suite**
Préparation en cas de grippe pandémique	44,1 $	44,1 $	44,1 $	44,1 $
	145,5 ETP	145,5 ETP	145,5 ETP	145,5 ETP

PRINCIPAUX ENJEUX DU PROGRAMME/FAITS

Depuis l'apparition du virus de la grippe aviaire de type A (H5N1) à Hong Kong en 1997, le gouvernement du Canada a pris un certain nombre de mesures pour renforcer la préparation du Canada à une pandémie et pour lutter efficacement contre de nouveaux virus de l'influenza à potentiel pandémique.

Le budget de 2006 prévoyait un milliard de dollars pour la préparation à une pandémie, soit 600 millions de dollars sur cinq ans versés aux ministères et organismes fédéraux et 400 millions de dollars en réserve dans un cadre financier à titre de fonds de secours, qui n'existe plus. Cet investissement a permis d'élaborer une stratégie globale pour la préparation en cas de pandémie. Le financement initial de cinq ans a depuis été prolongé afin de maintenir la capacité essentielle pour se préparer et réagir aux nouveaux défis et aux nouvelles occasions. Pour se préparer à une pandémie, le Canada a notamment fait ce qui suit :

Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé
La réponse du gouvernement du Canada à la pandémie de la grippe H1N1 s'appuyait sur le document *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé* (PCGP). Le PCGP, publié pour la première fois en 2004 et révisé en 2006, fournit un cadre national pour la préparation et l'intervention en cas de grippe pandémique, qui est axé sur le secteur de la santé. Il constitue le fruit d'un effort de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) et décrit les rôles et les responsabilités de tous les ordres de gouvernement afin d'assurer une intervention cohérente et coordonnée en cas de grippe pandémique.

Le titre du document a également été changé de *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé* à *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé* (PCGP) afin de refléter plus fidèlement son rôle et l'usage prévu du document maître en tant que document d'orientation.

Le document maître du PCGP a été actualisé pour tenir compte des leçons apprises lors de la pandémie de grippe H1N1 en 2009 ainsi que des progrès scientifiques. Le document maître révisé ne prévoit aucun engagement en matière de financement fédéral ou de partage des coûts pour les ressources ou les besoins liés à la pandémie. Aucun changement n'a été apporté aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral. Le document a été revu et amélioré par des représentants FPT (automne 2012) et des intervenants de la santé publique (printemps 2013) par l'entremise d'un processus de consultation officiel. Les intervenants comptaient des organisations nationales représentant les professionnels de la santé, des acteurs de la préparation aux situations d'urgence et des premiers intervenants, des services communautaires, des représentants du secteur privé et des Autochtones, qui ont tous fourni des commentaires positifs.

Le document maître du PCGP actualisé propose une intervention plus souple et adaptable pour les prochaines pandémies. Il appuie dorénavant une approche de gestion des risques avec de nouveaux concepts comme l'évaluation des répercussions de la pandémie, les descriptions de scénarios de pandémie aux répercussions variées et la caractérisation des éléments déclencheurs d'une intervention canadienne. Il reflète aussi davantage la diversité géographique, démographique, culturelle et socioéconomique du Canada, ainsi que l'obligation pour les planificateurs de tenir compte de cette diversité.

Les mises à jour appuient une approche pancanadienne cohérente en ce qui concerne la planification et les interventions en cas de pandémie tout en laissant la possibilité aux provinces et aux territoires d'adapter leurs propres plans et interventions aux circonstances locales et régionales. Le document maître du PCGP est un document évolutif destiné à être mis à jour au besoin de façon à harmoniser celui-ci aux plans FPT de gestion des urgences tous risques.

La version révisée du document maître du PCGP sera publiée en 2015.

Stratégie canadienne de vaccination en cas de pandémie
En février 2011, le gouvernement fédéral a conclu un nouveau contrat de dix ans pour l'approvisionnement de vaccins en cas de grippe pandémique avec un fabricant national, GlaxoSmithKline (GSK), qui constitue le principal fournisseur de vaccins en cas de grippe pandémique chargé de fournir des vaccins à tous les Canadiens sur une base prioritaire. Le gouvernement, dans le cadre de sa préparation, a chargé GSK de lui fournir la majorité des vaccins contre la grippe saisonnière. Cette exigence fait en sorte que l'on sera prêts à produire des vaccins en cas de grippe pandémique. Le contrat est évalué à 430,5 millions de dollars, ce qui comprend l'achat du vaccin contre la grippe saisonnière, qui relève des provinces et des territoires.

Un contrat de quatre ans pour l'approvisionnement de réserve d'un vaccin contre la grippe pandémique, conclu avec Sanofi Pasteur Ltd. afin d'atténuer le risque que le principal approvisionnement au niveau national soit interrompu ou retardé, est venu à échéance. Une nouvelle demande de propositions sera publiée dans les prochains mois pour un approvisionnement de réserve. Le contrat était évalué à 43,7 millions de dollars, ce qui comprenait l'achat de vaccins contre la grippe saisonnière. Au besoin, cet approvisionnement de réserve serait disponible en quantité suffisante pour immuniser jusqu'à [redacted] et serait en outre probablement utilisé pour vacciner des groupes prioritaires en fonction de l'épidémiologie de la maladie ou, autrement dit, du groupe d'âge ou du groupe démographique le plus gravement touché par la maladie.

Un nouveau virus de l'influenza de type A, H7N9, est apparu en Chine et comporte une transmission interhumaine limitée. Comme tous les nouveaux virus de l'influenza, ce virus particulier de la grippe recèle le potentiel de se transformer en pandémie. L'ASPC a fait appel aux deux entreprises, GSK et Sanofi Pasteur Ltd., pour l'aider, au besoin, à mieux se préparer à une pandémie éventuelle de H7N9. Pour déclencher l'exécution du contrat de l'ASPC relatif au vaccin contre la grippe pandémique, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) doit déclarer la pandémie.

Réserve nationale de vaccins contre la grippe H5N1

Pour se préparer en cas de pandémie, le gouvernement fédéral a obtenu des composants (antigènes et adjuvants) nécessaires pour la production d'environ [redacted] d'un vaccin contre la grippe H5N1. Les produits sont détenus au Canada par GSK.

Stratégie antivirale

Les antiviraux représentent un aspect clé de la planification en cas de grippe pandémique puisqu'ils constituent la seule intervention pharmaceutique pouvant être utilisée pour atténuer les répercussions d'une pandémie, pendant l'étape initiale, en attendant qu'un vaccin soit disponible. En 2004, les gouvernements FPT ont collaboré pour mettre sur pied des réserves nationales d'antiviraux afin d'assurer un accès équitable d'un bout à l'autre du Canada à des antiviraux en cas de pandémie de grippe.

Au cours de la dernière décennie, le Canada a mis en réserve des antiviraux dans le cadre de sa planification en cas de pandémie. La Réserve nationale d'antiviraux (RNA) a été mise sur pied en 2004, sur la base d'un partage des coûts FPT (60 % du fédéral, 40 % des provinces et territoires). Elle devait être administrée et maintenue par les provinces et les territoires.

Il a été nécessaire de réapprovisionner la RNA en raison de la diminution des réserves causée par la pandémie de grippe H1N1 en 2009 et de la date de péremption de ses produits. [redacted]

Au 31 mars 2014, le financement fédéral pour le partage des coûts visant le réapprovisionnement d'antiviraux est venu à échéance. Au cours des trois années du partage des coûts, le gouvernement fédéral a aidé les provinces et les territoires à assurer leur réapprovisionnement d'antiviraux pour que leurs réserves soient équivalentes à 17,7 % de l'ensemble de la population (éventail de 10 à 23 %) en fonction des commandes confirmées pour 2013-2014, avec des dépenses totales du gouvernement fédéral d'environ 10 millions de dollars.

Chaque province et territoire est libre de prendre ses propres décisions concernant la taille de sa réserve d'antiviraux selon les considérations de son administration.

Un certain nombre de produits ont été mis au point pour appuyer les provinces et les territoires dans le processus décisionnel lié à la réserve d'antiviraux, par exemple :

- un rapport contenant des recommandations scientifiques pour la Réserve nationale d'antiviraux, relatives à la taille et à la composition de la réserve d'antiviraux (2011);
- une modélisation mathématique de la taille optimale des réserves d'antiviraux (2011);
- un rapport sur les réserves durables d'antiviraux pour la grippe pandémique, qui a fourni des recommandations et des pratiques exemplaires pour la gestion logistique et opérationnelle (2013);
- le rapport RNA : Considérations pour les décideurs, qui décrivait les facteurs à prendre en considération par les gouvernements au moment de prendre des décisions relatives à la taille et à la composition appropriées de la RAN (2013).

Une deuxième réserve nationale d'antiviraux, financée entièrement par le gouvernement fédéral, est détenue par la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) et vise à fournir une capacité d'appoint pour une couverture correspondant à 2,5 % de la population, à moins que des changements importants ne soient relevés dans les données scientifiques. Les réserves actuelles d'antiviraux de la RNSU permettront de couvrir plus 2,5 % de la population jusqu'à la fin de 2020.

L'ASPC surveille de près la publication d'articles scientifiques concernant l'efficacité des antiviraux pour la prévention et le traitement de l'influenza et, tout compte fait, les données appuient leur utilisation pendant une pandémie.

Surveillance de l'influenza

Le gouvernement du Canada participe à des programmes nationaux et internationaux visant à protéger les Canadiens et à surveiller la propagation de la grippe saisonnière, de la grippe animale et d'autres maladies. Ces programmes comprennent la surveillance et des diagnostics pour détecter et signaler des virus de l'influenza circulant aux niveaux national et international, ainsi que des programmes pour évaluer l'efficacité des vaccins et des médicaments visant à traiter des infections causées par la grippe.

La surveillance nationale actuelle de la grippe humaine comprend l'analyse régulière en laboratoire de virus de l'influenza par l'Agence et la surveillance continue de la propagation de la grippe et d'autres maladies semblables par l'entremise de Surveillance de l'influenza, le système national canadien de surveillance. L'ASPC, en collaboration avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), procède également à la surveillance de virus hautement pathogènes de la grippe aviaire chez les oiseaux sauvages, et s'est dotée de plans continus pour collaborer avec des partenaires agricoles afin d'assurer une surveillance des animaux d'élevage.

L'ASPC et l'ACIA continueront à travailler étroitement avec des partenaires internationaux pour surveiller les risques de la grippe à l'échelle mondiale et pour mieux comprendre les risques potentiels pour les Canadiens.

L'ASPC travaille en collaboration avec les provinces et les territoires en vue d'accroître sa capacité à détecter, à surveiller et à suivre l'évolution des nouvelles menaces à la santé publique.

Contrôle des agents pathogènes au Canada

Grâce à son système rigoureux de contrôle des agents pathogènes, le Canada représente un chef de file dans la surveillance des agents pathogènes. La version actuelle du *Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes* exige que toutes les installations au Canada qui importent des agents pathogènes humains (groupes de risque 2, 3 et 4) les manipulent selon le niveau approprié de sécurité. En vertu de la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines (*LAPHT), quiconque manipule des agents pathogènes humains des groupes de risque 2, 3 ou 4 ou des toxines au Canada doit prendre toutes les précautions raisonnables pour protéger la santé et la sécurité du public, notamment en respectant les Normes et lignes directrices canadiennes sur la biosécurité. Le règlement pour appuyer la LAPHT, qui entrera en vigueur en 2015, comprendra la délivrance de licences aux installations qui manipulent des agents pathogènes humains ou des toxines. Outre l'exigence réglementaire liée aux agents pathogènes humains et aux toxines, l'ASPC publie des directives et des avis en matière de biosécurité qui fournissent des renseignements essentiels concernant les exigences en matière de biosécurité lorsqu'on manipule des agents pathogènes nouveaux ou émergents.

Collaboration internationale

Le gouvernement du Canada travaille avec des partenaires internationaux pour renforcer l'état de préparation à une pandémie mondiale et les interventions. Nous collaborons avec les États-Unis et le Mexique pour mettre en œuvre la version révisée du *Plan nord-américain contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza*. Le plan révisé renforcera la coopération pour la préparation en cas de grippe animale et pandémique future, et améliorera la santé et la sécurité des résidents des trois pays. De plus, nous collaborons sans cesse avec l'OMS et le Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale, qui comprend les pays du G7 et le Mexique. Le Canada travaille étroitement avec des partenaires internationaux, notamment l'OMS, les Centres pour la prévention et le contrôle des maladies (CDC) des États-Unis, le Centre chinois pour le contrôle et la prévention des maladies, pour ce qui est du contrôle, des mesures de confinement et de la prévention du virus de la grippe de type A (H7N9).

Grippe aviaire de type A (H7N9) chez les humains

Le 1er avril 2013, l'OMS a signalé pour la première fois une éclosion d'infections chez les humains causées par un nouveau virus de grippe aviaire de type A (H7N9) en Chine. Des cas ont été signalés en Chine dans 12 provinces et deux municipalités. De plus, des cas liés aux voyages ont été signalés en Malaisie, à Taïwan, à Hong Kong et, plus récemment, au Canada. On croit que la plupart des infections chez les humains sont survenues suivant une exposition à de la volaille infectée ou à un environnement contaminé. Au 31 mars 2015, on notait 631 cas confirmés chez des personnes, y compris 221 décès signalés à l'échelle mondiale. L'ASPC a mené une évaluation des risques concernant le virus de la grippe de type A (H7N9) et a déterminé que le risque posé par ce virus pour la santé publique au Canada était faible selon les données probantes et les renseignements disponibles les plus récents.

Le 26 janvier 2015, le gouvernement du Canada et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (C.-B.) ont confirmé le premier cas d'infection humaine à la grippe H7N9 en Amérique du Nord. La personne était récemment revenue d'un voyage en Chine et n'avait pas éprouvé de symptômes pendant son voyage. Selon les données, la personne a probablement été infectée suivant une exposition en Chine. La personne n'a pas été suffisamment malade pour être hospitalisée et a guéri de la maladie. Par la suite, une autre personne en C.-B., qui avait voyagé avec le premier cas mentionné, a reçu un diagnostic positif de grippe H7N9 le 29 janvier 2015. Des représentants de la C.-B. ont adopté une approche axée sur l'intervention. L'Agence a avisé la Chine, l'OMS et d'autres partenaires internationaux, conformément aux engagements internationaux du Canada. Jusqu'à maintenant, la souche H7N9 n'a pas été détectée chez des oiseaux au Canada.

Virus de la grippe aviaire de type A (H5N1)

La première éclosion du virus de la grippe aviaire de type A (H5N1) a été signalée chez des poulets à Hong Kong en 1997. À l'échelle mondiale, entre 2003 et le 3 mars 2015, l'OMS a fait état d'un total de 784 cas confirmés en laboratoire d'infection à la SRMO-CoV, dont 429 décès. Des cas ont été signalés dans 16 pays, dont un cas importé identifié au Canada en janvier 2014. Le virus circule actuellement chez les oiseaux en Asie et dans certaines régions d'Afrique, en plus d'avoir causé des éclosions sporadiques chez des oiseaux en Europe. Le risque de transmission de ce virus est très faible pour les Canadiens.

Initiative de recherche stratégique sur la capacité d'intervention en cas de pandémie

En 2006, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont reçu 21,5 millions de dollars pour la recherche sur la grippe pandémique, somme qui a été utilisée pour créer l'Initiative de recherche stratégique sur la capacité d'intervention en cas de pandémie (IRSCIP) sous la direction de l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires (IMII). L'IMII des IRSC a manifesté un leadership incroyable en développant cette initiative, c'est-à-dire en établissant des liens et en bâtissant des partenariats avec des intervenants de divers secteurs. Les IRSC ont donc pu accroître le montant total des fonds disponibles pour la recherche, soit de 21,5 millions de dollars à 43,3 millions de dollars, et pour appuyer 92 projets auxquels participaient 345 chercheurs.

Les projets financés par l'IRSCIP ont permis d'obtenir des résultats au chapitre des recherches et de la commercialisation dans chacun des domaines d'intérêt étudiés. Plus d'un tiers des recherches portant sur des vaccins et l'immunisation ont produit des résultats qui pourraient mener à un nouveau vaccin ou médicament. Parmi les exemples de telles découvertes, notons la détection précoce des variantes de l'influenza et leur corrélation avec une variante dans l'efficacité du vaccin, et des études démontrant que les vaccins actuels sont moins efficaces chez les personnes âgées, menant ainsi au développement de meilleurs vaccins pour les personnes de ce groupe d'âge. Les trois quarts des projets portant sur la biologie du virus et les diagnostics ont conduit à de nouvelles méthodes de recherche, à des brevets et des licences ou à des droits de propriété intellectuelle. L'IRSCIP a fourni du soutien au Réseau de recherche sur l'influenza de l'ASPC et des IRSC (RRIAI), qui développe et met à l'essai des méthodologies liées à l'évaluation de vaccins d'influenza pour déterminer l'innocuité, l'immunogénicité et l'efficacité, ainsi que la mise en œuvre et l'évaluation des programmes.

Bien que l'initiative dans son ensemble ait pris fin en 2011 et que le mandat du RRIAI s'achèvera en 2014-2015 (la contribution totale du gouvernement fédéral pour le RRIAI s'élève à 18,4 millions de dollars), plusieurs des projets de recherche ont eu un impact durable et ont contribué au développement d'autres partenariats en recherche. Par exemple, en s'inspirant du succès du RRIAI, les IRSC et l'ASPC collaborent pour appuyer un nouveau réseau de recherche, axé sur un vaste éventail d'enjeux liés à la vaccination. Le Réseau canadien de recherche sur la vaccination (RCRI) se penche sur diverses questions de recherche biomédicale et des aspects du cycle de vie du vaccin, notamment l'innocuité, l'efficacité et la protection à court et à long terme, ainsi que les enjeux sociaux comme la réticence et l'adoption. Le financement sur trois ans de ce réseau a commencé en juin 2014.

Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness

Les IRSC participent également à des efforts internationaux de préparation à une pandémie par l'entremise du Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness (GloPID-R). Ce groupe vise à faciliter une intervention efficace en recherche dans les 48 heures suivant une éclosion importante d'une maladie infectieuse nouvelle ou qui vient de réapparaître et qui a le potentiel de se transformer en pandémie. Mis sur pied en 2013, ce réseau d'organisations de financement a tenu plusieurs réunions pour développer les objectifs généraux, la portée et la gouvernance de l'initiative. La réunion de septembre 2014, organisée par l'IMII et qui s'est tenue à Montréal, a rassemblé les organismes de financement membres et des chercheurs scientifiques afin de mettre au point un programme stratégique pour une intervention du milieu de la recherche.

Considérations relatives aux intervenants et aux provinces et territoires

- Le document *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé* (PCGP) est actuellement en cours de révision en collaboration avec les provinces et territoires.
- En collaboration avec les provinces et les territoires, plusieurs outils liés aux virus de la grippe nouveaux et émergents qui pourront être utilisés par les PT ont été et continuent d'être mis au point. Ces outils comprennent des lignes directrices concernant la surveillance, une orientation relative à la prévention et au contrôle des infections, un protocole pour les enquêtes microbiologiques, une évaluation des risques, des définitions de cas et un algorithme pour la prise de décision et la gestion.
- L'orientation concernant les antiviraux pour le traitement et la prophylaxie de la grippe saisonnière, ainsi que pour la grippe aviaire de type A (H7N9), a été développée par l'entremise d'un contrat avec l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI).
- L'orientation concernant les infections respiratoires aiguës graves a également été mise au point grâce à un contrat avec la Société canadienne de soins intensifs et diffusée à des intervenants ciblés ainsi qu'aux provinces et territoires.
- L'orientation concernant les mesures de santé publique en ce qui a trait à la grippe de type A (H7N9) a été mise au point.

COORDONNÉES DES PERSONNES-RESSOURCES	
Responsable :	Téléphone :
Autre responsable :	Téléphone :
Approuvé par :	Téléphone :

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

À TITRE D'INFORMATION

15-103758-755

NOTE DE SERVICE À L'INTENTION DU PRÉSIDENT ET DE L'ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Compte rendu sur la modernisation du SRNU – Vente de civières

SOMMAIRE

- La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) poursuit sa modernisation, comme l'a autorisé la ministre.
- Le processus de modernisation englobe la vente de biens excédentaires qui ne répondent plus au contexte canadien en matière de risque. La RNSU compte [redacted] civières désuètes à Ottawa qui sont excédentaires pour ses besoins et qui entraînent des problèmes de nature opérationnelle puisqu'elles occupent de l'espace qui est nécessaire aux efforts de modernisation.
- Les civières seront mises en vente en collaboration avec Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) conformément à la *Politique sur la gestion du matériel* et la *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus* du Conseil du Trésor.
- Il s'agit de la première vente de grande envergure de la RNSU depuis l'approbation de la modernisation. Vous recevrez périodiquement des comptes rendus sur les initiatives de modernisation de la RNSU.

CONTEXTE :

Le programme de modernisation de la RNSU a été élaboré dans le but d'orienter stratégiquement les efforts de modernisation, notamment par une meilleure harmonisation de la RNSU avec le contexte actuel en matière de risque. Le programme a été approuvé par la ministre en septembre 2013 (MECS 13-110241-95).

La RNSU contient environ [redacted] civières datant des années 1960; [redacted] d'entre elles sont conservées dans des entrepôts fédéraux, et les [redacted] autres se trouvent dans des centres d'approvisionnement préétablis gérés par les provinces et les territoires (P-T).

.../2

Canada

En 2011, des experts en la matière ont examiné ces civières et ont recommandé de ne pas les utiliser pour le transport des patients pour des raisons de sécurité (p. ex. pas de sangles, toile ne pouvant être nettoyées adéquatement, trop près du sol pour les traitements, doivent être transportées par quatre personnes). De plus, les *Guidelines for Health Care Equipment Donations (*lignes directrices concernant les dons de matériel médical) de l'Organisation mondiale de la santé indiquent expressément que le matériel qui ne répond pas aux normes d'un pays donateur ne peut faire l'objet d'un don à l'échelle internationale.

Les civières peuvent être utilisées comme lits d'urgence, mais elles sont très près du sol. La Société canadienne de la Croix-Rouge, qui a conclu des ententes en matière de soutien d'urgence avec la plupart des P-T et plus de 1 000 municipalités, tient un inventaire important de lits portatifs modernes qui conviennent beaucoup mieux pour dormir (les biens destinés aux services sociaux d'urgence de la RNSU servent généralement de capacité d'appoint aux fournitures de la Croix-Rouge).

SITUATION ACTUELLE :

La RNSU compte actuellement [redacted] civières excédentaires [redacted] Les civières occupent environ le tiers d'un entrepôt transitoire qui est utilisé pour les efforts de modernisation. Ces civières seront vendues par l'entremise de TPSGC sans qu'il n'y ait de répercussions sur la préparation aux situations d'urgence au Canada.

Tel qu'il était indiqué dans un compte rendu précédent (MECS 14-106507-595), les engagements des intervenants à l'égard de la modernisation de la RNSU vont bon train. Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique (CDISP) et les directeurs de la gestion des urgences sanitaires de l'ensemble des P-T ont été mobilisés à plusieurs occasions, et les efforts de modernisation font l'objet d'un soutien unanime. Une lettre à l'intention des sous-ministres P-T de la Santé a aussi été rédigée afin de les informer de ces efforts et des engagements P-T continus (MECS 14-111593- 910).

CONSIDÉRATIONS :

La modernisation de la RNSU vise à faire en sorte que la RNSU demeure pertinente pour les P-T en éliminant les biens désuets qui ne répondent pas au contexte actuel en matière de risque. Les civières de la RNSU n'ont pas fait l'objet d'une demande des provinces ou des territoires à des fins médicales depuis que la RNSU a reçu l'autorisation du Cabinet pour appuyer les P-T en 1965.

Cette élimination est fondamentale à l'avancement de la modernisation de la RNSU, puisque l'espace transitoire qu'occupent les civières est nécessaire pour le nettoyage d'autres entrepôts et centres d'approvisionnement préétablis. De plus, compte tenu de l'abondance des biens excédentaires, l'entrepôt principal de la RNSU est presque plein, et le fait d'y

.../3

stocker des biens supplémentaires pourrait contrevenir au Code de prévention des incendies de l'Ontario.

Conformément à la *Norme sur la gestion des biens* de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, il incombe aux gestionnaires de centre de coûts de recenser les biens excédentaires qui doivent être éliminés.

La *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus* du Conseil du Trésor exige une autorisation ministérielle seulement si un bien est vendu à un prix inférieur à sa valeur marchande, ou pour un bien dont la valeur marchande est supérieure à son coût d'aliénation (Annexe A).

La Politique sur la gestion du matériel du Conseil du Trésor exige que l'aliénation des biens excédentaires soit effectuée le plus rapidement possible dès que ces biens deviennent excédentaires (Annexe B).

À l'heure actuelle, on ne connaît pas la juste valeur marchande des civières, mais elle sera déterminée lors de la vente sur le marché libre. On ne connaît l'intérêt du marché pour l'achat de civières désuètes; toutefois, elles représentent un important volume d'aluminium recyclable.

À la suite de cette vente, la RNSU contiendra près de [redacted] civières partout au pays; compte tenu de leur utilité limitée, la plupart de ces civières seront déclarées excédentaires à mesure que la modernisation se poursuivra. Si on juge à l'avenir que la RNSU doit contenir des civières, on prendra les mesures nécessaires pour acquérir de l'équipement plus moderne.

Toutes les ventes de biens excédentaires de la RNSU seront effectuées en collaboration avec TPSGC. Avant d'être mis en vente, les biens seront offerts à d'autres ministères fédéraux par l'entremise de GCTransfert, une nouvelle fonction de GCSurplus.ca, le site de ventes de TPSGC.

.../4

PROCHAINES ÉTAPES :

Les civières excédentaires seront mises en vente sur GCSurplus.ca d'ici la fin de mai 2015.

La Direction générale de l'infrastructure de sûreté sanitaire continuera de vous faire parvenir des comptes rendus périodiques sur la modernisation de la RNSU.

[redacted]
Direction générale de l'infrastructure de sûreté sanitaire
([redacted]

SGCHD no 15-103758-755

Personne-ressource : [redacted]
Téléphone : [redacted]

Pièces jointes :
Annexe A – Directive du Conseil du Trésor sur l'aliénation du matériel en surplus
Annexe B – Politique du Conseil du Trésor sur la gestion du matériel

Directive sur l'aliénation du matériel en surplus

1. Entrée en vigueur

La présente directive entre en vigueur le 1er novembre 2006.

2. Application

La présente directive s'applique à tous les ministères au sens où l'entend l'article 2 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*, à l'exception de l'alinéa *c*) de cet article, à moins que certaines lois ou certains règlements aient préséance.

La directive ne s'applique pas à l'aliénation de la propriété intellectuelle, des documents, de l'information, des avoirs financiers ni à l'aliénation des biens saisis ou confisqués.

3. Contexte

La *Politique sur la gestion du matériel* du Conseil du Trésor comporte des instructions pour la gestion des biens matériels ministériels tout au long de leur cycle de vie et, en ce qui concerne l'aliénation des biens, la politique stipule que les administrateurs généraux doivent s'assurer que :

> « L'aliénation des biens matériels en surplus est réalisée le plus efficacement possible et le plus rapidement possible dès que ces biens deviennent excédentaires par rapport aux besoins liés à l'exécution des programmes, d'une façon permettant à la Couronne d'obtenir le montant net le plus élevé et en conformité avec la *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus*. »

La présente directive énonce des exigences supplémentaires et plus précises que les ministères doivent respecter lorsqu'ils procèdent à la phase d'aliénation du cycle de gestion de leurs biens matériels. Cette directive est établie en vertu de la *Loi sur la gestion des finances publiques*, paragraphes 7(1), 9(2) et article 62, et de la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne*, alinéa 3(1)*b*).

4. Exigences

4.1 Les ministères doivent dans un premier temps offrir tous les ordinateurs personnels et portables, serveurs, moniteurs, claviers, souris, imprimantes, modems, concentrateurs, cartes réseau, lecteurs de disque dur, etc. en surplus au Programme des ordinateurs pour les écoles d'Industrie Canada.

4.2 Les ministères doivent confier tous les livres excédentaires au bibliothécaire et archiviste du Canada.

4.3 Dans la mesure du possible, les ministères doivent mettre les biens matériels en surplus à la disposition des autres ministères et organismes du gouvernement fédéral avant d'en faire l'aliénation hors du secteur fédéral, et ce soit gratuitement, à la valeur comptable ou à la valeur marchande.

4.4 Lorsque les coûts totaux estimatifs (y compris les coûts qui incombent à la Direction de la distribution des biens de la Couronne et aux Centres de distribution des biens de la Couronne gérés par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC)) d'une aliénation sont susceptibles de dépasser le produit de la vente, les ministères doivent examiner et choisir une des options suivantes :

a. transférer gratuitement les biens en surplus à une autre organisation fédérale ou à des organisations d'autres ordres de gouvernement au Canada, y compris les Premières nations, ou à d'autres gouvernements nationaux, à des organisations dont le Canada fait partie en vertu d'un traité ou à l'Organisation des Nations Unies;
b. faire don des biens en surplus à une œuvre de bienfaisance ou à une organisation sans but lucratif reconnues;
c. transformer les biens en surplus en déchets sans nuire à l'environnement;
d. employer d'autres méthodes d'aliénation, notamment la vente par Distribution des biens de la Couronne, et ce uniquement dans les cas où les options de transfert gratuit, de dons, de transformation ou d'autres méthodes ne sont pas pratiques, réalisables ou économiques.

4.5 Lorsqu'ils échangent des biens en surplus dont l'approvisionnement au moyen d'une offre à commandes n'est pas obligatoire, les ministères doivent :

a. s'assurer que l'échange des biens se fait dans le cadre des contrats conclus pour le remplacement des biens;
b. utiliser la juste valeur marchande des biens comme base pour la négociation des contrats;
c. s'assurer que la valeur des biens échangés est comptabilisée au titre du produit de la vente.

4.6 Quand il est dans l'intérêt public de vendre un bien matériel en surplus de grande valeur (c'est-à-dire que la valeur marchande est supérieure au coût de l'aliénation) à un prix inférieur à sa valeur marchande ou sur un marché restreint au lieu de le mettre en vente publique à sa valeur marchande, les ministères doivent s'assurer que chaque aliénation de ce type est autorisée par écrit par le ministre par l'intermédiaire duquel le ministère rend compte au Parlement.

4.7 Quand il est dans l'intérêt public de donner un bien matériel en surplus de grande valeur (c'est-à-dire que la valeur marchande est supérieure au coût de l'aliénation) à un destinataire déterminé au lieu de le mettre en vente publique à sa valeur marchande, les ministères doivent s'assurer que chaque aliénation de ce type est autorisée par écrit par le ministre par l'intermédiaire duquel le ministère rend compte au Parlement et ils doivent procéder au don directement, c.-à-d. sans passer par TPSGC.

4.8 Lorsqu'ils vendent leurs biens matériels en surplus, les ministères doivent :

a. utiliser, quand elles existent, les offres à commandes de remise en marché existantes ou toutes autres ententes contractuelles mises en place par TPSGC;
b. pour les ventes directes effectuées conformément aux pouvoirs du ministère (conférés soit par une loi , soit par le Conseil du Trésor), veiller à offrir aux Canadiens une possibilité d'achat des biens en surplus aussi grande et transparente que possible;
c. autrement (à moins qu'un site soit trop éloigné pour que TPSGC gère efficacement la vente), utiliser les services de la Direction de la distribution des biens de la Couronne ou de l'un des Centres de distribution des biens de la Couronne gérés par TPSGC au Canada.

4.9 Lorsqu'ils vendent des biens matériels en surplus dans des sites au Canada trop éloignés pour que TPSGC gère efficacement les ventes et dans des sites à l'extérieur du Canada, les ministères sont autorisés à procéder eux-mêmes à l'aliénation de leurs biens matériels en surplus.

4.10 Lorsqu'ils dépensent le produit de l'aliénation, les ministères doivent :

a. s'assurer que, dans la mesure du possible, le produit est dépensé au cours de l'exercice pendant lequel il a été enregistré. Si le produit est enregistré trop tard au cours de l'exercice pour être dépensé pendant ce même exercice, il peut être reporté à l'exercice suivant, après quoi tout pouvoir de dépenser inutilisé deviendra périmé;
b. s'assurer que le produit est appliqué seulement aux frais d'aliénation, d'exploitation et d'immobilisation, et ne sert pas à effectuer des paiements de transfert.

4.11 Les ministères doivent tenir à jour des documents vérifiables concernant les décisions sur le calcul des coûts dont on se sert pour justifier le mode d'aliénation choisi.

4.12 Les ministères doivent disposer d'un instrument de délégation qui énonce clairement leurs pouvoirs et leurs responsabilités concernant l'aliénation des biens meubles en surplus.

4.13 TPSGC doit s'efforcer continuellement d'optimiser le rôle que jouent au Canada le secteur privé et le secteur public non fédéral dans le domaine de l'aliénation des biens matériels en surplus.

4.14 Lors de la vente et de la négociation de vente de biens en surplus pour le compte des ministères, TPSGC doit s'assurer d'offrir aux Canadiens une possibilité d'achat de ces biens qui soit aussi grande et transparente que possible.

5. Responsabilités des autres organisations gouvernementales

Nota : L'information ci-après a pour but d'instruire les ministères au sujet des intervenants importants pour l'aliénation des biens matériels en surplus. En soi, cette section ne confère aucun pouvoir.

5.1 TPSGC est responsable, en vertu de la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne*, de l'aliénation de tous les biens matériels en surplus, pour lesquels une loi ou le Conseil du Trésor n'a pas confié le pouvoir à un autre ministère.

TPSGC est également responsable de la présentation de conseils en matière de stratégie, de procédure et de technique concernant l'aliénation des biens matériels en surplus.

5.2 Industrie Canada est responsable de la gestion de l'équipement du gouvernement fédéral destiné au Programme des ordinateurs pour les écoles.

6. Références

Lois pertinentes

- *Loi sur la gestion des finances publiques*
- *Loi sur les biens de surplus de la Couronne*

Outils de politique connexes du Conseil du Trésor

- *Politique sur la gestion du matériel*
- *Directive sur les marchandises contrôlées*

7. Demandes de renseignements

Veuillez adresser vos demandes de renseignements concernant le présent instrument de politique à l'unité organisationnelle de votre ministère responsable de la question. Pour obtenir l'interprétation du présent instrument de politique, l'unité organisationnelle responsable de la question doit communiquer avec : Demandes de renseignements du public du SCT.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le président du Conseil du Trésor, 2017,
ISBN: 978-0-660-09631-5

Date de modification : 2006-06-26

Politique sur la gestion du matériel

1. Date d'entrée en vigueur

1.1 La présente politique entre en vigueur le 1er novembre 2006.

1.2 L'entrée en vigueur se fera en même temps pour les quatre directives énumérées en section 3.5. La politique remplace les politiques suivantes du Conseil du Trésor :

- la *Politique sur la gestion du matériel*, du 8 juin 1995;
- la *Politique sur l'aliénation des biens meubles en surplus de la Couronne*, du 10 février 2000;
- la *Politique sur les véhicules automobiles*, du 19 juin 1996;
- la *Politique sur les voitures de fonction*, du 1er juin 2002.

2. Application

2.1 Cette politique s'applique à tous les ministères au sens où l'entend l'article 2 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*, à moins que certaines lois ou certains règlements aient préséance.

2.2 Cette politique ne s'applique pas à la gestion de la propriété intellectuelle, à la gestion des documents, à la gestion de l'information, à la gestion des actifs financiers ni à la gestion des biens saisis ou confisqués.

3. Contexte

3.1 Les biens matériels fédéraux sont des ressources ministérielles de premier ordre qui, lorsque bien gérés, apportent un soutien à l'exécution rentable et efficace des programmes gouvernementaux.

3.2 La présente politique est établie en vertu des paragraphes 7(1) et 9(2) et de l'article 62 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de l'alinéa 3(1)*b*) de la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne*.

3.3 Conformément à leurs mandats ministériels, les ministres sont responsables de la gestion du matériel nécessaire à l'exécution des programmes. Les administrateurs généraux sont responsables devant leur ministre respectif et le Conseil du Trésor de la saine gestion du matériel qui leur est confié ou qui est utilisé par leur organisation.

3.4 La structure de cette politique repose sur des principes énoncés dans le *Cadre pour la gestion des biens et services acquis*. La politique doit être examinée dans le contexte de la gamme de politiques connexes du Conseil du Trésor, plus particulièrement celles concernant la planification des investissements, l'acquisition et la gestion de projets.

3.5 Des exigences supplémentaires obligatoires sont énoncées dans les quatre directives du Conseil du Trésor connexes à cette politique, soit les directives portant sur :

- l'aliénation du matériel en surplus;
- la gestion du parc automobile : voitures de fonction;
- la gestion du parc automobile : véhicules légers;
- les marchandises contrôlées.

4. Définitions

4.1 Les définitions utilisées aux fins d'interprétation de la présente politique et de ses directives connexes figurent à l'annexe.

5. Énoncé de la politique

5.1 Objectif

L'objectif de cette politique vise une gestion du matériel par les ministères qui soit durable et responsable sur le plan financier afin de soutenir l'exécution rentable et efficace des programmes gouvernementaux.

5.2 Résultats escomptés

Le respect des exigences de cette politique devrait mener à un processus de gestion du matériel fédéral qui :

- respecte les responsabilités ministérielles;
- incarne les pratiques de saine gestion du matériel;
- fait preuve de diligence raisonnable;
- obtient pour la Couronne le meilleur avantage économique à long terme possible;
- conserve et protège l'environnement et le patrimoine canadien;
- est juste, transparent et solvable;
- respecte la législation et les politiques fédérales pertinentes.

6. Exigences de la politique

6.1 Les administrateurs généraux doivent s'assurer que :

6.1.1 Un cadre de gestion du matériel est en place et reflète une démarche intégrée pour la gestion des risques; fournit de l'information pertinente sur le rendement; établit un régime de responsabilité et un régime décisionnel qui correspondent aux ressources et à la capacité

organisationnelles et qui soutient en temps opportun les décisions éclairées prises en matière de gestion du matériel de même que les résultats stratégiques des programmes ministériels.

6.1.2 Une mesure de l'ensemble de leurs biens matériels respectant les exigences du programme est effectuée grâce à une évaluation continue et systématique de l'état physique, de la fonctionnalité, de l'utilisation et du rendement financier de ces biens par rapport à des objectifs fixés qui sont basés sur des données repères appropriées.

6.1.3 Des stratégies d'acquisition, de fonctionnement, d'entretien et d'aliénation de l'équipement sont mises sur pied, en fonction des résultats obtenus à l'aide de l'évaluation continue et systématique du rendement et en fonction d'une analyse des programmes et de l'économie qui tient compte des coûts relatifs au cycle de vie complet et des avantages des solutions de rechange, afin de répondre aux besoins du programme en matière de biens matériels.

6.1.4 Le risque de perte ou de détérioration des biens matériels du gouvernement fédéral est réduit au minimum.

6.1.5 Les collections patrimoniales sont bien identifiées et protégées, la valeur patrimoniale de ces biens a été établie et des renseignements précis concernant leur nature et leur état ont été consignés dans un registre.

6.1.6 Les parcs automobiles de véhicules légers et de voitures de fonction sont gérés en suivant les indications de la *Directive sur la gestion du parc automobile : véhicules légers* et de la *Directive sur la gestion du parc automobile : voitures de fonction* du Conseil du Trésor.

6.1.7 Les biens matériels sont gérés et aliénés d'une manière qui est saine pour l'environnement et qui correspond aux principes du développement durable.

6.1.8 Un système d'information en matière de gestion du matériel est implanté et :

- respecte les exigences de toutes les normes et politiques applicables du Conseil du Trésor qui régissent la gestion de l'information et la technologie de l'information;
- permet de recueillir et de générer des données complètes et précises sur les biens matériels détenus (immobilisations, inventaires et matériel utilisé);
- comprend un horaire de prise d'inventaire axée sur le risque;
- s'intègre aux systèmes ministériels d'information financière;
- respecte les objectifs du programme de même que la *Structure de gestion des ressources et des résultats* du ministère;
- soutient en temps opportun les décisions éclairées prises en matière de gestion du matériel.

6.1.9 L'acceptation et le traitement des dons et des biens commandités sont conformes aux exigences de la *Politique de communication du gouvernement du Canada* et de la *Politique sur les différents modes de prestation de services*.

6.1.10 Tout prêt de bien matériel est ratifié par un contrat écrit qui respecte la prescription juridique du *Règlement sur le prêt de biens publics*.

6.1.11 Les biens matériels qui sont considérés comme des marchandises contrôlées, telles que définies dans la Partie 2 de la *Loi sur la production de défense*, sont protégés adéquatement afin d'éviter la consultation et la possession non autorisées ou le transfert illégal de ceux-ci. Les marchandises contrôlées doivent être administrées en conformité avec la *Directive sur les marchandises contrôlées* du Conseil du Trésor.

6.1.12 L'aliénation du matériel en surplus est effectuée le plus efficacement possible et le plus rapidement possible dès que ces biens deviennent excédentaires par rapport aux besoins liés à l'exécution des programmes, et ce d'une façon permettant à la Couronne d'obtenir le montant net le plus élevé. L'aliénation doit se faire en conformité avec la *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus* du Conseil du Trésor.

6.2 Exigences en matière de surveillance et de rapport

6.2.1 Les administrateurs généraux sont responsables de surveiller la gestion du matériel au sein de leur ministère et d'en rendre compte. Concrètement, cela signifie qu'ils doivent s'assurer que :

6.2.1.1 un régime de contrôle et de surveillance est mis en place afin de voir au respect de cette politique, et de ses directives corrélatives;

6.2.1.2 le rendement lié aux obligations de cette politique et de ses directives connexes est mesuré et documenté;

6.2.1.3 le cadre de gestion du matériel est revu comme élément continu de la planification de vérifications axée sur le risque;

6.2.1.4 les documents, les plans et les instruments de politique ministériels, ou toute autre information requise, sont fournie, sur demande, au Secrétariat du Conseil du Trésor, à l'appui de ses responsabilités de surveillance.

6.2.2 Le secrétaire du Conseil du Trésor est responsable de s'assurer que :

6.2.2.1 Le rendement des ministères quant à la gestion du matériel est évalué, grâce à un dialogue continue, la poursuite des travaux des comités, l'examen des plans d'investissement stratégique des ministères et les présentations connexes, ainsi que les documents, les plans et les instruments de politique ministériels, etc., la prise en considération des examens et des vérifications internes pertinentes effectués par les ministères ou le vérificateur général du Canada.

6.2.2.2 La présente politique et ses directives connexes sont examinés dans les cinq ans suivant la date d'entrée en vigueur pour en déterminer l'efficacité, et que le Secrétariat effectue également une évaluation quand une analyse fondée sur les risques le justifie.

7. Répercussions

7.1 Le Secrétaire du Conseil du Trésor soumettra ses recommandations fondées sur l'évaluation du rendement en matière de gestion du matériel à l'administrateur général du ministère concerné et au Conseil du Trésor.

8. Rôles et responsabilités des autres organisations gouvernementales

Nota : L'information ci-après informe les ministères du rôle joué par les autres intervenants en ce qui a trait à la gestion du matériel. En soi, cette section ne confère aucun pouvoir.

8.1 Environnement Canada dispense à tous les ministères fédéraux des conseils et des recommandations sur les questions touchant à l'environnement. Grâce à un processus de consultation bien établi, Environnement Canada formule, avec l'aide des ministères, des buts et des objectifs fédéraux en matière d'environnement, établit des règlements, des directives, des lignes directrices, des normes et des codes à l'intention des ministères et des organismes fédéraux.

8.2 L'Agence canadienne d'évaluation environnementale offre des conseils aux ministères et aux organismes relativement à leurs obligations énoncées dans la *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale* et assure un soutien administratif à l'occasion d'audiences publiques.

8.3 Patrimoine canadien est chargé de la mise au point, de la recommandation, de la coordination, de la mise en œuvre et de la promotion des politiques, des projets et des programmes nationaux touchant l'identité et les valeurs canadiennes, le développement culturel, le patrimoine et les régions qui ont une importance aux yeux de la nation sur le plan historique et de la nature.

8.4 Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) est chargé de fournir aux ministères une gamme de services communs relatifs aux biens. Cette gamme comprend :

- la passation de marchés pour des biens, des services et des réalisations;
- la gestion des biens saisis, de la juricomptabilité, des marchandises contrôlées, de la sécurité industrielle et de la circulation;
- la gestion du Système de données statistiques sur les véhicules;
- l'aliénation des biens pour le compte des ministères.

8.5 TPSGC et la Défense nationale se partagent les responsabilités liées à l'identification du matériel pour les ministères et à l'offre de services qui y sont liés.

8.6 La Défense nationale est chargée de l'administration et de l'entretien du système de catalogage du gouvernement canadien.

8.7 Le président du Conseil du Trésor est chargé :

- de rendre compte au Parlement de l'application de la *Loi sur les carburants de remplacement* pour tous les organismes fédéraux (à l'exception des sociétés d'État), et ce, le plus tôt

possible dans les six mois suivant la fin de l'exercice financier;
- de recommander au Conseil du Trésor d'adopter un règlement visant à mettre en application l'objectif ou une disposition de la *Loi sur les carburants de remplacement*.

8.8 Outre les responsabilités explicites précisées dans la présente politique, le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, fournit les outils appropriés et donne les conseils nécessaires pour appuyer la présente politique et les directives connexes. De plus, le Secrétariat accorde son soutien au perfectionnement professionnel des responsables de la gestion du matériel.

9. Références

9.1 Lois

- *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale*
- *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999)*
- *Loi sur la Bibliothèque et les Archives du Canada*
- *Loi sur la gestion des finances publiques*
- *Loi sur la production de défense*
- *Loi sur le ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux*
- *Loi sur les biens de surplus de la Couronne*
- *Loi sur les carburants de remplacement*
- *Loi sur les licences d'exportation et d'importation*

9.2 Règlements

- *Règlement sur le prêt de biens publics*
- *Règlement sur les carburants de remplacement*
- *Règlement sur les marchandises contrôlées*
- *Liste des marchandises d'exportation contrôlée (Loi sur les licences d'exportation et d'importation)*

9.3 Politiques du Conseil du Trésor

- *Politique de communication du gouvernement du Canada*
- *Politique sur la comptabilité des stocks*
- *Politique sur la gestion de l'approvisionnement – Biens et services courants et spécialisés*
- *Politique sur la gestion de l'information gouvernementale*
- *Politique sur la gestion des projets*
- *Politique sur la gestion des risques*
- *Politique sur la gestion des technologies de l'information*

- *Politique sur la planification des investissements – Actifs et services acquis importants*
- *Politique sur la sécurité*
- *Politique sur les cartes d'achat*
- *Politique sur les différents modes de prestation de services*
- *Politique sur les pertes de deniers et infractions et autres actes illégaux commis contre la Couronne*
- *Politique sur les services communs*

9.4 Normes du Conseil du Trésor

- *Norme comptable 3.1 du Conseil du Trésor – Immobilisations*
- *Norme comptable du Conseil du Trésor 3.1.1 – Logiciels*
- *Norme comptable du Conseil du Trésor 3.4 – Stocks*
- *Norme de sécurité et de gestion des marchés*
- *Norme du Conseil du Trésor sur les technologies de l'information 25 : Codification du matériel – Critères d'applicabilité*
- *Norme sur la sécurité matérielle*

9.5 Publications du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada

- *Cadre de gestion intégrée du risque*
- *Cadre de responsabilisation de gestion du SCT*
- *Gestion intégrée du risque – Guide de mise en œuvre*
- *Guide de gestion des biens meubles patrimoniaux*
- *Guide de gestion du matériel*
- *Guide sur la gestion du parc automobile*
- *La gestion des ententes de collaboration : Guide pour les gestionnaires régionaux*
- *Manuel de comptabilité selon la SIF*

9.6 Autres références

- Politique d'achat écologiques (*Travaux publics et Services gouvernementaux Canada*)

10. Demandes de renseignements

Veuillez adresser vos demandes de renseignements concernant le présent instrument de politique à l'unité organisationnelle de votre ministère responsable de la question. Pour obtenir l'interprétation du présent instrument de politique, l'unité organisationnelle responsable de la question doit communiquer avec : Demandes de renseignements du public du SCT.

Annexe – Définitions

***Acquisition* (*Acquisition*)**

transaction qui ajoute à l'inventaire d'un ministère des biens matériels; cela comprend les dons, les commandites et les locations.

***Bien saisi* (*Seized property*)**

tout bien saisi en vertu d'une loi du Parlement, de tout mandat ou de toute règle juridique liée à une infraction désignée.

***Biens de surplus de la Couronne* (*Surplus Crown assets*)**

biens (à l'exception des biens réels et immeubles tels que l'entend la *Loi sur les immeubles fédéraux et les biens réels fédéraux* ou toute permission qui y est relative) qui appartiennent à Sa Majesté et dont un ministère ou un organisme fédéral a la garde ou la gestion, mais qui ne lui sont pas nécessaires (au moment présent comme dans le futur).

***Collections du patrimoine fédéral* (*Federal heritage collections*)**

collections d'art, d'objets historiques ou archéologiques et collections archivistiques d'importance artistique, historique, cérémonielle, documentaire, technologique ou associative appartenant aux ministères fédéraux (à l'exception de celles qui sont gérées en fonction du mandat législatif de Parcs Canada). On considère également comme bien culturel valable les nouveaux objets qui pourraient avoir une valeur patrimoniale.

***Contrôle des stocks* (*Inventory control*)**

inventaire du matériel au moyen de méthodes et de procédures de comptabilité et de gestion des stocks.

***Développement durable* (*Sustainable development*)**

développement qui répond aux besoins actuels sans nuire à la capacité des générations futures de répondre à leurs besoins.

***Document* (*Record*)**

tous éléments d'information, quels que soient leur forme et leur support, notamment correspondance, note, livre, plan, carte, dessin, diagramme, illustration ou graphique, photographie, film, microforme, enregistrement sonore, magnétoscopique ou informatisé, ou toute reproduction de ces éléments d'information.

***Don* (*Donation*)**

fourniture, obtenue par contribution, cadeau ou legs, de fonds, de biens, d'installations ou de services de la part de personnes, de groupes ou d'organisations qui ne font pas partie du gouvernement du Canada, lequel don est offert à titre gracieux et sans attendre de contrepartie en retour (autre qu'un reçu aux fins de l'impôt ou une reconnaissance publique si tel est le souhait des deux parties). Un tel don ne suppose pas nécessairement un appui à une activité ou à un événement particulier du gouvernement du Canada.

***Fonctionnalité* (*Functionality*)**

mesure du rendement qui traite de l'efficacité d'un bien à répondre aux exigences d'un programme ou d'un service particulier.

***Gestion du cycle de vie* (*Life cycle management*)**

gestion efficace et efficiente des biens tout au long du continuum des démarches, de la détermination d'une exigence à l'aliénation et à la substitution du bien acquis afin de répondre à l'exigence. Les étapes de la gestion du cycle de vie comprennent : la détermination des exigences; l'analyse des possibilités; la planification des acquisitions; l'acquisition; l'exploitation, l'utilisation et l'entretien; ainsi que l'aliénation et la substitution d'un bien.

***Gestion du matériel* (*Materiel management*)**

toutes les activités nécessaires pour acquérir, posséder, utiliser et aliéner le matériel, comprenant également l'idée d'atteindre une plus grande efficience au cours du cycle de vie des biens mobiliers.

***Inventaire* (*Inventory*)**

articles conservés dans des installations d'entreposage. Cela comprend également les articles en réparation ou en processus d'approvisionnement.

***Juste valeur marchande* (*Fair market value*)**

prix dont conviendraient deux parties compétentes n'ayant aucun lien de dépendance, agissant en toute liberté et en pleine connaissance de cause dans un marché où la concurrence peut librement s'exercer.

***Marchandises contrôlées* (*Controlled goods*)**

biens spécifiés dans la section « liste des marchandises contrôlées » de la *Loi sur la production de défense*.

***Matériel* (*Materiel*)**

tous biens meubles acquis par Sa Majesté du chef du Canada, à l'exception de l'argent et des dossiers.

***Montant net* (*Net proceeds*)**

différence entre le revenu que l'aliénation d'un bien génère pour la Couronne et les frais que celle-ci doit débourser pour l'aliéner. Le coût total de l'aliénation doit comprendre tous les frais du ministère gardien (p.ex., les frais d'administration, de manutention directe, d'entreposage, de transport, de frais, de commissions, etc.), ainsi que tous les frais engagés par TPSGC qui sont supérieurs à toute commission payée par le ministère gardien.

***Parrainage* (*Sponsorship*)**

accord de collaboration entre le gouvernement du Canada et des personnes, des groupes ou des organisations qui ne font pas partie du gouvernement fédéral. Dans le cadre d'un tel accord, les fonds, les biens, les installations ou les services sont fournis pour appuyer une activité ou un

événement particulier du gouvernement du Canada en échange d'un avantage non monétaire d'une valeur approximativement égale.

***Prise d'inventaire* (*Stocktaking*)**

procédure utilisée pour compter et faire concorder les stocks réels avec les registres manuels ou automatisés des comptes de stock. Vise à corriger les écarts et à mettre à jour les registres informatiques et manuels concernant le solde, l'identification, l'état et l'emplacement des articles en stock.

***Rendement financier* (*Financial performance*)**

mesure du rendement qui tient compte des coûts de fonctionnement et d'entretien d'un bien en fonction de normes ou d'objectifs fixés.

***Sécurité physique* (*Physical security*)**

mesures physiques prises pour empêcher et retarder tout accès non autorisé aux biens et pour détecter toute tentative ou accès non autorisé et appliquer les mesures nécessaires.

***Utilisation* (*Use*)**

mesure du rendement qui traite du type, de la pertinence et de l'intensité d'utilisation d'un bien en fonction de sa capacité ou de son potentiel.

***Valeur patrimoniale* (*Heritage value*)**

résultat de la détermination de la valeur symbolique, de la valeur de rareté, d'âge ou des deux et de la valeur représentative ou associative d'un bien. Les valeurs artistiques, historiques, esthétiques, monétaires, etc. ne constituent pas en elles-mêmes une partie de la valeur patrimoniale, même si elles jouent un rôle dans la détermination de l'importance du bien.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le président du Conseil du Trésor, 2017,
ISBN: 978-0-660-09935-4

Date de modification : 2006-06-26

POUR AGRÉMENT

14-111593-910

MÉMOIRE À LA PRÉSIDENTE ET À L'ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Lettres aux sous-ministres de la Santé provinciaux et territoriaux concernant la modernisation de la Réserve nationale stratégique d'urgence

RÉSUMÉ

- Les représentants de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) ont collaboré avec les représentants provinciaux et territoriaux pour faire progresser la modernisation du matériel, des fournitures et de la gestion de la RNSU.
- Telle qu'approuvée par la ministre, la modernisation englobe la fermeture de trois entrepôts fédéraux et de la plupart des sites préétablis, et possiblement, le don des biens en surplus aux provinces et aux territoires (PT) ou aux municipalités.
- Au niveau opérationnel, les PT ont appuyé les efforts de modernisation de la RNSU dans le cadre de discussions avec le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique et avec les directeurs PT responsables de la gestion des urgences sanitaires.
- Dans le cadre des engagements PT envers la modernisation de la RNSU, il apparaît clairement que les PT aimeraient que l'Agence de la santé publique du Canada (Agence) mobilise les sous-ministres (SM) de la Santé PT dans cette voie.
- Nous vous demandons de signer les lettres ci-jointes aux SM de la Santé PT pour veiller à ce qu'ils connaissent les initiatives de modernisation de la RNSU (annexe A). Le Conseil du Réseau de santé publique (CRSP) sera mis au courant de cette lettre au moment de sa réunion du 4 juin 2015 (annexe B).

CONTEXTE :

La modernisation de la RNSU, exposée dans le Cadre stratégique de la RNSU de 2012, a été décrite en détail dans le Plan d'optimisation de la RNSU qui a suivi. La ministre Ambrose a approuvé toutes les mesures de modernisation en septembre 2013 (annexe C).

Les discussions sur le Plan d'optimisation approuvé vont bon train et se termineront bientôt. Les efforts de modernisation de la RNSU ont fait l'objet de discussions avec le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique du CRSP et les directeurs PT responsables de la gestion des urgences sanitaires, et tous appuient ces efforts. Le Conseil des médecins hygiénistes en chef a été informé de cette modernisation lors de sa réunion du 22 octobre 2014.

.../2

Nous proposons que les SM de la Santé PT soient officiellement informés de la modernisation de la RNSU, comme l'indique le Plan de mobilisation. Pour assurer que les membres du CRSP savent que l'Agence communique officiellement avec les gouvernements PT, des points à faire valoir ont été élaborés pour l'Administrateur en chef de la santé publique en vue du point de la table ronde du CRSP, le 4 juin 2015. Les membres du CRSP devraient également recevoir des copies des lettres aux SM.

L'engagement fédéral envers la modernisation de la RNSU a passé par le Groupe interministériel de réseautage sur la logistique, dirigé par Sécurité publique Canada, qui regroupe tous les ministères fédéraux qui interviennent dans la gestion des urgences.

CONSIDÉRATIONS :

La modernisation approuvée insiste davantage sur les contremesures médicales et l'équipement médical moderne. Elle comporte également la fermeture de la plupart des sites préétablis et l'aliénation des biens désuets en et surplus, sans avoir aucune incidence sur la capacité d'intervention en cas d'urgence au Canada. Les biens en surplus, comme les lits et les couvertures, peuvent être donnés aux PT ou aux municipalités.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse a demandé une lettre officielle sur la modernisation de la RNSU décrivant les efforts de modernisation et la possibilité pour les PT d'obtenir les fournitures en surplus (annexe D). En outre, les directeurs PT responsables de la gestion des urgences sanitaires ont soutenu que la mobilisation des SM de la Santé par l'Agence faciliterait leurs efforts à l'appui de la modernisation de la RNSU.

La Division des politiques intergouvernementales et liées aux intervenants de la Direction de la politique stratégique, de la planification et des affaires internationales a recommandé d'envoyer une lettre aux SM de la Santé pour les informer des efforts de modernisation de la RNSU et de l'engagement continu avec le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique et les directeurs PT responsables de la gestion des urgences sanitaires.

La Direction générale des communications et des affaires publiques, le ministère de la Justice et Services publics et Approvisionnement Canada continuent de participer à la modernisation de la RNSU.

BESOINS EN COMMUNICATIONS :

Une attention médiatique minimale est prévue et nous recommandons une approche adaptée. Des infocapsules déjà approuvées sur la modernisation de la RNSU sont disponibles au besoin.

… /3

RECOMMANDATIONS/CONCLUSION :

Il est recommandé que vous donniez votre accord avec lettres aux SM de la Santé et les points à faire valoir au CRSP en signant le bloc ci-dessous et les 13 lettres ci-jointes, et en cochant « Je suis d'accord » ci-dessous. L'Unité d'information enverra les lettres aux sous-ministres par télécopieur.

8 mai 2015

[redacted]

Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire

☐ Je ne suis pas d'accord

☐ Je suis d'accord

26 MAI 2015

[redacted]

3 JUIN 20

[redacted]

SGCHD no 14-111593-910

Responsable : [redacted]
Téléphone : [redacted]

Pièces jointes
Annexe A – Lettres à chacun des sous-ministres de la Santé PT
Annexe B – Points à faire valoir pour le CRSP
Annexe C – SGCHD no 13-110241-95 – Mesures de modernisation de la RNSU
Annexe D – Lettre du ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse

Government of Canada | Gouvernement du Canada

24 JUIN 2015

[redacted]
[redacted]
Province de la Colombie-Britannique
[redacted]
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8

[redacted];

Nous vous écrivons pour vous informer des changements que l'Agence de la santé publique du Canada effectue pour moderniser la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).

La RNSU est gérée par l'Agence à titre de capacité d'intensification pour aider les provinces et territoires à intervenir lors d'urgences ayant une incidence sur la santé, telles que des pandémies, des attaques terroristes et des catastrophes naturelles. Elle a pour rôles de :

- conserver un approvisionnement en contremesures médicales qui serviront en cas d'urgence imprévue en santé publique (p. ex. variole); et
- offrir des fournitures médicales et des fournitures destinées aux services sociaux pour renforcer la capacité d'intervention des provinces et des territoires dans les situations où leurs ressources ne suffisent pas durant une importante urgence en santé publique.

Depuis la création de la RNSU en 1952, d'importants changements ont eu lieu dans le contexte de la gestion des urgences en santé, notamment de nouvelles menaces à la santé publique, le renforcement des capacités des partenaires, des progrès technologiques dans les produits pharmaceutiques et le matériel médical, et l'amélioration de l'infrastructure des transports.

L'Agence modernise la RNSU pour mieux gérer le présent environnement de risque dans le contexte changeant actuel. Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique du Réseau de santé publique s'est engagé dans ce processus, ainsi que tous les 13 directeurs provinciaux et territoriaux responsables de la gestion des urgences sanitaires. Les principaux éléments de cette modernisation sont :

- le renforcement de la capacité de fournir des biens tels que des contremesures médicales en cas d'événements sanitaires imprévus ayant une incidence considérable sur la population canadienne;
- la restructuration stratégique du réseau d'entrepôts fédéraux pour veiller à ce que les fournitures soient accessibles à la majorité de la population canadienne en temps opportun, tout en éliminant le chevauchement des capacités fédérales;

.../2

- l'élimination du matériel et des fournitures médicaux périmés;
- la réduction des biens excédentaires destinés aux services sociaux d'urgence à un niveau qui correspond mieux aux risques actuels pour la santé publique au Canada; et
- l'enquête sur l'intérêt provincial et territorial de recevoir des biens excédentaires de la RNSU.

Une grande quantité des biens de la RNSU sont actuellement sont conservés dans plus de 800 centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux gérés selon le cas par les autorités provinciales, territoriales ou locales. La grande majorité des biens contenus dans ces centres d'approvisionnement préétablis est obsolète ou conservée dans des quantités qui ne tiennent pas compte de l'environnement de risque actuel. C'est pourquoi, la plupart de ces centres seront fermés. Des centres seront conservés seulement dans des régions ayant des exigences ou des besoins particuliers qui ne peuvent pas être satisfaits par l'entremise d'un réseau de six entrepôts fédéraux. Ces entrepôts forment un réseau de centres logistiques visant à assurer un soutien d'urgence pour toutes les régions du pays.

Des discussions sur les régions précises nécessitant des centres d'approvisionnement préétablis ont été entamées avec vos organisations de gestion des urgences sanitaires respectives. L'Agence continuera de dialoguer avec les directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires au cours des prochains mois pour élaborer les plans logistiques associés à la modernisation de la RNSU et, selon le cas, pour faciliter les dons de biens excédentaires.

Nous tenons actuellement à souligner que la fermeture prévue des centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux n'aura aucune incidence sur la capacité de la RNSU d'apporter un soutien supplémentaire en cas d'urgence. L'Agence continuera de consulter nos homologues provinciaux et territoriaux au fur et à mesure que nous progressions.

Si vous avez des inquiétudes par rapport à la présente démarche proposée, nous aimerions les entendre.

Nous vous remercions de votre soutien et de votre collaboration soutenus.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, nos salutations distinguées,





Government of Canada | Gouvernement du Canada

24 JUIN 2015

[redacted]
Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
[redacted]
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 4J6

[redacted] :

Nous vous écrivons pour vous informer des changements que l'Agence de la santé publique du Canada effectue pour moderniser la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).

La RNSU est gérée par l'Agence à titre de capacité d'intensification pour aider les provinces et territoires à intervenir lors d'urgences ayant une incidence sur la santé, telles que des pandémies, des attaques terroristes et des catastrophes naturelles. Elle a pour rôles de :

- conserver un approvisionnement en contremesures médicales qui serviront en cas d'urgence imprévue en santé publique (p. ex. variole); et
- offrir des fournitures médicales et des fournitures destinées aux services sociaux pour renforcer la capacité d'intervention des provinces et des territoires dans les situations où leurs ressources ne suffisent pas durant une importante urgence en santé publique.

Depuis la création de la RNSU en 1952, d'importants changements ont eu lieu dans le contexte de la gestion des urgences en santé, notamment de nouvelles menaces à la santé publique, le renforcement des capacités des partenaires, des progrès technologiques dans les produits pharmaceutiques et le matériel médical, et l'amélioration de l'infrastructure des transports.

L'Agence modernise la RNSU pour mieux gérer le présent environnement de risque dans le contexte changeant actuel. Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique du Réseau de santé publique s'est engagé dans ce processus, ainsi que tous les 13 directeurs provinciaux et territoriaux responsables de la gestion des urgences sanitaires. Les principaux éléments de cette modernisation sont :

- le renforcement de la capacité de fournir des biens tels que des contremesures médicales en cas d'événements sanitaires imprévus ayant une incidence considérable sur la population canadienne;

…/2

- la restructuration stratégique du réseau d'entrepôts fédéraux pour veiller à ce que les fournitures soient accessibles à la majorité de la population canadienne en temps opportun, tout en éliminant le chevauchement des capacités fédérales;
- l'élimination du matériel et des fournitures médicaux périmés;
- la réduction des biens excédentaires destinés aux services sociaux d'urgence à un niveau qui correspond mieux aux risques actuels pour la santé publique au Canada; et
- l'enquête sur l'intérêt provincial et territorial de recevoir des biens excédentaires de la RNSU.

Une grande quantité des biens de la RNSU sont actuellement sont conservés dans plus de 800 centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux gérés selon le cas par les autorités provinciales, territoriales ou locales. La grande majorité des biens contenus dans ces centres d'approvisionnement préétablis est obsolète ou conservée dans des quantités qui ne tiennent pas compte de l'environnement de risque actuel. C'est pourquoi, la plupart de ces centres seront fermés. Des centres seront conservés seulement dans des régions ayant des exigences ou des besoins particuliers qui ne peuvent pas être satisfaits par l'entremise d'un réseau de six entrepôts fédéraux. Ces entrepôts forment un réseau de centres logistiques visant à assurer un soutien d'urgence pour toutes les régions du pays.

Des discussions sur les régions précises nécessitant des centres d'approvisionnement préétablis ont été entamées avec vos organisations de gestion des urgences sanitaires respectives. L'Agence continuera de dialoguer avec les directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires au cours des prochains mois pour élaborer les plans logistiques associés à la modernisation de la RNSU et, selon le cas, pour faciliter les dons de biens excédentaires.

Nous tenons actuellement à souligner que la fermeture prévue des centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux n'aura aucune incidence sur la capacité de la RNSU d'apporter un soutien supplémentaire en cas d'urgence. L'Agence continuera de consulter nos homologues provinciaux et territoriaux au fur et à mesure que nous progressions.

Page: 365 of/de 1,041
AV2020000020

Si vous avez des inquiétudes par rapport à la présente démarche proposée, nous aimerions les entendre.

Nous vous remercions de votre soutien et de votre collaboration soutenus.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, nos salutations distinguées

[redacted]

[redacted]

c.c. [redacted]
Ministère de l'Enseignement supérieur, des Compétences et du Travail
Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador

[redacted]
Services d'incendie et d'urgence
Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador

Government of Canada | Gouvernement du Canada

24 JUIN 2015

[redacted]
Province de l'Alberta
[redacted]
Edmonton (Alberta) T5J 1S6

[redacted] :

Nous vous écrivons pour vous informer des changements que l'Agence de la santé publique du Canada effectue pour moderniser la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).

La RNSU est gérée par l'Agence à titre de capacité d'intensification pour aider les provinces et territoires à intervenir lors d'urgences ayant une incidence sur la santé, telles que des pandémies, des attaques terroristes et des catastrophes naturelles. Elle a pour rôles de :

- conserver un approvisionnement en contremesures médicales qui serviront en cas d'urgence imprévue en santé publique (p. ex. variole); et
- offrir des fournitures médicales et des fournitures destinées aux services sociaux pour renforcer la capacité d'intervention des provinces et des territoires dans les situations où leurs ressources ne suffisent pas durant une importante urgence en santé publique.

Depuis la création de la RNSU en 1952, d'importants changements ont eu lieu dans le contexte de la gestion des urgences en santé, notamment de nouvelles menaces à la santé publique, le renforcement des capacités des partenaires, des progrès technologiques dans les produits pharmaceutiques et le matériel médical, et l'amélioration de l'infrastructure des transports.

L'Agence modernise la RNSU pour mieux gérer le présent environnement de risque dans le contexte changeant actuel. Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique du Réseau de santé publique s'est engagé dans ce processus, ainsi que tous les 13 directeurs provinciaux et territoriaux responsables de la gestion des urgences sanitaires. Les principaux éléments de cette modernisation sont :

- le renforcement de la capacité de fournir des biens tels que des contremesures médicales en cas d'événements sanitaires imprévus ayant une incidence considérable sur la population canadienne;
- la restructuration stratégique du réseau d'entrepôts fédéraux pour veiller à ce que les fournitures soient accessibles à la majorité de la population canadienne en temps opportun, tout en éliminant le chevauchement des capacités fédérales;

…/2

- l'élimination du matériel et des fournitures médicaux périmés;
- la réduction des biens excédentaires destinés aux services sociaux d'urgence à un niveau qui correspond mieux aux risques actuels pour la santé publique au Canada; et
- l'enquête sur l'intérêt provincial et territorial de recevoir des biens excédentaires de la RNSU.

Une grande quantité des biens de la RNSU sont actuellement sont conservés dans plus de 800 centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux gérés selon le cas par les autorités provinciales, territoriales ou locales. La grande majorité des biens contenus dans ces centres d'approvisionnement préétablis est obsolète ou conservée dans des quantités qui ne tiennent pas compte de l'environnement de risque actuel. C'est pourquoi, la plupart de ces centres seront fermés. Des centres seront conservés seulement dans des régions ayant des exigences ou des besoins particuliers qui ne peuvent pas être satisfaits par l'entremise d'un réseau de six entrepôts fédéraux. Ces entrepôts forment un réseau de centres logistiques visant à assurer un soutien d'urgence pour toutes les régions du pays.

Des discussions sur les régions précises nécessitant des centres d'approvisionnement préétablis ont été entamées avec vos organisations de gestion des urgences sanitaires respectives. L'Agence continuera de dialoguer avec les directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires au cours des prochains mois pour élaborer les plans logistiques associés à la modernisation de la RNSU et, selon le cas, pour faciliter les dons de biens excédentaires.

Nous tenons actuellement à souligner que la fermeture prévue des centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux n'aura aucune incidence sur la capacité de la RNSU d'apporter un soutien supplémentaire en cas d'urgence. L'Agence continuera de consulter nos homologues provinciaux et territoriaux au fur et à mesure que nous progressions.

Si vous avez des inquiétudes par rapport à la présente démarche proposée, nous aimerions les entendre.

Nous vous remercions de votre soutien et de votre collaboration soutenus.

Nous vous prions d'agréer, Madame, nos salutations distinguées,

[redacted]

Government of Canada | Gouvernement du Canada

24 JUIN 2015

[redacted]
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
[redacted]
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2L9

[redacted] :

Nous vous écrivons pour vous informer des changements que l'Agence de la santé publique du Canada effectue pour moderniser la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).

La RNSU est gérée par l'Agence à titre de capacité d'intensification pour aider les provinces et territoires à intervenir lors d'urgences ayant une incidence sur la santé, telles que des pandémies, des attaques terroristes et des catastrophes naturelles. Elle a pour rôles de :

- conserver un approvisionnement en contremesures médicales qui serviront en cas d'urgence imprévue en santé publique (p. ex. variole); et
- offrir des fournitures médicales et des fournitures destinées aux services sociaux pour renforcer la capacité d'intervention des provinces et des territoires dans les situations où leurs ressources ne suffisent pas durant une importante urgence en santé publique.

Depuis la création de la RNSU en 1952, d'importants changements ont eu lieu dans le contexte de la gestion des urgences en santé, notamment de nouvelles menaces à la santé publique, le renforcement des capacités des partenaires, des progrès technologiques dans les produits pharmaceutiques et le matériel médical, et l'amélioration de l'infrastructure des transports.

L'Agence modernise la RNSU pour mieux gérer le présent environnement de risque dans le contexte changeant actuel. Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique du Réseau de santé publique s'est engagé dans ce processus, ainsi que tous les 13 directeurs provinciaux et territoriaux responsables de la gestion des urgences sanitaires. Les principaux éléments de cette modernisation sont :

- le renforcement de la capacité de fournir des biens tels que des contremesures médicales en cas d'événements sanitaires imprévus ayant une incidence considérable sur la population canadienne;
- la restructuration stratégique du réseau d'entrepôts fédéraux pour veiller à ce que les fournitures soient accessibles à la majorité de la population canadienne en temps opportun, tout en éliminant le chevauchement des capacités fédérales;

…/2

- l'élimination du matériel et des fournitures médicaux périmés;
- la réduction des biens excédentaires destinés aux services sociaux d'urgence à un niveau qui correspond mieux aux risques actuels pour la santé publique au Canada; et
- l'enquête sur l'intérêt provincial et territorial de recevoir des biens excédentaires de la RNSU.

Une grande quantité des biens de la RNSU sont actuellement sont conservés dans plus de 800 centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux gérés selon le cas par les autorités provinciales, territoriales ou locales. La grande majorité des biens contenus dans ces centres d'approvisionnement préétablis est obsolète ou conservée dans des quantités qui ne tiennent pas compte de l'environnement de risque actuel. C'est pourquoi, la plupart de ces centres seront fermés. Des centres seront conservés seulement dans des régions ayant des exigences ou des besoins particuliers qui ne peuvent pas être satisfaits par l'entremise d'un réseau de six entrepôts fédéraux. Ces entrepôts forment un réseau de centres logistiques visant à assurer un soutien d'urgence pour toutes les régions du pays.

Des discussions sur les régions précises nécessitant des centres d'approvisionnement préétablis ont été entamées avec vos organisations de gestion des urgences sanitaires respectives. L'Agence continuera de dialoguer avec les directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires au cours des prochains mois pour élaborer les plans logistiques associés à la modernisation de la RNSU et, selon le cas, pour faciliter les dons de biens excédentaires.

Nous tenons actuellement à souligner que la fermeture prévue des centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux n'aura aucune incidence sur la capacité de la RNSU d'apporter un soutien supplémentaire en cas d'urgence. L'Agence continuera de consulter nos homologues provinciaux et territoriaux au fur et à mesure que nous progressions.

Si vous avez des inquiétudes par rapport à la présente démarche proposée, nous aimerions les entendre.

Nous vous remercions de votre soutien et de votre collaboration soutenus.

Nous vous prions d'agréer, Madame, nos salutations distinguées,

[redacted]

24 JUIN 2015

[redacted]
Province de l'Ontario
Queen's Park, [redacted]
Toronto (Ontario) M7A 2C4

[redacted] :

Nous vous écrivons pour vous informer des changements que l'Agence de la santé publique du Canada effectue pour moderniser la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).

La RNSU est gérée par l'Agence à titre de capacité d'intensification pour aider les provinces et territoires à intervenir lors d'urgences ayant une incidence sur la santé, telles que des pandémies, des attaques terroristes et des catastrophes naturelles. Elle a pour rôles de :

- conserver un approvisionnement en contremesures médicales qui serviront en cas d'urgence imprévue en santé publique (p. ex. variole); et
- offrir des fournitures médicales et des fournitures destinées aux services sociaux pour renforcer la capacité d'intervention des provinces et des territoires dans les situations où leurs ressources ne suffisent pas durant une importante urgence en santé publique.

Depuis la création de la RNSU en 1952, d'importants changements ont eu lieu dans le contexte de la gestion des urgences en santé, notamment de nouvelles menaces à la santé publique, le renforcement des capacités des partenaires, des progrès technologiques dans les produits pharmaceutiques et le matériel médical, et l'amélioration de l'infrastructure des transports.

L'Agence modernise la RNSU pour mieux gérer le présent environnement de risque dans le contexte changeant actuel. Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique du Réseau de santé publique s'est engagé dans ce processus, ainsi que tous les 13 directeurs provinciaux et territoriaux responsables de la gestion des urgences sanitaires. Les principaux éléments de cette modernisation sont :

- le renforcement de la capacité de fournir des biens tels que des contremesures médicales en cas d'événements sanitaires imprévus ayant une incidence considérable sur la population canadienne;
- la restructuration stratégique du réseau d'entrepôts fédéraux pour veiller à ce que les fournitures soient accessibles à la majorité de la population canadienne en temps opportun, tout en éliminant le chevauchement des capacités fédérales;

…/2

- l'élimination du matériel et des fournitures médicaux périmés;
- la réduction des biens excédentaires destinés aux services sociaux d'urgence à un niveau qui correspond mieux aux risques actuels pour la santé publique au Canada; et
- l'enquête sur l'intérêt provincial et territorial de recevoir des biens excédentaires de la RNSU.

Une grande quantité des biens de la RNSU sont actuellement sont conservés dans plus de 800 centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux gérés selon le cas par les autorités provinciales, territoriales ou locales. La grande majorité des biens contenus dans ces centres d'approvisionnement préétablis est obsolète ou conservée dans des quantités qui ne tiennent pas compte de l'environnement de risque actuel. C'est pourquoi, la plupart de ces centres seront fermés. Des centres seront conservés seulement dans des régions ayant des exigences ou des besoins particuliers qui ne peuvent pas être satisfaits par l'entremise d'un réseau de six entrepôts fédéraux. Ces entrepôts forment un réseau de centres logistiques visant à assurer un soutien d'urgence pour toutes les régions du pays.

Des discussions sur les régions précises nécessitant des centres d'approvisionnement préétablis ont été entamées avec vos organisations de gestion des urgences sanitaires respectives. L'Agence continuera de dialoguer avec les directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires au cours des prochains mois pour élaborer les plans logistiques associés à la modernisation de la RNSU et, selon le cas, pour faciliter les dons de biens excédentaires.

Nous tenons actuellement à souligner que la fermeture prévue des centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux n'aura aucune incidence sur la capacité de la RNSU d'apporter un soutien supplémentaire en cas d'urgence. L'Agence continuera de consulter nos homologues provinciaux et territoriaux au fur et à mesure que nous progressions.

Si vous avez des inquiétudes par rapport à la présente démarche proposée, nous aimerions les entendre.

Nous vous remercions de votre soutien et de votre collaboration soutenus.

Nous vous prions d'agréer, Docteur, nos salutations distinguées,

[redacted]

Government Canada | Gouvernement du Canada

24 JUN 2015

[redacted]
Government of Quebec
[redacted]
Quebec (Quebec) G1S 2M1

[redacted]:

We are writing to inform you of the changes the Public Health Agency of Canada is making to modernize the National Emergency Strategic Stockpile (NESS).

The NESS is maintained by the Agency as surge capacity to assist the provinces and territories in their response to a variety of emergencies with health impacts, including pandemics, terrorism events and natural disasters. Its roles include:

- maintaining a supply of medical countermeasures for use in the event of an unexpected public health emergency (e.g. smallpox); and
- providing medical and social service supplies to supplement provincial and territorial capacity if their resources are overwhelmed during a major public health emergency.

Since the inception of the NESS in 1952, there have been significant shifts in the health emergency management context, including emerging public health threats, enhanced capacity among partners, technological advances in pharmaceuticals and medical equipment, and improved transportation infrastructure.

The Agency is modernizing the NESS to better address the current risk environment in light of this changing context. The Public Health Network's Public Health Infrastructure Steering Committee has been engaged in this process, as well as all 13 provincial and territorial Health Emergency Management Directors. The key elements of the modernization include:

- enhancing the ability to provide assets such as medical countermeasures for unexpected health events with significant impact for Canadians;

.../2

- strategically realigning the network of federal warehouses to ensure that supplies are accessible to the majority of the Canadian population in a timely manner, while removing duplication of federal capacity;
- disposing outdated medical equipment and supplies;
- reducing excess emergency social service assets to a level that better reflects the current public health risks in Canada; and
- investigating provincial and territorial interest in receiving surplus NESS assets.

Currently, a significant quantity of NESS assets are held in more than 800 legacy pre-positioned sites managed by provincial and territorial or local authorities. The vast majority of assets in these pre-positioned sites are obsolete or held in quantities that do not align with the current risk environment. As such, most of these sites will be closed. Sites will only be maintained in locations with specific needs or requirements that cannot be fulfilled though a network of six federal warehouses. These warehouses form a network of logistical hubs intended to provide emergency support for all regions of the country.

Discussions around specific locations requiring pre-positioned sites have been initiated through your respective health emergency management organizations. The Agency will continue to engage Health Emergency Management Directors in the coming months to develop the logistical plans associated with NESS modernization and, as applicable, facilitate the donation of surplus assets.

At this time, we would like to emphasize that the intended closure of the legacy pre-positioned sites will not affect the ability of the NESS to provide surge capacity in times of emergency. The Agency will continue to consult with our provincial and territorial counterparts as we move forward.
Should you have any concerns with this proposed approach, we would be grateful to hear of them.

Thank you for your continued support and cooperation.

Sincerely,

[redacted]

[redacted]

Government of Canada | Gouvernement du Canada

24 JUIN 2015

[redacted]
Province de la Saskatchewan
[redacted]
Regina (Saskatchewan) S4S 6X6

[redacted] :

Nous vous écrivons pour vous informer des changements que l'Agence de la santé publique du Canada effectue pour moderniser la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).

La RNSU est gérée par l'Agence à titre de capacité d'intensification pour aider les provinces et territoires à intervenir lors d'urgences ayant une incidence sur la santé, telles que des pandémies, des attaques terroristes et des catastrophes naturelles. Elle a pour rôles de :

- conserver un approvisionnement en contremesures médicales qui serviront en cas d'urgence imprévue en santé publique (p. ex. variole); et
- offrir des fournitures médicales et des fournitures destinées aux services sociaux pour renforcer la capacité d'intervention des provinces et des territoires dans les situations où leurs ressources ne suffisent pas durant une importante urgence en santé publique.

Depuis la création de la RNSU en 1952, d'importants changements ont eu lieu dans le contexte de la gestion des urgences en santé, notamment de nouvelles menaces à la santé publique, le renforcement des capacités des partenaires, des progrès technologiques dans les produits pharmaceutiques et le matériel médical, et l'amélioration de l'infrastructure des transports.

L'Agence modernise la RNSU pour mieux gérer le présent environnement de risque dans le contexte changeant actuel. Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique du Réseau de santé publique s'est engagé dans ce processus, ainsi que tous les 13 directeurs provinciaux et territoriaux responsables de la gestion des urgences sanitaires. Les principaux éléments de cette modernisation sont :

- le renforcement de la capacité de fournir des biens tels que des contremesures médicales en cas d'événements sanitaires imprévus ayant une incidence considérable sur la population canadienne;
- la restructuration stratégique du réseau d'entrepôts fédéraux pour veiller à ce que les fournitures soient accessibles à la majorité de la population canadienne en temps opportun, tout en éliminant le chevauchement des capacités fédérales;

…/2

- l'élimination du matériel et des fournitures médicaux périmés;
- la réduction des biens excédentaires destinés aux services sociaux d'urgence à un niveau qui correspond mieux aux risques actuels pour la santé publique au Canada; et
- l'enquête sur l'intérêt provincial et territorial de recevoir des biens excédentaires de la RNSU.

Une grande quantité des biens de la RNSU sont actuellement sont conservés dans plus de 800 centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux gérés selon le cas par les autorités provinciales, territoriales ou locales. La grande majorité des biens contenus dans ces centres d'approvisionnement préétablis est obsolète ou conservée dans des quantités qui ne tiennent pas compte de l'environnement de risque actuel. C'est pourquoi, la plupart de ces centres seront fermés. Des centres seront conservés seulement dans des régions ayant des exigences ou des besoins particuliers qui ne peuvent pas être satisfaits par l'entremise d'un réseau de six entrepôts fédéraux. Ces entrepôts forment un réseau de centres logistiques visant à assurer un soutien d'urgence pour toutes les régions du pays.

Des discussions sur les régions précises nécessitant des centres d'approvisionnement préétablis ont été entamées avec vos organisations de gestion des urgences sanitaires respectives. L'Agence continuera de dialoguer avec les directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires au cours des prochains mois pour élaborer les plans logistiques associés à la modernisation de la RNSU et, selon le cas, pour faciliter les dons de biens excédentaires.

Nous tenons actuellement à souligner que la fermeture prévue des centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux n'aura aucune incidence sur la capacité de la RNSU d'apporter un soutien supplémentaire en cas d'urgence. L'Agence continuera de consulter nos homologues provinciaux et territoriaux au fur et à mesure que nous progressions.

Si vous avez des inquiétudes par rapport à la présente démarche proposée, nous aimerions les entendre.

Nous vous remercions de votre soutien et de votre collaboration soutenus.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, nos salutations distinguées,

[redacted]

Government of Canada | Gouvernement du Canada

24 JUIN 2015

[redacted]
Province du Manitoba
[redacted]
Winnipeg (Manitoba) R3C 0V8

[redacted] :

Nous vous écrivons pour vous informer des changements que l'Agence de la santé publique du Canada effectue pour moderniser la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).

La RNSU est gérée par l'Agence à titre de capacité d'intensification pour aider les provinces et territoires à intervenir lors d'urgences ayant une incidence sur la santé, telles que des pandémies, des attaques terroristes et des catastrophes naturelles. Elle a pour rôles de :

- conserver un approvisionnement en contremesures médicales qui serviront en cas d'urgence imprévue en santé publique (p. ex. variole); et
- offrir des fournitures médicales et des fournitures destinées aux services sociaux pour renforcer la capacité d'intervention des provinces et des territoires dans les situations où leurs ressources ne suffisent pas durant une importante urgence en santé publique.

Depuis la création de la RNSU en 1952, d'importants changements ont eu lieu dans le contexte de la gestion des urgences en santé, notamment de nouvelles menaces à la santé publique, le renforcement des capacités des partenaires, des progrès technologiques dans les produits pharmaceutiques et le matériel médical, et l'amélioration de l'infrastructure des transports.

L'Agence modernise la RNSU pour mieux gérer le présent environnement de risque dans le contexte changeant actuel. Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique du Réseau de santé publique s'est engagé dans ce processus, ainsi que tous les 13 directeurs provinciaux et territoriaux responsables de la gestion des urgences sanitaires. Les principaux éléments de cette modernisation sont :

- le renforcement de la capacité de fournir des biens tels que des contremesures médicales en cas d'événements sanitaires imprévus ayant une incidence considérable sur la population canadienne;
- la restructuration stratégique du réseau d'entrepôts fédéraux pour veiller à ce que les fournitures soient accessibles à la majorité de la population canadienne en temps opportun, tout en éliminant le chevauchement des capacités fédérales;

…/2

- l'élimination du matériel et des fournitures médicaux périmés;
- la réduction des biens excédentaires destinés aux services sociaux d'urgence à un niveau qui correspond mieux aux risques actuels pour la santé publique au Canada; et
- l'enquête sur l'intérêt provincial et territorial de recevoir des biens excédentaires de la RNSU.

Une grande quantité des biens de la RNSU sont actuellement sont conservés dans plus de 800 centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux gérés selon le cas par les autorités provinciales, territoriales ou locales. La grande majorité des biens contenus dans ces centres d'approvisionnement préétablis est obsolète ou conservée dans des quantités qui ne tiennent pas compte de l'environnement de risque actuel. C'est pourquoi, la plupart de ces centres seront fermés. Des centres seront conservés seulement dans des régions ayant des exigences ou des besoins particuliers qui ne peuvent pas être satisfaits par l'entremise d'un réseau de six entrepôts fédéraux. Ces entrepôts forment un réseau de centres logistiques visant à assurer un soutien d'urgence pour toutes les régions du pays.

Des discussions sur les régions précises nécessitant des centres d'approvisionnement préétablis ont été entamées avec vos organisations de gestion des urgences sanitaires respectives. L'Agence continuera de dialoguer avec les directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires au cours des prochains mois pour élaborer les plans logistiques associés à la modernisation de la RNSU et, selon le cas, pour faciliter les dons de biens excédentaires.

Nous tenons actuellement à souligner que la fermeture prévue des centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux n'aura aucune incidence sur la capacité de la RNSU d'apporter un soutien supplémentaire en cas d'urgence. L'Agence continuera de consulter nos homologues provinciaux et territoriaux au fur et à mesure que nous progressions.

Si vous avez des inquiétudes par rapport à la présente démarche proposée, nous aimerions les entendre.

Nous vous remercions de votre soutien et de votre collaboration soutenus.

Nous vous prions d'agréer, Madame, nos salutations distinguées,

[redacted]

Government of Canada / Gouvernement du Canada

JUN 2 4 2015

[redacted]
Gouvernement du Nouveau-Brunswick
[redacted]
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

[redacted],

La présente vise à vous informer des modifications apportées par l'Agence de la santé publique du Canada pour moderniser la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).

La RNSU est gérée par l'Agence comme capacité de pointe permettant d'aider les provinces et les territoires durant leurs interventions lors de diverses situations d'urgence ayant des répercussions sur la santé, notamment les pandémies, les actes de terrorisme et les catastrophes naturelles. Parmi les rôles de la RNSU, on compte les suivants :

- maintenir une réserve de contre-mesures médicales pouvant être utilisées lorsqu'une situation d'urgence imprévue liée à la santé publique survient (p. ex. variole); et
- fournir aux provinces et territoires des fournitures d'appoint liées aux soins médicaux et aux services sociaux lorsqu'ils n'ont pas suffisamment de ressources pour leurs interventions ciblant une situation d'urgence d'envergure liée à la santé publique.

Depuis le lancement de la RNSU en 1952, d'importants changements ont eu lieu en ce qui a trait au contexte de gestion des urgences sanitaires, y compris les menaces émergentes pour la santé publique; une meilleure capacité des partenaires; les progrès technologiques dans le domaine des médicaments et de l'équipement médical; et une infrastructure de transport améliorée.

À la lumière de ce contexte en évolution, l'Agence a décidé de moderniser la RNSU afin de mieux tenir compte de l'environnement de risque actuel. Le Comité directeur de l'infrastructure de santé publique du Réseau de santé

.../2

Canada

publique participe à ce processus, tout comme les 13 directeurs provinciaux et territoriaux responsables de la gestion des urgences sanitaires. Les principales étapes de la modernisation sont les suivantes :

- augmenter la capacité de fournir des services, comme les contre-mesures médicales, lors des événements de santé inattendus ayant d'importantes répercussions sur les Canadiens;
- restructurer de façon stratégique le réseau d'entrepôts fédéraux afin que les fournitures soient accessibles à la majorité des Canadiens en temps opportun, tout en éliminant les chevauchements des capacités fédérales;
- éliminer les fournitures et équipements médicaux périmés;
- réduire l'excès de biens destinés aux services sociaux d'urgence à un niveau qui reflète davantage les risques actuels en matière de santé publique au Canada;
- déterminer dans quelle mesure les provinces et territoires aimeraient recevoir les biens excédentaires de la RNSU.

Actuellement, une quantité importante de biens de la RNSU sont entreposés dans plus de 800 sites préétablis gérés par les autorités provinciales et territoriales ou locales. La grande majorité des biens entreposés dans ces sites préétablis sont désuets ou conservés dans des quantités qui ne correspondent pas à l'environnement de risque actuel. Par conséquent, la majorité de ces sites seront fermés. Les seuls endroits où des sites demeureront ouverts sont ceux où il y a des exigences ou des besoins particuliers auxquels le réseau de six entrepôts fédéraux ne pourra pas répondre. Les entrepôts fédéraux forment un réseau de centres logistiques dont le but est de fournir un soutien d'urgence dans toutes les régions du Canada.

Des discussions à propos des endroits où il est nécessaire de conserver des sites préétablis ont été amorcées par vos organisations respectives de gestion des urgences sanitaires. L'Agence continuera de communiquer avec les directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires au cours des prochains mois pour élaborer des plans logistiques relatifs à la modernisation de la RNSU et, s'il y a lieu, pour faciliter le don des biens excédentaires.

.../3

En ce moment, nous voulons souligner le fait que la fermeture prévue des sites préétablis ne réduira en rien la capacité de la RNSU à fournir des services d'appoint lors des situations d'urgence. Par ailleurs, l'Agence continuera de consulter ses homologues provinciaux et territoriaux.

Si vous avez des préoccupations au sujet de l'approche proposée, nous serions heureux que vous nous en fassiez part.

En vous remerciant de votre appui et de votre collaboration soutenus, veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

[redacted]

[redacted]

Government of Canada | Gouvernement du Canada

24 JUIN 2015

[redacted]
Province de l'Île-du-Prince-Édouard
[redacted]
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8

[redacted]

Nous vous écrivons pour vous informer des changements que l'Agence de la santé publique du Canada effectue pour moderniser la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).

La RNSU est gérée par l'Agence à titre de capacité d'intensification pour aider les provinces et territoires à intervenir lors d'urgences ayant une incidence sur la santé, telles que des pandémies, des attaques terroristes et des catastrophes naturelles. Elle a pour rôles de :

- conserver un approvisionnement en contremesures médicales qui serviront en cas d'urgence imprévue en santé publique (p. ex. variole); et
- offrir des fournitures médicales et des fournitures destinées aux services sociaux pour renforcer la capacité d'intervention des provinces et des territoires dans les situations où leurs ressources ne suffisent pas durant une importante urgence en santé publique.

Depuis la création de la RNSU en 1952, d'importants changements ont eu lieu dans le contexte de la gestion des urgences en santé, notamment de nouvelles menaces à la santé publique, le renforcement des capacités des partenaires, des progrès technologiques dans les produits pharmaceutiques et le matériel médical, et l'amélioration de l'infrastructure des transports.

L'Agence modernise la RNSU pour mieux gérer le présent environnement de risque dans le contexte changeant actuel. Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique du Réseau de santé publique s'est engagé dans ce processus, ainsi que tous les 13 directeurs provinciaux et territoriaux responsables de la gestion des urgences sanitaires. Les principaux éléments de cette modernisation sont :

- le renforcement de la capacité de fournir des biens tels que des contremesures médicales en cas d'événements sanitaires imprévus ayant une incidence considérable sur la population canadienne;
- la restructuration stratégique du réseau d'entrepôts fédéraux pour veiller à ce que les fournitures soient accessibles à la majorité de la population canadienne en temps opportun, tout en éliminant le chevauchement des capacités fédérales;

…/2

- l'élimination du matériel et des fournitures médicaux périmés;
- la réduction des biens excédentaires destinés aux services sociaux d'urgence à un niveau qui correspond mieux aux risques actuels pour la santé publique au Canada; et
- l'enquête sur l'intérêt provincial et territorial de recevoir des biens excédentaires de la RNSU.

Une grande quantité des biens de la RNSU sont actuellement sont conservés dans plus de 800 centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux gérés selon le cas par les autorités provinciales, territoriales ou locales. La grande majorité des biens contenus dans ces centres d'approvisionnement préétablis est obsolète ou conservée dans des quantités qui ne tiennent pas compte de l'environnement de risque actuel. C'est pourquoi, la plupart de ces centres seront fermés. Des centres seront conservés seulement dans des régions ayant des exigences ou des besoins particuliers qui ne peuvent pas être satisfaits par l'entremise d'un réseau de six entrepôts fédéraux. Ces entrepôts forment un réseau de centres logistiques visant à assurer un soutien d'urgence pour toutes les régions du pays.

Des discussions sur les régions précises nécessitant des centres d'approvisionnement préétablis ont été entamées avec vos organisations de gestion des urgences sanitaires respectives. L'Agence continuera de dialoguer avec les directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires au cours des prochains mois pour élaborer les plans logistiques associés à la modernisation de la RNSU et, selon le cas, pour faciliter les dons de biens excédentaires.

Nous tenons actuellement à souligner que la fermeture prévue des centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux n'aura aucune incidence sur la capacité de la RNSU d'apporter un soutien supplémentaire en cas d'urgence. L'Agence continuera de consulter nos homologues provinciaux et territoriaux au fur et à mesure que nous progressions.

Si vous avez des inquiétudes par rapport à la présente démarche proposée, nous aimerions les entendre.

Nous vous remercions de votre soutien et de votre collaboration soutenus.

Nous vous prions d'agréer, Docteur, nos salutations distinguées,

[redacted]

[redacted]

Government of Canada | Gouvernement du Canada

24 JUIN 2015

[redacted]
Gouvernement du Yukon, [redacted]
Whitehorse (Yukon) Y1A 3H7

[redacted] :

Nous vous écrivons pour vous informer des changements que l'Agence de la santé publique du Canada effectue pour moderniser la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).

La RNSU est gérée par l'Agence à titre de capacité d'intensification pour aider les provinces et territoires à intervenir lors d'urgences ayant une incidence sur la santé, telles que des pandémies, des attaques terroristes et des catastrophes naturelles. Elle a pour rôles de :

- conserver un approvisionnement en contremesures médicales qui serviront en cas d'urgence imprévue en santé publique (p. ex. variole); et
- offrir des fournitures médicales et des fournitures destinées aux services sociaux pour renforcer la capacité d'intervention des provinces et des territoires dans les situations où leurs ressources ne suffisent pas durant une importante urgence en santé publique.

Depuis la création de la RNSU en 1952, d'importants changements ont eu lieu dans le contexte de la gestion des urgences en santé, notamment de nouvelles menaces à la santé publique, le renforcement des capacités des partenaires, des progrès technologiques dans les produits pharmaceutiques et le matériel médical, et l'amélioration de l'infrastructure des transports.

L'Agence modernise la RNSU pour mieux gérer le présent environnement de risque dans le contexte changeant actuel. Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique du Réseau de santé publique s'est engagé dans ce processus, ainsi que tous les 13 directeurs provinciaux et territoriaux responsables de la gestion des urgences sanitaires. Les principaux éléments de cette modernisation sont :

- le renforcement de la capacité de fournir des biens tels que des contremesures médicales en cas d'événements sanitaires imprévus ayant une incidence considérable sur la population canadienne;
- la restructuration stratégique du réseau d'entrepôts fédéraux pour veiller à ce que les fournitures soient accessibles à la majorité de la population canadienne en temps opportun, tout en éliminant le chevauchement des capacités fédérales;

…/2

- l'élimination du matériel et des fournitures médicaux périmés;
- la réduction des biens excédentaires destinés aux services sociaux d'urgence à un niveau qui correspond mieux aux risques actuels pour la santé publique au Canada; et
- l'enquête sur l'intérêt provincial et territorial de recevoir des biens excédentaires de la RNSU.

Une grande quantité des biens de la RNSU sont actuellement sont conservés dans plus de 800 centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux gérés selon le cas par les autorités provinciales, territoriales ou locales. La grande majorité des biens contenus dans ces centres d'approvisionnement préétablis est obsolète ou conservée dans des quantités qui ne tiennent pas compte de l'environnement de risque actuel. C'est pourquoi, la plupart de ces centres seront fermés. Des centres seront conservés seulement dans des régions ayant des exigences ou des besoins particuliers qui ne peuvent pas être satisfaits par l'entremise d'un réseau de six entrepôts fédéraux. Ces entrepôts forment un réseau de centres logistiques visant à assurer un soutien d'urgence pour toutes les régions du pays.

Des discussions sur les régions précises nécessitant des centres d'approvisionnement préétablis ont été entamées avec vos organisations de gestion des urgences sanitaires respectives. L'Agence continuera de dialoguer avec les directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires au cours des prochains mois pour élaborer les plans logistiques associés à la modernisation de la RNSU et, selon le cas, pour faciliter les dons de biens excédentaires.

Nous tenons actuellement à souligner que la fermeture prévue des centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux n'aura aucune incidence sur la capacité de la RNSU d'apporter un soutien supplémentaire en cas d'urgence. L'Agence continuera de consulter nos homologues provinciaux et territoriaux au fur et à mesure que nous progressions.

Si vous avez des inquiétudes par rapport à la présente démarche proposée, nous aimerions les entendre.

Nous vous remercions de votre soutien et de votre collaboration soutenus.

Nous vous prions d'agréer, Madame, nos salutations distinguées,

[redacted]

[redacted]

Government of Canada | Gouvernement du Canada

24 JUIN 2015

[redacted]
[redacted]
Gouvernement du Nunavut
[redacted]
Iqaluit (Nunavut) X0A OHO

[redacted] :

Nous vous écrivons pour vous informer des changements que l'Agence de la santé publique du Canada effectue pour moderniser la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).

La RNSU est gérée par l'Agence à titre de capacité d'intensification pour aider les provinces et territoires à intervenir lors d'urgences ayant une incidence sur la santé, telles que des pandémies, des attaques terroristes et des catastrophes naturelles. Elle a pour rôles de :

- conserver un approvisionnement en contremesures médicales qui serviront en cas d'urgence imprévue en santé publique (p. ex. variole); et
- offrir des fournitures médicales et des fournitures destinées aux services sociaux pour renforcer la capacité d'intervention des provinces et des territoires dans les situations où leurs ressources ne suffisent pas durant une importante urgence en santé publique.

Depuis la création de la RNSU en 1952, d'importants changements ont eu lieu dans le contexte de la gestion des urgences en santé, notamment de nouvelles menaces à la santé publique, le renforcement des capacités des partenaires, des progrès technologiques dans les produits pharmaceutiques et le matériel médical, et l'amélioration de l'infrastructure des transports.

L'Agence modernise la RNSU pour mieux gérer le présent environnement de risque dans le contexte changeant actuel. Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique du Réseau de santé publique s'est engagé dans ce processus, ainsi que tous les 13 directeurs provinciaux et territoriaux responsables de la gestion des urgences sanitaires. Les principaux éléments de cette modernisation sont :

- le renforcement de la capacité de fournir des biens tels que des contremesures médicales en cas d'événements sanitaires imprévus ayant une incidence considérable sur la population canadienne;
- la restructuration stratégique du réseau d'entrepôts fédéraux pour veiller à ce que les fournitures soient accessibles à la majorité de la population canadienne en temps opportun, tout en éliminant le chevauchement des capacités fédérales;

…/2

- l'élimination du matériel et des fournitures médicaux périmés;
- la réduction des biens excédentaires destinés aux services sociaux d'urgence à un niveau qui correspond mieux aux risques actuels pour la santé publique au Canada; et
- l'enquête sur l'intérêt provincial et territorial de recevoir des biens excédentaires de la RNSU.

Une grande quantité des biens de la RNSU sont actuellement sont conservés dans plus de 800 centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux gérés selon le cas par les autorités provinciales, territoriales ou locales. La grande majorité des biens contenus dans ces centres d'approvisionnement préétablis est obsolète ou conservée dans des quantités qui ne tiennent pas compte de l'environnement de risque actuel. C'est pourquoi, la plupart de ces centres seront fermés. Des centres seront conservés seulement dans des régions ayant des exigences ou des besoins particuliers qui ne peuvent pas être satisfaits par l'entremise d'un réseau de six entrepôts fédéraux. Ces entrepôts forment un réseau de centres logistiques visant à assurer un soutien d'urgence pour toutes les régions du pays.

Des discussions sur les régions précises nécessitant des centres d'approvisionnement préétablis ont été entamées avec vos organisations de gestion des urgences sanitaires respectives. L'Agence continuera de dialoguer avec les directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires au cours des prochains mois pour élaborer les plans logistiques associés à la modernisation de la RNSU et, selon le cas, pour faciliter les dons de biens excédentaires.

Nous tenons actuellement à souligner que la fermeture prévue des centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux n'aura aucune incidence sur la capacité de la RNSU d'apporter un soutien supplémentaire en cas d'urgence. L'Agence continuera de consulter nos homologues provinciaux et territoriaux au fur et à mesure que nous progressions.

Si vous avez des inquiétudes par rapport à la présente démarche proposée, nous aimerions les entendre.

Nous vous remercions de votre soutien et de votre collaboration soutenus.

Nous vous prions d'agréer, Madame, nos salutations distinguées,

[redacted]

Government of Canada | Gouvernement du Canada

24 JUIN 2015

[redacted]
[redacted]
[redacted]
Province de la Nouvelle-Écosse
[redacted]
[redacted]
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8

[redacted] :

Nous vous écrivons pour vous informer des changements que l'Agence de la santé publique du Canada effectue pour moderniser la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).

La RNSU est gérée par l'Agence à titre de capacité d'intensification pour aider les provinces et territoires à intervenir lors d'urgences ayant une incidence sur la santé, telles que des pandémies, des attaques terroristes et des catastrophes naturelles. Elle a pour rôles de :

- conserver un approvisionnement en contremesures médicales qui serviront en cas d'urgence imprévue en santé publique (p. ex. variole); et
- offrir des fournitures médicales et des fournitures destinées aux services sociaux pour renforcer la capacité d'intervention des provinces et des territoires dans les situations où leurs ressources ne suffisent pas durant une importante urgence en santé publique.

Depuis la création de la RNSU en 1952, d'importants changements ont eu lieu dans le contexte de la gestion des urgences en santé, notamment de nouvelles menaces à la santé publique, le renforcement des capacités des partenaires, des progrès technologiques dans les produits pharmaceutiques et le matériel médical, et l'amélioration de l'infrastructure des transports.

L'Agence modernise la RNSU pour mieux gérer le présent environnement de risque dans le contexte changeant actuel. Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique du Réseau de santé publique s'est engagé dans ce processus, ainsi que tous les 13 directeurs provinciaux et territoriaux responsables de la gestion des urgences sanitaires. Les principaux éléments de cette modernisation sont :

- le renforcement de la capacité de fournir des biens tels que des contremesures médicales en cas d'événements sanitaires imprévus ayant une incidence considérable sur la population canadienne;
- la restructuration stratégique du réseau d'entrepôts fédéraux pour veiller à ce que les fournitures soient accessibles à la majorité de la population canadienne en temps opportun, tout en éliminant le chevauchement des capacités fédérales;

.../2

- l'élimination du matériel et des fournitures médicaux périmés;
- la réduction des biens excédentaires destinés aux services sociaux d'urgence à un niveau qui correspond mieux aux risques actuels pour la santé publique au Canada; et
- l'enquête sur l'intérêt provincial et territorial de recevoir des biens excédentaires de la RNSU.

Une grande quantité des biens de la RNSU sont actuellement sont conservés dans plus de 800 centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux gérés selon le cas par les autorités provinciales, territoriales ou locales. La grande majorité des biens contenus dans ces centres d'approvisionnement préétablis est obsolète ou conservée dans des quantités qui ne tiennent pas compte de l'environnement de risque actuel. C'est pourquoi, la plupart de ces centres seront fermés. Des centres seront conservés seulement dans des régions ayant des exigences ou des besoins particuliers qui ne peuvent pas être satisfaits par l'entremise d'un réseau de six entrepôts fédéraux. Ces entrepôts forment un réseau de centres logistiques visant à assurer un soutien d'urgence pour toutes les régions du pays.

Des discussions sur les régions précises nécessitant des centres d'approvisionnement préétablis ont été entamées avec vos organisations de gestion des urgences sanitaires respectives. L'Agence continuera de dialoguer avec les directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires au cours des prochains mois pour élaborer les plans logistiques associés à la modernisation de la RNSU et, selon le cas, pour faciliter les dons de biens excédentaires.

Nous tenons actuellement à souligner que la fermeture prévue des centres d'approvisionnement préétablis patrimoniaux n'aura aucune incidence sur la capacité de la RNSU d'apporter un soutien supplémentaire en cas d'urgence. L'Agence continuera de consulter nos homologues provinciaux et territoriaux au fur et à mesure que nous progressions.

Si vous avez des inquiétudes par rapport à la présente démarche proposée, nous aimerions les entendre.

Nous vous remercions de votre soutien et de votre collaboration soutenus.

Nous vous prions d'agréer, Docteur, nos salutations distinguées,

[redacted]

[redacted]

Conseil du Réseau de santé publique
Points à faire valoir par le [redacted] à la table ronde

- La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) procède actuellement à la modernisation de ses pratiques de gestion et de ses avoirs, ce qui consiste notamment à acquérir une nouvelle contremesure médicale que d'autres administrations au Canada n'ont peut-être pas.

- Comme vous le savez, la RNSU est un programme de l'Agence de la santé publique du Canada qui peut fournir des articles pour soutenir les efforts d'intervention des PT en situation d'urgence de santé publique.

- Comme ce programme existe depuis les années 1950, la modernisation consiste également à éliminer les avoirs obsolètes et à faire d'autres ajustements pour mieux tenir compte de l'évolution du contexte de risque au Canada.

- Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique (CDISP) et vos directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires se sont engagés dans les efforts de modernisation.

- Pour veiller à ce que vos administrations respectives soient parfaitement au courant des améliorations qui sont en train d'être apportées, l'Agence enverra sous peu des lettres à vos sous-ministres de la Santé.

NOVA SCOTIA
Santé et bien-être

C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8

Tél. : 902 424-5868
Téléc. : 902 424-2149

15 septembre 2014

[redacted]
Agence de la santé publique du Canada
[redacted]
Ottawa (Ontario) K1A OK9

Monsieur,

Je vous remercie pour votre visite du 17 juin 2014, au cours de laquelle nous avons discuté de la modernisation du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU). Si nous avons bien compris, après avoir effectué toutes vos visites auprès des provinces et des territoires, vous nous enverrez à tous une lettre officielle qui présente en détail le plan de l'Agence de la santé publique du Canada et les dates prévues de mise en œuvre du présent projet.

[redacted] est la personne chargée de ce travail au sein du ministère de la Santé et du Mieux-être. N'hésitez à communiquer avec lui par téléphone, au [redacted] ou par courriel, à l'adresse [redacted]@gov.ns.ca, si vous avez besoin d'un suivi.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées,

[redacted]
Gestion des services de santé en cas d'urgence

cc [redacted]

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Canada

Réserve nationale stratégique d'urgence

Avril 2016



PROTECTING AND EMPOWERING CANADIANS
TO IMPROVE THEIR HEALTH

Objectif

- Présenter une vue d'ensemble de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU)

Page: 393 of/de 1,041
AV2020000020

Qu'est-ce que la RNSU?

- Le fournisseur du matériel d'urgence sanitaire en capacité supplémentaire lorsque les ressources locales, provinciales et territoriales sont dépassées.
    - Les P/T devraient être en mesure de gérer la première réponse aux urgences habituelles (p. ex., inondation annuelle)
- Le fournisseur de matériel spécialisé comme les contre-mesures médicales en cas d'événements sanitaires exceptionnels qui pourraient avoir une grande incidence sur la société.
    - c.-à-d., attaques terroristes peu probables, situations de CBRNE
- Fonctionne 24/7; livraison du matériel partout au Canada en 24 heures
- Le matériel est gardé dans les entrepôts fédéraux et les sites prépositionnés au Canada
    - Les produits pharmaceutiques sont conservés dans l'entrepôt [redacted]

Évolution de la RNSU

- Établie en 1952, en réaction aux menaces de la Guerre froide

- Agrandie dans les années 1960 par l'acquisition d'installations médicales portatives

- La RNSU s'est depuis adaptée à l'environnement de risque changeant et aux menaces élargies pour la santé publique :
  - Contre-mesures médicales (CMM) pour contrer les agents CBRNE (p. ex. [redacted]
  - Préparation à une pandémie (p. ex., antiviraux, respirateurs, équipement de protection) [redacted]
  - Acquisition de mini-cliniques de triage et de traitements mineurs.

Page: 395 of/de 1,041
AV2020000020

Biens actuels de la RNSU

- Fournitures liées aux services sociaux
  - Générateurs, lits, couvertures et serviettes
- Équipement, dispositifs médicaux et fournitures médicales
  - Mini-cliniques, appareils de radiographie, respirateurs, civières, pansements
  - Masques, gants et blouses jetables
- Production de traitements
  - Antibiotiques, antiviraux, antitoxines, vaccins
  - Médicaments en soutien aux respirateurs

Biens de CMM de la RNSU

Menace	Vaccins	Traitements	Commentaire
[redacted]			

Modernisation de la RNSU

- Depuis la création de la RNSU, les risques pour la santé publique et les ressources disponibles ont beaucoup changé
  - De nouvelles menaces (pandémie, terrorisme) ont émergé
  - La capacité des partenaires (fédéral, provinciaux et ONG) a été grandement améliorée
  - L'infrastructure de transport (aérien et terrestre) a été améliorée

- Nouveau cadre politique de la RNSU et plan d'optimisation approuvés par la ministre de la Santé en septembre 2013

Page: 398 of/de 1,041
AV2020000020

Modernisation de la RSU

De	À
• Réponse générale aux catastrophes	• Ciblant les biens stratégiques d'urgence sanitaire
• Un point central assurant une capacité d'intensification pour les PT	• Faisant partie d'un système plus vaste de collaboration, p. ex. Croix-Rouge, Entraide
• Processus décisionnel réactif	• Processus décisionnel fondé sur le risque et les données probantes
• Acquisition ponctuelle de produits à mesure que des fonds sont obtenus	• Acquisition stratégique fondée sur une analyse des menaces, des risques et des capacités
• 1 300 emplacements au Canada	• Situé dans un endroit stratégique avec pré positionnement lors d'événements particuliers
• Conçue pour les très grands nombres de victimes corporelles	• Adaptée aux interventions en cas de pandémies et d'incidents chimiques, biologiques et radionucléaires
• Rôle global de fournisseur de fournitures de services sociaux d'urgence	• Rôle stratégique de fournisseur de fournitures de services sociaux supplémentaires d'urgence

Optimisation de la RNSU

- Élimination de biens périmés et réduction de biens en surplus
  - Les biens qui ne serviront plus en cas d'urgence seront vendus ou recyclés
  - Les fournitures liées aux services sociaux seront données pour augmenter la capacité des P/T
  - Importants volumes de lits et couvertures désormais utilisés pour la capacité des services sociaux

- Optimisation du système de gestion de l'entrepôt
  - Les entrepôts fédéraux offrant une capacité redondante seront fermés
  - La fermeture ne modifiera pas les délais de livraison; la cible reste en 24 heures.
  - Emplacement des entrepôts
    - [redacted]

Page: 400 of/de 1,041
AV2020000020

Défis actuels – Stratégie de CMM

- Bien que ses pouvoirs politiques ont été élargis dans le cadre de l'initiative de SPLT pour inclure les CMM CRBN, la RNSU ne dispose pas de financement suffisant et permanent pour acquérir et remplacer ces produits régulièrement.
- Actuellement, l'acquisition de CMM coûteuses pour les risques comme [redacted] ou une situation de CBRN est ponctuelle, possible par financement interne ou financement supplémentaire.
- L'industrie n'a pas d'incitatif pour investir dans l'élaboration de CMM coûteuses, risquées et fastidieuses et la capacité canadienne d'élaboration de CMM est remise en question.
- Par conséquent, la RNSU possède des produits de CMM limités et n'a pas les ressources suffisantes pour élaborer des stratégies d'acquisition pour favoriser la R et D en CMM.
- Une stratégie de CMM, en cours d'élaboration, permettrait d'améliorer la coordination fédérale et les partenariats stratégiques avec l'industrie et les universités, de promouvoir la R et D à des étapes critiques et de renforcer la capacité nationale, si possible, et de soutenir la planification d'acquisition à long terme.

Page: 401 of/de 1,041
AV2020000020

ITHHELD / RETENUE

(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
st(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Canada

Approche actuelle et orientations futures d'acquisition et de gestion des contre-mesures médicales de la Réserve nationale stratégique d'urgence

Communication au président et administrateur en chef de la Santé publique

29 septembre 2016



Objectifs

- Articuler le processus complexe de définition des exigences d'acquisition, de mise en réserve et de déploiement des contre-mesures médicales (CMM) afin de protéger la sécurité sanitaire des Canadiens;

- Décrire les mécanismes éclairant des processus décisionnels fondés sur la preuve pour les investissements en CMM;

- Discuter des défis actuels et des occasions stratégiques de préparer un état futur amélioré.

Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU)

- L'ASPC est l'autorité du gouvernement canadien responsable de protéger la sécurité sanitaire des Canadiens des menaces associées aux aspects suivants :
  - Catastrophes naturelles (p. ex., inondations, séismes, etc.);
  - Déversement intentionnel ou accidentel d'agents chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires (CBRN) (p. ex., [redacted]);
  - Maladies survenant naturellement (maladies infectieuses émergentes ou réémergentes comme l'Ebola, le Zika et les pathogènes résistant aux antimicrobiens).
- La RNSU a été créée pour répondre aux urgences civiles et sa réserve a évolué au fil du temps pour répondre aux menaces et risques changeants.
- La RNSU a fait l'objet d'un examen en 2012; le rôle de la RNSU a été défini selon un double mandat :
  - Fournisseur du matériel d'urgence santé en capacité supplémentaire lorsque les ressources locales sont débordées.
  - Fournisseur de matériel spécialisé comme les CMM en cas d'événements sanitaires exceptionnels qui pourraient avoir une grande incidence sur la société.
  - La RNSU n'est pas prévue pour résoudre la perturbation du marché.

Budget de la RNSU

- Définir les exigences, acquérir, mettre en réserve et déployer les CMM nécessitent une planification attentive et une analyse de gestion des investissements par rapport à l'environnement de menace en évolution

- Budget annuel de la RNSU pour l'EF 2016-2017 :
  - Immobilisations : 500 k$
  - Salaires : 1,24 M$
  - F et E : 1,36 M$ (p. ex., gestion de l'infrastructure, transport, fonctionnement, gestion des biens, biens à faible valeur monétaire - gants, masques, etc.)

- Valeur totale des biens de la RNSU : env. [redacted]

Contre-mesures médicales (CMM)

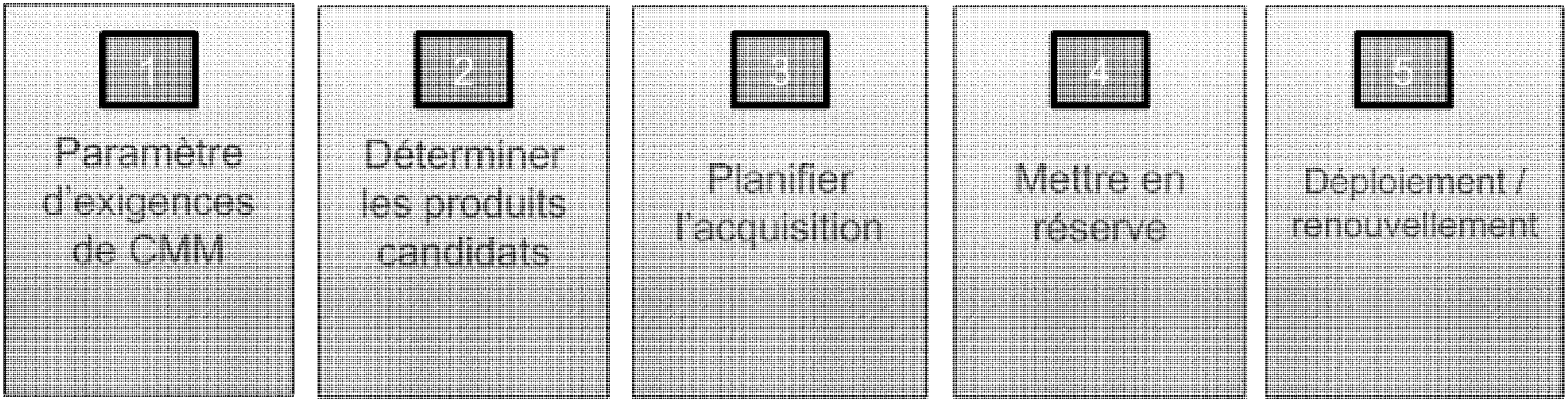
- Les CMM sont une composante essentielle des efforts de prévention, préparation et réponse en cas de menaces sanitaires.
  - Dans certaines régions, le gouvernement fédéral peut être le seul fournisseur de CMM pendant un événement ou une urgence de santé publique.
  - Par conséquent, la RNSU cible les CMM destinées aux événements à faible probabilité et impact élevé, et recherche les produits qui seront difficiles à obtenir en situation d'urgence.

- La disponibilité et l'élaboration des CMM sont des problèmes reconnus et le travail interministériel d'élaboration d'un cadre stratégique de CMM se poursuit.

- Le cadre stratégique de CMM comprend quatre piliers :
  - Gouvernance;
  - Engagement stratégique et partenariats;
  - Investissements en recherche, innovation et développement;
  - **Acquisition en vue de la prévention, de la préparation et de l'intervention d'urgence.**

- Voir l'annexe A pour prendre connaissance du cadre stratégique de CMM.

Processus de définition des exigences et d'acquisition des biens



Mobilisation des experts en la matière (EM)

- Comité pharmacothérapeutique fédéral (CPF)
  - Formé d'EM de divers secteurs (santé, défense, etc.)
  - Examine les données scientifiques relatives aux CMM (homologuées ou non homologuées)
  - Présente des recommandations sur les produits pharmaceutiques en vue de la gestion de la réserve
  - Comité évalué pour clarifier le rôle et améliorer l'alignement aux besoins en évolution

- Comité consultatif sur l'équipement médical et les fournitures médicales
  - Formé d'EM techniques
  - Présente des recommandations sur la composition de l'équipement médical et des fournitures médicales de la RNSU

- Santé Canada
  - Présente des recommandations sur la préparation aux urgences et la protection chimique et radioprotection
  - Formule des conseils sur le processus réglementaire

- Autres, au besoin :
  - Autres ministères (SPAC, MDN, RNC, etc.)
  - Partenaires internationaux (Quadrilateral MCM Consortium, Global Health Security Initiative – GHSI)
  - Industrie (Emergent/Cangene, Bavarian Nordic, Medicago, etc.)

1. Paramètre d'exigences de CMM

- Les évaluations de la menace et du risque éclairent l'analyse sur l'impact possible des risques pour la santé des Canadiens.

- Les exigences de CMM s'appuient sur les scénarios de menace et les risques pour la santé publique, et sur l'analyse documentaire et les conseils d'EM.

- L'analyse de la capacité des CMM et le repérage des lacunes sont réalisés en comparant les besoins de CMM et les biens actuels de la RNSU.

- La hiérarchisation des exigences de CMM doit être faite en consultant les EM et en s'appuyant sur une méthodologie fondée sur des critères préétablis.

Défi :

- Nécessité d'évaluations du risque et de la menace continues et fondées sur la preuve pour comprendre l'environnement de risque en évolution

2. Déterminer les produits candidats

- L'évaluation du marché des CMM est menée en analysant les bases de données des médicaments.
- Les données non cliniques et cliniques (MCM non homologuée) sont analysées pour évaluer l'innocuité et l'efficacité du produit, en consultant les EM.
  - Les types et les quantités de MCM que la RNSU doit acquérir sont déterminés.
  - Les exigences réglementaires sont déterminées.
- Le mécanisme réglementaire (MCM non homologuée) est choisi et Santé Canada effectue des essais cliniques actifs de possibles médicaments en cours d'examen et en voie d'homologation.
  - Programme d'accès spécial (PAS)
  - Demande d'essai clinique
  - Arrêté d'urgence
  - Ébauche de règlement de distribution en bloc (en discussion)

Défi :

- [redacted]
- Discussions en cours avec SC

3. Planifier l'acquisition

- La planification budgétaire est menée en tenant compte des coûts associés aux produits de CMM, aux exigences de stockage (p. ex., congélateurs), à l'entretien et à la gestion du cycle de vie.

- SPAC s'est engagé à commencer les négociations avec les fournisseurs de l'industrie.
  - Confirmer la disponibilité de la CMM, la capacité de production du fabricant, la durée de conservation, les délais et les coûts
  - Mobiliser SC

- Les acquisitions sont hiérarchisées et un plan d'acquisition à long terme est élaboré, y compris la gestion du cycle de vie fondée sur la disponibilité du produit et du financement.

- Les CMM sont acquises.
  - Historiquement, les acquisitions de CMM ont été fondées sur un financement unique (p. ex., réallocation interne comme une séance d'affectation de fonds et les incidents extraordinaires de santé publique et les urgences).

Défi :

- Aucun financement permanent et flexible pour l'acquisition de CMM.

- Possibilité d'économies d'échelle, comme l'acquisition conjointe avec d'autres ministères, tant nationaux qu'internationaux.

4. Mettre en réserve

- Le cycle de vie des CMM respecte les bonnes pratiques de fabrication (BPF).
- La gestion des stocks et le système de rapports sont mis à jour.
  - Le CPF et le CCEMFM font des examens des biens.
  - Voir l'annexe B, Stratégies de gestion de la réserve.
- Positionnement stratégique des biens de la RNSU
- ASPC gère les biens au nom des AMG
  - P. ex., Agence canadienne d'inspection des aliments - antiviraux; Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada - équipement de protection personnelle, etc.

Défi :

- [redacted]
- Discussion sur l'optimisation de l'empreinte avec les P/T
- La colocation des biens fédéraux permettrait des économies

5. Déploiement

- La RNSU a le mandat national de déployer les biens sur demande.

- Si possible, les biens sont récupérés, toutefois les produits qui sont consommés ou qui présentent des problèmes de chaîne de froid ou de conformité aux BPF ne peuvent pas être récupérés.

- Le financement de renouvellement des biens est très limité.

Défi :

- La RNSU a été appelée pour participer à des déploiements internationaux, mais n'a pas de mandat approuvé (voir l'annexe C, Déploiements majeurs de la RNSU - nationaux et internationaux))

- Une solution temporaire permet d'intervenir, mais n'est pas optimale.

Activités en cours pour améliorer la gestion du programme

- Analyse de menace et de risque
  - Traduire les évaluations du risque en exigences de CMM
- EM (CPF, CCEMFM, etc.)
  - Mobilisation plus fréquente relative à la réserve actuelle et aux acquisitions prévues
- Santé Canada
  - Mobilisation proactive relative aux défis en matière de réglementation et aux acquisitions prévues
- Examen de l'infrastructure
  - Des travaux sont en cours pour déterminer les besoins en entreposage et en empreinte.
- Mobilisation P/T
  - Prépositionnement des biens et concept d'utilisation
- Politique
  - Promotion de la R et D sur les CMM
  - Financement flexible et à long terme pour les acquisitions de la RNSU
  - Autorité de déploiement rapide des biens à l'international

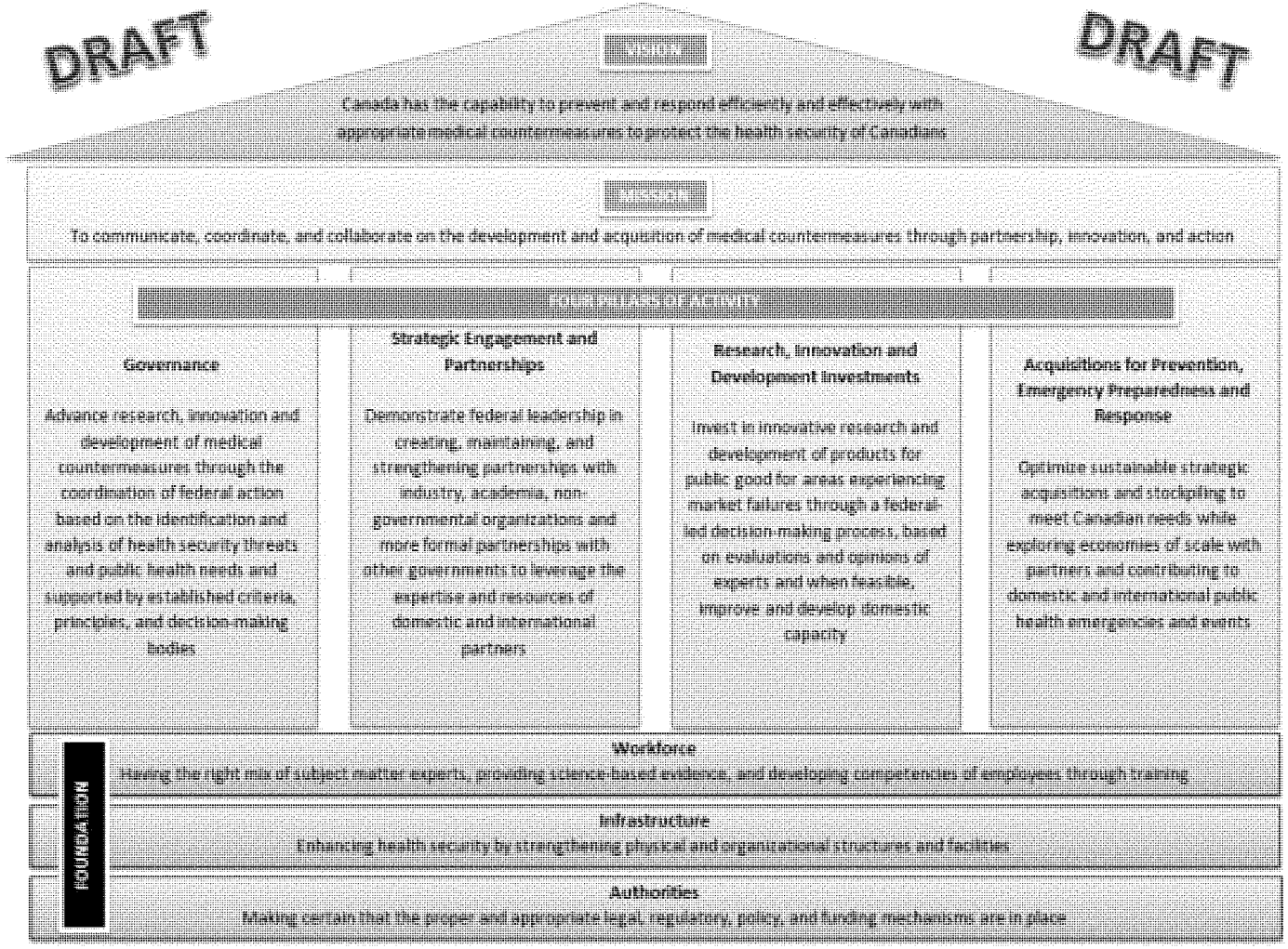
Page: 415 of/de 1,041
AV2020000020

Annexes

Page: 416 of/de 1,041
AV2020000020

Medical Countermeasures Strategic Framework

DRAFT DRAFT



Page: 417 of/de 1,041
AV2020000020

Annexe B : Stratégies de gestion de la réserve

- Le processus décisionnel est soutenu par les comités consultatifs, CPF et CCEMFM, qui font des recommandations selon une analyse éclairée par le risque et fondée sur la preuve.

- Conformément au cadre politique et au plan d'optimisation de la RNSU, la RNSU élimine les biens qui sont :
  - Obsolètes - non sûrs d'utilisation selon les normes médicales modernes ou d'une technologie qui n'est plus pertinente pour la pratique moderne de la médecine
  - En surplus - un bien qui reste nécessaire, mais dont la quantité dépasse les besoins.
  - Ne correspondent pas l'environnement de risque actuel ou aux principes de la RNSU

- Les biens de surplus peuvent être :
  - Transférés, donnés ou vendus aux AMG, P/T, organisations caritatives ou sans but lucratif reconnues conformément à la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne*.

  - Déchets
    - Élimination adéquate des produits pharmaceutiques ou des fournitures (p. ex., incinération)

- Les produits pharmaceutiques qui seront périmés sont examinés pour déterminer s'ils doivent être :
  - Remplacés
  - Conservés plus longtemps (après test d'efficacité, réétiquetage et approbations réglementaires)

- Certaines CMM peuvent être gérées par le fournisseur; la rotation des stocks reste un défi en raison du manque de financement et les mécanismes de dons sont limités aux articles en surplus (p. ex., achat de biens pendant un urgence de santé publique seulement pour déclarer que les surplus respectent la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne*).

Annexe C : Déploiements majeurs de la RNSU (nationaux)

National			
1998	**Divers**	**Tempête de verglas**	**Lits, couverture, générateurs, civières, etc.**
2001	**Divers**	**Attaque terroriste aux États-Unis**	**Civières, lits, couvertures**
2003	**Ontario**	**Réponse au SRAS**	**EPP**
2009	**Alberta, Québec, Territoires du Nord-Ouest**	**Réponse à la H1N1**	**Respirateurs, antiviraux**
2010	**Colombie-Britannique**	**Jeux olympiques d'hiver**	**CMM, mini-cliniques (prépositionnées)**
2011	**Nouvelle-Écosse**	**Jeux d'hiver canadiens**	**Mini-clinique, lits, couvertures**
2011	**Alberta, Ontario**	**Incendies de forêt**	**Lits, couvertures, oreillers**
2013	**Alberta**	**Inondations**	**Lits, couvertures, oreillers**
2013	**Québec**	**Jeux d'hiver canadiens**	**CMM (prépositionnées)**
2014	**Divers**	**Éclosion d'Ebola**	**Vaccin**
2015	**Ontario**	**Jeux panaméricains et parapanaméricains**	**CMM (prépositionnées)**
2015	**Ontario, Québec**	**Réfugiés syriens**	**Mini-cliniques, isoloirs (prépositionnés)**
2016	**Alberta**	**Incendies de forêt de Fort McMurray**	**Lits, couvertures, oreillers**

Page: 419 of/de 1,041
AV2020000020

Annexe C : Déploiements majeurs de la RNSU (internationaux)

International			
1991	Turquie	Aide aux réfugiés kurdes, conséquences de la guerre du golfe Persique	Unités d'alimentation mobiles
1994	Rwanda	Aide aux réfugiés rwandais	Couvertures, épingles de sûreté
1994	Irak	Guerre	Tablettes de purification de l'eau
1995	Tchétchénie	Réponse aux forces rebelles	Civières
1996	Cuba	Ouragan	Tablettes de purification de l'eau
1996	Zaïre	Aide	Couvertures
1998	Honduras	Ouragan	Antibiotiques, tablettes de purification de l'eau
1999	Yougoslavie	Intervention auprès des réfugiés albanais	Couvertures
1999	Turquie	Séisme	Tablettes de purification de l'eau
2005	Maldives	Tsunami	Antibiotiques, générateurs, analgésiques, couvertures
2005	Louisiane, États-Unis	Ouragan	EPP, couvertures, lits pliants
[redacted]			
2014	Afrique de l'Ouest	Éclosion d'Ebola	EPP

Page: 420 of/de 1,041
AV2020000020

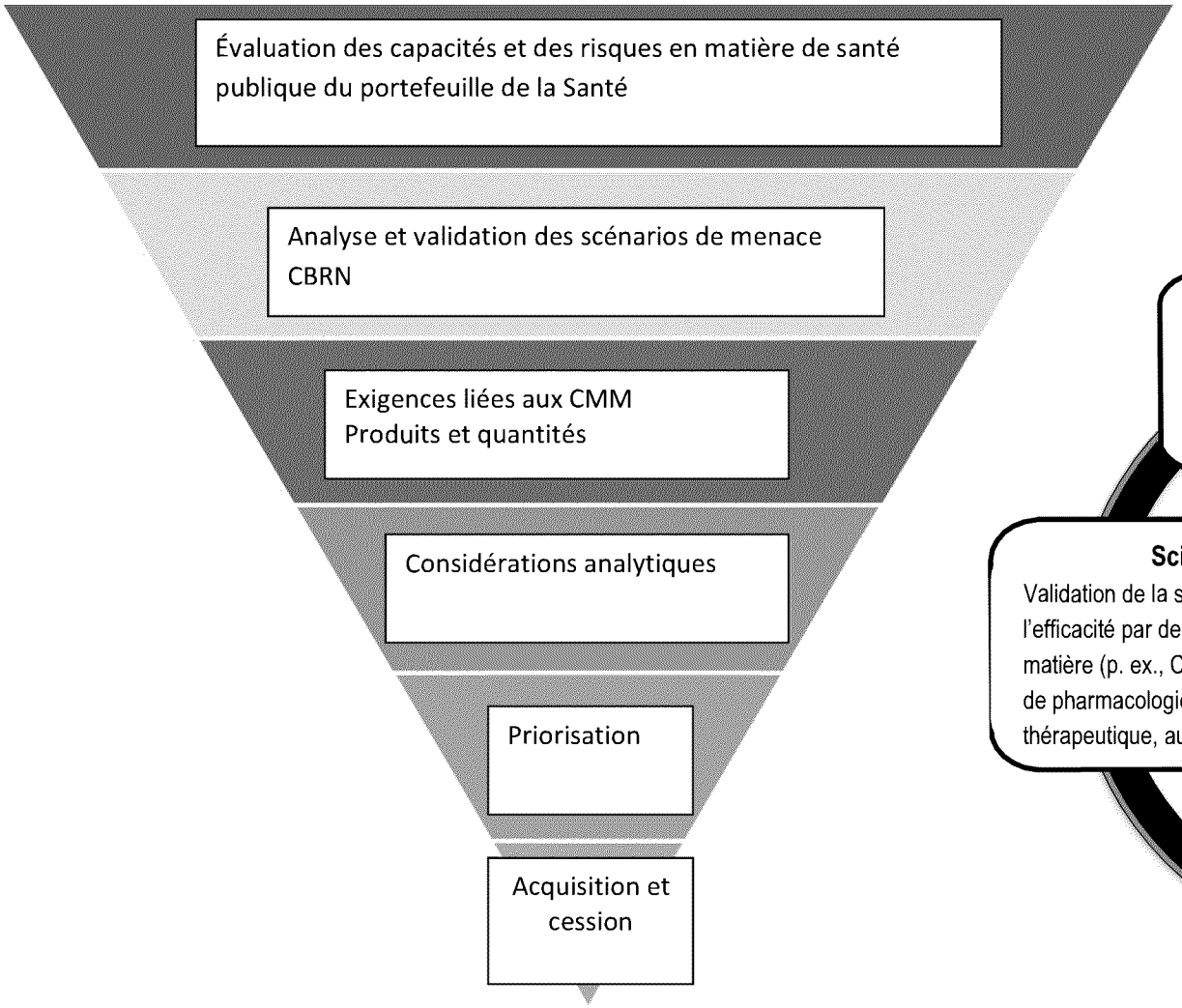
RNSU : Actifs de santé non pharmaceutiques

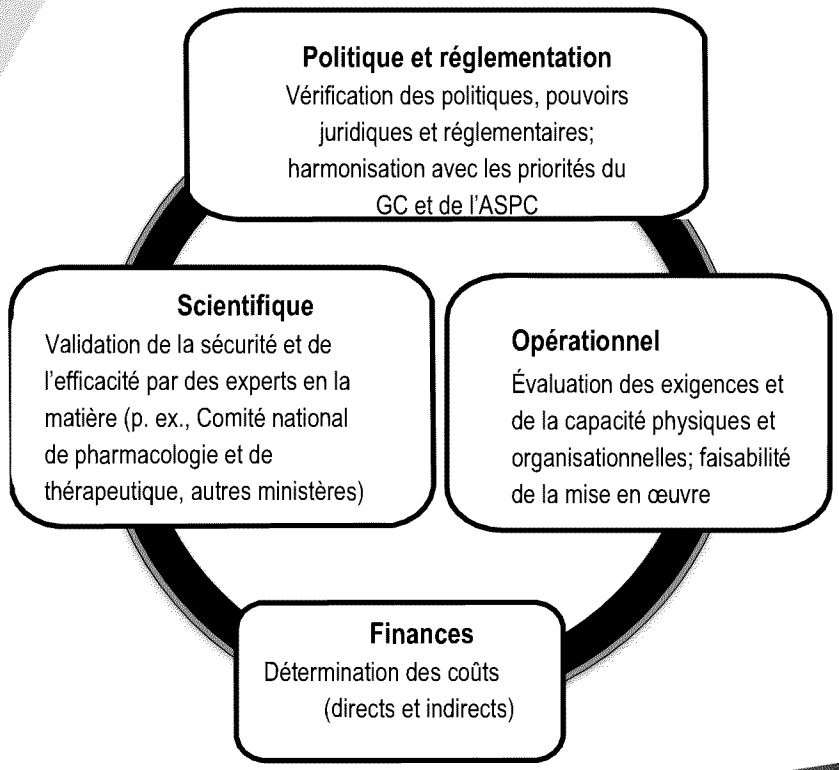
	Article	Stock/quantité
Services sociaux d'urgence	[redacted]	
Matériel médical et fournitures médicales		
Équipement de protection individuelle (EPI)		

RNSU : Matériel de CMM

	Menace	Vaccins	Agents thérapeutiques
Biologique	[redacted]		
Radio-nucléaire			
Chimique			

Cadre décisionnel en matière de CMM





Calendrier de modernisation de la RNSU

Stock de la RNSU	Date d'achèvement
• Discussions bilatérales avec les PT : - Biens excédentaires à transférer aux administrations - Enlèvement/élimination d'actifs périmés - Négociation des mini-stratégies prépositionnées proposées	31 mai 2017
• Mise en œuvre de l'approche convenue Transfert/élimination des SSU prépositionnés Mini-cliniques	31 mars 2020

Échéancier de la modernisation de la RNSU – suite

Contre-mesures médicales* (CMM)	Calendrier
• Discussion sur la composition des réserves FPT	Mars 2017
• Méthodes d'évaluation des menaces et des risques	À confirmer – pour discussion
• Planification des CMM – Établissement des besoins – Plans de déploiement	À confirmer – pour discussion

* Les contre-mesures médicales (CMM) sont les produits prophylactiques et thérapeutiques (c.-à-d. les médicaments, les vaccins et les instruments médicaux, tels que définis par la *Loi sur les aliments et les drogues)* qui peut être utilisée pour répondre à des menaces et à des événements intentionnels, non intentionnels ou d'origine naturelle touchant la santé publique au Canada.

Page: 425 of/de 1,041
AV2020000020

GESTION DES URGENCES EN SANTÉ

SYNOPSIS

Quel est le rôle du Canada advenant l'éclosion d'une maladie infectieuse ou une situation de pandémie mondiale? En supposant que la pandémie se produit à l'extérieur du Canada, de quelle façon nous sommes-nous préparés et sommes-nous prêts si la pandémie atteint la frontière du Canada?

KEY MESSAGES

- The Government of Canada is prepared to respond to public health emergencies, including pandemics, and takes precautions to prevent the introduction and spread of communicable diseases into and out of Canada.

- We work closely with international partners to detect emerging infectious diseases through early alerting and reporting systems. Through the International Health Regulations, global partners share information within hours of a pandemic threat being identified.

- We administer the Quarantine Act 24 hours a day, 7 days a week to detect ill travelers and work with provinces and territories to respond appropriately.

- We have demonstrated our ability to implement our plans and respond effectively to public health emergencies, such as H1N1 and Ebola, supported by a national stockpile of antivirals, medical equipment and supplies for emergency response efforts.

KEY MESSAGES

- Le gouvernement du Canada est prêt à intervenir en cas d'urgences de santé publique, y compris les pandémies, et il prend des mesures préventives pour contrer l'introduction de maladies transmissibles au Canada et la propagation de telles maladies à l'extérieur du pays.

- Nous collaborons étroitement avec nos partenaires internationaux afin de détecter l'émergence de maladies infectieuses au moyen de systèmes d'alerte et de signalement rapide. Dans le cadre de l'application du Règlement sanitaire international, des partenaires de partout dans le monde échangent de l'information dans les premières heures suivant la détection d'une menace de pandémie.

- Nous appliquons la Loi sur la mise en quarantaine en tout temps afin de repérer les voyageurs malades et nous travaillons avec les provinces et les territoires pour réagir adéquatement.

- Nous avons démontré notre capacité de mettre en œuvre nos plans et d'intervenir efficacement lors d'urgences de santé publique, comme dans le cas des virus H1N1 et Ebola, en utilisant notre réserve nationale d'antiviraux, notre équipement médical et nos fournitures d'intervention en cas d'urgence.

CONTEXTE

Préparation en cas de grippe pandémique et réserve d'antiviraux

Dans l'éventualité d'une pandémie grippale, les gouvernements fédéral-provinciaux-territoriaux (FPT) ont mis en place un certain nombre de mesures de planification et de préparation. Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza : Le Guide de planification pour le secteur de la santé est un plan FPT qui décrit la manière dont les gouvernements interviendront en cas de grippe pandémique. En outre, le gouvernement du Canada a conclu un contrat à long terme avec un fabricant de vaccins canadien afin que ce dernier produise suffisamment de vaccins antigrippaux pandémiques pour tous les Canadiens, de façon prioritaire. Qui plus est, tous les gouvernements détiennent des réserves de médicaments antiviraux, la seule intervention pharmaceutique possible contre la grippe jusqu'à ce que le vaccin pandémique devienne accessible.

La Réserve nationale d'antiviraux (RNA) comporte des réserves d'antiviraux détenues et gérées par chaque province et territoire. En outre, la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) du gouvernement du Canada détient des antiviraux et peut fournir une capacité d'intensification aux provinces et aux territoires, au besoin. Le [redacted] sont les deux antiviraux actuellement détenus dans ces réserves.

De 2004 à 2009, le GC a collaboré avec les provinces et les territoires (PT) pour l'établissement de la RNA. La réserve couvrait 17,5 % de la population canadienne. [redacted] On a accédé aux deux réserves pendant la pandémie de grippe H1N1 en 2009.

Gestion en cas d'urgence du portefeuille de la Santé

L'Agence de la santé publique du Canada (ci-après « l'Agence ») assure la gestion et l'entretien du Centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS), lequel sert de guichet unique pour la coordination des activités d'intervention lors d'événements importants de santé publique pour Santé Canada et l'Agence.

Le COPS soutient les opérations d'urgence en facilitant le partage d'information et en coordonnant les activités d'intervention et les communications entre les partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et internationaux, y compris les notifications aux termes du *Règlement sanitaire international* (RSI). Afin d'assurer une réponse coordonnée, le COPS assure la connaissance de la situation en tout temps. Il sert également de guichet unique en tout temps pour la mobilisation des experts de l'Agence déployés à l'échelle nationale et internationale. Au cours des 12 derniers mois, le COPS a été activé pour :

– soutenir la réponse du Canada à l'éclosion du virus Ebola en Afrique de l'Ouest;
– coordonner les activités sanitaires canadiennes liées à l'opération pangouvernementale visant à accélérer l'arrivée au Canada de 25 000 réfugiés syriens;
– coordonner, plus récemment, la réponse du portefeuille face à la préoccupation accrue liée au virus Zika.

L'Agence est responsable du contrôle et de l'entretien de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU). Le RNSU comporte une réserve de fournitures et d'équipements médicaux, de produits pharmaceutiques et de contre-mesures médicales pour lutter contre les menaces biologiques. Les ressources servent de capacités d'intensification pour les PT, au besoin, en situation d'urgence.

L'Agence dispose également d'experts en épidémiologie, en services de laboratoire et d'autres experts en matière de santé publique, ainsi que de l'équipement et des fournitures pouvant être déployés à l'appui des PT au besoin, en réponse aux éclosions, aux urgences sanitaires et aux catastrophes naturelles. Le Programme canadien d'épidémiologie de terrain de l'Agence peut déployer des épidémiologistes pour aider à faire enquête sur la cause d'une éclosion et déterminer la façon de la maîtriser.

Contexte général

Deux plans principaux orientent la gestion des urgences pour le portefeuille de la Santé, soit le Plan stratégique de gestion des urgences du portefeuille de la Santé (PSGU du PS) et le Plan d'intervention en cas d'urgence du portefeuille de la Santé (PIU du PS).

– Le PSGU du PS est le plan global qui fournit une approche exhaustive aux activités de gestion des urgences en reliant les plans d'intervention en cas d'urgence du portefeuille de la Santé et en indiquant les mécanismes de gouvernance interne qui seront en vigueur pendant une urgence.

– Le PIU du PS fournit un soutien opérationnel et directionnel au PSGU du PS, lequel, en revanche, est soutenu par les annexes et les procédures opérationnelles normalisées propres aux dangers ou aux programmes. Ensemble, ces plans, ainsi que la fonction de soutien en cas d'urgence (FSU) n° 5 du Plan fédéral d'intervention d'urgence (PFIU), soit Santé publique et Services essentiels à la personne, constituent le cœur des plans de gestion des urgences du portefeuille de la Santé.

Le portefeuille de la Santé participe à un grand nombre d'exercices federaux, nationaux et internationaux majeurs chaque année avec ses partenaires en matière de santé et de sécurité. Il s'agit de la série Nanook, axée sur la souveraineté nationale dans le Nord, des exercices de l'OTAN avec nos partenaires de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord, des exercices de l'initiative Par-delà la frontière et du Plan nord-américain contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza (PNAIAPI) avec les États-Unis et le Mexique. En outre, le portefeuille conçoit ou exécute au moins 30 activités d'exercices localisées par année avec les provinces, les territoires et d'autres ministères.

Afin de déterminer les renseignements sur les éclosions de maladie et d'autres événements de santé publique qui sont potentiellement préoccupants à l'échelle internationale, l'Agence surveille et évalue les risques de santé publique et en rend compte par l'intermédiaire du Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP), un outil en ligne d'avertissement rapide sécurisé et multilingue qui est continuellement à la recherche de sources médiatiques dans le monde entier.

Le COPS communique régulièrement de l'information avec le Centre des opérations du gouvernement de Sécurité publique Canada, lequel fournit la plateforme pour la coordination d'activités lors d'une intervention pangouvernementale en situation d'urgence.

Intervenants et intérêts clés

Des mécanismes de collaboration fédéral, provinciaux et territoriaux sont en place et prêts à intensifier les opérations au besoin. Dans l'éventualité d'une situation d'urgence ou d'un événement de nature sanitaire, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada demeure en contact étroit avec tous les médecins hygiénistes en chef des provinces et des territoires.

Outre les provinces et les territoires, ainsi que les autres ministères, l'Agence travaille avec d'autres intervenants, dont des organisations non gouvernementales et des partenaires internationaux, afin d'assurer une intervention efficace et coordonnée qui répond tant aux besoins relatifs à la préparation au pays qu'aux besoins d'intervention internationale.

PERSONNE-RESSOURCE :
Approuvé par :

Modernisation de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU)

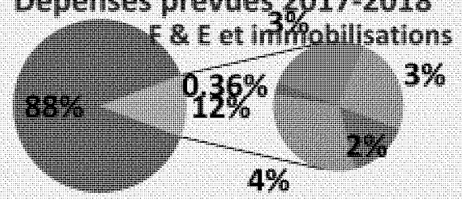
6 juin 2017

- Créée en 1952, dans le cadre de la défense civile; agrandie pendant les années 1960 grâce à l'acquisition d'installations médicales portatives. Obtient l'autorisation de se servir des biens pour épauler les P/T en temps de paix en 1965.
- La RNSU s'est adaptée à l'environnement de risque en pleine évolution et aux menaces élargies pour la santé publique : obtient l'autorisation de prendre des contre-mesures médicales (CMM) contre les agents CBRNE en 2011; obtient l'autorisation de se préparer pour lutter contre les pandémies en 2006: procède à l'acquisition continue de mini-cliniques pour le triage et les traitements mineurs.
- La RNSU est une unité hautement fonctionnelle qui réagit aux enjeux liés aux politiques et aux interventions d'urgence, qui peuvent retarder les processus de modernisation.

Budget fictif 2017-2018

ETP	21
Salaires	1 117 799 $
F & E	1 103 329 $
Immobilisations	500 000 $
Total progressif	2 682 494 $

Dépenses prévues 2017-2018



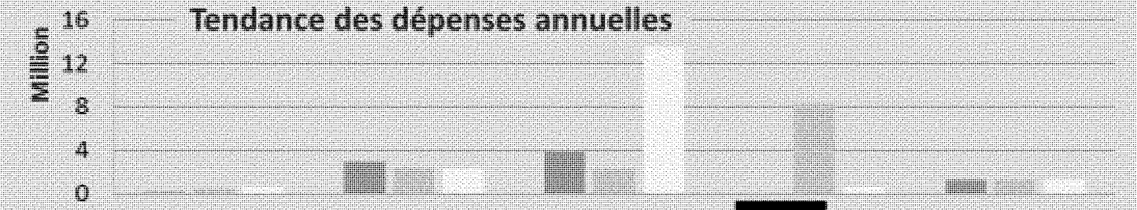
Financement des CMM 2017-2018

[redacted]

Financement du cas de rentabilisation	1,4 M $
Total	15,75 M $

CMM	15,75 M $
Pharmaceutiques	660 K $
Opérations des entrepôts	526 K $
Fournitures et équipements médicaux	65 K $
Examen des infrastructures	310 K $
Investissements	500 K $

Tendance des dépenses annuelles



	Capital	O&M	MCM	[redacted] MCM	Salary
2014-2015	146 K	3,0 M	3,9 M	0	1,4 M
2015-2016	450 K	2,4 M	2,3 M	8,3 M	1,3 M
2016-2017	582 K	2,3 M	15,7 M	0,6 M	1,3 M

*Le F & E de la RNSU, y compris les acquisitions de CMM, dépasse régulièrement le budget fictif; un financement supplémentaire s'avère nécessaire, p. ex. une présentation au CT, des séances d'affectation de fonds, une réaffectation.

Plan d'élimination (optimisation des biens hérités)

[redacted]

Objectif :

- Élimination des biens désuets qui sont répartis à travers le pays et réduction des avoirs hérités excédentaires afin de mieux tenir compte de l'environnement de risque et du rôle fédéral.
- Le ministre de la Santé a approuvé les efforts de modernisation de la RNSU en 2013.
- Les entrepôts régionaux servent de carrefours logistiques.

Jalons :

	Calendrier
• Le transfert ou l'élimination des biens excédentaires de la RNSU et la fermeture des sites locaux gérés par les P/T	Achèvement d'ici 2019
▪ La mobilisation des P/T se poursuit afin que les capacités d'intervention locales ne soient pas touchées par la modernisation de la RNSU.	
▪ Le dialogue avec les P/T se poursuit également au sujet du prépositionnement des mini-cliniques pour l'avenir.	
• L'élimination des unités hospitalières d'urgence désuètes	Achèvement d'ici 2019
• La fermeture des entrepôts régionaux :	
▪ [redacted]	2017-2018
▪ [redacted]	2018-2019

Plan d'acquisition de CMM à long terme

Objectif :

- Dans le but de s'adapter à l'environnement de menace et de risque en pleine évolution et d'éclairer le processus décisionnel fondé sur des données probantes, un plan d'acquisition à long terme aidera à déterminer les exigences et à fixer les priorités pour les CMM afin que l'ASPC puisse renforcer les préparatifs pour répondre aux urgences de santé publique.

Jalons :

	Calendrier
• Procéder à une analyse des risques que présentent les menaces CBRN pour les Canadiens en s'appuyant des scénarios raisonnables et plausibles.	Achevé
• En consultation avec des experts en la matière (EM), préparer un document sur les exigences relatives aux CMM fondées sur une analyse des risques des conséquences sur la santé.	Achevé
• Effectuer une analyse des exigences relatives aux CMM en tenant compte des cycles d'approvisionnement, qui s'appuient sur : la durée de conservation, l'exigence liée à la dose, le prix par dose, la disponibilité, le calendrier de production, le statut réglementaire et le cycle de financement interne et rédiger un plan à long terme pour les CMM (y compris les acquisitions et les déssaisissements).	Été 2017
• Former un comité consultatif d'experts chargé d'examiner et de valider le plan pour les CMM présenté par les EM.	Automne 2017
• Mettre le plan d'acquisition de CMM à long terme sur pied.	Automne 2018

Projet de renouvellement des infrastructures de la RNSU

Objectif :

- La rénovation ou la construction d'un nouvel entrepôt principal pour la RNSU afin d'aider l'ASPC à s'acquitter de son mandat fondamental, qui consiste à améliorer la sécurité de la santé publique en protégeant les CMM et les biens sanitaires de grande valeur pour répondre aux urgences de santé publique aux quatre coins du Canada.

Jalons :

	Cibles :
• Présentation sur le point de contrôle 1 au CE afin d'amorcer le projet	Juin 2017
• Analyse des menaces et des risques pour les infrastructures de la RNSU et énoncé de conception	Juil. 2017
• Élaboration de l'analyse de rentabilisation avec des options	Oct. 2017
• Présentation sur le point de contrôle 2 au CE pour faire approuver l'option recommandée	Mars 2018
• Les prochaines étapes seront élaborées en fonction de l'option recommandée.	

Page: 429 of 1111
AV20200003

Routing Slip / Bordereau d'envoi

'uocket Number / Numero du dossier :
17-106022-73

Program Contact /
Responsable du programme : [redacted]

Signature : [redacted] Date: May 25, 2017

[redacted] Signatu[redacted] ate: May 25, 2017

Signat[redacted] ate: May 31/2017

Clea!'ed with / Avec l'accord de {if ap plicable / s'il y a lieu)

0 Communications ----------

Date: _ Date: _ Date: _

0 Finance / Finances ----------

0HR/RH _____

0 Legal Services / Services le[redacted] _____ Date: _____

Other / Autre _____"""" [redacted] _____ Date: 27/6/17

Approved / Noted :- Approuve /.Note

0 [redacted] -=-:-c--:::---'---, -:---------Date: _____

0 [redacted] _____Dare: _____

D [redacted] ----------Date: _____

0 [redacted] -=-:-:-c:---:---: :--=-------Date: _____

D [redacted] _____ Date: _____

[redacted] 30/6/17

D [redacted] ----------Date: _____

0 [redacted] -----,--,----------Date: _____

D [redacted] -[redacted]--Date: _____

~~Quality Contr()llC()ntrole de la qualite~~ . . ... .

Correspondence- Briefings /Correspondance .Services ministeriels: ---'-,..---..;._,.;. _____

Special instructions

Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada

Canada

POUR APPROBATION

Your file *Votre référence*

Our file *Notre référence* 17-106022- 73

NOTE DE SERVICE AU PRÉSIDENT ET À L'ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Création d'un comité consultatif externe sur les contre-mesures médicales

RÉSUMÉ

- Nous vous demandons d'approuver la création d'un comité consultatif externe sur les contre-mesures médicales (CMM) qui servira à éclairer l'acquisition et le désinvestissement dans les CMM par l'Agence pour la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).
- Il est proposé que les membres comprennent des experts en la matière, dont certains auront des affiliations ou des points de vue provinciaux/territoriaux, interministériels ou internationaux. Le comité se réunira annuellement et au besoin.
- Ce comité s'appuie sur les efforts déployés pour moderniser la RNSU, y compris l'utilisation d'un processus rigoureux, scientifique et fondé sur des données probantes pour établir et valider les exigences en matière de CMM afin de protéger la sécurité de la santé des Canadiens.

CONTEXTE

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) tient une réserve de matériel de CMM et d'autres ressources d'urgence en santé dans la RNSU qui peuvent être déployées dans les provinces et les territoires pour aider à répondre à une urgence chimique, biologique, radiologique ou nucléaire (CBRN) lorsque leurs ressources sont insuffisantes.

Le processus décisionnel actuel de l'ASPC pour établir une réserve pertinente et fondée sur des données probantes liées aux CMM dans la RNSU commence par l'élaboration, l'analyse et la validation des scénarios de risque CBRN du gouvernement du Canada (GC). En fonction de ces scénarios, les exigences en matière de CMM sont déterminées par une combinaison de considérations stratégiques, réglementaires, scientifiques et opérationnelles.

Les décisions d'acquisition tiennent compte des limites et de la disponibilité de l'approvisionnement, de l'accès aux fonds pour l'approvisionnement et du statut réglementaire – de nombreux produits de CMM peuvent ne pas être autorisés au Canada et doivent être importés en vertu de mécanismes réglementaires spéciaux (p. ex., le Programme d'accès spécial).

... /2

POINTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Afin d'éclairer et de valider un plan d'acquisition de matériel de CMM à long terme et d'assurer une approche rigoureuse et fondée sur des données probantes pour la prise de décisions, on a proposé de créer un comité consultatif externe pour fournir des conseils d'expert sur l'acquisition et le désinvestissement des CMM (p. ex., type, quantité) en se fondant sur notre analyse des menaces et des risques.

Le comité, composé d'experts en la matière, dont certains auront des affiliations ou des points de vue provinciaux, territoriaux, interministériels ou internationaux, se réunira chaque année ou au besoin. Les membres chercheront à établir un équilibre entre l'expertise en matière de défense, de gestion des urgences et de terrorisme CBRN. On trouvera ci-joint le projet de mandat (annexe A). Le mandat sera finalisé lors de la première réunion du Comité.

Il se limitera aux vaccins, aux produits biologiques, aux antitoxines ou aux produits chélateurs qui visent à contrer les menaces CBRN intentionnelles. Les produits qui ne relèvent pas du mandat du Comité (p. ex., antiviraux contre la grippe pandémique) seront évalués par le personnel du programme, puis des consultations ciblées avec des experts en la matière seront menées.

Le Comité relèvera du vice-président, Direction générale de l'infrastructure de sécurité en santé. La composition du Comité sera proposée par le directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence et confirmée par le président et l'administrateur en chef de la santé publique. On trouvera ci-joint une liste des candidats potentiels (annexe B).

En raison de la nature délicate de la question et des considérations liées à la sécurité nationale, comme les renseignements sur les menaces et les risques, les membres auront besoin d'une autorisation de sécurité de niveau SECRET pour participer. Il y aura des réunions en personne.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU PORTEFEUILLE

Santé Canada a été consulté au sujet des membres potentiels du Comité dans les domaines chimique et radiologique.

RÉPERCUSSIONS SUR LES RESSOURCES

Les coûts associés aux déplacements, à l'accueil et aux indemnités seraient couverts par l'Agence (estimés entre 20 000 $ et 30 000 $ par réunion selon les membres). Ces coûts seraient absorbés à même les budgets existants. Si la portée du Comité devait s'étendre plus tard, des ressources financières et humaines pourraient être nécessaires.

... /3

RECOMMANDATION

Nous vous recommandons d'indiquer que vous êtes d'accord avec l'établissement d'un comité consultatif externe de CMM, conformément au projet de mandat ci-joint, en signant le bloc « J'accepte » ci-dessous.

La Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire reviendra confirmer la composition du Comité au cours des prochains mois.

_____

[redacted]

☐ Je refuse

☐ J'accepte

_____ _____

[redacted]

MECS#
17-
106022
– 73

Personne-ressource :
[redacted]
Téléphone : [redacted]

Annexe A – Projet de mandat
Annexe B – Liste des candidats potentiels pour le Comité consultatif d'experts

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Canada

Réserve nationale stratégique d'urgence : Aperçu des initiatives d'amélioration

Le 3 août 2017



PROTECTING AND EMPOWERING CANADIANS
TO IMPROVE THEIR HEALTH

But

- Donner un aperçu des efforts d'amélioration pour la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU)

Contexte

- Depuis la création de la RNSU en 1952, les risques pour la santé publique et les ressources disponibles ont changé considérablement :
    - De nouvelles menaces (des pandémies, le terrorisme) ont émergé.
    - Les capacités parmi les partenaires (fédéraux, provinciaux et les ONG), se sont améliorées considérablement.
    - Les infrastructures de transport (aériennes et routières) se sont améliorées.
- La RNSU s'est adaptée à l'environnement de risque changeant et aux menaces élargies pour la santé publique :
    - Des contre-mesures médicales (CMM) pour lutter contre les agents CBRN (p. ex. le vaccin antivariolique) grâce aux pouvoirs conférés par l'initiative Santé publique et antiterrorisme (SPAT) en 2001
    - Des préparatifs contre les pandémies (p. ex. des antiviraux, des respirateurs, des équipements de protection) grâce aux pouvoirs conférés par l'initiative État de préparation en cas de grippe aviaire et pandémique en 2006
    - Plus récemment, la RNSU a fait l'acquisition de mini-cliniques pour le triage et le traitement et d'équipements biomédicaux qui peuvent en accroître la fonctionnalité.

Modernisation de la RNSU et travaux d'amélioration en cours

- Le ministre de la Santé a autorisé les efforts de modernisation de la RNSU en pleine évolution en septembre 2013 (cadre stratégique et plan d'optimisation pour la RNSU).

- Les aspects de la RNSU qui sont actuellement améliorés sont notamment :
  - l'achèvement de l'optimisation de la place occupée par les entrepôts de la RNSU
  - l'achèvement de l'élimination des biens désuets et de la réduction des biens excédentaires
  - l'amélioration des capacités d'évaluation des menaces et des risques
  - l'élaboration d'un plan d'acquisition de CMM à long terme
  - le projet de renouvellement des infrastructures de la RNSU
  - la mobilisation renouvelée des P/T par l'entremise du CDISP

Optimisation de l'empreinte de la RNSU

Deux types d'entrepôts seront conservés :

Le réseau d'entrepôts fédéraux

- Sept entrepôts fédéraux répartis entre six villes serviront de carrefours logistiques afin d'atteindre un objectif d'intervention dans les 24 heures. Cela se traduira par une diminution importante par rapport aux 26 emplacements fédéraux loués précédents.
- Les biens dans l'entrepôt fédéral répartis dans les régions (cinq villes et entrepôts) sont principalement des lits ou des couvertures et des mini-cliniques.
- Les deux entrepôts fédéraux [redacted] comprennent des fournitures en cas de pandémie (des antiviraux, des respirateurs, des EPI) ainsi que des CMM.

Les sites locaux exploités par les P/T

- Ces sites doivent être éliminés, à l'exception de quelques-uns où l'environnement de risque local ne permet pas une intervention efficace à partir des entrepôts fédéraux.
- L'emplacement de ces sites locaux sera déterminé à la suite d'une discussion avec les P/T par l'entremise du CDISP.
- On a offert de transférer aux P/T les biens excédentaires dans les sites redondants qui seront fermés.

ITHHELD / RETENUE

(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
st(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

État d'avancement de l'optimisation de l'empreinte

Zones visées par la modernisation de la RNSU	Initiaux 2012-2013	Actuels 2016-2017	Définitifs 2019-2020	Détails supplémentaires
Entrepôts régionaux du gouvernement fédéral	33	10	7	[redacted]
Sites locaux administrés par les P/T	1 300	481	AD	• Lits, anciens lits portatifs et civières de type militaire, couvertures, génératrices; pouvant être transférés à la localité. • Les équipements médicaux anciens et les trousses pour soigner les traumatismes qui ne répondent plus aux normes actuelles doivent être retirés ou éliminés. • La majeure partie des sites qui restent [redacted]. • Il y a un dialogue en cours avec les P/T sur le repositionnement des mini-cliniques (cliniques de triage et de soins d'urgence) pour l'avenir fondé sur l'environnement de risque.

*La RNSU réalise des ventes importantes qui ne peuvent se faire à partir de l'entrepôt principal sécurisé.

Sites prépositionnés de la RNSU gérés par les P/T

Province ou territoire	Sites prépositionnés qui restent*
Colombie-Britannique	[redacted]
Alberta	
Saskatchewan	
Manitoba	
Ontario	
Québec	
Nouveau-Brunswick	
Nouvelle-Écosse	
Terre-Neuve-et-Labrador	
Île-du-Prince-Édouard	
Yukon	
Territoires du Nord-Ouest	
Nunavut	
TOTAL	

*La majeure partie des biens à transférer sont des lits, des couvertures, des anciens lits portatifs et civières de type militaire et des génératrices

Plan d'acquisition à court terme

Élaborer une stratégie provisoire qui comprendra :

- un processus détaillé pour déterminer et valider les exigences;
- les acquisitions de la RNSU pour 2017-2018, en établissant
  - une justification
  - une priorisation
  - une source de financement

→ une stratégie provisoire à présenter au :
  - vice-président d'ici le mois d'août 2017;
  - président d'ici le mois de septembre 2017.

Plan d'acquisition à long terme

- Objectifs : Élaborer un plan d'acquisition et de durabilité à long terme pour la RNSU d'ici le 31 mars 2018
- Le plan d'acquisition à long terme déterminera les priorités liées à l'acquisition des CMM dont il faut tenir compte :
  - les menaces et les risques;
  - le développement des produits et les preuves à l'appui;
  - la réglementation;
  - le concept d'utilisation et la logistique;
  - la passation des contrats;
  - la disponibilité sur le plan de la fabrication;
  - l'harmonisation avec les partenaires;
  - l'établissement du calendrier;
  - les capacités financières.
- Le plan sera dressé en étroite consultation avec le gouvernement du Canada et les partenaires P/T.

Projet de renouvellement des infrastructures de la RNSU

Objectif :

- La rénovation ou la construction d'un nouvel entrepôt principal pour la RNSU afin d'aider l'ASPC à s'acquitter de son mandat fondamental, qui consiste à améliorer la sécurité de la santé publique en protégeant les CMM ainsi que les biens sanitaires de grande valeur pour répondre aux urgences de santé publique aux quatre coins du Canada.

Prochaines étapes :

- Préparer une analyse de rentabilisation détaillée ainsi qu'une analyse des options

Échéanciers des initiatives d'amélioration de la RNSU

Mise en œuvre du plan d'acquisition à long terme	Avril 2018
Achèvement de l'optimisation de l'empreinte de la RNSU	Automne 2019
Élimination des biens désuets et excédentaires	Hiver 2019
Plan d'acquisition de CMM à long terme	Automne 2018
Options pour le renouvellement des infrastructures de la RNSU (point de contrôle 2)	Printemps 2018

Considérations liées au calendrier des initiatives d'amélioration

- La RNSU est une unité hautement opérationnelle qui réagit aux enjeux et aux situations liés aux politiques et aux interventions d'urgence, qui peuvent retarder les processus d'optimisation.
- Parmi les événements qui ont engendré des pressions opérationnelles importantes :
  - les activités de préparation et de déploiement pour les Jeux panaméricains;
  - l'élection en 2015 (le moratoire sur les ventes et les éliminations);
  - la lutte contre le virus Ebola (le moratoire sur les ventes et les éliminations);
  - les efforts d'intervention auprès des réfugiés syriens;
  - les efforts pour combattre les incendies à Fort McMurray.
- D'autres événements pourraient avoir des incidences sur les cibles d'achèvement projetées.

Public Heath Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada

POUR AGRÉMENT

17-110047-333

MÉMOIRE À LA MINISTRE DE LA SANTÉ

Ouragan Harvey : Dons de biens matériels provenant de la Réserve nationale stratégique d'urgence

RÉSUMÉ

- Le 31 août 2017, le gouvernement du Canada a reçu une demande officielle de la Federal Emergency Management Agency (FEMA) des États-Unis pour contribuer aux efforts de secours à la suite de l'ouragan Harvey.
- Le Centre des opérations du gouvernement (COG) coordonne les efforts du gouvernement du Canada. Il a officiellement demandé des fournitures disponibles à divers ministères fédéraux et à d'autres partenaires. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a reçu une demande.
- Celle-ci a déterminé les biens matériels de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) qu'il serait possible de donner. L'accord ministériel est nécessaire pour procéder au don international des biens de la RNSU.

CONTEXTE :

Dans la demande d'aide officielle de la FEMA, celle-ci a indiqué un besoin urgent des articles suivants : trousses d'hygiène, oreillers, serviettes de bain, préparation lactée pour nourrisson, sacs jetables pour biberon, lits de bébé et layettes (annexe A). Le 31 août, le premier ministre et le ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile ont confirmé publiquement que le gouvernement du Canada contribuera aux efforts de secours.

Dans le cadre du mandat de la ministre de la Santé, en vertu de la *Loi sur la gestion des urgences,* pour se préparer aux conséquences sanitaires et intervenir, qu'il s'agisse d'urgences ou d'événements naturels ou délibérés, l'ASPC maintient la RNSU. La RNSU comprend des fournitures médicales, notamment des mini-cliniques itinérantes, de l'équipement médical moderne et des contremesures médicales, y compris des antiviraux et d'autres produits pharmaceutiques. Elle compte également des lits et des couvertures qui peuvent servir dans l'éventualité d'évacuations massives découlant principalement de catastrophes naturelles, comme les inondations et les feux.

.../2

En réponse à la demande de la FEMA, l'ASPC a d'abord déterminé qu'elle pouvait donner les biens suivants de la RNSU :

-Oreillers
-Taies d'oreiller
-Serviettes de bain jetables
-Lits de bébé

Le COG coordonne le transport des biens aux États-Unis. L'ASPC devra livrer les biens dans une zone préétablie pour l'acheminement vers les États-Unis.

CONSIDÉRATIONS :

Le principal mandat de la RNSU est de soutenir les efforts d'intervention en cas d'urgence nationale. Le pouvoir de l'ASPC de donner les biens de la RNSU est décrit dans la « Politique relative aux dons, aux prêts et à la vente des fournitures de l'ASPC aux gouvernements étrangers et aux organismes internationaux » de 2011. Il est conforme à la *Loi sur la gestion des finances publiques,* à la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne* et à la *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus* du Conseil du Trésor.

En vertu de la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne,* il n'existe aucun test objectif pour aider à déterminer si les biens sont en surplus. Il incombe à chaque ministère de déterminer si un bien excède ses besoins.

Les biens de la RNSU ont été fournis à l'échelle internationale en réponse à des événements antérieurs, notamment l'éclosion d'Ebola en 2014-2015 en Afrique occidentale (équipement de protection individuelle) et l'ouragan Katrina en 2005 (fournitures médicales de base, literie).

La valeur du don proposé, selon le prix au moment de l'achat, est de 9 459 $. L'approbation ministérielle est requise pour ce don, car les frais minimaux pour l'aliénation sont inférieurs à la valeur des biens à donner.

Le don des biens de la RNSU en réponse à la présente demande ne compromettrait pas la capacité de l'ASPC de fournir des biens essentiels aux provinces et aux territoires en cas de besoin.

Le ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile consulte également d'autres ministères fédéraux, les provinces, les territoires et les organismes auxiliaires, comme la Croix-Rouge canadienne, pour déterminer les biens qu'ils seraient également en mesure de contribuer.

.../3

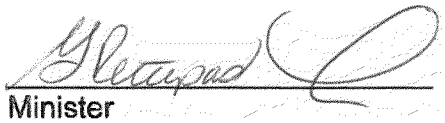
RECOMMANDATIONS/CONCLUSION :

Il est recommandé que vous donniez votre accord avec le don des fournitures proposées en signant « Je suis d'accord » dans le bloc ci-dessous.

[redacted]

[redacted]

☐ Je ne suis pas d'accord
☑ Je suis d'accord



Minister

1er septembre 2017
Date

Ministre

SGCHD nº 17-110047-333

Personne-ressource : [redacted]
Téléphone : [redacted]

Pièce jointe :
Annexe A – Demande d'aide au Centre des opérations du gouvernement

Réserve nationale d'antiviraux

Points à faire valoir :

- Pouvez-vous préciser quel serait l'objectif de ce point?

- S'agirait-il d'un document papier destiné à informer les députés du travail effectué pour mettre au point une proposition de fourchette pour la réserve, ou chercheriez-vous à obtenir une décision?

- Nos collègues ont confirmé qu'une décision de la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada (CSMS) n'est pas nécessaire pour procéder à un achat en gros.

- Le gouvernement du Canada est prêt à entamer le processus d'achat pour renouveler les contrats d'antiviraux au moyen du processus d'achat en gros (PAG). Ce processus sera dirigé par Services publics et Approvisionnement Canada et facilité par l'Agence de la santé publique du Canada.

Si l'on insiste – s'ils souhaitent quand même que la Réserve nationale d'antiviraux (RNA) soit présentée aux députés :

- Étant donné que les provinces et territoires sont les seuls responsables du réapprovisionnement de la Réserve nationale d'antiviraux, ce point pourrait être plus approprié pour une réunion des sous-ministres de la Santé des PT seulement.

- Comme vous le savez, le gouvernement du Canada ne fournit pas de soutien financier pour les achats de la Réserve nationale d'antiviraux (le partage des coûts des AV a pris fin en 2014).

Si l'on insiste davantage – s'ils insistent pour que la RNA soit présentée à la CSMS :

- Avant de présenter ce point à la CSMS, nous suggérons d'envoyer un message aux membres du Conseil du Réseau de santé publique (CRSP) pour confirmer qu'ils sont à l'aise avec cette approche.

- Le compte rendu des décisions du CRSP n'indique pas explicitement que nous allons présenter ce point aux députés, de sorte que certaines administrations pourraient avoir besoin de temps pour se préparer à cette discussion.

- Avant la réunion de la CSMS, nous suggérons également de soulever ce point lors d'une réunion du Comité de soutien en matière de santé.

- Cela permettra de s'assurer que les sous-ministres et les fonctionnaires qui les soutiennent sont au courant de la question avant qu'elle ne soit soulevée à la CSMS.

Renseignements généraux :

- En avril, le Groupe de travail sur la préparation du Canada en cas de grippe pandémique (PCGP) a fait une présentation lors d'une réunion conjointe du CRSP et du Conseil des médecins hygiénistes en chef (CMHC) sur les recommandations concernant l'utilisation, la taille et la composition de la RNA. Au cours de cette réunion, les membres ont exprimé leur soutien pour que la réserve recommandée soit sous forme de fourchette, plutôt que sous forme de pourcentage fixe.

- Cette présentation a été suivie d'une autre présentation au CRSP en juin, dans le cadre de laquelle les membres ont discuté d'une recommandation du CD-MTI selon laquelle la RNA devrait être suffisante pour couvrir 17,14 % à 23,19 % de la population. Le compte rendu des décisions de cette réunion indique que « les membres ont donné leur accord de principe à la fourchette de taille recommandée pour la réserve (…) étant entendu que des détails supplémentaires seraient élaborés concernant l'approvisionnement et la tarification par l'équipe de négociation FPT qui sera mise en place ». Il est également indiqué que « [redacted] discutera de la nécessité de présenter cette question aux sous-ministres FPT de la Santé avec l'agente de liaison du [redacted] ».

- Le 25 septembre, une réunion d'information a été organisée entre [redacted] et l'agente de liaison [redacted]. [redacted], directrice générale intérimaire du Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses (CIMRI), a été invitée à soutenir l'appel d'un point de vue technique. Au cours de cette réunion d'information, l'agente de liaison [redacted] a examiné un aperçu de la fourchette recommandée pour la RNA et a indiqué qu'elle estimait que la justification de la fourchette de taille était appropriée. Elle a également laissé entendre qu'elle pensait que la CSMS serait intéressée par ce point.

- Les achats et l'entretien de la RNA relèvent de la seule responsabilité des autorités provinciales et territoriales. Le partage des coûts des antiviraux entre le gouvernement du Canada et les PT a pris fin en 2014.

- Le gouvernement du Canada peut apporter son soutien au processus d'approvisionnement en renouvelant les contrats d'antiviraux au moyen du processus d'achat en gros (PAG). Ce processus est dirigé par Services publics et Approvisionnement Canada et est facilité par l'Agence de la santé publique du Canada.

- Les nouveaux contrats d'antiviraux à négocier dans le cadre du PAG seront axés sur :

    - l'obtention des meilleurs prix;
    - l'obtention de la plus longue durée de conservation possible des produits;
    - la négociation d'options pour réduire le gaspillage des produits;
    - la répartition des achats sur plusieurs années, afin que les PT puissent acheter en fonction de leurs besoins pour des contrats d'une durée de 3 ou 4 ans.

- Le gouvernement du Canada est également le seul responsable de l'entretien et du réapprovisionnement de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU). La RNSU, qui contient également des antiviraux, est destinée à fournir un soutien d'urgence aux PT.

À TITRE D'INFORMATION
19-104979-217

NOTE DE SERVICE À LA MINISTRE DE LA SANTÉ

DONATION OF ARTIFACTS FROM THE NATIONAL EMERGENCY STRATEGIC STOCKPILE / DONATION D'ARTÉFACTS DE LA RÉSERVE NATIONALE STRATÉGIQUE D'URGENCE

SUMMARY

- The Public Health Agency of Canada (PHAC) maintains the National Emergency Strategic Stockpile (NESS). The NESS was originally established in the 1950s to protect Canadians from threats posed during the Cold War.
- Today, the NESS contains medical supplies and equipment, pharmaceuticals and social services supplies that are available to augment the capacity of provinces and territories during public health emergencies. Some of the contents of the NESS are outdated.
- With the purpose of preserving the history of NESS and promoting the evolution of emergency preparedness and response in Canada, PHAC will be offering artifacts of heritage value obtained in the 1950s and 1960s for donation to eligible Canadian organizations, such as museums, academic institutions, science centres, and cultural or historic centres.
- PHAC will launch the Call for Expression of Interest in March 2019 on Canada.ca.

.../2

Canada

SOMMAIRE

- L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) gère la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU). La RNSU a été établie dans les années 50 en vue de protéger les Canadiens et les Canadiennes des menaces liées à la Guerre froide.

- De nos jours, la RNSU contient des fournitures et de l'équipement médicaux, des produits pharmaceutiques et des fournitures destinés aux services sociaux, disponibles dans le but d'accroître les capacités des provinces et des territoires en cas d'urgence de santé publique. Une partie du contenu de la RNSU est obsolète.

- Dans le but de préserver l'histoire de la RNSU et de promouvoir l'évolution des mesures et interventions d'urgence au Canada, l'ASPC fera don d'artéfacts ayant une valeur de patrimoine datant des années 50 et 60 aux organisations canadiennes admissibles, comme les musées, les établissements universitaires, les centres scientifiques et les centres culturels ou historiques.

- L'ASPC lancera un appel de manifestation d'intérêt en mars 2019 sur le site Canada.ca.

CONTEXTE

Établi dans les années 1950, le programme de réserve du Canada consistait à l'origine en des fournitures d'urgence pour les services médicaux et sociaux nécessaires pour le programme de défense civile. Dans les années 1960, des hôpitaux de campagne à 200 lits et autres unités de services de santé mobiles ont été acquis pour veiller à ce que les provinces et les territoires soient capables de fournir des soins médicaux actifs de courte durée pendant une catastrophe.

De grands changements se sont opérés dans la gestion des urgences sanitaires depuis les années 1950, notamment l'évolution des risques pour la santé publique, le renforcement de la capacité des partenaires, les progrès technologiques dans les produits pharmaceutiques et l'équipement médical, et un plus grand accent mis sur le partage intergouvernemental de fournitures et d'équipement médicaux.

L'ASPC modernise actuellement la RNSU pour assurer une méthode pancanadienne intégrée et coordonnée de gestion des fournitures requises pour les interventions urgentes en santé publique, ce qui consiste également à réduire ou à abandonner des avoirs précis qui ne sont plus utiles dans le contexte actuel des risques.

Une partie des fournitures entreposées dans la RNSU est périmée ou ne respecte plus les normes ou pratiques médicales. Il existe différentes façons d'en disposer conformément à la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne* (1985) et à la *Directive*

…/3

sur l'aliénation du matériel en surplus (2006) du Conseil du Trésor, notamment en les vendant par l'entremise de Services publics et Approvisionnement Canada, en les transférant à d'autres organisations fédérales, à d'autres ordres de gouvernement ou à des gouvernements ou des organismes étrangers, en les convertissant en déchets de manière durable pour l'environnement, ou en faisant don à un organisme de bienfaisance ou à un organisme sans but lucratif reconnu.

SITUATION ACTUELLE

En octobre 2018, l'ASPC a fait appel à un conservateur de musée pour déterminer et évaluer les biens excédentaires de la RNSU qui ont une valeur patrimoniale conformément au *Guide de gestion des biens meubles patrimoniaux du Conseil du Trésor.* Le conservateur a déterminé que la RNSU contient de l'équipement et des fournitures qui ont une importance historique ou scientifique, tels que des instruments chirurgicaux, des tables d'opération mobiles, des machine à rayons X, des stérilisateurs, des civières, des trousses de premiers soins et des lanternes à propane.

Un processus de demande en ligne sera suivi pour évaluer l'admissibilité des organismes intéressés (p. ex. musées, établissements universitaires, centres de sciences). Tous les dons feront l'objet d'un accord de transfert entre l'ASPC et l'organisme récepteur, qui énonce les conditions et modalités du don.

CONSIDÉRATIONS

Les Services juridiques ont été consultés pour déterminer si l'ASPC a le pouvoir de faire don des artéfacts, et pour établir les critères d'admissibilité des dons et l'accord de transfert.

Le [redacted] a confirmé que l'ASPC a le pouvoir financier et administratif de faire don des articles en vertu de la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne* et de la *Directive sur l'aliénation du matériel en surplus* du Conseil du Trésor.

Santé Canada a confirmé l'absence de restrictions réglementaires sur les dons d'instruments médicaux obsolètes de la RNSU en vertu du *Règlement sur les instruments médicaux,* pourvu que les articles en question soient clairement étiquetés comme étant des objets historiques qui ne doivent pas servir d'instruments médicaux.

La Gestion de la protection des renseignements personnels a été consultée au sujet de la collecte, de l'utilisation et de la conservation des renseignements personnels d'organismes intéressés en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels.*

IMPLICATIONS POUR LES COMMUNICATIONS

Différents groupes intéressés, y compris ceux qui suivent, recevront un courriel avec une invitation à manifester leur intérêt et à transmettre l'information à leurs réseaux : l'Association des musées canadiens, l'Association canadienne des centres de sciences,

l'Association canadienne d'experts-conseils en patrimoine, l'Association médicale canadienne, Universités Canada, et Collèges et instituts Canada. Des infocapsules seront élaborées, au besoin, pour répondre aux demandes de renseignements des médias.

PROCHAINE ÉTAPE

L'appel de manifestation d'intérêt sera lancé en mars 2019 sur le site Web Canada.ca.

[redacted]
Agence de la santé publique du Canada

N° SGCHD 19-104979-217

Personne-ressource : [redacted], Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire
Téléphone : [redacted]

Proposition au CE : Réapprovisionnement des stocks d'antiviraux de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) approchant de leur date de péremption pour la grippe pandémique

Description de la proposition

Les pandémies de grippe sont des événements imprévisibles, mais récurrents, qui peuvent avoir de graves conséquences pour la population canadienne. Pour respecter l'engagement du gouvernement fédéral auprès du Conseil du Réseau de santé publique (CRSP), la RNSU (réserve fédérale de biens liés à la santé dont l'Agence de la santé publique du Canada [ASPC] est responsable) devrait contenir des quantités suffisantes d'antiviraux contre la grippe pour traiter 2,5 % de la population canadienne. Deux antiviraux sont conservés dans la RNSU : les stocks [redacted] arriveront partiellement à leur date de péremption en octobre 2019, ce qui réduira la capacité à 87 % du niveau recommandé, et les stocks de [redacted] seront périmés d'ici la fin mai 2020, [redacted]

- Tout défaut de reconstituer les stocks d'antiviraux aura des répercussions considérables sur la capacité d'intervention de l'ASPC en cas de pandémie.
- Les stocks d'antiviraux actuels des provinces et des territoires diminuent également, de sorte que la RNSU pourrait être appelée plus rapidement à fournir une capacité de pointe.
- L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a désigné la grippe pandémique comme l'une des principales menaces pour la santé dans le monde en 2019.

Exigences de financement

2019-2020 : 5,4 M$ – 2,6 M$ pour la livraison [redacted] au T3/T4 (aussi près que possible de la date de péremption en octobre 2019); 2,8 M$ pour la livraison de [redacted] au T4.

2020-2021 : 2,8 M$ – Pour qu'il soit possible de conclure un contrat avec un fournisseur en vue de la livraison de la portion restante de [redacted] au T1; un engagement financier doit être obtenu au cours de l'exercice 2019-2020.

Il s'agit d'une exigence de financement temporaire. Des options de financement continu pour l'achat de contre-mesures médicales (CMM) sont explorées dans le cadre de la planification à moyen terme.

Risques associés à la proposition

- Si cette analyse de rentabilisation n'est pas approuvée, l'engagement du gouvernement fédéral envers le CRSP ne pourra être respecté (c.-à-d [redacted]
- L'approvisionnement en CMM comporte toujours des risques de retards en raison du calendrier de production des fournisseurs. Ce risque peut être réduit en obtenant un engagement financier le plus tôt possible pour conclure des contrats qui permettront une livraison à temps.

Principaux jalons et livrables

SPAC a indiqué qu'il est possible de reconstituer les stocks [redacted] au cours du présent exercice financier, à condition qu'un engagement financier soit obtenu dès que possible. Par ailleurs, SPAC a entamé des négociations pour arrimer toutes les démarches du gouvernement fédéral et celles des provinces et territoires pour la reconstitution des stocks [redacted] qui atteindront bientôt leur date de péremption, en vue de livraisons au cours des deux prochains exercices. Les dates de livraison exactes peuvent être négociées avec les fournisseurs dès l'obtention de l'engagement financier.

Exercice financier	ETP	Salaire (M $)	RASE (M $)	F et E (M $)	IMM (M $)	C et S (M $)	Total (M $)
2019-2020				5,4 M$			5,4 M$
2020-2021				2,8 M$			2,8 M$

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Canada

Réserve nationale stratégique d'urgence

Le 16 septembre 2019



Qu'est-ce que la Réserve nationale stratégique d'urgence?

- La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) est une réserve de fournitures gérée par le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) qui vise à soutenir les provinces, les territoires et d'autres ministères fédéraux lorsqu'ils interviennent en cas d'urgences majeures de santé publique.

- Le délai prévu pour déployer les ressources est de 24 heures à compter de la demande de la province, du territoire ou du ministère.

- La RNSU s'est adaptée à l'évolution du contexte de risque :
  - Attaques terroristes du 11 septembre : produits pharmaceutiques pour réagir au risque de bioterrorisme.
  - Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)/préparation à la pandémie : antiviraux, respirateurs.
  - Virus Ebola : équipement de protection individuelle plus sophistiqué.
  - Acquisition de mini-cliniques pour le triage et le traitement mineur.

Strategic Federal Warehouse Footprint

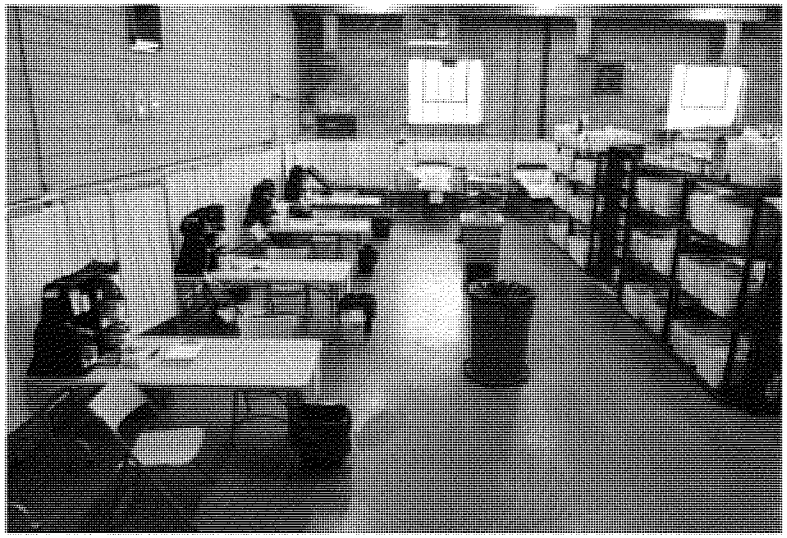


Matériel dont dispose la RNSU



- Matériel médical et fournitures médicales :
  - mini-cliniques, appareils à rayons X, respirateurs, équipement de protection individuelle, y compris les masques, les gants et les blouses jetables.
- Produits pharmaceutiques :
  - antiviraux, antibiotiques, analgésiques, anesthésiques et contre-mesures médicales concernant des événements chimiques, biologiques et radionucléaires.
- Fournitures destinées aux services sociaux :
  - génératrices, lits, couvertures, draps, oreillers, serviettes.
- Valeur estimée de remplacement : [redacted]

Mini-cliniques pour le triage et le traitement mineur



- Elles contiennent de l'équipement médical et des fournitures médicales qui se trouveraient habituellement dans une clinique sans rendez-vous.
- Elles sont évolutives et souples pour s'adapter à diverses circonstances.
- Elles peuvent réduire la pression sur les établissements médicaux en cas d'urgence sanitaire en soignant les patients moins urgents à un site secondaire.
- Il est possible de leur ajouter des appareils à rayons X ou des respirateurs spécialisés.

POUR APPROBATION

20-101963-590

NOTE D'INFORMATION À LA MINISTRE DE LA SANTÉ

Donation of Personal Protective Equipment to China/
Don d'équipement de protection individuelle à la Chine

RÉSUMÉ

- La Chine a sollicité des dons d'équipement de protection individuelle (ÉPI) pour soutenir les efforts soutenus pour prévenir la propagation du nouveau coronavirus (2019-nCoV).
- Le 30 janvier 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que la situation constitue une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). En plus de la Chine, il y a des cas observés dans 24 autres pays, dont le Canada.
- L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) gère la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) du Canada, et a désigné de l'équipement à donner, plus précisément des combinaisons, des masques et des gants. Les dons ne compromettront pas la capacité d'intervention du Canada, puisqu'ils expireront prochainement ou constituent un surplus par rapport aux besoins du Canada.
- Affaires mondiales Canada (AMC) est le ministère responsable des mesures d'intervention du Canada sur la scène internationale et collabore avec la Société canadienne de la Croix-Rouge, qui facilitera la logistique, c'est-à-dire le transport et la livraison. Il est prévu que les envois quitteront le Canada pour la Chine les 2 et 4 février 2020.
- Nous demandons votre accord pour envoyer ce don.

CONTEXTE :

Le 30 janvier 2020, l'OMS déclare l'éclosion du nouveau coronavirus de 2019 (2019-nCoV) apparu à Wuhan, en Chine, comme étant une USPPI, puisqu'il s'agit d'un « événement extraordinaire » qui constitue un risque pour les autres pays et qui nécessite la coordination de mesures d'intervention internationales.

La Chine a d'abord informé l'OMS de cas du nouveau virus à la fin de décembre 2019. En date du 31 janvier, la Chine reportait plus de 9 600 cas, dont 213 décès. Des cas ont depuis été signalés dans 24 autres pays. Quatre cas ont été confirmés au Canada.
L'utilisation appropriée de l'ÉPI soutient la prévention de la transmission du virus et la protection des professionnels de la santé.

La RNSU constitue une réserve de fournitures d'urgence détenue et gérée par le gouvernement fédéral, qui est financée par l'ASPC et qui lui appartient. Elle contient diverses fournitures d'urgence pour différents types d'urgence, comme de l'ÉPI, des lits et des couvertures, de même que des provisions de produits pharmaceutiques.

POINTS À CONSIDÉRER :

Le mandat de la RNSU est de protéger la santé de la population canadienne. Bien qu'on y parvienne généralement en mobilisant des ressources dans notre pays, il arrive que le don de biens à l'étranger soit dans le meilleur intérêt du Canada afin de prévenir l'entrée de la maladie au pays.

Selon une évaluation des fournitures actuelles et des besoins permanents estimés en ÉPI au Canada, l'ASPC a déterminé qu'une quantité d'ÉPI pouvait être donnée dans le cadre d'une intervention internationale.

Voici quelques chiffres en lien avec le don d'ÉPI :

- 27 870 combinaisons de niveau 4 (diverses grandeurs) : les combinaisons de niveau 4 (obtenues lors de l'éclosion de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest de 2014 à 2016) expireront en mars 2020.
- 50 000 masques [redacted]
- 200 000 paires de gants en nitrile [redacted]

Le don de toutes ces fournitures ne devrait pas compromettre notre capacité à répondre à nos propres besoins et respecterait la *Politique sur les dons, sur les prêts et sur les ventes aux gouvernements étrangers et aux organisations internationales de la santé* de l'Agence de la santé publique du Canada et la *Distribution de fournitures de l'Agence de la santé publique du Canada à l'ancien ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement*.

L'ASPC déclarera le surplus de biens de la RNSU en vertu de la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne,* puis les remettra à AMC, qui sera tenu de les envoyer en Chine. L'ASPC peut déclarer le surplus de biens, car ils vont expirer prochainement

ou qu'il y en a suffisamment afin que les dons aient le moins de répercussions possible sur la capacité d'intervention du Canada.

BESOIN EN RESSOURCES :

La valeur de remplacement du don proposé est d'environ 0,5 million de dollars.

AMC collabore avec la Société canadienne de la Croix-Rouge pour déterminer la logistique, et devrait couvrir les frais de transport.

BESOIN EN COMMUNICATIONS :

AMC et l'ASPC collaboreront pour confirmer l'approche de communications proposée.

RECOMMANDATIONS/CONCLUSION :

Il est recommandé que vous autorisiez le don proposé de fournitures d'ÉPI à la Chine en signant ci-dessous pour confirmer votre accord.

_____

Je, _____, **souscris** à la recommandation. _____
Patty Hajdu, ministre de la Santé Date

Je, _____, **ne souscris pas** à la recommandation. _____
Patty Hajdu, ministre de la Santé Date

SGCHD nº 20-101963-590

[redacted], Direction générale de l'infrastructure de sûreté sanitaire
Téléphone : [redacted]

Mise à jour sur l'équipement de protection individuelle (EPI) de la RNSU

État actuel du stock d'EPI de la RNSU : 9 février 2020



Contexte

- À l'heure actuelle, la RNSU tente de garantir l'obtention de biens très en demande, comme les masques N95 et chirurgicaux.

- La RNSU est en mesure d'assurer des fournitures modestes de masques chirurgicaux et de masques N95, les livraisons étant échelonnées par secteur de l'industrie en raison des pressions croissantes du marché.

- Alors que nous nous efforçons d'augmenter nos approvisionnements, nous continuons à recevoir des demandes d'aide, tant à l'échelle internationale que nationale, notamment pour soutenir les opérations de mise en quarantaine de la BFC Trenton.

- La demande d'EPI dans la chaîne d'approvisionnement mondiale continue d'augmenter avec les délais d'approvisionnement de l'industrie pour la production et la livraison.

Don d'équipement de protection individuelle (EPI) à la Chine

- Une demande d'aide pour de l'EPI a été reçue pour la Chine par l'intermédiaire d'AMC.
- La Croix-Rouge canadienne (CRC) a coordonné le don des biens.
- La RNSU a déclaré les biens d'EPI comme des biens de surplus, en vertu de la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne*.
- Les dons d'EPI de la RNSU à la Chine représentaient [redacted] des biens détenus dans ces catégories, ne comprenaient aucun article sur la liste des pénuries potentielles et ont déjà été remplacés.

Le 9 février, AMC a communiqué avec l'ASPC pour faire un don supplémentaire à la Chine de ces articles et d'autres biens

Article	Biens donnés par l'ASPC	Biens achetés par la CRC	Total
Combinaisons	27 870	8 482	36 352
Gants en nitrile (paire)	200 000		200 000
Lunettes de protection	50 000	118	50 118
Respirateur N100		1 798	1 798
Combinaison de lunettes et de visière de protection		881	881
Masque facial N95		220	220
Tablier		3 000	3 000

Réponses de la RNSU aux demandes d'aide (DA) visant les biens d'EPI

DA reçue du ministère de la Santé de l'Ontario pour les établissements de santé de Belleville :

- Masques N95 (500 unités)

DA reçue du MDN et d'AMC pour le personnel et les passagers du Canada1 et du Canada2 :

- Désinfectant pour les mains (120 unités)
- Masques N95 (4 580 unités)
- Gants en nitrile (3 000 paires)
- Blouses d'isolement (650 unités)

DA reçue du Territoire du Yukon pour des biens de la RNSU en raison de la pénurie de la chaîne d'approvisionnement :

- Blouses d'isolement (8 000 unités)

** Des DA supplémentaires sont attendues à mesure que la pression sur la chaîne d'approvisionnement mondiale continue de s'intensifier.

Ressources de la RNSU déployées dans le cadre des opérations de mise en quarantaine de la BFC Trenton

- À ce jour, la RNSU a déployé les biens d'EPI suivants, à l'appui aux opérations de mise en quarantaine de la BFC Trenton :
  - Visières de protection (2 425 unités)
  - Masques N95 (2 600 unités)
  - Masques chirurgicaux (78 000 unités)
  - Gants en nitrile (27 900 paires)
  - Blouses d'isolement (2 500 unités)
  - Lunettes de protection (180 unités)
  - Désinfectant pour les mains (108 bouteilles)
- D'autres déploiements de biens sont prévus, puisque les fournitures d'EPI déployées sont utilisées pendant les opérations de mise en quarantaine.

Niveaux résiduels d'EPI de la RNSU après les DA et les dons

- Les niveaux actuels d'EPI de la RNSU pour les besoins d'intervention liés à la COVID-19 sont les suivants :



* articles très demandés, sur commande

Stratégie de réapprovisionnement de la RNSU en EPI

- Les pressions sur la chaîne d'approvisionnement liées à la COVID-19 ont été identifiées très tôt comme un risque.
- La RNSU a commencé à acquérir de manière proactive des EPI pour sécuriser les articles très en demande, comme des masques chirurgicaux et N95 en janvier (livraison échelonnée avec quelques fournitures déjà reçues).
- À l'heure actuelle, la RNSU achète, entre autres, des masques N95, des masques chirurgicaux, des désinfectants pour les mains, des combinaisons, des lingettes désinfectantes et des visières de protection.
- À ce jour, la RNSU a engagé environ 600 000 dollars dans des achats liés à l'EPI pour la COVID-19.
- Le budget demandé d'ici à la fin de l'exercice pour les achats d'EPI de la RNSU est de 2 millions de dollars.
- L'analyse des pressions sur la chaîne d'approvisionnement, en collaboration avec SPAC, est en cours et les pressions du marché peuvent affecter la capacité de la RNSU à garantir la fourniture de grandes quantités d'EPI.

Collaboration et partenariats

- La gouvernance FPT du marché discute des risques liés à la chaîne d'approvisionnement, notamment le Comité consultatif spécial (CCS) et le Comité directeur sur l'infrastructure de santé publique (CD-ISP) – ce dernier mène une enquête sur les EPI auprès des partenaires provinciaux et territoriaux afin d'identifier les secteurs plus vulnérables à une pénurie d'EPI.
- Le Groupe de travail sur la sécurité sanitaire du Plan nord-américain contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza (PNAIAPI) s'est récemment réuni et a reconnu que l'accès continu aux EPI constituait une préoccupation. Les États-Unis ont signalé d'importantes défaillances du marché en ce qui concerne la capacité mondiale à protéger les travailleurs de première ligne. On a également constaté que les vendeurs rationnent les clients existants et n'acceptent pas les commandes de nouveaux clients.
- L'Initiative de sécurité sanitaire mondiale (ISSM) discute des risques liés à la chaîne d'approvisionnement, et l'OMS a activé son réseau des chaînes d'approvisionnement en cas de pandémie pour vérifier et prévoir la disponibilité des fournitures essentielles.

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Canada

Mise à jour sur l'équipement de protection individuelle (EPI) de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU)

Mise à jour – Demande provisoire

13 février 2020



PROTECTING AND EMPOWERING CANADIANS
TO IMPROVE THEIR HEALTH

Aperçu – Équipement de protection individuelle et demande provisoire

- En réponse à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) demande des fonds supplémentaires [redacted] pour 2019-2020 et 2020-2021 :
  - [redacted] en 2019-2020 et [redacted] en 2020-2021. Cela suppose que les fonds que nous ne pouvons pas utiliser au cours du présent exercice peuvent être reportés et affectés à l'exercice 2020-2021.

- La RNSU dispose d'une modeste réserve d'EPI qui comprend des masques chirurgicaux, des ventilateurs, des gants, des blouses et des combinaisons. (Voir l'annexe 1.)

- Nous avons fourni l'EPI demandé à divers partenaires, à l'échelle nationale et internationale.

- Nous prévoyons une demande accrue, de même que des pénuries, une disponibilité limitée et une incidence sur la chaîne mondiale d'approvisionnement. Nous voulons être aussi prêts que possible pour répondre aux besoins immédiats et continuer à reconstituer les réserves.

Déploiement de l'équipement de protection individuelle

- Depuis 2020, l'ASPC a reçu un certain nombre de demandes, auxquelles elle a répondu, pour le déploiement d'équipement de protection individuelle provenant de : la Chine, Trenton (efforts de rapatriement), l'Ontario et le Yukon. (Voir l'annexe 2.)

- Nous attendons d'autres demandes :
  - Nous enquêtons simultanément auprès des provinces et des territoires pour évaluer leurs réserves et déterminer les lacunes à l'échelle nationale.
  - La Chine a demandé plus de fournitures. Notre don initial a été évalué à environ un demi-million de dollars. Nous évaluerons la possibilité d'un don supplémentaire.
  - Il y a des ministères fédéraux qui ont des fonctionnaires à l'étranger (p. ex. missions).
  - L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) pour une réponse multilatérale.
  - La distribution possible de masques dans les aéroports.

- Dans la prise de décisions concernant le déploiement, voici nos priorités :
  - Les besoins nationaux : répondre aux besoins locaux, des provinces et des territoires en ce qui concerne les travailleurs de la santé, les personnes en isolement volontaire et les personnes qui sont en contact direct avec eux;
  - Les Canadiens à l'étranger.
  - Les efforts de confinement à l'échelle mondiale.

Stratégie de réserve et de reconstitution des stocks d'EPI de la RNSU

- Nous voulons être aussi prêts que possible pour répondre aux besoins immédiats et continuer à reconstituer les réserves.
  - Nous pouvons déterminer les besoins, la disponibilité et les coûts pour des achats précis seulement à mesure que la situation évolue.
  - Logistique (p. ex. les frais d'expédition, etc., en particulier pour les régions éloignées, comme le Yukon, sont également pris en considération).

- Au cours du présent exercice :
  - La RNSU a consacré environ [redacted] aux achats d'EPI pour la COVID-19 (p. ex. masques, gants, désinfectant pour les mains, combinaisons). Nous nous appuyons largement sur les commandes permanentes. Les fournisseurs ont mentionné la possibilité de difficulté à fournir les masques.
  - L'ASPC envisage d'autres options pour des ressources semblables et entrevoit des possibilités de plus petites commandes.

Stratégie de réserve et de reconstitution des stocks d'EPI de la RNSU

- Au cours du prochain exercice (2020-2021), l'ASPC :
  - Continuerait à acheter des masques N95, des masques chirurgicaux, du désinfectant pour les mains, des combinaisons, des lingettes désinfectantes, des écrans faciaux, etc.
    - Le but serait de :
      - s'assurer que les réserves nationales (c.-à.-d en travaillant avec les provinces et les territoires) sont suffisantes;
      - travailler avec les partenaires internationaux suivants pour tirer parti des achats à l'échelle mondiale et mieux gérer les approches en cas de pénuries :
        - » le Global Pandemic Supply Chain Network (réseau mondial d'approvisionnement en cas de pandémie) (coprésidé par l'OMS et le Forum économique mondial)
        - » le Groupe de travail trilatéral sur la sécurité sanitaire du Plan nord-américain contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza
        - » l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale
      - se positionner pour contribuer aux efforts multilatéraux et de la Chine..
  - Prépositionnerait le Canada en cas de progrès prometteurs à l'égard des contremesures médicales.
  - Réexaminerait les systèmes de gestion des stocks de la RNSU : nous avons envisagé des mises à niveau et il pourrait être nécessaire d'en accélérer des parties (le coût estimé de l'ensemble du système est d'environ [redacted] mais il pourrait y avoir un investissement initial qui faciliterait le travail à court terme).

Annexe 1 : Inventaire actuel d'EPI et articles commandés (12 février 2020)

	Inventaire actuel (en main et envois reçus récemment)	Articles commandés
[redacted]		

Annexe 2 : Déploiements d'EPI de la RNSU jusqu'à maintenant (12 février 2020)

	Chine	Ontario	Yukon	Quarantaine à la Base des Forces canadiennes Trenton	MDN/AMC – 1 et 2 vols au Canada	DÉPLOIEMENT TOTAL
[redacted]						

Déploiements de l'EPI de la RNSU :
De janvier au 18 mars 2020

(Remarque : Les mises en quarantaine à Cornwall et à la BFC de Trenton nº 2 sont exclues; les totaux seront évalués à la fin de la mise en quarantaine quand le stock restant sera retourné)

Combinaisons	27,870
Gants de nitrile (paire)	200,000
Écrans faciaux	50,000

[redacted]

[redacted] (PHAC/ASPC)

Expéditrice : [redacted] (PHAC/ASPC)
Envoyé le : 2020-03-20 17:08
Destinataire : [redacted] (PHAC/ASPC)
CC : [redacted]
[redacted] (PHAC/ASPC)
Objet : NESS PPE update - Feb 12 2pm.pptx
Pièces jointes : NESS PPE update - Feb 12 2pm.pptx

[redacted] ,

Pour faire suite à votre demande, veuillez trouver ci-joint une liste des déploiements d'EPI de la RNSU pour la période allant de janvier au 18 mars 2020. C'était plutôt tranquille, avec des demandes de la Chine, de Trenton, d'Ontario, du Yukon et du Manitoba auxquelles nous répondions. Il est à noter que la liste ne comprend pas les EPI déployés à Cornwall, ni ceux pour la deuxième mise en quarantaine à la BFC de Trenton – le matériel a été déplacé d'un site à l'autre, et à la fin de la plus récente mise en quarantaine à Trenton, une partie du matériel sera retournée puis comptabilisée.

Toutefois, nous sommes confrontés à une véritable situation critique aujourd'hui. Nous avons reçu des demandes urgentes de la part du Nunavut, des T.N.-O., de T.-N.-L., de la C.-B. et de Medivac (Nord) pour de l'EPI, principalement pour des N95. Ces demandes, en particulier celles pour des N95, dépassent de loin nos réserves. L'équipe essaye de faire un tri, et des stocks modestes arrivent – mais trop tard. La C.-B. dit qu'elle en manquera d'ici lundi (les autres suivant de près).

L'équipe y travaille, et nous ferons une mise à jour lorsque nous aurons établi une voie à suivre.

[redacted]

Rapport de sensibilisation à la situation
Équipement de protection individuelle et équipement médical liés à la COVID-19
À 17 h, le 20 mars 2020

STOCK DE LA RNSU

- La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) acquiert de l'équipement de protection individuelle (EPI) pour fournir une capacité d'appoint afin de répondre aux demandes des travailleurs de première ligne et des soins de santé FPT.

Stock d'EPI et de ventilateurs de la RNSU

Équipement	Quantité
[redacted]	

APPROVISIONNEMENT

- L'ASPC collabore avec le Comité consultatif F/P/T sur la logistique de l'approvisionnement concerté d'EPI et d'équipement médical.
- L'ASPC collabore activement avec Services publics et Approvisionnement Canada pour gérer l'approvisionnement auprès des fournisseurs d'EPI, évaluer la conformité technique et déterminer les quantités en fonction des besoins immédiats et de la livraison.
- **Le 20 mars, l'ASPC a officialisé un Comité d'examen technique interministériel qui aidera à accélérer l'évaluation des spécifications des produits des fournisseurs.**
- L'ASPC a déterminé qu'il fallait 550 ventilateurs pour appuyer l'intervention des provinces et des territoires.
    - Le 18 mars, un contrat a été attribué pour 200 ventilateurs portatifs. La livraison de 50 unités est prévue la semaine du 1er avril, puis de 50 la semaine suivante.
    - SPAC a finalisé les contrats pour les unités restantes (350). Les livraisons sont prévues d'ici 10 à 16 semaines pour la plupart des unités.

DEMANDE D'AIDE

- L'ASPC traite présentement **quatre** demandes d'aide des provinces et des territoires (T.-N.-L., Nunavut, T.-N.-O. et C.-B.).
    - La demande d'aide pour le Nunavut a été approuvée et l'ASPC coordonne la prestation.

        - L'ASPC examine les demandes de T.-N.-L., des T.N.-O. et de la C.-B. pour diverses fournitures. **Les demandes actuelles de masques N95 dépassent la quantité en stock de la RNSU.**
- L'ASPC prévoit recevoir une demande d'aidre de l'Ontario.
- L'ASPC a également des exigences en matière d'EPI pour le contrôle aux aéroports et aux postes frontaliers terrestres, ainsi que pour les efforts de rapatriement à Trenton.

DONS

- L'ASPC continue de travailler avec des partenaires internationaux pour évaluer et recevoir des dons d'EPI et d'autres fournitures médicales.
- **Dons actifs :**
    - La Jack Ma and the Alibaba Foundation a fait don de 100 000 trousses de dépistage et de 500 000 masques; l'expédition a été organisée.
    - **Ctrip (Chine) fait don de 100 000 masques. L'information logistique a été fournie à l'entreprise.**
    - **Humanwell Health Care (Chine) a offert de faire don de divers EPI et équipements médicaux. La logistique est en cours d'organisation.**

La prochaine mise à jour sera fournie le 21 mars 2020.

RÉSERVE NATIONALE STRATÉGIQUE D'URGENCE (RNSU)

Q1. Est-il vrai que l'Agence de la santé publique du Canada n'a encore mis en circulation aucun équipement de protection individuelle de sa Réserve nationale stratégique d'urgence?

Non, c'est faux. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a mis en circulation des articles de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) pour soutenir les efforts des provinces et territoires en matière de lutte contre la COVID-19. Cette réserve comprend des types d'équipement de protection individuelle spécifiques, comme des masques chirurgicaux, des gants et des respirateurs N95, ainsi que d'autres articles comme des désinfectants et des assainisseurs pour les mains.

La réserve du Canada a toujours offert un soutien dans les cas où une administration serait à court d'équipement en attendant les commandes, et facilite les transferts d'équipement de protection individuelle entre les administrations. En outre, l'ASPC travaille activement avec Services publics et Approvisionnement Canada pour accélérer les commandes d'achat en gros au nom des administrations. Un certain nombre de demandes ont été traitées et d'autres sont en cours. Le gouvernement fédéral s'efforce d'améliorer sa propre réserve afin de répondre aux demandes des provinces ou d'autres partenaires fédéraux qui pourraient également avoir besoin d'équipement.

Q2. Quel est l'état de la réserve en ce qui concerne la quantité et de quelle façon les fournitures seront-elles réparties et distribuées?

La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) n'a pas pour pratique de divulguer des détails sur le type et la quantité spécifiques de fournitures qu'elle détient. La RNSU contient de l'équipement de protection individuelle et des ventilateurs. La répartition et la distribution sont toujours déterminées en fonction des besoins.

En plus des ventilateurs qui ont déjà été achetés et qui sont conservés dans la RNSU, le gouvernement fédéral a passé des contrats pour plus de 600 ventilateurs et s'efforce également de soutenir l'acquisition de ventilateurs supplémentaires en réponse aux demandes des provinces et territoires. La demande de ventilateurs à l'échelle internationale est élevée et le gouvernement poursuit diverses stratégies d'achat pour augmenter le nombre de ventilateurs disponibles au cas où il serait nécessaire d'augmenter l'offre existante à court terme.

Q3. Quels ajustements, le cas échéant, ont été apportés aux niveaux de la quantité de fournitures de la RNSU après l'identification de l'épidémie à Wuhan?

Les commandes d'EPI et de fournitures médicales ont été passées très tôt par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour augmenter leurs réserves existantes.

Q4. Des efforts sont-ils déployés en ce moment pour augmenter la quantité de fournitures dans les réserves?

Le gouvernement du Canada travaille en étroite collaboration avec ses homologues provinciaux et territoriaux pour planifier l'approvisionnement adéquat en ventilateurs.

Le gouvernement utilise plusieurs stratégies pour planifier les besoins en ressources, notamment en examinant la dynamique de l'épidémie (p. ex., combien de personnes sont infectées, les groupes d'âge touchés et d'autres caractéristiques de la population) ainsi que l'incidence des interventions de santé publique (p. ex., l'éloignement physique) sur les tendances

observées.

Selon les données scientifiques disponibles à ce jour, environ 80 % des cas de COVID-19 sont relativement bénins et peuvent être traités à domicile. Toutefois, un pourcentage plus faible de personnes pourraient avoir besoin de soins médicaux et d'être hospitalisées. Dans les cas les plus graves, une respiration assistée par un ventilateur peut être nécessaire.

En plus des ventilateurs qui ont déjà été achetés et qui sont conservés dans la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU), le gouvernement fédéral a conclu des contrats pour plus de 600 ventilateurs et s'efforce également de soutenir l'acquisition de ventilateurs supplémentaires en réponse aux demandes des provinces et territoires. La demande de ventilateurs à l'échelle internationale est élevée et le gouvernement poursuit diverses stratégies d'achat pour augmenter le nombre de ventilateurs disponibles au cas où il serait nécessaire d'augmenter l'offre existante à court terme.

Il existe également un accord d'assistance mutuelle entre les provinces et les territoires en cas de besoin de ventilateurs, voire de personnel ou d'autres ressources, d'une province à l'autre.

Q5. Un avis récent sur le site Achatsetventes.gc.ca se voulait-il un appel pour trouver des fournisseurs supplémentaires pour la RNSU?

Le gouvernement du Canada explore toutes les possibilités de garantir la disponibilité de fournitures médicales, y compris l'équipement de protection individuelle (EPI), afin de se préparer et de répondre à l'éclosion de COVID-19.

L'avis qui a été publié sur le site Achatsetventes.gc.ca pour trouver des fournisseurs supplémentaires profitera aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, y compris à la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).

Vous trouverez davantage de renseignements sur les mesures prises par le gouvernement du Canada ici.

Q6. L'ASPC doit-elle lancer un appel d'offres pour réapprovisionner la RNSU ou peut-elle utiliser la règle d'urgence pour acheter directement des fournisseurs?

L'ASPC respecte les lois, les politiques et les lignes directrices appropriées en ce qui concerne l'approvisionnement en fournitures ou en biens pour la RNSU. Des pratiques d'approvisionnement concurrentielles, comme le recours à des ententes d'approvisionnement établies ou à des demandes de propositions, sont couramment utilisées pour accéder à la chaîne d'approvisionnement.
Le 14 mars 2020, l'ASPC a demandé et obtenu une exception au titre de la sécurité nationale pour l'acquisition de biens et services requis par le gouvernement du Canada pour répondre à l'éclosion de COVID-19. Grâce à cette autorisation, l'ASPC ne sera pas tenue de lancer un appel d'offres pour réapprovisionner la RNSU et travaillera avec Services publics et Approvisionnement Canada pour déterminer la meilleure stratégie d'approvisionnement.

Q7. Qu'est-ce qui a changé depuis le rapport d'évaluation de la RNSU de 2011?

Depuis l'évaluation de 2011, la RNSU a évolué pour mieux s'adapter à l'environnement du risque en constante évolution et investit dans des actifs stratégiques, comme des contre-mesures médicales et des mini-cliniques, afin d'améliorer la capacité de l'Agence à

répondre aux demandes de soutien en matière de mobilisation lors d'urgences sanitaires. En outre, nous avons accru notre engagement auprès des partenaires provinciaux et territoriaux, et d'autres intervenants, afin de mieux faire connaître les capacités de la RNSU.

Q8. L'utilisation de dispositifs médicaux imprimés en 3D sera-t-elle autorisée pour pallier les pénuries d'approvisionnement au Canada pendant cette pandémie?

Santé Canada est conscient que des groupes au Canada et dans d'autres pays (p. ex., le Royaume-Uni, les États-Unis, l'Italie, la Chine) peuvent utiliser diverses techniques de fabrication pour résoudre certains problèmes d'approvisionnement.

Santé Canada, en collaboration avec d'autres organisations fédérales et le secteur privé, facilite l'évaluation de la capacité d'impression 3D existante au Canada et aidera à déterminer les prochaines étapes possibles pour augmenter la capacité là où cela s'avère nécessaire.

Il est important de prendre note que Santé Canada reste l'autorité réglementaire pour tous les dispositifs médicaux destinés à être vendus ou importés et qu'elle dispose de processus dédiés pour évaluer rapidement la sécurité, l'efficacité et la qualité des dispositifs médicaux fabriqués pour intervenir dans le contexte de la COVID-19, y compris ceux fabriqués au moyen de l'impression 3D.

Santé Canada a fait appel à son réseau d'impression 3D de confiance dans l'industrie des dispositifs médicaux, les hôpitaux, les universités, les collèges et les installations de fabrication industrielles. En date du 20 mars, nous avons reçu des réponses de 34 organisations ayant une expérience de l'impression 3D et qui sont prêtes à nous aider.

Q9. Des préoccupations ont-elles été soulevées quant au fait que ces articles soient produits sans les contrôles de qualité ou les processus de certification habituels?

Les dispositifs médicaux vendus, importés ou distribués au Canada doivent répondre aux exigences réglementaires de sécurité, d'efficacité et de qualité du *Règlement sur les dispositifs médicaux* ou de l'arrêté d'urgence dans le cas des dispositifs liés à la COVID-19. Ces dispositifs réglementés comprennent les dispositifs médicaux fabriqués au moyen de l'impression 3D. Santé Canada est l'autorité réglementaire responsable de tous les dispositifs médicaux et dispose de processus spécialisés pour évaluer rapidement la sécurité, l'efficacité et la qualité des dispositifs médicaux fabriqués aux fins d'intervention dans le contexte de la COVID-19.

Il existe des risques si des dispositifs comme des équipements de protection individuelle sont de qualité inférieure et sont jugés insuffisants pour protéger correctement les patients et les travailleurs de la santé. Nous travaillons avec des fabricants de dispositifs médicaux conventionnels et des organisations d'impression 3D certifiées afin qu'ils connaissent les spécifications et la qualité des dispositifs requis pour que les Canadiens puissent avoir accès en temps voulu à des dispositifs médicaux sûrs, efficaces et de haute qualité.

Attribution des ressources qui se font rares
COVID-19 – Stratégie d'intervention provisoire

CONTEXTE

Le gouvernement fédéral s'associe aux gouvernements des provinces et des territoires dans le cadre de processus d'approvisionnement communs. Le présent plan opérationnel d'attribution décrit les principes, la portée, les documents de référence pour une utilisation juste et optimale de l'équipement de protection individuelle (EPI), un concept des opérations, et les considérations opérationnelles, en ce qui concerne les dons.

PRINCIPES

Voici les considérations liées à l'éthique :

- **Ouverture et transparence :** En ce qui concerne le stock actuel (fédéral, provincial et territorial), l'utilisation (taux d'épuisement), les pénuries, les achats, la livraison et la distribution. En ce qui concerne toute commande, la transparence relativement à l'inclusion dans les commandes d'articles à l'intention de travailleurs de la santé qui ne sont pas en première ligne, et la période estimative couverte par chaque commande (3 mois, 6 mois, 12 mois ou plus). Ce principe est sujet à la disponibilité des données pertinentes.
- **Intendance :** On s'attend à ce que les provinces et les territoires encouragent l'utilisation judicieuse et appropriée de l'EPI et le recours à des solutions de rechange viables.
- **Confiance et solidarité :** Les recommandations quant à l'attribution des ressources reposent sur la confiance et les relations, se caractérisant par l'ouverture dans les communications et la collaboration, et par la nécessité de veiller à ce que toutes les provinces et tous les territoires aient accès aux ressources qui se font rares.
- **Équité, justice et raison :** Par l'application de critères pour la détermination de l'ordre de priorité (p. ex. attribution par habitant, caractère immédiat du besoin, considérations démographiques, considérations géographiques et intensité de la propagation).
- **Réciprocité/réattribution :** Si la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) – ne répond pas aux besoins différents/critiques dans les provinces et les territoires, leurs gouvernements pourront utiliser le Protocole d'entente (PE) fédéral, provincial et territorial sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique pour demander de l'aide et répondre aux demandes les uns des autres dans la mesure du possible. Le protocole d'entente stipule explicitement que « la prestation de l'aide ne mettra pas en péril ni ne limitera de façon alarmante la capacité de la santé publique de tout gouvernement fournissant l'aide ».

On s'attend à ce que les provinces et les territoires fournissent l'EPI approprié à leurs collectivités et organisations autochtones respectives, conformément aux mesures d'allocation et aux lignes directrices en place dans leurs domaines de compétence.

PORTÉE

La présente approche orientera les décisions sur l'attribution des ressources pour la lutte contre la COVID-19 au Canada, et pourrait être modifiée selon l'évolution de la situation.

La portée immédiate s'étend à l'EPI comme les gants, les masques, les visières de protection et les tenues de protection.

Des processus distincts existent ou sont en train d'être créés pour les diagnostics et l'équipement spécialisé comme les ventilateurs.

UTILISATION OPTIMALE DE L'EPI

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) reconnaissent qu'il faut miser sur l'éventail complet des mesures de protection pour réduire au minimum les risques d'exposition à la COVID-19 et de transmission de la COVID-19, et s'y engagent. Cela suppose d'avoir recours à des mesures d'ingénierie (conception des milieux de travail), à des mesures administratives (politiques, procédures et programmes de prévention et de contrôle des infections), et à l'EPI – y compris des technologies et des processus pour étendre l'utilisation de l'EPI.

Des directives générales ont été fournies à l'appui d'une application particulière dans chaque province ou territoire :

- Prévention et contrôle de la maladie à coronavirus (COVID-19) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs – Ce document a été élaboré par le Comité consultatif national sur la prévention et le contrôle des infections de l'ASPC. L'approche cadre avec les lignes directrices de l'OMS et a été approuvée par le Comité consultatif spécial FPT sur la COVID-19.
    - https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html#a4

- Lignes directrices de l'OMS : Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) [utilisation rationnelle de l'équipement de protection individuelle pour la maladie à coronavirus 2019 – en anglais seulement]
    - https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf

Étant donné la disponibilité limitée des produits, certaines provinces et certains territoires pourraient devoir envisager d'utiliser des produits de remplacement, comme différents types de respirateurs N95. Santé Canada a publié des conseils sur l'optimisation de l'utilisation des masques et des respirateurs pendant l'éclosion de COVID-19. On y trouve entre autres des directives sur l'utilisation des masques et des respirateurs N95 périmés, ainsi que des

directives sur l'utilisation des appareils respiratoires de qualité commerciale à des fins médicales.

- Optimiser l'utilisation des masques et des respirateurs lors de l'épidémie de la COVID-19
    - https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/instruments-medicaux/covid19-masques-respirateurs.html

En raison de la disponibilité limitée de ces produits, on encourage les provinces et les territoires à envisager des solutions de rechange, et le gouvernement fédéral fournira des produits de remplacement adéquats dans la mesure du possible lorsque le produit voulu n'est pas disponible.

CONCEPT DES OPÉRATIONS

Les gouvernements FPT ont cerné des besoins immédiats et à long terme. Le gouvernement fédéral a établi de nouveaux processus accélérés d'approvisionnement. Les provinces et les territoires reçoivent chaque jour des mises à jour sur la situation à cet égard.

En plus des provinces et territoires qui ont demandé à se joindre aux efforts du gouvernement fédéral en matière d'approvisionnement, ce dernier a également cherché de manière proactive à acheter des fournitures. Le gouvernement continuera de passer des commandes au nom de toutes les provinces et tous les territoires. Les provinces et les territoires peuvent continuer de l'informer des produits dont ils ont besoin et des quantités souhaitées.

Nous prévoyons que les livraisons commenceront la semaine du 30 mars 2020, sous réserve de l'approvisionnement mondial, des calendriers de production des entreprises et de considérations logistiques. Les commandes livrées au Canada s'échelonneront sur une certaine période, et la distribution dépendra de la disponibilité des produits, de l'attribution par habitant et de l'augmentation soudaine des besoins immédiats.

L'approche proposée favorisera une distribution rapide des produits, grâce à une attribution par habitant calculée au moyen d'une formule, la capacité de pointe étant conservée dans la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU). Les produits de la réserve pourront ultérieurement être acheminés pour remédier aux pénuries critiques signalées par les provinces et les territoires.

Si la RNSU n'est pas en mesure de satisfaire les besoins urgents et immédiats, les provinces et les territoires pourront utiliser le Protocole d'entente (PE) fédéral, provincial et territorial sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique pour demander de l'aide et répondre aux demandes dans la mesure du possible.

Plus précisément :

Il y aura une transparence complète à l'égard de l'approvisionnement, des commandes, de la livraison et de la distribution. Les provinces et les territoires seront informés de l'attribution des produits de manière transparente et ouverte. Cela comprendra l'approvisionnement en produits de remplacement adéquats et la livraison de ceux-ci.

À mesure que les produits seront prêts à être livrés :

- 80 % seront remis aux provinces et aux territoires en fonction du nombre d'habitants;
- 20 % seront envoyés à la RNSU.

Voir le tableau à l'annexe A.

L'attribution de ressources à la RNSU aurait pour objet :

- de favoriser l'intervention en période de pointe et l'attribution ciblée pour les provinces et les territoires qui doivent répondre à des besoins critiques;
- de fournir un soutien supplémentaire aux territoires selon un modèle « par habitant plus » où l'Agence de la santé publique du Canada travaille avec chaque gouvernement territorial pour déterminer un montant approprié en fonction des besoins;
- de constituer une capacité d'intervention fédérale en période de pointe, y compris pour Services aux Autochtones Canada et Service correctionnel Canada;
- d'offrir un peu de souplesse pour faire face aux événements imprévus.

L'attribution de 20 % des ressources à la RNSU pourrait être modifiée en fonction de l'évolution de la situation. L'objectif est d'assurer une répartition rapide et équitable des ressources, et non de constituer une réserve. Des renseignements sur la marche à suivre pour présenter une demande d'aide à la RNSU figurent à l'annexe B.

Dans le cas où la capacité d'intervention en période de pointe de 20 % ne serait pas suffisante pour répondre aux demandes d'aide, le Protocole d'entente (PE) fédéral, provincial et territorial sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique et le Cadre de travail opérationnel d'aide pour des demandes d'aide mutuelle (CTODAM) offrent aux gouvernements FPT un mécanisme de partage des ressources au sein du Canada.

Dans l'éventualité où les ressources de la RNSU seraient limitées, l'ASPC pourrait favoriser l'aide mutuelle entre les partenaires FPT, à l'aide d'un processus simplifié (selon lequel l'échange n'exigerait pas le dépôt d'une demande officielle par une province ou un territoire, mais plutôt un appel immédiat de la part de l'ASPC au nom des provinces et territoires).

Logistique/mise en place préalable

Les voies d'établissement et de transport de la capacité d'intervention en période de pointe peuvent être limitées, notamment dans les collectivités éloignées, isolées et nordiques du Canada. L'ASPC peut, en collaboration avec les provinces et les territoires, procéder à la

mise en place préalable des mesures de soutien pour permettre l'accès rapide aux produits et la distribution en temps opportun des fournitures nécessaires.

L'ASPC travaillera avec les provinces et les territoires sur les questions de logistique comme l'expédition, et possiblement sur l'entreposage de produits pour le compte d'un gouvernement, dans l'éventualité où la livraison immédiate ne serait pas pratique. L'ASPC pourrait offrir des solutions de rechange viables.

DONS

L'Agence de la santé publique du Canada reçoit des dons d'EPI. Après que la qualité des articles ait été vérifiée, ils seront distribués en fonction de la Formule d'attribution.

Annexe A : Formule d'attribution

Quantité totale de « produit X » livrée	**20 000**
20 % pour la RNSU – capacité de pointe*	4 000
Distribution aux provinces et aux territoires	16 000

Province, territoire	**Pourcentage de la population**	**Quantité**
Terre-Neuve-et-Labrador	1,38 %	221
Île-du-Prince-Édouard	0,42 %	67
Nouvelle-Écosse	2,58 %	413
Nouveau-Brunswick	2,06 %	330
Québec	22,55 %	3 608
Ontario	38,79 %	6 206
Manitoba	3,64 %	582
Saskatchewan	3,12 %	499
Alberta	11,63 %	1 861
Colombie-Britannique	13,51 %	2 162
Yukon	0,11 %	18
Territoires du Nord-Ouest	0,12 %	19
Nunavut	0,10 %	16

*pour distribution ultérieure

Annexe B – Directives sur la présentation d'une demande d'aide à la RNSU

Notification

Les provinces et territoires doivent informer l'ASPC de leurs besoins critiques le plus tôt possible, idéalement pas moins de trois à quatre semaines avant l'épuisement de leurs réserves. Les provinces et territoires doivent également fournir de l'information sur les réserves actuelles et les taux d'utilisation pour qu'il soit possible de gérer l'attribution des ressources de façon efficace.

Modèle d'attribution

La RNSU utilisera un modèle prudent, adapté aux situations de crise, pour attribuer les ressources dont elle dispose, afin de se concentrer sur les besoins imminents des partenaires du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires. Ce modèle permettra une attribution utilitaire des ressources liées au domaine de la santé qui sont limitées. Cela signifie que les demandes d'aide fédérale seront classées par ordre de priorité en fonction de l'urgence du besoin et que les demandes d'aide seront triées et traitées en fonction de la disponibilité du matériel demandé dans la RNSU.

Les critères utilisés pour l'établissement des priorités sont les suivants :

- la disponibilité du matériel demandé;
- si la demande d'aide fédérale est liée à la COVID-19 ou à une intervention active en matière de santé;
- si le matériel demandé est destiné à des activités axées sur les clients ou aux travailleurs de la santé de première ligne;
- si les provinces et les territoires ont envisagé toutes les autres options possibles, y compris d'utiliser toutes leurs réserves, et s'ils ont épuisé toutes les options en matière d'approvisionnement qui s'offraient à eux.

Au cours de cette période, il est possible que la RNSU attribue du matériel pour une période plus courte que celle qui est demandée, jusqu'à un maximum de deux semaines de matériel et/ou jusqu'à un maximum de 10 % des réserves, afin de soutenir le déploiement stratégique des ressources existantes tout au long de l'évolution de la crise. Cela pourrait comprendre le traitement partiel des demandes d'aide et l'échelonnement des réponses à de multiples demandes simultanées. Veuillez noter que l'ASPC fera un suivi hebdomadaire auprès des organisations dont la demande d'aide fédérale aura été refusée ou partiellement traitée, en fonction de la disponibilité du matériel demandé et pour vérifier dans quelle mesure les besoins de l'organisation en cause ont changé.

De plus, si la RNSU n'est pas en mesure de traiter intégralement une demande d'aide fédérale, les provinces et les territoires seront invités à examiner toutes les ententes d'aide mutuelle qu'ils ont conclues avec les provinces et les territoires voisins, à informer le Comité consultatif de la logistique des lacunes critiques en matière d'approvisionnement, et à adopter un plan d'attribution des ressources qui se font rares.

Attribution des ressources qui se font rares
COVID-19 – Stratégie d'intervention provisoire

Critères provisoires pour l'établissement des priorités

- La demande d'aide fédérale appuie-t-elle une intervention active liée à la COVID-19 ou une intervention active en matière de santé?
- Le demandeur a-t-il épuisé ses propres réserves?
- Le demandeur a-t-il épuisé tous les mécanismes d'approvisionnement qui s'offraient à lui?
- Le demandeur a-t-il envisagé de réattribuer les ressources dans son réseau pour répondre à ses besoins?

Questions pour les provinces et les territoires

- Le demandeur a-t-il exploré toutes les ententes conclues avec les provinces et les territoires voisins et/ou les ententes d'aide mutuelle transfrontalières?
- Le demandeur est-il situé au nord ou au sud du 60e parallèle?
- S'il est situé au nord du 60e parallèle :
    - Le demandeur est-il à moins de deux semaines d'un point critique en ce qui concerne ses réserves?
- S'il est situé au sud du 60e parallèle :
    - Le demandeur est-il à moins d'une semaine d'un point critique en ce qui concerne ses réserves?

On entend par « point critique » le moment auquel la prestation des services de santé sera **gravement** touchée en raison d'une pénurie critique du matériel demandé.

Exigences relatives aux essais pour les masques et les écouvillons pour les tests

MESSAGES CLÉS

- Les tests sont une exigence permanente pour les produits achetés et pour l'équipement de protection individuelle et d'autres matériels médicaux reçus en don. Par conséquent, l'ASPC utilise plusieurs méthodes en parallèle, puisque le processus d'évaluation technique varie en fonction de l'instrument médical.

- En attendant la mise en place d'une solution nationale, nous envoyons les masques N95 et KN95 [redacted] pour les essais et les masques chirurgicaux et les jaquettes à [redacted] Les Forces armées canadiennes aident à accélérer le processus et à finaliser le processus d'essai.

- Les écouvillons pour les tests sont distribués directement aux laboratoires de santé publique des P/T. À l'arrivée au Canada, l'ASPC effectue une inspection visuelle sur les lieux et transmet des échantillons au LNM pour ses dossiers.

- Lors de la livraison, on classe les matériels et on dresse l'inventaire et, selon les besoins, on prélève des échantillons pour les tests dans un délai de 24 heures à compter de l'heure d'arrivée en fonction de la quantité de matériels reçus et du temps nécessaire pour le processus de triage.

- Le processus de l'arrivée de l'avion à la fin du processus d'essai nécessite entre 48 et 72 heures

- En même temps, on prépare les expéditions pour les provinces et territoires pour pouvoir expédier les matériels dès la fin du processus d'essai.

Messages supplémentaires

Masques N95/KN95

- Les tests comportent une inspection visuelle pour déterminer les défauts de conception et de fabrication et les masques sont mis à l'essai pour vérifier si le débit, la baisse de pression et la pénétration sont conformes aux spécifications techniques pour les masques respirateurs filtrants.
- Le masque KN95 est une solution de rechange pertinente au respirateur N95 approuvé par le NIOSH et est soumis au même processus d'essai lorsque les étiquettes et l'accréditation ne sont pas disponibles.
- Les tests sont effectués [redacted] le cas échéant. En outre, on établit une capacité à l'échelle nationale : environnement actuel :
    - L'ASPC et le CNR ont commandé l'équipement d'essai à [redacted] aux États-Unis. La date de livraison doit être confirmée et, après la livraison, un jour est nécessaire pour configurer et calibrer l'équipement.
    - En outre, le CNR met en œuvre un système de test et on devrait pouvoir effectuer les tests à partir du 9 avril.

Masques chirurgicaux

- Les masques chirurgicaux font l'objet de tests de résistance aux fluides et de résistance respiratoire pour s'assurer qu'ils fonctionnent adéquatement.
- Le cas échéant, on envoie les masques chirurgicaux à [redacted] pour les tests et on vérifie d'autres installations d'essai au Canada [redacted]

Jaquettes

- Le cas échéant, les jaquettes font l'objet de tests de résistance aux fluides. Aussi, on envoie les jaquettes à [redacted] pour les tests et on vérifie d'autres installations d'essai au Canada [redacted]

Écouvillons pour les tests

- L'ASPC effectue une inspection visuelle pour la couleur ou la contamination grossière avant de distribuer les écouvillons aux P/T.
- Les écouvillons pour les tests sont distribués aux laboratoires de santé publique des P/T par [redacted]

Attribution des ressources qui se font rares
COVID-19 – Stratégie d'intervention provisoire

CONTEXTE

Le gouvernement fédéral s'associe aux gouvernements des provinces et des territoires dans le cadre de processus d'approvisionnement communs. Le présent plan opérationnel d'attribution décrit les principes, la portée, les documents de référence pour une utilisation juste et optimale de l'équipement de protection individuelle (EPI), un concept des opérations, et les considérations opérationnelles, en ce qui concerne les dons.

PRINCIPES

Voici les considérations liées à l'éthique :

- **Ouverture et transparence :** En ce qui concerne le stock actuel (fédéral, provincial et territorial), l'utilisation (taux d'épuisement), les pénuries, les achats, la livraison et la distribution. En ce qui concerne toute commande, la transparence relativement à l'inclusion dans les commandes d'articles à l'intention de travailleurs de la santé qui ne sont pas en première ligne, et la période estimative couverte par chaque commande (3 mois, 6 mois, 12 mois ou plus). Ce principe est sujet à la disponibilité des données pertinentes.
- **Intendance :** On s'attend à ce que les provinces et les territoires encouragent l'utilisation judicieuse et appropriée de l'EPI et le recours à des solutions de rechange viables.
- **Confiance et solidarité :** Les recommandations quant à l'attribution des ressources reposent sur la confiance et les relations, se caractérisant par l'ouverture dans les communications et la collaboration, et par la nécessité de veiller à ce que toutes les provinces et tous les territoires aient accès aux ressources qui se font rares.
- **Équité, justice et raison :** Par l'application de critères pour la détermination de l'ordre de priorité (p. ex. attribution par habitant, caractère immédiat du besoin, considérations démographiques, considérations géographiques et intensité de la propagation).
- **Réciprocité/réattribution :** Si la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) – ne répond pas aux besoins différents/critiques dans les provinces et les territoires, leurs gouvernements pourront utiliser le Protocole d'entente (PE) fédéral, provincial et territorial sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique pour demander de l'aide et répondre aux demandes les uns des autres dans la mesure du possible. Le protocole d'entente stipule explicitement que « la prestation de l'aide ne mettra pas en péril ni ne limitera de façon alarmante la capacité de la santé publique de tout gouvernement fournissant l'aide ».

On s'attend à ce que les provinces et les territoires fournissent l'EPI approprié à leurs collectivités et organisations autochtones respectives, conformément aux mesures d'allocation et aux lignes directrices en place dans leurs domaines de compétence.

PORTÉE

La présente approche orientera les décisions sur l'attribution des ressources pour la lutte contre la COVID-19 au Canada, et pourrait être modifiée selon l'évolution de la situation.

La portée immédiate s'étend à l'EPI comme les gants, les masques, les visières de protection et les tenues de protection.

Des processus distincts existent ou sont en train d'être créés pour les diagnostics et l'équipement spécialisé comme les ventilateurs.

UTILISATION OPTIMALE DE L'EPI

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) reconnaissent qu'il faut miser sur l'éventail complet des mesures de protection pour réduire au minimum les risques d'exposition à la COVID-19 et de transmission de la COVID-19, et s'y engagent. Cela suppose d'avoir recours à des mesures d'ingénierie (conception des milieux de travail), à des mesures administratives (politiques, procédures et programmes de prévention et de contrôle des infections), et à l'EPI – y compris des technologies et des processus pour étendre l'utilisation de l'EPI.

Des directives générales ont été fournies à l'appui d'une application particulière dans chaque province ou territoire :

- Prévention et contrôle de la maladie à coronavirus (COVID-19) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs – Ce document a été élaboré par le Comité consultatif national sur la prévention et le contrôle des infections de l'ASPC. L'approche cadre avec les lignes directrices de l'OMS et a été approuvée par le Comité consultatif spécial FPT sur la COVID-19.
    - https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html#a4

- Lignes directrices de l'OMS : Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) [utilisation rationnelle de l'équipement de protection individuelle pour la maladie à coronavirus 2019 – en anglais seulement]
    - https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf

Étant donné la disponibilité limitée des produits, certaines provinces et certains territoires pourraient devoir envisager d'utiliser des produits de remplacement, comme différents types de respirateurs N95. Santé Canada a publié des conseils sur l'optimisation de l'utilisation des masques et des respirateurs pendant l'éclosion de COVID-19. On y trouve entre autres des directives sur l'utilisation des masques et des respirateurs N95 périmés, ainsi que des

directives sur l'utilisation des appareils respiratoires de qualité commerciale à des fins médicales.

- Optimiser l'utilisation des masques et des respirateurs lors de l'épidémie de la COVID-19
    - https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/instruments-medicaux/covid19-masques-respirateurs.html

En raison de la disponibilité limitée de ces produits, on encourage les provinces et les territoires à envisager des solutions de rechange, et le gouvernement fédéral fournira des produits de remplacement adéquats dans la mesure du possible lorsque le produit voulu n'est pas disponible.

CONCEPT DES OPÉRATIONS

Les gouvernements FPT ont cerné des besoins immédiats et à long terme. Le gouvernement fédéral a établi de nouveaux processus accélérés d'approvisionnement. Les provinces et les territoires reçoivent chaque jour des mises à jour sur la situation à cet égard.

En plus des provinces et territoires qui ont demandé à se joindre aux efforts du gouvernement fédéral en matière d'approvisionnement, ce dernier a également cherché de manière proactive à acheter des fournitures. Le gouvernement continuera de passer des commandes au nom de toutes les provinces et tous les territoires. Les provinces et les territoires peuvent continuer de l'informer des produits dont ils ont besoin et des quantités souhaitées.

Nous prévoyons que les livraisons commenceront la semaine du 30 mars 2020, sous réserve de l'approvisionnement mondial, des calendriers de production des entreprises et de considérations logistiques. Les commandes livrées au Canada s'échelonneront sur une certaine période, et la distribution dépendra de la disponibilité des produits, de l'attribution par habitant et de l'augmentation soudaine des besoins immédiats.

L'approche proposée favorisera une distribution rapide des produits, grâce à une attribution par habitant calculée au moyen d'une formule, la capacité de pointe étant conservée dans la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU). Les produits de la réserve pourront ultérieurement être acheminés pour remédier aux pénuries critiques signalées par les provinces et les territoires.

Si la RNSU n'est pas en mesure de satisfaire les besoins urgents et immédiats, les provinces et les territoires pourront utiliser le Protocole d'entente (PE) fédéral, provincial et territorial sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique pour demander de l'aide et répondre aux demandes dans la mesure du possible.

Plus précisément :

Il y aura une transparence complète à l'égard de l'approvisionnement, des commandes, de la livraison et de la distribution. Les provinces et les territoires seront informés de l'attribution des produits de manière transparente et ouverte. Cela comprendra l'approvisionnement en produits de remplacement adéquats et la livraison de ceux-ci.

À mesure que les produits seront prêts à être livrés :

- 80 % seront remis aux provinces et aux territoires en fonction du nombre d'habitants;
- 20 % seront envoyés à la RNSU.

Voir le tableau à l'annexe A.

L'attribution de ressources à la RNSU aurait pour objet :

- de favoriser l'intervention en période de pointe et l'attribution ciblée pour les provinces et les territoires qui doivent répondre à des besoins critiques;
- de fournir un soutien supplémentaire aux territoires selon un modèle « par habitant plus » où l'Agence de la santé publique du Canada travaille avec chaque gouvernement territorial pour déterminer un montant approprié en fonction des besoins;
- de constituer une capacité d'intervention fédérale en période de pointe, y compris pour Services aux Autochtones Canada et Service correctionnel Canada;
- d'offrir un peu de souplesse pour faire face aux événements imprévus.

L'attribution de 20 % des ressources à la RNSU pourrait être modifiée en fonction de l'évolution de la situation. L'objectif est d'assurer une répartition rapide et équitable des ressources, et non de constituer une réserve. Des renseignements sur la marche à suivre pour présenter une demande d'aide à la RNSU figurent à l'annexe B.

Dans le cas où la capacité d'intervention en période de pointe de 20 % ne serait pas suffisante pour répondre aux demandes d'aide, le Protocole d'entente (PE) fédéral, provincial et territorial sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique et le Cadre de travail opérationnel d'aide pour des demandes d'aide mutuelle (CTODAM) offrent aux gouvernements FPT un mécanisme de partage des ressources au sein du Canada.

Dans l'éventualité où les ressources de la RNSU seraient limitées, l'ASPC pourrait favoriser l'aide mutuelle entre les partenaires FPT, à l'aide d'un processus simplifié (selon lequel l'échange n'exigerait pas le dépôt d'une demande officielle par une province ou un territoire, mais plutôt un appel immédiat de la part de l'ASPC au nom des provinces et territoires).

Logistique/mise en place préalable

Les voies d'établissement et de transport de la capacité d'intervention en période de pointe peuvent être limitées, notamment dans les collectivités éloignées, isolées et nordiques du Canada. L'ASPC peut, en collaboration avec les provinces et les territoires, procéder à la

mise en place préalable des mesures de soutien pour permettre l'accès rapide aux produits et la distribution en temps opportun des fournitures nécessaires.

L'ASPC travaillera avec les provinces et les territoires sur les questions de logistique comme l'expédition, et possiblement sur l'entreposage de produits pour le compte d'un gouvernement, dans l'éventualité où la livraison immédiate ne serait pas pratique. L'ASPC pourrait offrir des solutions de rechange viables.

DONS

L'Agence de la santé publique du Canada reçoit des dons d'EPI. Après que la qualité des articles ait été vérifiée, ils seront distribués en fonction de la Formule d'attribution.

Annexe A : Formule d'attribution

Quantité totale de « produit X » livrée	**20 000**	
20 % pour la RNSU – capacité de pointe*	4 000	
Distribution aux provinces et aux territoires	16 000	
Province, territoire	**Pourcentage de la population**	**Quantité**
Terre-Neuve-et-Labrador	1,38 %	221
Île-du-Prince-Édouard	0,42 %	67
Nouvelle-Écosse	2,58 %	413
Nouveau-Brunswick	2,06 %	330
Québec	22,55 %	3 608
Ontario	38,79 %	6 206
Manitoba	3,64 %	582
Saskatchewan	3,12 %	499
Alberta	11,63 %	1 861
Colombie-Britannique	13,51 %	2 162
Yukon	0,11 %	18
Territoires du Nord-Ouest	0,12 %	19
Nunavut	0,10 %	16

*pour distribution ultérieure

Annexe B – Directives sur la présentation d'une demande d'aide à la RNSU

Notification

Les provinces et territoires doivent informer l'ASPC de leurs besoins critiques le plus tôt possible, idéalement pas moins de trois à quatre semaines avant l'épuisement de leurs réserves. Les provinces et territoires doivent également fournir de l'information sur les réserves actuelles et les taux d'utilisation pour qu'il soit possible de gérer l'attribution des ressources de façon efficace.

Modèle d'attribution

La RNSU utilisera un modèle prudent, adapté aux situations de crise, pour attribuer les ressources dont elle dispose, afin de se concentrer sur les besoins imminents des partenaires du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires. Ce modèle permettra une attribution utilitaire des ressources liées au domaine de la santé qui sont limitées. Cela signifie que les demandes d'aide fédérale seront classées par ordre de priorité en fonction de l'urgence du besoin et que les demandes d'aide seront triées et traitées en fonction de la disponibilité du matériel demandé dans la RNSU.

Les critères utilisés pour l'établissement des priorités sont les suivants :

- la disponibilité du matériel demandé;
- si la demande d'aide fédérale est liée à la COVID-19 ou à une intervention active en matière de santé;
- si le matériel demandé est destiné à des activités axées sur les clients ou aux travailleurs de la santé de première ligne;
- si les provinces et les territoires ont envisagé toutes les autres options possibles, y compris d'utiliser toutes leurs réserves, et s'ils ont épuisé toutes les options en matière d'approvisionnement qui s'offraient à eux.

Au cours de cette période, il est possible que la RNSU attribue du matériel pour une période plus courte que celle qui est demandée, jusqu'à un maximum de deux semaines de matériel et/ou jusqu'à un maximum de 10 % des réserves, afin de soutenir le déploiement stratégique des ressources existantes tout au long de l'évolution de la crise. Cela pourrait comprendre le traitement partiel des demandes d'aide et l'échelonnement des réponses à de multiples demandes simultanées. Veuillez noter que l'ASPC fera un suivi hebdomadaire auprès des organisations dont la demande d'aide fédérale aura été refusée ou partiellement traitée, en fonction de la disponibilité du matériel demandé et pour vérifier dans quelle mesure les besoins de l'organisation en cause ont changé.

De plus, si la RNSU n'est pas en mesure de traiter intégralement une demande d'aide fédérale, les provinces et les territoires seront invités à examiner toutes les ententes d'aide mutuelle qu'ils ont conclues avec les provinces et les territoires voisins, à informer le Comité consultatif de la logistique des lacunes critiques en matière d'approvisionnement, et à adopter un plan d'attribution des ressources qui se font rares.

Attribution des ressources qui se font rares
COVID-19 – Stratégie d'intervention provisoire

Critères provisoires pour l'établissement des priorités

- La demande d'aide fédérale appuie-t-elle une intervention active liée à la COVID-19 ou une intervention active en matière de santé?
- Le demandeur a-t-il épuisé ses propres réserves?
- Le demandeur a-t-il épuisé tous les mécanismes d'approvisionnement qui s'offraient à lui?
- Le demandeur a-t-il envisagé de réattribuer les ressources dans son réseau pour répondre à ses besoins?

Questions pour les provinces et les territoires

- Le demandeur a-t-il exploré toutes les ententes conclues avec les provinces et les territoires voisins et/ou les ententes d'aide mutuelle transfrontalières?
- Le demandeur est-il situé au nord ou au sud du 60e parallèle?
- S'il est situé au nord du 60e parallèle :
    - Le demandeur est-il à moins de deux semaines d'un point critique en ce qui concerne ses réserves?
- S'il est situé au sud du 60e parallèle :
    - Le demandeur est-il à moins d'une semaine d'un point critique en ce qui concerne ses réserves?

On entend par « point critique » le moment auquel la prestation des services de santé sera **gravement** touchée en raison d'une pénurie critique du matériel demandé.

10. *Système de la réserve nationale d'urgence*

Question

Le *Système de la réserve nationale d'urgence* (SRNU) est une réserve de produits pharmaceutiques, de matériel médical et de fournitures médicales. Il s'agit d'une réserve exhaustive, financée et gérée par le gouvernement fédéral qui est maintenue dans le but de fournir une capacité de mobilisation aux provinces et territoires (PT) en situation d'urgence pour les aider à protéger la santé et la sécurité des Canadiens.

Contexte

Le SRNU contient un inventaire de matériel et de fournitures médicales dont la valeur est estimée à [redacted] y compris des fournitures pour une pandémie de grippe (p. ex. des agents antiviraux et de l'équipement de protection individuel pour les travailleurs de la santé), des contre-mesures médicales en cas de bioterrorisme, des fournitures en cas d'incident chimique ou nucléaire [redacted], des fournitures destinées aux services sociaux (p. ex. des couvertures et des lits), et des mini-cliniques pour les regroupements de masse (p. ex. les Jeux d'hiver de 2010 et les sommets du G8 et du G20). Les PT maintiennent également des réserves séparées d'agents antiviraux dont les coûts sont partagés entre les FPT (60 % par le gouvernement fédéral, et 40 % par les PT). Il s'agit de la Réserve nationale d'antiviraux.

Des recommandations liées à la modernisation du SRNU ont été fournies dans *le rapport de vérification interne sur les mesures et les interventions d'urgence* de l'ASPC, déposé en 2010; dans le document d'examen *leçons à retenir : la pandémie de grippe H1N1 du portefeuille de la Santé*, déposé en 2010; et dans le document d'examen de la pertinence du SRNU (qui sera publié cet été). Les principales recommandations sont liées à la précision du rôle du SRNU, à l'élaboration d'une approche stratégique à l'égard de la réserve et à la modernisation des pratiques de gestion de l'inventaire.

L'ASPC reconnaît que le contexte canadien en matière de gestion des urgences sanitaires a beaucoup changé depuis l'établissement du SRNU en 1952 et modernise la réserve afin de s'assurer qu'elle continue de répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé publique.

Points à examiner

La mission du SRNU consiste à maintenir des quantités suffisantes de fournitures et de matériel d'urgence, situés de façon stratégique dans tout le Canada, afin d'être prêt à intervenir rapidement en cas d'événement naturel ou d'origine humaine. Le SRNU dispose d'une capacité d'intervention d'urgence intégrée et coordonnée 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et a déjà fourni avec succès un soutien d'intervention d'urgence aux PT. En règle générale, les fournitures d'urgence peuvent être livrées partout au Canada en 24 heures.

Des fournitures du SRNU ont également été déployées à l'échelle internationale. Pour donner suite aux recommandations de l'audit et de l'évaluation, l'ASPC examinera les options nationales et internationales appropriées pour les rôles et les responsabilités.

Incidences fédérales, provinciales et territoriales

Les fonctionnaires FPT travaillent ensemble pour fournir des commentaires sur les éléments de la modernisation du SRNU. Ces efforts comprendront également l'élaboration de nouveaux protocoles d'entente avec les PT sur le SRNU, qui visent à préciser les rôles et responsabilités, ainsi que les questions logistiques. Dans le cadre de l'examen de la pertinence du SRNU, des consultations ont été menées auprès des experts en gestion des urgences de tout le Canada. L'une des principales conclusions de l'examen fut la recommandation d'améliorer les pratiques de gestion de l'inventaire. À l'avenir, l'ASPC travaillera en étroite collaboration avec les PT dans le cadre des activités de modernisation du SRNU.

Points de vue des intervenants

L'ASPC fera également appel à d'autres ministères, à des organismes non gouvernementaux et à d'autres intervenants clés pour déterminer la meilleure façon de donner suite aux recommandations, en utilisant les données probantes disponibles et l'analyse des risques. Par exemple, on examinera la meilleure façon de soutenir les populations fédérales (p. ex., les détenus fédéraux) grâce aux réserves sous responsabilité des PT et des ministères fédéraux. Une approche de communication complémentaire sera élaborée pour mieux faire connaître le rôle stratégique du SRNU.

Prochaines étapes

Les recommandations à l'egard du SRNU seront traitées en utilisant une approche séquentielle. Un nouveau mandat, une nouvelle mission et une nouvelle vision seront élaborés. Un plan stratégique sera ensuite établi au moyen de consultations avec les PT et les autres intervenants. Ce plan sera suivi d'un plan opérationnel, qui comprendra une stratégie d'élimination des stocks périmés et un plan d'acquisition pour les nouveaux achats. Tous les changements seront effectués selon le principe de promotion et de protection de la santé des Canadiens.

[redacted] (PHAC/ASPC)

Expéditeur : [redacted] (PHAC/ASPC)
Envoyé le : 2020-04-23 12:38 PM
Destinataire : [redacted] (PHAC/ASPC)
Objet : Objet : Puis-je obtenir le tableau de financement de la RNSU? Qui indique le financement sur plusieurs exercices plus les réaffectations internes
Pièces jointes : 9. NESS Budget 2010-2020.docx

Voici le tableau que nous avons actuellement. Nous travaillons toujours à rapprocher les années antérieures à 2014 car la RNSU n'avait pas de centre des coûts distinct à l'époque. Je vous suggère de conserver ceci pour l'instant en attendant que nous ayons établi un plus grand rapprochement. Je ne tiens pas encore à citer de détails à cet égard avant 2015 à ce stade-ci.

[redacted]
[redacted] Public Health Agency of Canada / Agence de la sante publique du Canada

Tel: [redacted]
Cell: [redacted]

-----Original Message-----
From: [redacted]
Sent: 2020-04-23 12:22 PM
To: [redacted]
Objet : Puis-je obtenir le tableau de financement de la RNSU? Qui indique le financement sur plusieurs exercices plus les réaffectations internes

Envoyé à l'aide de mon iPhone

Affectations budgétaires de la RNSU (2010-2020)

Source des fonds (Fonds 210 seulement)	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Services votés - Fonctionnement	no 3 Year Plan data found					1,294,160	1,294,160	1,103,329	1,103,329	1,103,329	1,245,737
Financement temporaire : EC approuvé pour [redacted]				9,488,200							
Financement temporaire : EC approuvé pour le [redacted]					7,000,000						
Financement temporaire : [redacted]					700,000	3,207,409	793,600				
Financement temporaire : [redacted]						[redacted]					
Financement temporaire : séance d'affectation de fonds de la CCM								2,211,206	1,647,854	1,059,085	
Financement temporaire : [redacted]										935,000	
Financement temporaire : [redacted]							[redacted]				
Total E et F	-	-	-	9,488,200	7,700,000	[redacted]					1,245,73
Salaire (M$)	1,760,000	1,500,000	1,487,720	1,412,194	1,342,752	1,359,146	1,242,810	181,172	1,251,267	1,433,538	1,058,31
ETP			23	23	22	2	20	19	20	20	1

Avertissement : Il s'agit d'une analyse rapide préparée par le BSAF et le BPIS. BSAF convient que le budget de base des services votés pour la RNSU se situe entre 1,1 et 1,3 M$, avec de grandes variations au cours des années associées avec différentes sources de financement temporaire.

[redacted] (PHAC/ASPC)

From: [redacted] (HC/SC)
Sent: 2020-04-23 19:39 AM
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Objet : RE : POUR VOTRE INFORMATION : Page Web de SPAC : Fournir de l'équipement au secteur de la santé du Canada en réponse à la COVID-19
Pièce jointe : Web Table_Option 1_Updated April 21 2020_HC.docx

[redacted],

Je voulais vous informer de la dernière version de la page Web de SPAC sur l'achat d'EPI et de fournitures médicales. SPAC a apporté certaines modifications en fonction de la rétroaction de [redacted] et [redacted] qui sont surlignées dans le document ci-joint. SPAC attend le feu vert final du centre. Toutefois, s'il l'obtient, le plan serait d'afficher la page pendant ou tout de suite après la conférence de presse quotidienne à midi. Nous savons que les ministres Anand et Bains seront présents à la conférence. Aujourd'hui nous avons vérifié auprès des Communication du CM. Il a confirmé être au courant du lancement de la page Web demain.

[redacted]

[redacted]

From: [redacted] (HC/SC)
Sent: 2020-04-21 18:56 AM
To: [redacted]
Cc: [redacted]
[redacted] Objet : POUR VOTRE INFORMATION : Page Web de SPAC : Fournir de l'équipement au secteur de la santé du Canada en réponse à la COVID-19
19

[redacted]

Vous trouverez ci-jointe pour votre information une nouvelle page Web que SPAC a l'intention d'afficher demain ou après-demain pour communiquer l'information sur les commandes et la réception de l'EPI et des fournitures médicales. La ministre Anand a demandé que cette information soit affichée et son cabinet a approuvé la version ci-jointe. SPAC a l'intention de la publier demain ou après-demain. J'ai reçu la rétroaction de [redacted], en particulier la suggestion de supprimer les deux premières notes après le tableau, que je communiquerai à SPAC. Si vous ou mes collègues avez des commentaires, je les transmettrai à SPAC.

[redacted]

[redacted]

From: [redacted]
Sent: 2020-04-20 21:49 AM
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Objet : POUR VOTRE EXAMEN : Page Web de SPAC : Fournir de l'équipement au secteur de la santé du Canada en réponse à la COVID-19

[redacted]

À la suite des récents courriels d'information, je voulais soumettre à votre examen le contenu proposé par SPAC pour sa nouvelle page Web sur l'achat d'EPI. Cette page vise à accroître la transparence et à fournir des mises à jour sur les investissements importants du Canada dans l'équipement et les fournitures pour le secteur de la santé, la recherche, la science et l'innovation. SPAC a souligné qu'une fois la page en ligne, elle sera mise à jour quotidiennement. Bien qu'il ne s'agisse pas de la version finale et que SPAC ait souligné qu'une version révisée sera communiquée le jour suivant, la situation actuelle reflète l'esprit dans lequel la page est censée apparaître. Le contenu Web a été préparé par nos collègues de SPAC à la demande de son CM, et on nous a dit qu'ils aimeraient mettre ce contenu en ligne cette semaine sur leur site Web. À ce stade, le lancement devrait se faire un mercredi (en fait, il se peut qu'il ait lieu seulement jeudi). Toutefois, nous attendons la confirmation de SPAC et du BCP pour les prochaines étapes. Le plan actuel n'exige pas de communiqué de presse pour accompagner le lancement de cette page Web. Toutefois, la ministre Anand aimerait aborder ce sujet lors de la conférence de presse de jeudi.

Dans le cadre de discussions avec mes collègues de SPAC et du BCP aujourd'hui, SPAC s'est montré ouvert à l'ajout d'une autre colonne indiquant les articles distribués aux PT. S'il y a une demande d'ajouter cette information, ce pourrait être fait maintenant ou plus tard. La question sera probablement posée si le tableau de SPAC indique la quantité commandée et la quantité reçue au pays. La prochaine question, bien sûr, est la suivante: quelle est la quantité de produits distribués aux PT? Je sais que la compilation de ces données demeure un défi pour une foule de raisons, et non la moindre, serait de devoir en informer les PT. Entre-temps, vos points de vue sur la pièce jointe d'ici demain seraient appréciés.

Je suis impatiente de recevoir vos commentaires sur le texte proposé et vos points de vue concernant la faisabilité et la viabilité de fournir une date à laquelle une colonne répartie serait remplie à l'avenir.

[redacted]

[redacted]
Health Canada and the Public Health Agency of Canada | Government of Canada
[redacted]

[redacted]
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada | Gouvernement du Canada
[redacted]

Page Web de SPAC : Fournir de l'équipement au secteur de la santé du Canada en réponse à la COVID-19

Le gouvernement du Canada prend des mesures à l'échelle du gouvernement afin de lutter contre la maladie à coronavirus (COVID-19), y compris en faisant d'importants investissements dans l'équipement et les fournitures destinés au secteur de la santé, en plus d'investir dans la recherche, la science et l'innovation.

Sur cette page

- Réponse coordonnée pour l'achat d'équipement et de fournitures
- Aperçu des achats
- Travailler avec des entreprises canadiennes
- Liens connexes

Réponse coordonnée pour l'achat d'équipement et de fournitures

Le gouvernement du Canada collabore de manière continue avec les provinces et les territoires pour cerner leurs besoins et acheter l'équipement, les fournitures et les services nécessaires pour lutter contre la COVID-19.

Le Canada adopte une approche agressive en matière d'achats, notamment en matière d'équipement de protection individuelle pour les travailleurs de la santé de première ligne. L'approche consiste à :

- passer des commandes en lot au nom des provinces et des territoires;
- compléter ces commandes en achetant tout ce qui est immédiatement disponible et qui répond aux exigences;
- augmenter la capacité de production au pays par le biais du Plan canadien de mobilisation du secteur industriel pour lutter contre la COVID-19, qui relève d'Innovation, Sciences et Développement économique Canada.

Ces mesures s'ajoutent aux efforts déployés par les provinces et les territoires pour assurer leur propre approvisionnement.

Le gouvernement coordonne aussi les expéditions de fournitures en provenance d'autres pays. Le Canada a établi un soutien sur place en Chine, ce qui permet à des gens de fournir des services de transport, de réception, d'entreposage et de dédouanement. Il s'agira d'un processus continu à suivre à mesure que les commandes seront prêtes à être expédiées au Canada.

Aperçu des achats

Le tableau suivant donne un aperçu des achats de certaines fournitures d'équipement de protection individuelle et fournitures médicales effectués par le gouvernement du Canada pour les travailleurs de la santé de première ligne. La mise à jour de ce tableau est faite de façon

AV2020000020

quotidienne pour refléter le statut des achats.

La colonne « Quantités reçues » comprend le nombre de produits qui ont été livrés à l'Agence de la santé publique du Canada pour en vérifier la qualité et les distribuer aux provinces et territoires.

Articles commandés et reçus (selon nos informations du 20 avril 2020)

Articles	Quantités commandées	Quantités reçues *(sous réserve des essais et de l'inventaire)*
Écrans faciaux	17 000 000	Les livraisons devraient commencer la semaine du 20 avril
Blouses	105 046 000	Les livraisons devraient commencer la semaine 20 avril
Désinfectant pour les mains	79 735 284 unités (20 411 536 litres)	22 040 unités (XX litres)
Gants de nitrile (paires)	905 543 980	12 280 525
Ventilateurs N95	166 424 080	5 342 940
Masques chirurgicaux	333 500 000	17 978 000
Ventilateurs	32 070	Les livraisons devraient commencer la semaine du 20 avril
Gants de vinyle (paires)	1 400 000	1 035 000

Notes

1. Ces articles ont été commandés au nom de l'Agence de la santé publique du Canada, pour la distribution aux provinces et territoires participants, dans le cadre d'achats en lot proactifs qui ont commencé en janvier 2020. Ils s'ajoutent à la Réserve nationale stratégique d'urgence ainsi qu'aux stocks actuels et en cours d'approvisionnement des provinces et des territoires.
2. Alors que certains contrats sont exécutés avec des produits en main, de nombreux autres sont exécutés sur une base régulière et continue à mesure que d'autres produits sont fabriqués par les fournisseurs.

Au cours des prochaines semaines, certaines entreprises qui avaient besoin de temps pour accroître leur capacité productive commenceront à livrer les articles de façon régulière.

3. Étant donné l'extrême demande pour ces produits à l'échelle mondiale, il est possible que certains contrats ne puissent être exécutés entièrement. Ce risque a été pris en compte dans la méthode d'approvisionnement, et des mesures supplémentaires sont prises pour répondre à notre objectif d'avoir suffisamment de fournitures pour dépasser la demande.

Travailler avec des entreprises canadiennes

Services publics et Approvisionnement Canada, en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada et Innovation, Sciences et Développement économique Canada, exploite toutes les options pour obtenir l'équipement et les fournitures nécessaires pour lutter contre la COVID-19, y compris de sources existantes et nouvelles, ici au Canada et à l'échelle internationale.

Voici quelques exemples de fournisseurs canadiens qui redoublent d'efforts pour nous aider dans la lutte.

Bauer (Blainville, Québec)

Bauer a transformé ses chaînes de production de patins de hockey pour fabriquer des visières à l'intention du personnel médical de première ligne. Le gouvernement du Canada a signé une entente pour recevoir des centaines de milliers de visières de la part de Bauer.

Fluid Energy Group (Calgary, Alberta)

Le gouvernement du Canada a conclu un contrat avec Fluid Energy Group pour la production de millions de litres de désinfectant pour les mains en guise d'appui à la lutte contre la COVID-19.

Irving Oil (Saint John, Nouveau-Brunswick)

Irving Oil a transformé sa chaîne pour produire du désinfectant pour les mains, qui est en grande demande. Le gouvernement du Canada a signé un contrat avec Irving pour la production de centaines de milliers de litres de désinfectant pour les mains, dont la livraison a déjà été entamée.

Ventilateurs faits au Canada

Le gouvernement du Canada a signé des ententes avec Thornhill Medical, CAE, Starfish et Ventilators for Canadians pour la production de presque 30 000 ventilateurs faits au Canada.

Liens connexes

- Appel à tous les fournisseurs – Aidez le Canada à combattre la maladie à coronavirus (COVID-19)
- Arrêté d'urgence concernant l'importation et la vente d'instruments médicaux destinés à être utilisés à l'égard de la COVID-19

- Appel à l'action! Fournisseurs canadiens : Aidez à combattre la COVID-19

[redacted]

Expéditeur : [redacted]
Envoyé le : 2020-04-23 6:53 PM
Destinataire : [redacted]
CC : [redacted]
Objet : Concernant la RNSU

Nous n'avons reçu aucune demande d'aide de l'Ontario

-------- Original message --------
From: [redacted]
Date: 2020-04-23 18:34 (GMT-05:00)
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Objet : Concernant la RNSU

Merci [redacted].

Également – J'ai appris du CPM que l'Ontario a fait savoir qu'il est sur le point de manquer d'EPI. Avons-nous reçu une demande d'aide? Nous devrions vraisemblablement en recevoir une.

[redacted]

Le 23 avril 2020, à 18 h 33, [redacted]) a écrit :

Voici les quantités dans la RNSU

Bonjour [redacted]

La RNSU stocke des centaines d'articles de réserve, notamment :

- du matériel et des fournitures médicaux tels que des respirateurs, des appareils de radiographie
  des mini-cliniques aux fins de triage et de traitement mineur,
- de l'équipement de protection individuelle, notamment des masques, des gants et des blouses
- des produits pharmaceutiques, tels que des antibiotiques, des antiviraux et des contremesures médicales en cas d'événements chimiques, biologiques et radionucléaires tels que [redacted]
- des fournitures destinées aux services sociaux, telles que des lits, des serviettes, des couvertures, des génératrices, des oreillers

Au 22 avril 2020, la RNSU a en stock les quantités suivantes d'EPI important et de matériel qui sont le plus utiles dans la lutte contre la COVID-19 :

Catégorie de biens	Article	Quantité
Équipment de protection individuelle*	Respirateurs N95	[redacted]
	Masques KN95	
	Masques chirurgicaux/de procédure	
	Écrans faciaux	
	Blouses	
	Gants de nitrile (paires)	
Matériel médical	Respirateurs**	
	Mini-cliniques	

*Des envois de produits commandés et des demandes d'aide sont traités quotidiennement; les niveaux de stock de la RNSU fluctuent donc constamment.

** La RNSU stocke également des produits non durables et de petites quantités de produits pharmaceutiques [redacted]

Bonjour les deux,

Le Centre me demande qu'est-ce que la RNSU contient. Avons-nous cette information à portée de main?

[redacted]

[redacted] (PHAC/ASPC)

From: [redacted] (PHAC/ASPC)
Sent: 2020-04-24 7:55 AM
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Objet : RE : Points à faire valoir sur la RNSU
Pièces jointes : Budget et dépenses de la RNSU - 10 ans.pdf

Vous trouverez ci-jointes les données détaillées et rapprochées des dépenses et des budgets concernant la RNSU pour les 10 dernières années. À mon avis, nous devrions utiliser le deuxième tableau pour expliquer comment l'argent de la RNSU est affecté. Il y a beaucoup de mouvement dans le tableau du budget et il est très utile pour nous les comptables, mais plus difficile à expliquer. Le deuxième tableau présente simplement les dépenses par catégorie au cours de la même période et s'attarde moins à la vérification des dépenses par rapport aux budgets.

Veuillez prendre note qu'il y a un écart important d'une année à l'autre, surtout en raison des dépenses pour les contremesures médicales. J'ai demandé à mon équipe de créer un troisième tableau sous le deuxième qui ventilerait ces données et aiderait à expliquer les principaux écarts par rapport à nos dépenses. Il serait basé sur la liste des contremesures médicales du premier tableau et ventilerait des données comme Ebola, la variole, le charbon, etc., par année, en-dessous. Je ne suis pas sûr que nous voulons inclure la source de financement pour ces données. Il s'agit soit de décisions budgétaires ou de réaffectations internes au cours de chacune de ces années.

[redacted]
Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada

Tél. : [redacted]
Cell. : [redacted]

From: [redacted] (PHAC/ASPC)
Sent: 2020-04-23 2:04 PM
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Objet : RE : Points à faire valoir sur la RNSU

Je remercie tout un chacun pour leurs contributions. [redacted] communiquera ces notes aux personnes responsables des relations avec les médias.

[redacted], lorsque vous aurez des chiffres auxquels vous faites confiance, veuillez nous en informer.

[redacted]

From: [redacted] (PHAC/ASPC)
Sent: 2020-04-23 13:15 AM
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Objet : RE : Points à faire valoir sur la RNSU

[redacted] voici les notes à jour à faire valoir, y compris l'exemple de l'Ebola. Le travail se poursuit sur le rapprochement des chiffres pour nous assurer que ceux que nous avons sont les bons avant de les communiquer au public.

- La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) fournit des articles de santé en cas d'urgence pour assurer une capacité supplémentaire lorsque les ressources locales, provinciales et territoriales ont été épuisées.
- La RNSU sert à stocker des contremesures médicales indispensables à la vie (vaccins et autres traitements) en réponse à des menaces biologiques potentielles, ainsi que d'autres biens consommables, comme des génératrices, des lits, des couvertures et des mini-cliniques que le gouvernement fédéral ou les provinces peuvent utiliser. Historiquement, la RNSU ne stockait que de petites quantités d'EPI, car traditionnellement, toutes les administrations se procuraient l'EPI directement auprès de fournisseurs connus.
- Depuis 2012-2013, le financement de base annuel pour la RNSU est demeuré stable à environ trois millions de dollars par année. Ce fonds est inclus dans le financement global pour le domaine des projets d'infrastructure de sécurité en santé déclaré dans les Comptes publics.
- Historiquement, les fonds supplémentaires pour la RNSU provenaient des décisions internes de réaffectation et de financement supplémentaire, lorsque l'ASPC recevait des fonds pour des achats précis, comme un investissement sur trois ans dans le vaccin contre la variole qui a été amorcé en 2013-2014 et le vaccin contre l'Ebola en 2014-2015.
- En 2013, on a pris la décision de moderniser et d'optimiser l'entrepôt. En 2012, les fournitures de la RNSU se trouvaient dans 11 entrepôts à 9 emplacements.
- Depuis 2019, tous les biens de la RNSU ont été regroupés dans 8 entrepôts à 6 emplacements. En mars 2020, on a loué un autre entrepôt à Ottawa, compte tenu de la quantité de fournitures données à la RNSU et de celles qu'elle a achetées dans le cadre de la réponse à la COVID-19 du gouvernement fédéral.

[redacted]

From: [redacted]
Sent: 2020-04-23 11:13 AM
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Objet : Points à faire valoir sur la RNSU.
Quelques commentaires. Pouvons-nous ajouter des exemples?

[redacted]. J'ai besoin d'un document qui montre ce que nous avons fait au cours des quatre dernières années concernant les investissements supplémentaires dans la RNSU. Pouvons-nous aussi montrer les économies dans les entrepôts qui ont été réinvesties dans la RNSU?

Cette réponse doit servir pour répondre aux médias et remise le plus tôt possible à [redacted].

La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) fournit des articles de santé en cas d'urgence pour assurer une capacité supplémentaire lorsque les ressources locales, provinciales et territoriales ont été épuisées.

- La RNSU sert à stocker des contremesures médicales indispensables à la vie (vaccins et autres traitements) en réponse à des menaces biologiques potentielles, ainsi que d'autres biens consommables, comme des génératrices, des lits, des couvertures et des mini-cliniques que le gouvernement fédéral ou les provinces peuvent utiliser. Historiquement, la RNSU ne stockait que de petites quantités d'EPI, car traditionnellement, toutes les administrations se procuraient l'EPI directement auprès de fournisseurs connus.
- Depuis 2012-2013, le financement de base annuel pour la RNSU est demeuré stable à environ trois millions de dollars par année. Ce fonds est inclus dans le financement global pour le domaine des projets d'infrastructure de sécurité en santé déclaré dans les Comptes publics.
- Historiquement, les fonds supplémentaires pour la RNSU provenaient des décisions internes de réaffectation et de financement supplémentaire, lorsque l'ASPC recevait des fonds pour des achats précis (exemple?).
- En 2013, on a pris la décision de moderniser et d'optimiser l'entrepôt. En 2012, les fournitures de la RNSU se trouvaient dans 11 entrepôts à x emplacements.
- Depuis 2019, tous les biens de la RNSU ont été regroupés dans 8 entrepôts à 6 emplacements. En mars 2020, on a loué un autre entrepôt à Ottawa, compte tenu de la quantité de fournitures données à la RNSU et de celles qu'elle a achetées dans le cadre de la réponse à la COVID-19 du gouvernement fédéral.

Envoyé de mon iPhone

Le 23 avril 2020 à 10 h 56 AM, [redacted] a écrit :

- La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) fournit des articles de santé en cas d'urgence pour assurer une capacité supplémentaire lorsque les ressources locales, provinciales et territoriales ont été épuisées.
- La RNSU sert à stocker des contremesures médicales indispensables à la vie (vaccins et autres traitements) en réponse à des menaces biologiques potentielles, ainsi que d'autres biens consommables, comme des génératrices, des lits, des couvertures et des mini-cliniques que le gouvernement fédéral ou les provinces peuvent utiliser.
- Depuis 2012-2013, le financement de base annuel pour la RNSU est d'environ trois millions de dollars par année (inclus dans le financement global pour le domaine des projets d'infrastructure de sécurité en santé).
- Des fonds supplémentaires ont été fournis à la RNSU par des décisions internes de réaffectation et de financement supplémentaire pour des chats précis.
- En 2013, on a pris la décision de moderniser et d'optimiser l'entrepôt. En 2012, les fournitures de la RNSU se trouvaient dans 11 entrepôts.
- Depuis 2019, tous les biens de la RNSU ont été regroupés dans 8 entrepôts à 6 emplacements. En mars 2020, on a loué un autre entrepôt à Ottawa, compte tenu de la quantité de fournitures données à la RNSU et de celles qu'elle a achetées.
- Les biens de la RNSU ont évolué au fil des ans en réponse aux nouvelles menaces, de sorte que la réserve fédérale est maintenant le seul fournisseur dans ce créneau dans le système de gestion des urgences du Canada.
- Historiquement, la RNSU ne contenait qu'un modeste approvisionnement d'équipement de protection individuelle comme supplément pour les provinces, qui toutes achetaient ces types de fournitures directement chez des fournisseurs connus. Avec la COVID19, le gouvernement fédéral a commencé à acheter proactivement ces fournitures en réponse aux demandes des provinces et des territoires pour des achats de fournitures en gros.

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

POUR DISTRIBUTION SEULEMENT (ASPC)

Faits en bref quotidiens concernant la COVID-19
28 AVRIL 2020, 7 H (HE)

Mise à jour sur la distribution d'EPI

- **Les premiers envois d'écrans faciaux ont été reçus (Bauer et Toronto Stamp), environ 114 000; stock et essais en attente.**
- **Des 7,950 millions de masques chirurgicaux priMED reçus le 22 avril, [redacted] seront expédiés aux PT au cours des deux prochains jours, et [redacted] sont alloués à la RNSU.**
- **Prochain envoi de masques [redacted], type et quantité à confirmer, [redacted]**
- **[redacted] unités de stérilisation Stryker en stock (sur place chez le fournisseur pour être expédiées directement aux PT) seront livrées et installées au cours du prochain mois**
  - **Deux unités livrées à l'Î.-P.-É.; installation en cours.**
  - **Plusieurs unités en direction de Terre-Neuve-et-Labrador.**
  - **Plan de distribution des unités restantes en train d'être mis au net à mesure les PT confirment l'emplacement final des unités.**

Équipement acheté	Nombres reçus	Nombres en quarantaine aux fins de vérification de la qualité	Nombres alloués aux P/T + RNSU et SAC (80/20)*
Masques N95	523 280		[redacted]
Masques KN95	6 729 860	**5 704 860**	
Masques chirurgicaux	25 889 450	**1 256 250****	
Gants de nitrile	12 779 975	1 605 000	
Combinaisons	65 961	64 440	
Écrans faciaux	**114 600**	**114 600**	

***20 % alloués = 18 % RNSU + 2% SAC**
****Correction d'une légère erreur dans le nombre de masques chirurgicaux déclarés – le nombre inclut l'envoi complet du 1er avril, avec le total alloué mis à jour.**

Demandes d'entraide à la RNSU (aucun changement)

- 38 demandes reçues de la part des P/T; 37 d'entre elles ont reçu une réponse.
- Demande d'entraide de l'Ont. reçu le 25 avril; en cours d'évaluation.
- La quantité déployée ne rend pas compte :
  - des demandes d'entraide des régions de l'ASPC et d'autres ministères (p. ex. SAC; Service correctionnel du Canada);
  - du stock expiré envoyé aux P/T (p. ex. masques N95 expirés);
  - des quantités d'EPI déployées pour reconstituer les stocks de mini-cliniques.

Équipement	Stocks de la RNSU* (en date du 27 avril 2020)	Quantités déployées en réponse aux demandes d'entraide reçues depuis le 18 mars 2020
Masques N95	[redacted]	[redacted]
Masques KN95		
Masques chirurgicaux		
Écrans faciaux		
Blouses		
Gants de nitrile		

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

POUR DISTRIBUTION SEULEMENT (ASPC)

Respirateurs	[redacted]	[redacted]

***Les stocks de la RNSU correspondent aux fournitures entrantes (p. ex. 18 % RNSU + 2 % SAC provenant de l'achat en masse) et aux déploiements sortants (p. ex. demandes d'entraide).**

[redacted]

FOR/POUR INFORMATION

20-105525-298

NOTE DE SERVICE AU MINISTRE DE LA SANTÉ
Contrat de distribution de fournitures médicales avec Amazon

- En raison de la pandémie de COVID-19, il y a une concurrence mondiale intense pour de l'équipement de protection individuelle (EPI) et d'autres fournitures médicales, notamment pour des gants de latex, des masques N95 et des trousses de test. Ces fournitures sont essentielles à la sécurité des travailleurs de la santé du Canada.

- Une distribution efficace et opportune de ces fournitures est primordiale. Toutefois, la gestion logistique de la distribution de ce niveau sans précédent de volume entrant (p.ex. plus de 2 milliards de dollars d'EPI et autres fournitures médicales) dépassait les capacités actuelles de la Réserve nationale stratégique d'urgence. L'ASPC, SPAC et le MDN ont consulté des fournisseurs de services sur de possibles solutions de distribution, et le contrat subséquent a été accordé à Amazon. Le contrat a été signé le 1er avril 2020 par des fonctionnaires de SPAC et a été annoncé officiellement le 3 avril 2020.

- Le contrat Amazon est estimé à jusqu'à 5 M$ et vise surtout à utiliser son interface pour expédier les allocations de fournitures aux provinces et aux territoires. Amazon travaille avec Postes Canada et Purolator pour assurer la distribution des fournitures jusqu'au « dernier kilomètre ».

- [redacted]

- [redacted]

[redacted]

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Faits quotidiens en bref sur la COVID-19
5 mai 2020, 7 h HE

Le point sur la distribution de l'EPI

- **Prochain envoi de la Chine (PRI-MED) prévu le 5 mai (22 h 45); livraison attendue de masques dont le type et la quantité sont à confirmer.**

Équipement acheté	Nbre reçu	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité*	Nbre destiné aux PT + RNSU et SAC (80/20)**	Nbre distribué à des milieux autres que les soins de santé***
Masques N95	584 080	0	[redacted]	
Masques KN95	10 872 830	8 206 830		1 800 000
Masques chirurgicaux	31 912 450	1 279 250		
Gants de nitrile	11 688 075	500 000		
Combinaisons	65 961	64 440		
Écrans faciaux	**2 026 304**	234 600		
Blouses	170 020	170 020		

*L'EPI en quarantaine pour en vérifier la qualité comprend les fournitures en attente d'essais et les lots qui ne répondent pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.
**20 % distribution = 18 % RNSU + 2 % SAC.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

Demandes d'aide à la RNSU

- **42 demandes reçues des PT;** 39 ont reçu une réponse.
- **Demande d'aide supplémentaire reçue du Manitoba le 4 mai pour une mini-clinique; en attente d'évaluation.**
- Demande du Nunavut reçue le 30 avril; en attente d'évaluation.
- Demande du Manitoba reçue le 1er mai; en attente d'évaluation.
- La quantité déployée ne tient pas compte de ce qui suit :
  - Demande d'aide des régions de l'ASPC et des autres ministères (p. ex. SAC, Corrections Canada).
  - Stock périmé envoyé aux PT (p. ex. masques N95 périmés).
  - Quantité d'EPI déployé pour réapprovisionner les mini-cliniques.

Équipement	Stock de la RNSU* (au 3 mai 2020)	Quantité déployée en réponse aux demandes d'aide depuis le 18 mars 2020
Masques N95	[redacted]	[redacted]
Masques KN95		
Masques chirurgicaux		
Écrans faciaux		
Blouses		
Gants de nitrile		
Respirateurs		

*L'inventaire de la RNSU correspond au stock existant plus la répartition de 20 % provenant de la répartition en gros (p. ex. 18 % RNSU + 2 % SAC); les fournitures du stock entrent et sortent, donc les chiffres fluctuent.

Distribution des ventilateurs (demandes d'aide et déploiement proactif jusqu'à maintenant) (aucun changement)

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Dons

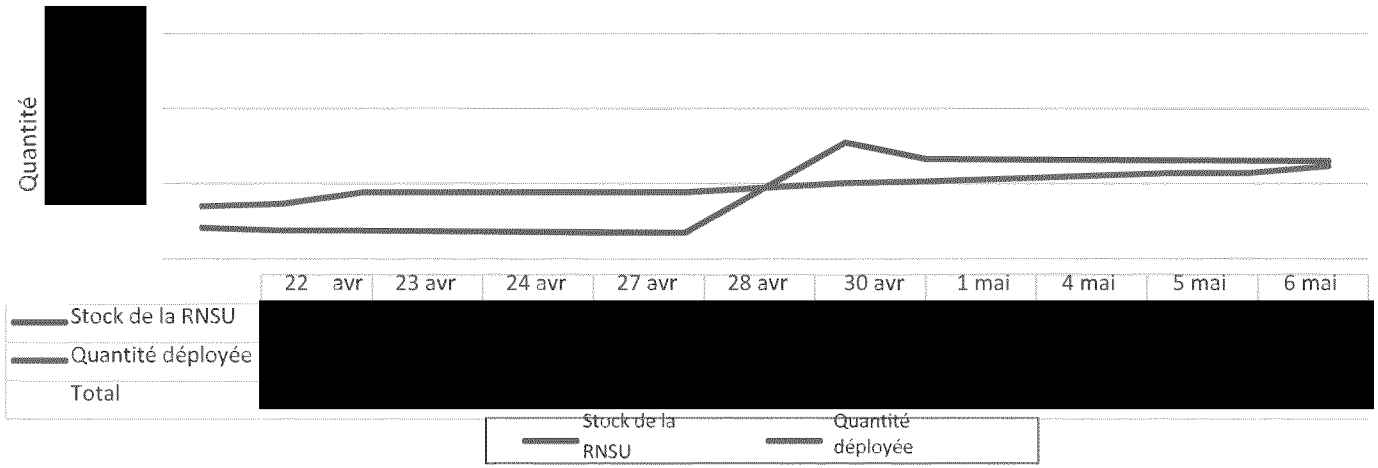
Équipement	Nombre reçu par l'ASPC	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité	Nbre destiné aux PT + SAC**
Masques N95	142 336	51 376	90 960
Masques KN95	491 200	144 500	346 700
Masques chirurgicaux	518 350	20 450	497 900
Masques non médicaux FFP2/FFP3 (équivalent à N95)	40 776	0	40 776
Gants de nitrile	472 484	82 034	390 450

*La quantité reçue comprend l'EPI reçu par l'ASPC/directement livrée à la Croix-Rouge canadienne (CRC). En travaillant avec la CRC, l'ASPC soutient la vérification de la qualité des dons et oriente la distribution aux PT.
**La formule pour la distribution des dons n'inclut plus ce qui est conservé pour la RNSU.

Capacité supplémentaire pour les demandes d'aide (aucun changement)

Aperçu des masques N95 à partir de la note d'information ministérielle EN BREF

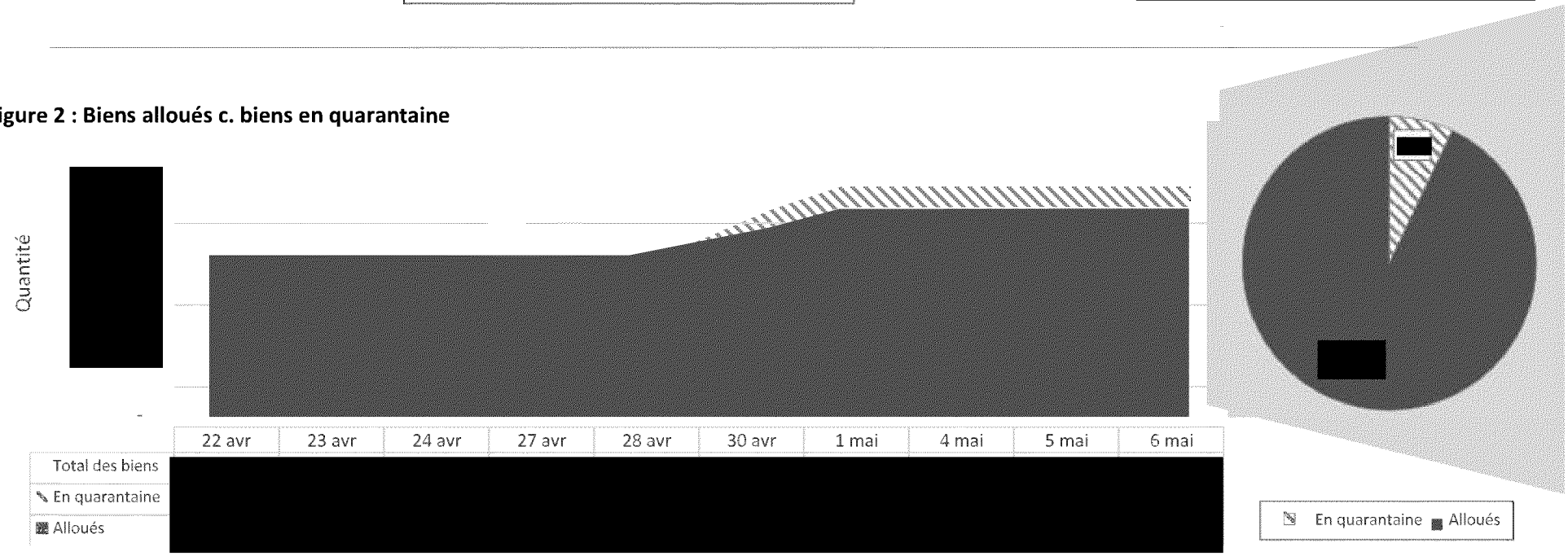
Figure 1 : Instantané de la réserve



Notes

- La note d'information ministérielle EN BREF est utilisée pour produire le présent rapport.
- La **figure 1** compare la quantité de biens dans le stock de la RNSU et la quantité déployée. Le total ici comprend les biens achetés, les biens donnés et les biens déjà en stock dans la RNSU.
- La **figure 2** concerne la quantité de biens reçus et la quantité de biens qui demeurent en quarantaine pour en vérifier la qualité.

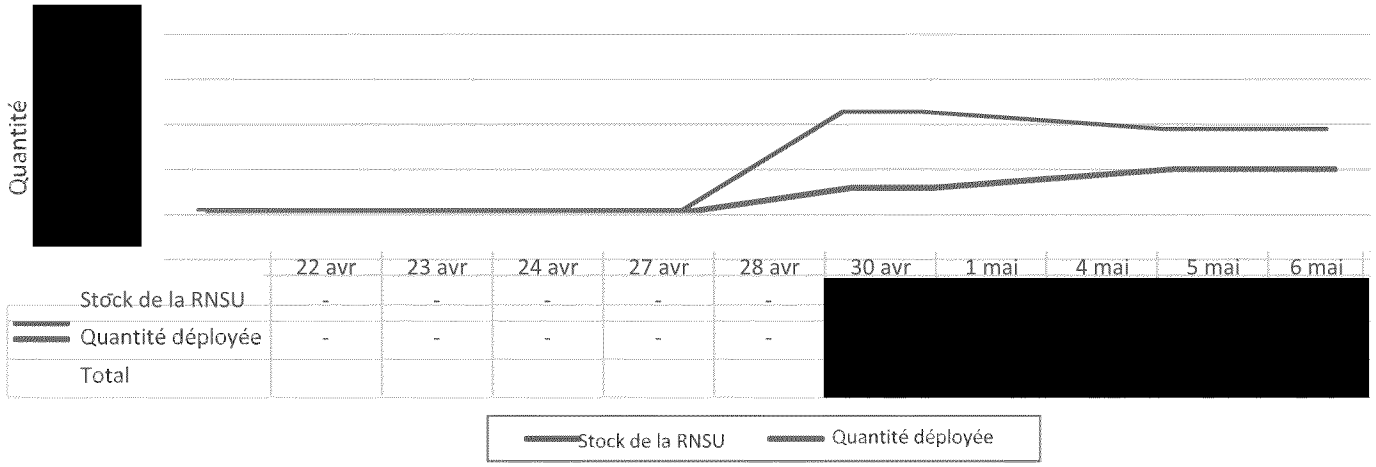
Figure 2 : Biens alloués c. biens en quarantaine



Source : « NOTES ENBREF » du Ministère (06 juin 2020)

Aperçu des masques KN95 à partir de la note d'information ministérielle EN BREF

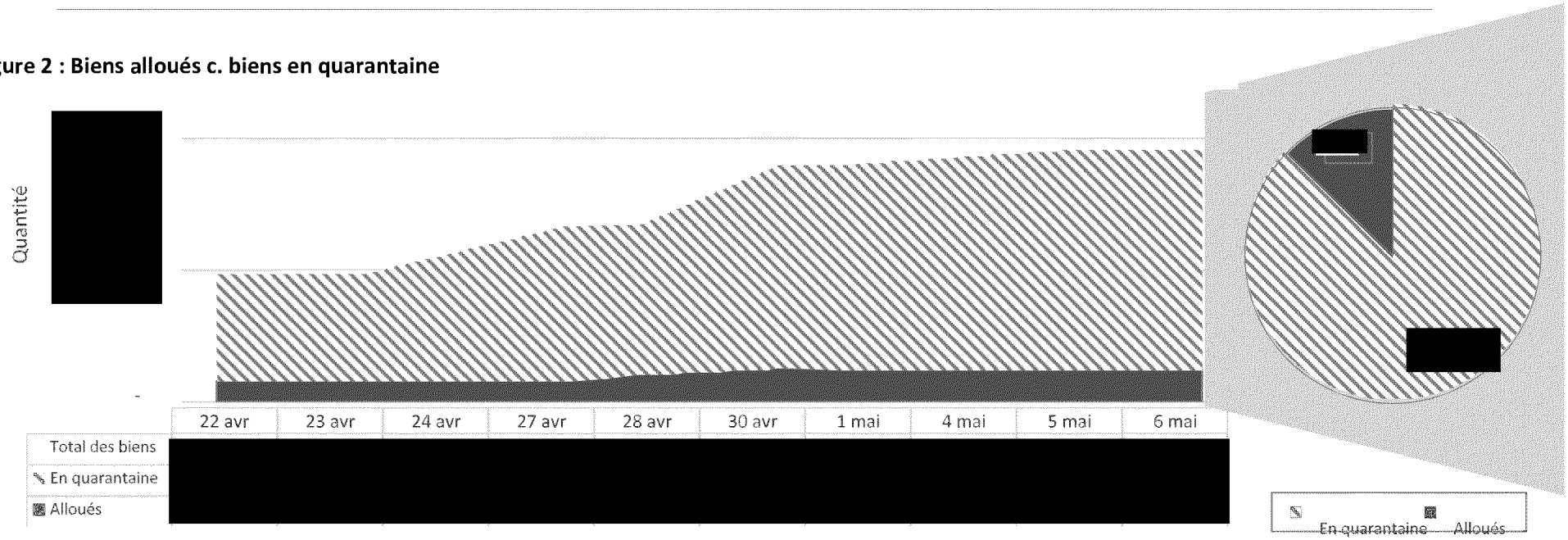
Figure 1 : Instantané de la réserve



Notes

- La note d'information ministérielle EN BREF est utilisée pour produire le présent rapport.
- La **figure 1** compare la quantité de biens dans le stock de la RNSU et la quantité déployée. Le total ici comprend les biens achetés, les biens donnés et les biens déjà en stock dans la RNSU.
- La **figure 2** concerne la quantité de biens reçus et la quantité de biens qui demeurent en quarantaine pour en vérifier la qualité.

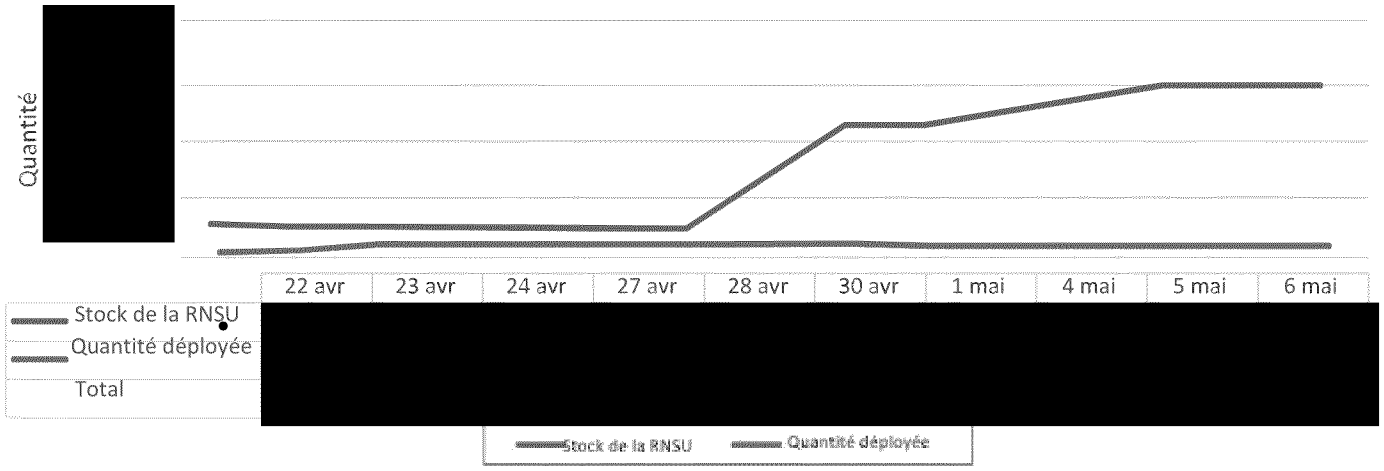
Figure 2 : Biens alloués c. biens en quarantaine



Source : « NOTES ENBREF » du Ministère (06 juin 2020)

Aperçu des masques chirurgicaux à partir de la note ministérielle EN BREF

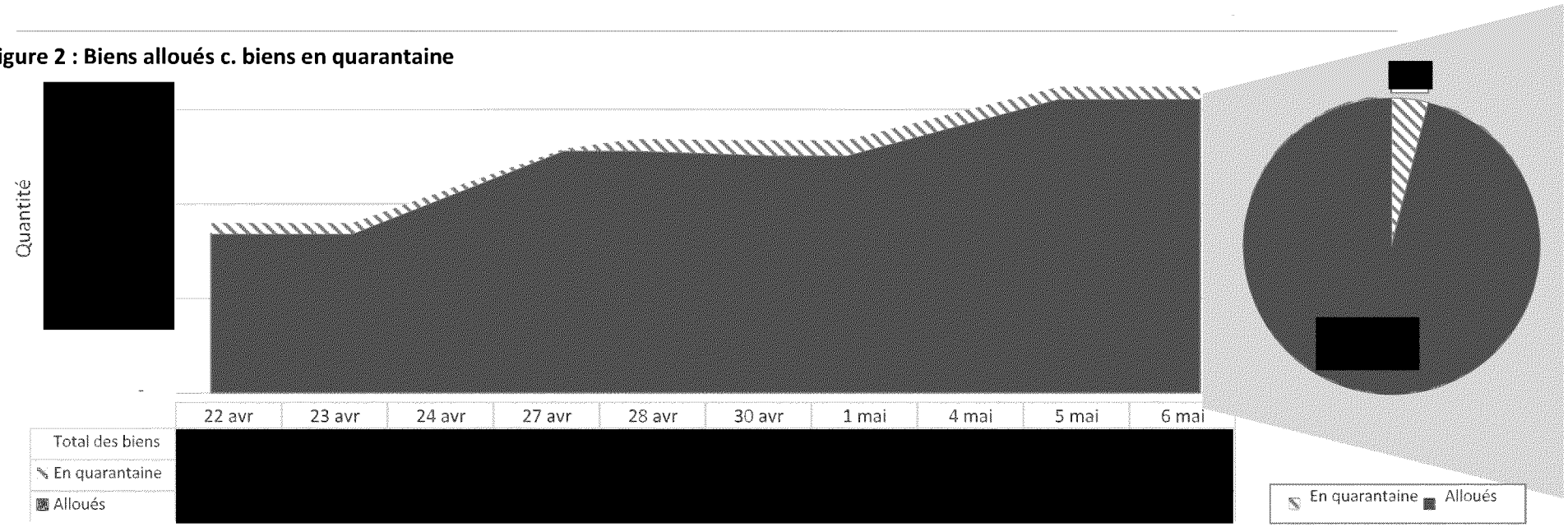
Figure 1 : Instantané de la réserve



Notes

- La note d'information ministérielle EN BREF est utilisée pour produire le présent rapport.
- La **figure 1** compare la quantité de biens dans le stock de la RNSU et la quantité déployée. Le total ici comprend les biens achetés, les biens donnés et les biens déjà en stock dans la RNSU.
- La **figure 2** concerne la quantité de biens reçus et la quantité de biens qui demeurent en quarantaine pour en vérifier la qualité.

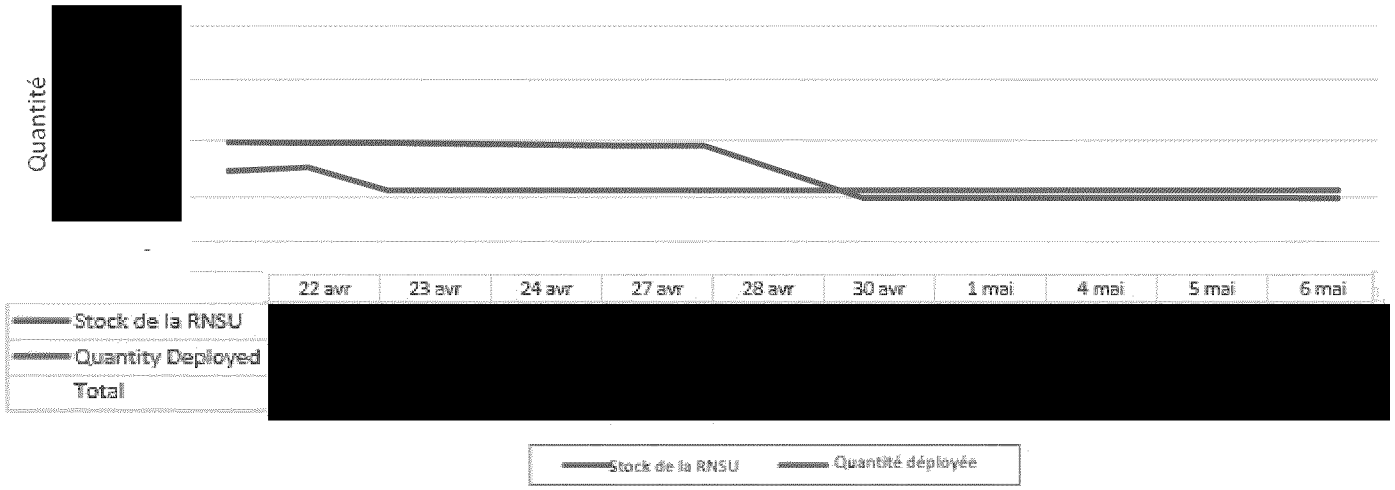
Figure 2 : Biens alloués c. biens en quarantaine



Source : « NOTES ENBREF » du Ministère (06 juin 2020)

Aperçu des gants de nitrile à partir de la note ministérielle EN BREF

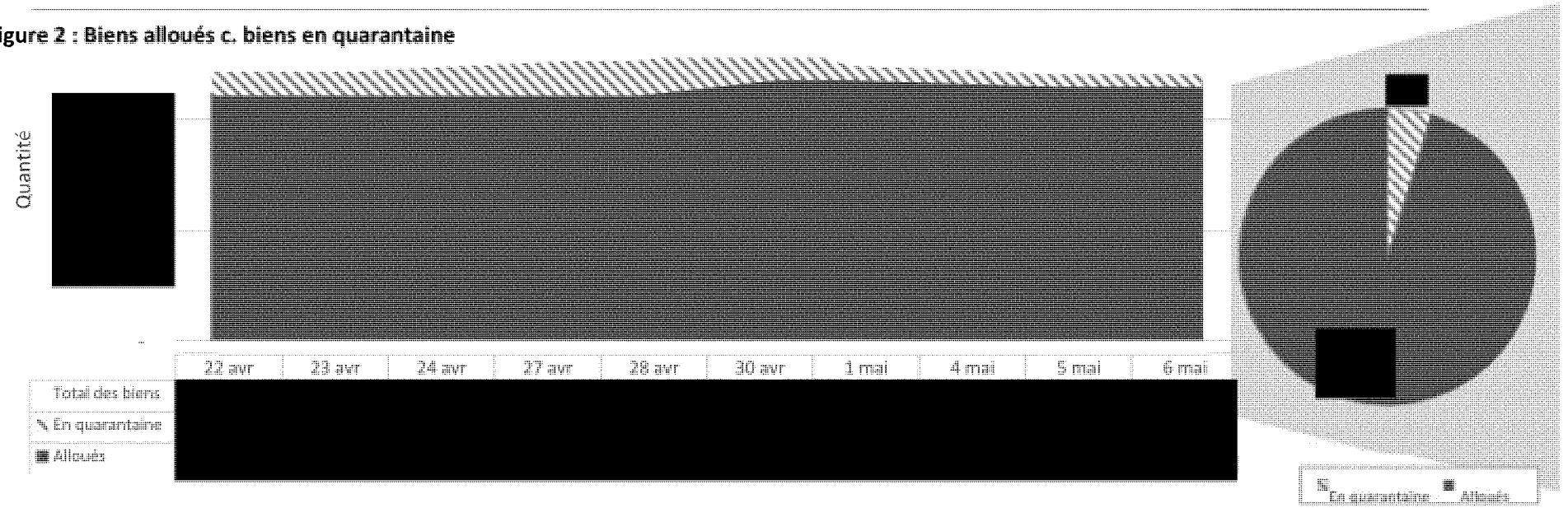
Figure 1 : Instantané de la réserve



Notes

- La note d'information ministérielle EN BREF est utilisée pour produire le présent rapport.
- La **figure 1** compare la quantité de biens dans le stock de la RNSU et la quantité déployée. Le total ici comprend les biens achetés, les biens donnés et les biens déjà en stock dans la RNSU.
- La **figure 2** concerne la quantité de biens reçus et la quantité de biens qui demeurent en quarantaine pour en vérifier la qualité.

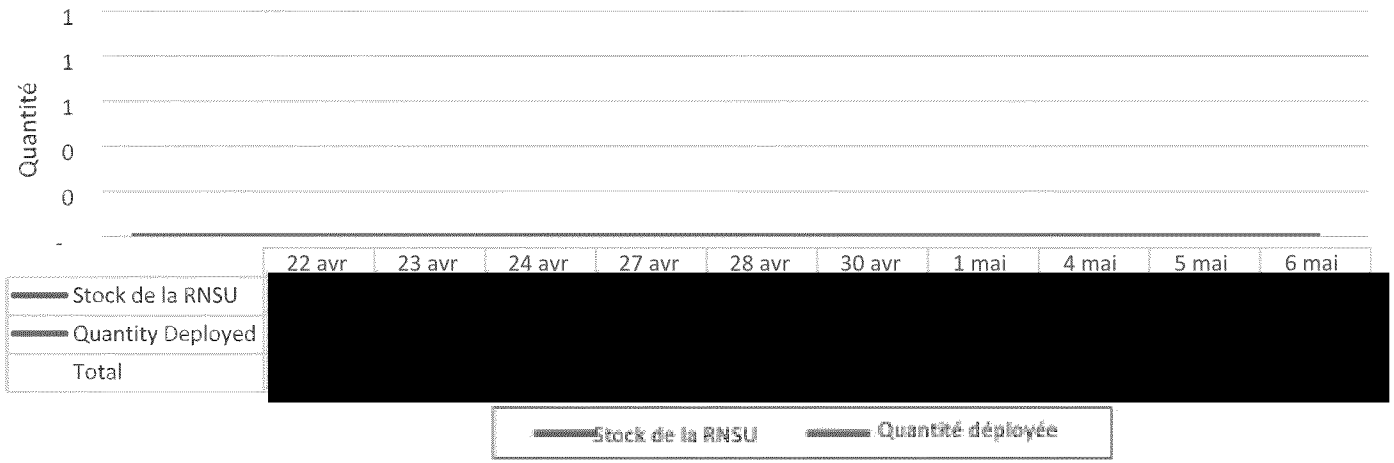
Figure 2 : Biens alloués c. biens en quarantaine



Source : « NOTES ENBREF » du Ministère (06 juin 2020)

Aperçu des survêtements à partir de la note ministérielle EN BREF

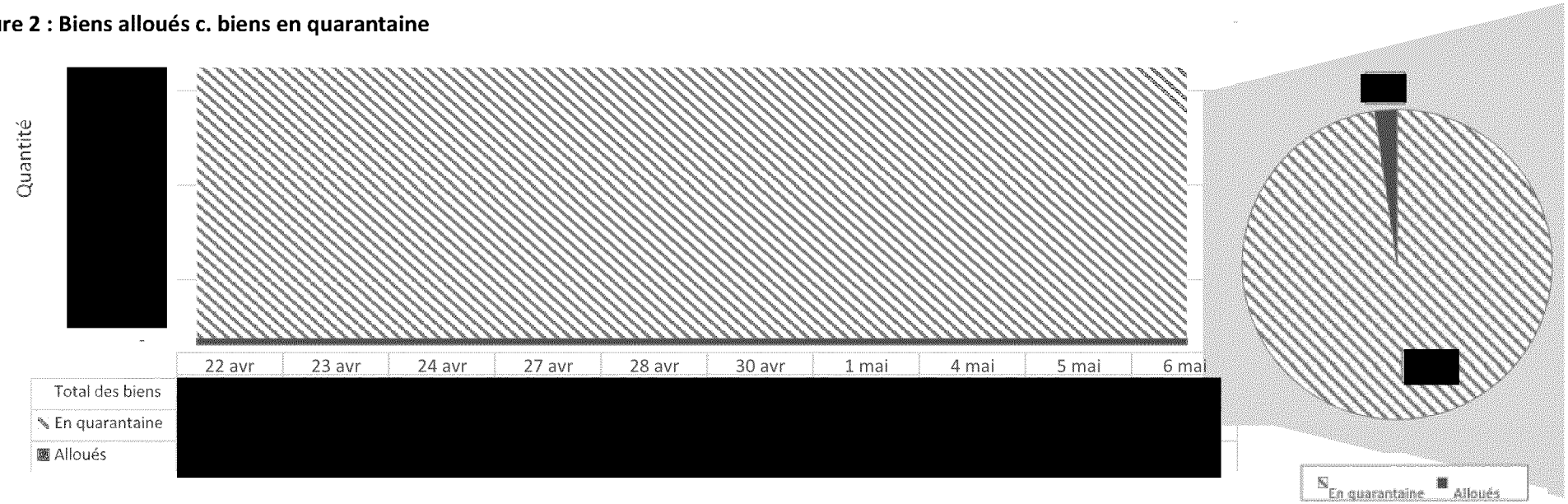
Figure 1 : Instantané de la réserve



Notes

- La note d'information ministérielle EN BREF est utilisée pour produire le présent rapport.
- La **figure 1** compare la quantité de biens dans le stock de la RNSU et la quantité déployée. Le total ici comprend les biens achetés, les biens donnés et les biens déjà en stock dans la RNSU.
- La **figure 2** concerne la quantité de biens reçus et la quantité de biens qui demeurent en quarantaine pour en vérifier la qualité.

Figure 2 : Biens alloués c. biens en quarantaine



Source : « NOTES ENBREF » du Ministère (06 juin 2020)

Aperçu des écrans faciaux à partir de la note ministérielle EN BREF

Notes

- La note d'information ministérielle EN BREF est utilisée pour produire le présent rapport.
- La **figure 1** compare la quantité de biens dans le stock de la RNSU et la quantité déployée. Le total ici comprend les biens achetés, les biens donnés et les biens déjà en stock dans la RNSU.
- La **figure 2** concerne la quantité de biens reçus et la quantité de biens qui demeurent en quarantaine pour en vérifier la qualité.

Figure 1 : Instantané de la réserve

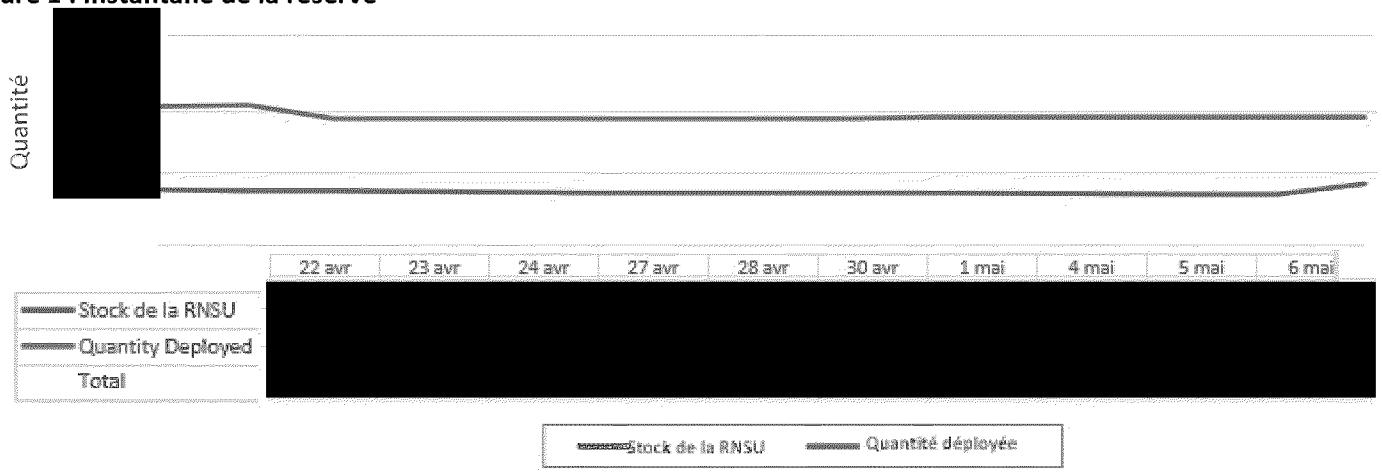
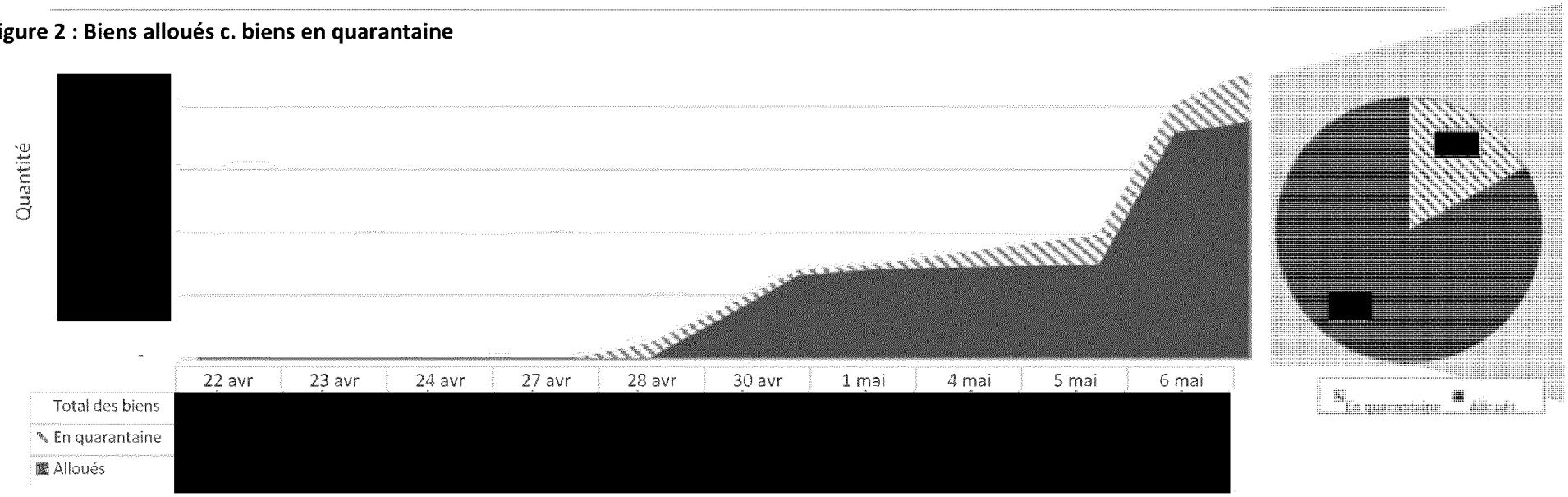


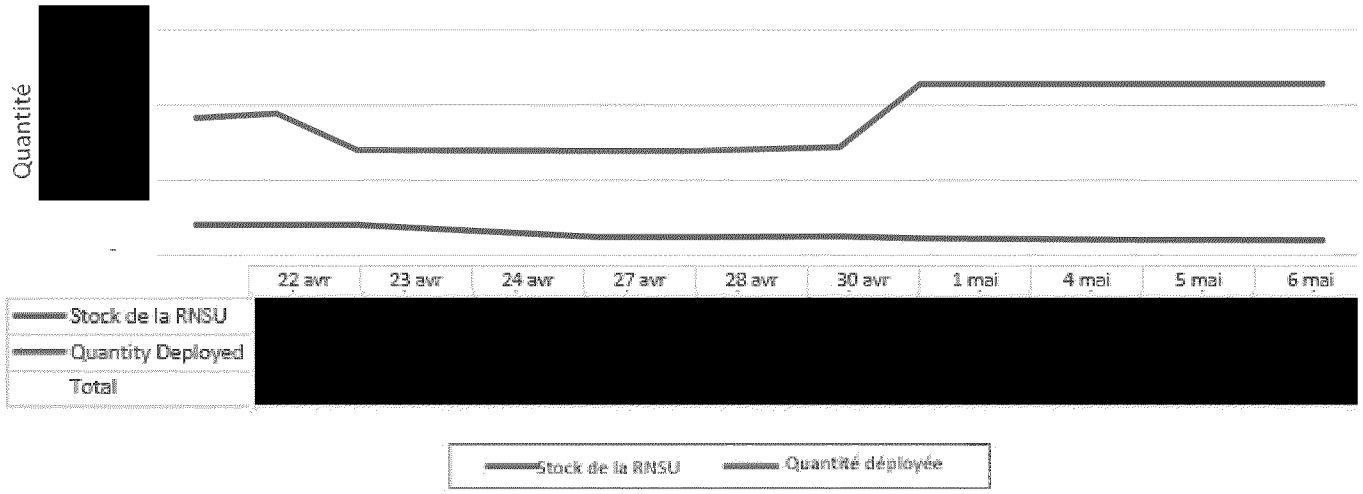
Figure 2 : Biens alloués c. biens en quarantaine



Source : « NOTES ENBREF » du Ministère (06 juin 2020)

Aperçu des blouses à partir de la note ministérielle EN BREF

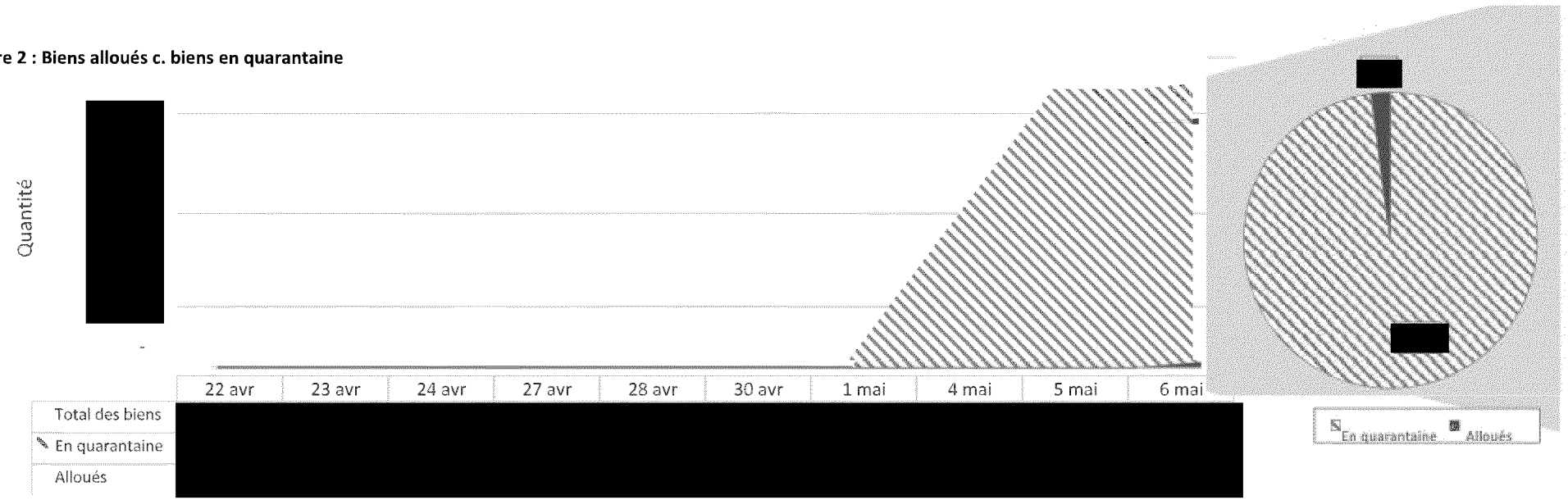
Figure 1 : Instantané de la réserve



Notes

- La note d'information ministérielle EN BREF est utilisée pour produire le présent rapport.
- La **figure 1** compare la quantité de biens dans le stock de la RNSU et la quantité déployée. Le total ici comprend les biens achetés, les biens donnés et les biens déjà en stock dans la RNSU.
- La **figure 2** concerne la quantité de biens reçus et la quantité de biens qui demeurent en quarantaine pour en vérifier la qualité.

Figure 2 : Biens alloués c. biens en quarantaine



Source : « NOTES ENBREF » du Ministère (06 juin 2020)

[redacted] (PHAC/ASPC)

[redacted]

Réponse proposée :
Voici la réponse que nous avons fournie à la question sur la RNSU il y a quelques semaines. Je crois que cette réponse est valide pour cette question, car elle repose sur le même principe, à savoir que la RNSU et les fonctions de réponse ont été réduites sous le gouvernement actuel :

Le budget de fonctionnement de base associé à notre intervention en matière de sécurité sanitaire, y compris la RNSU, a été relativement constant au cours des dernières années. Il convient de noter que, en plus du budget opérationnel de base de la RNSU, des investissements ont constamment été faits pour des initiatives particulières, des stocks de fournitures et des contre-mesures médicales, ce qui a été le cas en 2013-2014 où des investissements ponctuels de 20 millions de dollars ont été effectués. Au cours des dix dernières années, ces investissements ont varié d'une année à l'autre, mais ils se sont chiffrés à près de 80 millions de dollars, dont près de 60 millions de dollars au cours des cinq dernières années se terminant le 31 mars 2020.

7a - Système de la Réserve nationale stratégique d'urgence

MANDAT

- L'hypothèse fondamentale qui sous-tend la gestion d'urgence s'appuie sur le fait que les gouvernements provinciaux, territoriaux et locaux sont raisonnablement bien préparés pour la majorité des urgences courantes.

- La RNSU contient des fournitures que les provinces et territoires peuvent demander en cas d'urgence, comme des éclosions de maladies infectieuses, des catastrophes naturelles et d'autres événements de santé publique, lorsque leurs propres ressources ont été épuisées. Ces articles comprennent des fournitures et de l'équipement médicaux, des produits pharmaceutiques et des fournitures liées aux services sociaux, comme des lits et des couvertures.

- La RNSU est également l'unique fournisseur de certains biens nécessaires en cas de rares urgences de santé publique, notamment des vaccins ou des antidotes qui sont coûteux et rarement utilisés.

PRINCIPAUX FAITS ET CHIFFRES

- La RNSU dispose d'un budget de fonctionnement d'environ 3 millions de dollars.
- Au cours des dix dernières années, des investissements supplémentaires ont été faits dans la RNSU pour des achats ciblés totalisant plus de 79 millions de dollars.
- L'ASPC ne divulgue pas publiquement les détails des biens de la RNSU pour des raisons de sécurité nationale.
- Le 9 mars, le premier ministre et la vice-première ministre ont écrit aux premiers ministres provinciaux et territoriaux pour annoncer leur intention de prendre en charge l'approvisionnement général en fournitures de soins de santé pour faire face à la pandémie de COVID-19.
- En 2019, tous les biens de la RSNU ont été consolidés dans huit entrepôts situés dans six villes. Un autre entrepôt a été loué au début de 2020 pour soutenir les efforts d'approvisionnement général lié à la COVID-19.

FINANCEMENT

- Depuis 2012-2013, le budget annuel de la RNSU, y compris les salaires et le fonctionnement, était d'environ 3 millions de dollars.

- Des investissements ont été ajoutés au budget de fonctionnement de la RNSU pour couvrir des initiatives spéciales, des réserves de fournitures et des contremesures médicales, comme un investissement sur trois ans, à partir de 2013-2014, visant le vaccin contre la variole et un vaccin contre la maladie à virus Ebola en 2014-2015. Au cours des 10 dernières années, ces investissements ont fluctué d'année en année et ont totalisé plus de 79 millions de dollars.

MODERNISATION

- Depuis son évaluation en 2011, la RNSU a progressé pour mieux s'aligner à l'environnement de risque en constante évolution et investit dans ses biens stratégiques, comme les contremesures médicales, pour améliorer la capacité

de l'Agence à intervenir en cas de demandes inattendues pendant les urgences sanitaires.

- L'acquisition des biens de la RNSU est guidée par le contexte évolutif de la menace et du risque de l'état de préparation et d'intervention. L'objectif de la RNSU est de tenir son rôle de premier fournisseur de contremesures médicales qui ne sont normalement pas mises en réserve par les provinces et territoires. Elle détient également un approvisionnement en antiviraux pour offrir aux provinces et territoires une capacité supplémentaire immédiate en cas de pandémie de grippe.

- En 2013, une décision a été prise de moderniser et d'optimiser notre empreinte nationale d'entrepôts.

EMPREINTE D'ENTREPÔTS

- Les installations de la RNSU comprennent un dépôt central dans la région de la capitale nationale et des entrepôts situés stratégiquement au Canada.

- En 2012, les fournitures de la RNSU étaient distribuées dans 11 entrepôts situés dans 9 villes. En 2019, les biens ont été consolidés dans 8 entrepôts situés dans 6 villes.

- Depuis la création de la RNSU, l'infrastructure de transport du Canada s'est améliorée, ce qui a facilité le maintien de la cible de livraison en 24 heures à partir d'un nombre réduit d'entrepôts. Une évaluation indépendante a indiqué que les six emplacements stratégiques maintiendraient le rôle de la RNSU comme soutien déployé rapide.

- En mars 2020, un autre entrepôt a été loué à Ottawa, en raison du volume de biens obtenus ou acquis par la RNSU dans le cadre de la réponse du gouvernement fédéral à la lutte contre la COVID-19.

- Pour des raisons de sécurité, nous ne divulguons pas les emplacements.

FERMETURE D'ENTREPÔT / DISPOSITION DES BIENS

- Lorsque des entrepôts ont été fermés, les fournitures utilisables ont été déplacées, alors que les fournitures désuètes ou expirées ont été éliminées conformément à la politique du Conseil du Trésor. Par exemple, les stocks désuets, comme les pansements, les éponges, les trousses et tampons de perfusion, ont été évalués comme n'étant plus appropriés pour la distribution ou le don et ont été éliminés. Plusieurs des produits avaient plus de 20 ans.

- Les éléments conservés comprenaient des lits et des couvertures, qui continuent de servir au besoin pour soutenir les interventions provinciales ou

provinciales aux urgences sanitaires. La RNSU a conservé l'ensemble d'un hôpital de campagne comme artéfact.

REGINA

- En 2019, nous avons fermé l'entrepôt de Regina. Environ 2 millions de masques expirés et 440 000 gants expirés ont été éliminés. Les masques et les gants avaient été achetés en 2009 et avaient dépassé le délai d'utilisation de cinq ans recommandé par le fabricant.

DONS / DÉPLOIEMENT DES BIENS

- Bien que l'Organisation mondiale de la santé permette le don d'équipement de protection personnelle, elle exige que cet équipement soit garanti par le fabricant pendant une période minimale de deux ans. L'équipement doit donc être donné deux ans avant sa date d'expiration.

- L'ASPC respecte des directives strictes lors du déploiement de matériel. Si l'Agence ne peut pas garantir la qualité du matériel, elle ne le déploiera pas. Même dans les circonstances actuelles de la pandémie de COVID-19, alors que les directives de Santé Canada permettent le déploiement d'équipement de protection personnelle expiré, l'Agence examinerait très attentivement tout équipement qui a cinq ans ou plus. Les directives du fabricant sont respectées.

- Au cours des dix dernières années, la RNSU a déployé des biens pour porter assistance dans différentes situations et urgences, notamment les Olympiques de 2010, les inondations de 2013 en Alberta, le secours aux réfugiés syriens, les incendies de Fort McMurray et le Sommet du G7 à Québec en 2018.

- La RNSU a également fait des dons à l'étranger lors de l'éclosion d'Ebola en Afrique de l'Ouest, de l'ouragan Harvey et de l'éclosion actuelle de COVID-19 en Chine.

GESTION DE L'INVENTAIRE / DISPOSITION DES BIENS

- La RNSU examine régulièrement ses stocks. Les articles expirés, désuets ou inutilisables sont éliminés conformément à la politique du Conseil du Trésor.

- La majorité des articles ont une durée de conservation précise, après laquelle ils devraient être éliminés dans le cadre de la gestion normale du cycle de vie.

- Après une vérification interne menée en 2010, l'ASPC a mis en place un système d'inventaire électronique pour suivre les stocks de la Réserve

nationale stratégique d'urgence (RNSU). Le système d'inventaire de la RNSU (SAGE) a été mis en place en 2013.

- L'ASPC continue de rechercher des façons d'optimiser la gestion du cycle de vie des produits pour réduire la nécessité d'éliminer les stocks expirés, tout en continuant de prioriser la sécurité de l'utilisateur final.

INVENTAIRE DE EPP

- L'ASPC ne divulgue pas les détails relatifs aux biens de la RNSU, comme la quantité d'EPP.

- L'ASPC travaille étroitement avec les provinces et territoires pour communiquer l'information sur la quantité d'EPP en sa possession afin d'éclairer les discussions et la planification opérationnelles. Des sondages ont été menés pour permettre la communication de l'information. Les résultats n'ont pas été rendus publics.

- Les provinces et territoires s'attendent à ce que l'information communiquée par le biais de tables fédérales, provinciales et territoriales reste confidentielle et ne soit pas communiquée sans permission explicite.

APPROVISIONNEMENT EN EPP - COVID-19

- Le gouvernement du Canada travaille étroitement avec les provinces et territoires pour les approvisionner en fournitures sanitaires nécessaires afin de continuer à lutter contre la pandémie de COVID-19.

- La RNSU a été constituée, au départ, en s'appuyant sur l'hypothèse que les gouvernements provinciaux, territoriaux et locaux seraient préparés aux urgences les plus courantes. Conséquemment, elle a été conçue pour fournir des biens d'urgence lorsque les ressources locales, provinciales et territoriales sont épuisées.

- Les gouvernements ont traditionnellement acheté l'équipement de protection personnelle (EPP) directement des fournisseurs connus, et la RNSU a historiquement conservé uniquement de relativement petites quantités.

- Étant donné la nature sans précédent de la pandémie actuelle, la RNSU a rapidement pris un rôle plus actif dans l'approvisionnement et continuera de tenir ce rôle élargi aussi longtemps que nécessaire.

- L'ASPC n'a ménagé aucun effort pour garantir l'approvisionnement supplémentaire, y compris l'exploitation de mécanismes d'approvisionnement en vrac et les efforts auprès des fournisseurs nationaux pour renforcer la production. Elle a également joué un rôle de coordination et organisé la distribution des envois reçus vers les provinces et territoires qui devaient

satisfaire un besoin immédiat en soins de santé.

- Ce travail est réalisé en collaboration avec plusieurs ministères fédéraux, notamment Services publics et Approvisionnement Canada, Santé Canada, Innovation, Science et Développement Canada et Services aux Autochtones Canada, et les provinces et territoires.

- Alors que la situation évolue, nous apporterons des ajustements et tirerons des leçons qui viendront éclairer l'avenir de la RNSU.

DEMANDES D'AIDE LIÉES À LA COVID-19

- En date du X, la RNSU a répondu à X demandes d'aide des provinces et territoires liées à la COVID-19. Les articles fournis par la RNSU comprenaient des masques N95, des masques chirurgicaux, des protecteurs faciaux, des gants, des blouses et des respirateurs.

DONS À LA CHINE

- En février 2020, le gouvernement a donné de l'équipement de protection personnelle d'une valeur d'environ 0,5 million de dollars à la Chine pour soutenir sa réponse à l'éclosion de COVID-19.

- L'objectif du don canadien était d'aider la Chine à contenir l'éclosion à la source, dans un effort de prévention de la propagation de la maladie à l'échelle internationale.

Le don du Canada comprenait :

- 27 870 combinaisons de niveau 4
- 50 000 protecteurs faciaux
- 200 000 paires de gants en nitrile



POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Faits quotidiens en bref sur la COVID-19
12 mai 2020, 7 h HE

Le point sur la distribution de l'EPI

- **Don de divers EPI provenant du gouvernement de la Chine dont l'arrivée est prévue le 11 mai (22 h 45); au 12 mai 7 h 15, l'arrivée n'est pas confirmée.**
  - **La Croix-Rouge canadienne (CRC) recevra les dons. Toutefois, elle a demandé à l'ASPC d'en évaluer la qualité et d'orienter la distribution aux PT.**
- **Le prochain envoi de la Chine est prévu le 12 mai; manifeste à confirmer.**

Équipement acheté	Nbre reçu	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité*	Nbre qui ne répondait pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.	Nbre destiné aux PT + RNSU et SAC (80/20)**	Nbre distribué à des milieux autres que les soins de santé***
Masques N95	584 080	60 800		[redacted]	
Masques KN95	10 953 850	**81 020**	**8 062 830**		1 800 000
Masques chirurgicaux	**47 669 450**	**16 909 000**	100 750		
Gants de nitrile	11 688 075	500 000			
Combinaisons	65 961				
Écrans faciaux	**3 989 324**	**1 722 040**			
Blouses	377 836	169 076			
Respirateurs	53	53			

*L'EPI en quarantaine pour en vérifier la qualité comprend les fournitures en attente d'essais et les lots qui ne répondent pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.
**20 % distribution = 18 % RNSU + 2 % SAC.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

RNSU

Équipement	Stock de la RNSU* (au 9 mai 2020)	Quantité déployée en réponse aux demandes d'aide depuis le 18 mars 2020**
Masques N95	[redacted]	[redacted]
Masques KN95		
Masques chirurgicaux		
Écrans faciaux		
Blouses		
Gants de nitrile		
Respirateurs		

*L'inventaire de la RNSU correspond au stock existant plus la répartition de 20 % provenant de la répartition en gros (p. ex. 18 % RNSU + 2 % SAC); les fournitures du stock entrent et sortent, donc les chiffres fluctuent.
**La quantité déployée ne tient pas compte de la demande d'aide des régions de l'ASPC et des autres ministères (p. ex. SAC, Corrections Canada); stock périmé distribué aux PT et quantité d'EPI déployé aux mini-cliniques.

Distribution des respirateurs (demandes d'aide et déploiement proactif jusqu'à maintenant) (aucun changement)

Dons

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Équipement	Nbre reçu par l'ASPC	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité	Nbre destiné aux PT + SAC**	Nbre à distribuer aux milieux autres que les soins de santé***
Masques N95	142 336	27 916	114 420	
Masques KN95	491 550	20 350	346 700	124 500
Masques chirurgicaux	898 350	20 450	497 900	380 000
Masques non médicaux FFP2/FFP3 (équivalent à N95)	40 776	0	40 776	
Gants de nitrile	472 484	82 034	390 450	

*La quantité reçue comprend l'EPI reçu par l'ASPC/directement livrée à la Croix-Rouge canadienne. En travaillant avec la CRC, l'ASPC soutient la vérification de la qualité des dons et oriente la distribution aux PT.
**La formule pour la distribution des dons n'inclut plus ce qui est conservé pour la RNSU.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

Demandes d'aide à la RNSU – capacité supplémentaire

- **Demande d'aide d'Alberta Hospitals and Medical Care (du 14 mai au 4 juin 2020)**
  - **Il y a plusieurs éclosions en Alberta dans les camps pétroliers où les travailleurs vont et viennent provenant d'autres administrations, ce qui complique la collecte de données en provenance des multiples parties concernées.**
  - **Alberta Hospitals and Medical Care a besoin de ressources épidémiologiques supplémentaires pour répondre à la demande actuelle; soutenir l'épidémiologie descriptive et éclairer les mesures de santé publique.**

Demandes d'aide à la RNSU (aucun changement)

- 47 demandes reçues des PT; 46 ont reçu une réponse.
- Demande reçue du Yukon le 5 mai pour [redacted] en attente d'évaluation
  - [redacted] mais la livraison est prévue le 15 mai.

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Faits quotidiens en bref sur la COVID-19
13 mai 2020, 7 h HE

Le point sur la distribution de l'EPI

- **Don de divers EPI provenant du gouvernement de la Chine arrivé le 11 mai; la Croix-Rouge canadienne a reçu les dons; en attente d'inventaire et d'évaluation de la qualité.**
- **Le prochain envoi de la Chine est prévu le 12 mai (22 h 45); au 13 mai, 7 h 15, pas encore de confirmation; livraison attendue de masques chirurgicaux et de lunettes de sécurité.**

Équipement acheté	Nbre reçu	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité*	Nbre qui ne répondait pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.	Nbre destiné aux PT + RNSU et SAC (80/20)**	Nbre distribué à des milieux autres que les soins de santé***
Masques N95	584,080	60,800		[redacted]	
Masques KN95	10,953,850	81,020	8,062,830		1,800,000
Masques chirurgicaux	**54,539,450**	**23,779,000**	100,750		
Gants de nitrile	11,688,075	500,000			
Combinaisons	65,961				
Écrans faciaux	**4,106,464**	**1,839,180**			
Blouses	377,836	169,076			
Respirateurs	53	53			

* L'EPI en quarantaine pour en vérifier la qualité comprend les fournitures en attente d'essais et les lots qui ne répondent pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.
**20 % distribution = 18 % RNSU + 2 % SAC.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

RNSU

Équipement	Stock de la RNSU* (au 12 mai 2020)	Quantité déployée en réponse aux demandes d'aide depuis le 18 mars 2020**
Masques N95	[redacted]	[redacted]
Masques KN95		
Masques chirurgicaux		
Écrans faciaux		
Blouses		
Gants de nitrile		
Respirateurs		

*L'inventaire de la RNSU correspond au stock existant plus la répartition de 20 % provenant de la répartition en gros (p. ex. 18 % RNSU + 2 % SAC); les fournitures du stock entrent et sortent, donc les chiffres fluctuent.
**La quantité déployée ne tient pas compte de la demande d'aide des régions de l'ASPC et des autres ministères (p. ex. SAC, Corrections Canada); stock périmé distribué aux PT et quantité d'EPI déployé aux mini-cliniques.

Distribution des respirateurs (demandes d'aide et déploiement proactif jusqu'à maintenant) (aucun changement)

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Dons

Équipement	Nbre reçu par l'ASPC	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité	Nbre destiné aux PT + SAC**	Nbre à distribuer aux milieux autres que les soins de santé***
Masques N95	142,336	27,916	114,420	
Masques KN95	491,550	20,350	346,700	124,500
Masques chirurgicaux	**1,024,350**	**146,450**	497,900	380,000
Masques non médicaux FFP2/FFP3 (équivalent à N95)	40,776	0	40,776	
Gants de nitrile	**473,780**	**67,295**	**406,485**	

*La quantité reçue comprend l'EPI reçu par l'ASPC/directement livrée à la Croix-Rouge canadienne. En travaillant avec la CRC, l'ASPC soutient la vérification de la qualité des dons et oriente la distribution aux PT.
**La formule pour la distribution des dons n'inclut plus ce qui est conservé pour la RNSU.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

Demandes d'aide à la RNSU – capacité supplémentaire **(aucun changement)**

- Demande d'aide d'Alberta Hospitals and Medical Care (du 14 mai au 4 juin 2020)
  - Il y a plusieurs éclosions en Alberta dans les camps pétroliers.
  - Alberta Hospitals and Medical Care a besoin de ressources épidémiologiques supplémentaires pour soutenir l'épidémiologie descriptive et éclairer les mesures de santé publique.

Demandes d'aide à la RNSU (aucun changement)

- **49 demandes reçues des PT;** 46 ont reçu une réponse.
- **Demande reçue de l'Î.-P.-É. le 11 mai pour [redacted]; en attente d'expédition.**
- **Demande reçue de l'Alberta le 12 mai pour [redacted] en attente d'évaluation.**
- Demande d'aide reçue du Yukon le 5 mai pour [redacted]; en attente d'évaluation.
  - [redacted] mais la livraison est prévue le 15 mai.

4 – APPROVISIONNEMENT D'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

MESSAGES CLÉS :

- Le gouvernement du Canada fait tous les efforts possibles pour obtenir l'équipement de protection individuelle (EPI) et le matériel médical essentiel et pour accélérer la livraison de matériels aux travailleurs de la santé de première ligne.

- Le Canada reçoit les EPI et travaille rapidement pour distribuer les équipements aux provinces et aux territoires comme convenu entre les ministres de la Santé fédéral-provinciaux-territoriaux.

- L'Agence de la santé publique du Canada déploie l'EPI et les ventilateurs de la Réserve nationale stratégique d'urgence pour répondre aux demandes d'aide urgentes des provinces et des territoires.

- En outre, le gouvernement du Canada reçoit des offres de dons d'organismes canadiens et étrangers sur le site de donation de la page Web sur la COVID-19 du gouvernement du Canada.

FAITS ET CHIFFRES CLÉS

- **À ce jour, l'ASPC a distribué environ 2 millions de respirateurs N95 et matériel équivalent (par exemple, les respirateurs KN95), 30 millions de masques chirurgicaux, 11 millions de paires de gants en nitrile et 4 millions d'écrans faciaux, en plus d'autres EPI et d'autres matériels médicaux**

- **SPAC a confirmé des contrats pour un grand nombre d'EPI et pour d'autres matériels médicaux, y compris plus de 130 millions de respirateurs N95 et matériel équivalent, 315 millions de masques chirurgicaux, 1 milliard de paires de gants en nitrile et 55 millions d'écrans faciaux.**

- **L'EPI et les matériels médicaux reçus par l'Agence de la santé publique du Canada, qu'ils soient achetés au pays ou à l'étranger, sont évalués pour confirmer qu'ils sont conformes aux spécifications techniques pour les interventions liées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé avant de les distribuer aux provinces et territoires. On utilise le même processus pour les dons**

- **Les matériels qui ne sont pas conformes aux spécifications sont évalués en vue de l'utilisation potentielle dans d'autres secteurs.**

SI ON DEMANDE DES RENSEIGNEMENTS SUR LES MESURES PRISES PAR LE GOUVERNEMENT DU CANADA POUR FAIRE FACE À LA PÉNURIE D'EPI À L'ÉCHELLE MONDIALE

- Le gouvernement du Canada, grâce au leadership de Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC) et d'Innovation, Sciences et Développement économique Canada, a encouragé les entreprises canadiennes à renforcer leur capacité de fabrication à l'échelle nationale, y compris moderniser les installations pour fabriquer l'EPI, le matériel médical et les fournitures connexes, y compris les ventilateurs et les trousses pour le dépistage rapide de la COVID-19.

- SPAC a confirmé avoir octroyé des contrats pour un certain nombre d'EPI et pour d'autre matériel médical, y compris plus de 130 millions de respirateurs N95 et matériel équivalent (par exemple, les respirateurs KN95), 315 millions de masques chirurgicaux, 1 milliards de paires de gants en nitrile et 55 millions d'écrans faciaux.

- L'Agence de la santé publique du Canada reçoit les matériels dans le cadre de contrats comportant des livraisons échelonnées et le 14 mai avait distribué différents matériels, y compris environ 2 millions de respirateurs N95 et matériel équivalent (par exemple, les respirateurs

KN95), 30 millions de masques chirurgicaux, 11 millions de paires de gants en nitrile et 4 millions d'écrans faciaux, aux provinces et aux territoires et d'autres matériels seront distribués dans les prochains jours.

- En outre, l'Agence de la santé publique du Canada a distribué aux provinces et aux territoires plus de 400 000 respirateurs N95 et matériel équivalent, 450 000 masques chirurgicaux et 350 000 paires de gants reçus en don.

SI ON DEMANDE QUAND LE GOUVERNEMENT DU CANADA A COMMENCÉ À ACHETER LES EPI POUR FAIRE FACE À LA COVID-19

- En janvier et février 2020, l'Agence de la santé publique du Canada a confirmé des commandes pour différents EPI, y compris environ 400 000 respirateurs N95, 920 000 masques chirurgicaux, 870 000 paires de gants en nitrile et 14 000 jaquettes d'hôpital.

- Pendant le mois de mars, l'Agence de la santé publique du Canada s'est concentrée sur le processus d'achats en grande quantité en collaboration entre les gouvernements F/P/T et a passé des commandes supplémentaires pour environ 34 millions de respirateurs N95, 4 millions de masques chirurgicaux, 50 000 paires de gants en nitrile et 35 millions de jaquettes d'hôpital.

SI ON DEMANDE QUAND LE GOUVERNEMENT DU CANADA A ÉTABLI LES SPÉCIFICATIONS TECHNIQUES POUR LES INTERVENTIONS LIÉES À LA COVID-19 DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ QUI SONT PUBLIÉES SUR LE SITE WEB ACHATSETVENTES.GC.CA

- Les spécifications techniques pour les interventions liées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé ont été établies par un comité d'évaluation technique formé de représentants de l'Agence de la santé publique du Canada, de Santé Canada et du Conseil national de recherches du Canada.

- Les spécifications techniques ont été établies en fonction des directives d'organismes tels que l'Organisation mondiale de la santé, le Centre for Disease Control and Prevention des États-Unis et la Food and Drug Administration des États-Unis et sont publiées sur le site Web achatsetventes.gc.ca de Services publics et Approvisionnement Canada.

- En raison de la grande concurrence à l'échelle mondiale, on a demandé immédiatement aux fournisseurs qui fournissent depuis longtemps l'EPI au Canada de participer au processus d'approvisionnement.

- Relativement aux nouveaux fournisseurs, étrangers et locaux, on a vérifié que les entreprises avaient les autorisations réglementaires nécessaires, par exemple, la Licence d'établissement d'instruments

médicaux, et les spécifications de produits ont été examinées par le comité d'évaluation technique et pour les entreprises étrangères, on a consulté Affaires mondiales Canada pour vérifier l'historique du fournisseur.

SI ON DEMANDE DES RENSEIGNEMENTS SUR L'ARRÊTÉ D'URGENCE CONCERNANT L'IMPORTATION ET LA VENTE D'INSTRUMENTS MÉDICAUX DESTINÉS À ÊTRE UTILISÉS À L'ÉGARD DE LA COVID-19 DE SANTÉ CANADA

- Le 18 mars, le ministre de la Santé a signé l'*Arrêté d'urgence concernant l'importation et la vente d'instruments médicaux destinés à être utilisés à l'égard de la COVID-19* pour accélérer le processus d'approbation réglementaire des examens de produits et des licences. En tant qu'organisme de réglementation, Santé Canada continue de vérifier la sécurité, la qualité et l'efficacité de tous les instruments médicaux utilisés pour le diagnostic, le traitement, l'atténuation et la prévention de la COVID-19.

SI ON DEMANDE COMMENT LE GOUVERNEMENT DU CANADA S'ASSURE DE LA QUALITÉ DES EPI

- En raison de la grande concurrence à l'échelle mondiale pour l'EPI et d'autres matériels médicaux, les différents pays ont été obligés de négocier avec un certain nombre de nouveaux fabricants et fournisseurs.

- Par conséquent, l'EPI et les matériels médicaux reçus par l'Agence de la santé publique du Canada, qu'ils soient achetés au pays ou à l'étranger, sont évalués pour confirmer qu'ils sont conformes aux spécifications techniques pour les interventions liées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé avant de les distribuer aux provinces et territoires. On utilise le même processus pour les dons.

- Par exemple, un respirateur KN95 fait l'objet d'une inspection visuelle pour déterminer les défauts de conception et de fabrication et est mis à l'essai par le Conseil national de recherches du Canada en utilisant des instruments spécialisés pour confirmer les attentes en matière de rendement. Les masques chirurgicaux font l'objet de tests de résistance aux fluides et de résistance respiratoire.

- Les matériels qui ne sont pas conformes aux spécifications sont évalués en vue de l'utilisation potentielle dans d'autres secteurs.

- À ce jour, la plupart des produits reçus par le gouvernement du Canada étaient conformes aux spécifications techniques pour les interventions liées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé. Toutefois, l'Agence de la santé publique du Canada, en raison de son processus d'évaluation rigoureux, a déterminé qu'environ 9,9 millions de respirateurs KN95 n'étaient pas conformes aux spécifications techniques.

4 – APPROVISIONNEMENT D'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

SI ON DEMANDE DES RENSEIGNEMENTS SUR LA VÉRIFICATION DES MATÉRIELS MÉDICAUX À LA SOURCE AVANT D'ACCEPTER LA LIVRAISON

- Au début d'avril, en raison de la demande élevée d'EPI au pays et de la grande concurrence à l'échelle internationale, il était essentiel de livrer rapidement les matériels médicaux à l'Agence de la santé publique du Canada pour qu'elle puisse vérifier la qualité et faire les tests nécessaires avant de distribuer les matériels aux provinces et aux territoires.

- Puisque la capacité de fabrication à l'échelle nationale augmente et puisqu'on prévoit la livraison de grandes quantités de matériels médicaux à l'échelle nationale et internationale, le gouvernement du Canada évalue ses options logistiques pour faciliter la livraison de produits de qualité et assurer l'efficacité de la distribution aux provinces et territoires.

SI ON DEMANDE DES RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DES RESPIRATEURS KN95 PROVENANT DE CHINE

- En raison de problèmes liés à la qualité, le gouvernement du Canada a suspendu les livraisons de ce fournisseur et prend les mesures qui s'imposent.

SI ON DEMANDE DES RENSEIGNEMENTS SUR L'UTILISATION DES RESPIRATEURS KN95

- Santé Canada, en tant qu'organisme de réglementation des instruments médicaux au Canada, accepte l'accréditation du National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) des États-Unis en tant que norme de qualité adéquate pour les respirateurs N95 utilisés par les professionnels de la santé.

- Pour appuyer les mesures d'intervention liées à la COVID-19 et pour améliorer la disponibilité de ces types de respirateurs au Canada (vente ou importation), Santé Canada accepte les matériels conformes à d'autres normes équivalentes utilisées dans d'autres pays, par exemple, les respirateurs KN95 et FFP2 (y compris ceux avec un serre-tête ou une boucle latérale).

- Cette mesure est en harmonie avec la directive de la Food and Drug Administration des États-Unis qui a été révisée récemment, le 7 mai 2020.

- Le 11 mai, Santé Canada a transmis un avis de rappel à environ 60 sociétés qui importent ou distribuent des respirateurs KN95 au Canada

indiquant que leur produit pouvait ne pas être conforme aux normes de sécurité et d'efficacité pour les interventions liées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé.

- L'avis confirmait que cette mesure ne visait pas les respirateurs KN95 achetés par le gouvernement du Canada et vérifiés par l'Agence de la santé publique du Canada.

SI ON DEMANDE DES RENSEIGNEMENTS SUR LA DISTRIBUTION DE L'EPI AUX PROVINCES ET AUX TERRITOIRES

- Le 2 avril, pour favoriser la distribution rapide de produits partout au Canada, les ministres de la Santé fédéral-provinciaux-territoriaux ont approuvé *l'Attribution des ressources qui se font rares COVID-19 - Stratégie d'intervention provisoire.*

- La stratégie se fonde sur les principes de la transparence, de l'équité et de la solidarité et met en œuvre une approche visant à appuyer les mesures d'intervention liées à la COVID-19 des travailleurs de la santé de première ligne tout en conservant la capacité d'intensification dans la Réserve nationale stratégique d'urgence pour faire face aux pénuries graves mises en évidence par les province et les territoires.

- Cette approche continue d'orienter le processus d'attribution, mais peut être modifiée en fonction de l'évolution des mesures d'intervention liées à la COVID-19 au Canada.

SI ON DEMANDE DES RENSEIGNEMENTS SUR LA MÉTHODE UTILISÉE PAR LE GOUVERNEMENT DU CANADA POUR ACCÉLÉRER LA LIVRAISON D'EPI AUX PROVINCES ET TERRITOIRES

- Le 1er avril, le gouvernement du Canada a octroyé un contrat à Amazon pour faciliter la logistique relativement à la distribution d'EPI et de matériels pour appuyer les mesures d'intervention liées à la COVID-19.

- Amazon fournit ces services aux Canadiens au prix coûtant, sans bénéfices. La valeur totale du contrat ne doit pas dépasser 5 millions de $, avant taxes.

- L'Agence de la santé publique du Canada, avec l'aide des Forces armées canadiennes, gère le contrat et les stocks et, en utilisant l'interface d'Amazon, distribue l'EPI partout au pays.

- Amazon travaille directement avec les Forces armées canadiennes et Postes Canada pour gérer l'entreposage et Purolator pour livrer les produits aux autorités sanitaires provinciales et territoriales pour appuyer les mesures d'intervention liées à la COVID-19 des travailleurs de la santé de première ligne.

Page: 551 of/de 1,041
AV2020000020

4 – APPROVISIONNEMENT D'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

- Le 12 mai, chaque province et territoire avait reçu une douzaine de cargaisons d'EPI en utilisant l'interface du système d'Amazon.

- La santé et la sécurité des employés sur place sont essentielles pour faciliter la distribution d'EPI et toutes les entreprises ont pris les mesures de santé publique nécessaires, y compris la distanciation physique et l'accès aux matériels tels que les désinfectants pour les mains, les lingettes et les masques.

SI ON DEMANDE DES RENSEIGNEMENTS SUR L'APPEL D'OFFRES POUR DES SERVICES DE LOGISTIQUE PUBLIÉ SUR LE SITE WEB ACHATSETVENTES.GC.CA LE 4 MAI

- En raison de la grande quantité de produits qui doivent être livrés au cours des prochains mois, le 4 mai, le gouvernement du Canada a publié une demande de propositions sur le site Web achatsetventes.gc.ca de Services publics et Approvisionnement Canada pour explorer d'autres solutions pour des services de logistique pour renforcer la capacité existante.

- Pendant un an, le fournisseur de services de logistique doit gérer les documents de douane, l'entreposage et les stocks, établir les rapports et livrer l'équipement de protection individuelle à différents endroits dans chaque province et territoire.

- Le fournisseur doit aussi être en mesure de gérer des cargaisons pour tous les modes de transport, y compris recevoir les produits dans les ports de mer, les aéroports, les terminaux ferroviaires et les points de transition commerciaux et organiser le transport.

- La date de clôture de l'appel d'offres était le 8 mai et le gouvernement du Canada examine actuellement les propositions.

SI ON DEMANDE DES RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉUTILISATION ET LA STÉRILISATION DES RESPIRATEURS N95

- Santé Canada a autorisé certains équipements pour décontaminer les respirateurs N95 par suite de *l'Arrêté d'urgence concernant l'importation et la vente d'instruments médicaux destinés à être utilisés à l'égard de la COVID-19*.

- L'Agence de la santé publique du Canada a acheté 82 instruments de stérilisation de Stryker Canada. Relativement à ces instruments, 81 unités ont été distribuées aux provinces et territoires en fonction des besoins et une unité au Conseil national de recherches du Canada.

4 – APPROVISIONNEMENT D'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

- Ces unités seront bientôt déployées et installées et permettront de renforcer la capacité nationale, soit de retraiter environ 275 000 respirateurs N95 chaque semaine.

SI ON DEMANDE DES RENSEIGNEMENTS SUR LES BESOINS EN FOURNITURES DANS LE CONTEXTE DU VACCIN CONTRE LA COVID-19

- L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada travaillent avec les partenaires et les intervenants clés pour déterminer les risques liés à la chaîne d'approvisionnement et les écarts de capacité prévus qui pourraient causer des problèmes en vue de la possibilité d'une campagne de vaccination contre la COVID-19 partout au Canada.

- L'Agence de la santé publique du Canada continue de collaborer avec les partenaires provinciaux et territoriaux pour déterminer les lacunes potentielles de la chaîne d'approvisionnement et pour appuyer l'approvisionnement en temps opportun d'instruments supplémentaires, par exemple, les aiguilles, les séringues, l'EPI et les médicaments.

Contexte

Pour répondre aux besoins en matière d'approvisionnement et de distribution pour appuyer les mesures d'intervention liées à la COVID-19 des travailleurs de la santé de première ligne, le gouvernement du Canada a mis en œuvre une approche concertée visant la coordination entre plusieurs ministères, notamment l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Santé Canada, le Conseil national de recherches du Canada (CNR), Affaires mondiales Canada, le ministère de la Défense nationale, Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC) et Innovation, Sciences et Développement économique Canada (ISDE).

Achats en grande quantité en collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux (F/P/T)
ISDE et SPAC continuent d'encourager les entreprises canadiennes à renforcer leur capacité de fabrication à l'échelle nationale, y compris moderniser les installations pour fabriquer le matériel médical et les fournitures connexes, y compris les ventilateurs portatifs, les masques chirurgicaux et les trousses pour le dépistage rapide de la COVID-19.

Dans le cadre de ce processus, l'ASPC, Santé Canada et le CNR jouent un rôle essentiel en effectuant des examens techniques pour vérifier que les produits sont conformes aux spécifications techniques pour les interventions liées à la COVID-19 du gouvernement du Canada publiées sur le site Web achatsetventes.gc.ca de SPAC.

Pour répondre aux besoins urgents, Santé Canada transmet rapidement les approbations réglementaires des examens de produits et des licences en vertu de *l'Arrêté d'urgence concernant l'importation et la vente d'instruments médicaux destinés à être utilisés à l'égard de la COVID-19* signé par le ministre de la Santé le 18 mars 2020. En tant qu'organisme de réglementation, Santé Canada continue de vérifier la sécurité, la qualité et l'efficacité de tous les instruments médicaux utilisés pour le diagnostic, le traitement, l'atténuation et la prévention de la COVID-19.

Santé Canada continue de communiquer activement avec les intervenants de l'industrie des instruments médicaux et les provinces et territoires pour déterminer tout signe de perturbation de la chaîne d'approvisionnement au Canada. Les fabricants et les

importateurs doivent aviser le ministre de la Santé en cas de pénuries d'instruments médicaux considérés essentiels. Santé Canada surveille étroitement l'approvisionnement de tout traitement potentiel de la COVID-19 et travaille avec les entreprises pour assurer un approvisionnement continu des médicaments nécessaires au Canada.

Essais de l'EPI et évaluations de la qualité

L'achat d'EPI de nouveaux fournisseurs (au pays et à l'étranger) présente des défis. Lorsque les produits sont livrés, l'ASPC doit effectuer une vérification de la qualité avant de les distribuer aux provinces et territoires. Ce processus est appuyé par le CNR en utilisant ses instruments spécialisés.

Les résultats des essais sont aussi utilisés pour déterminer l'approvisionnement futur. SPAC et l'ASPC travaillent avec les fournisseurs pour régler les problèmes à la source ou éviter d'acheter des matériels de fournisseurs peu fiables si des problèmes sont relevés.

Respirateurs KN95

Le 8 mai, la CBC a dit que, sur environ 11 millions de respirateurs KN95 reçus par le gouvernement du Canada, fabriqués en Chine et fournis par une entreprise de Montréal, 8 millions n'étaient pas conformes aux spécifications techniques pour les interventions liées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé, 1 million étaient conformes et on attendait les résultats pour 1,6 millions. Le nombre de respirateurs qui n'étaient pas conformes aux spécifications techniques a augmenté pour atteindre 9,9 millions en raison des résultats de la vérification des 1,6 millions de respirateurs restants. SPAC a suspendu les livraisons de ce fournisseur et a intenté un recours pour le compte de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le 7 mai, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a publié des directives révisées indiquant que certains masques respirateurs filtrants (pièces faciales) en provenance de la Chine pouvaient ne pas assurer une protection respiratoire adéquate. La FDA considère que les respirateurs KN95 sont des instruments médicaux équivalents au respirateur N95, mais l'autorisation pour les respirateurs KN95 nécessite une validation et un examen supplémentaires de la FDA.

Ensuite, la direction des instruments médicaux de Santé Canada a mis à jour ses directives réglementaires (*Optimiser l'utilisation des masques et des respirateurs lors de l'épidémie de la COVID-19*) et a transmis un avis de rappel à environ 60 sociétés indiquées sur le site Web du National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) des États-Unis. Comme la FDA, Santé Canada continue d'autoriser les respirateurs KN95 au Canada en vertu de *l'Arrêté d'urgence concernant l'importation et la vente d'instruments médicaux destinés à être utilisés à l'égard de la COVID-19*, mais le 7 mai, Santé Canda demandera les résultats des tests effectués par des installations d'essais indépendantes pour valider l'efficacité des respirateurs.

Le 11 mai, Santé Canada a transmis un avis de rappel à des sociétés qui importent ou distribuent certains types de respirateurs au Canada, y compris les respirateurs KN95, indiquant que leur produit pouvait ne pas être conforme aux normes de sécurité et d'efficacité pour les interventions liées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé. Santé Canada communique avec des entreprises qui ont importé ou distribué des respirateurs qui ne sont pas conformes aux spécifications techniques du National Personal Protective Technology Laboratory des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis pour leur demander de cesser immédiatement de vendre ces respirateurs et de réétiqueter les stocks comme des masques faciaux (et non respirateurs).

Allocation et distribution F/P/T

Comme convenu par les ministres de la Santé F/P/T, l'ASPC distribue l'EPI en utilisant une formule 80/20 — 80 % est distribué aux provinces et territoires par habitant et 20 % est ajouté à la Réserve nationale stratégique d'urgence, y compris 2 % pour Services aux Autochtones Canada. L'objectif de la Réserve nationale stratégique d'urgence est

4 – APPROVISIONNEMENT D'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

d'assurer une capacité d'intensification aux provinces et territoires lorsque les ressources sont insuffisantes.

À cet égard, SPAC a octroyé à Amazon un contrat d'une valeur de 5 millions de $. Le contrat vise principalement l'utilisation de l'interface d'Amazon pour la distribution de matériels aux P/T. Amazon travaille avec les Forces armées canadiennes, Postes Canada et Purolator.

Le 4 mai, pour faciliter la réception et la distribution d'une grande quantité d'EPI et de matériel médical, SPAC a publié une demande de propositions sur le site Web achatsetventes.gc.ca pour obtenir des propositions des principaux fournisseurs de services de logistique. Cette déclaration d'intérêt vise une solution logistique générale prévoyant non seulement la distribution, mais aussi la gestion de l'entreposage, des documents de douane, des services de courtage en douane et des stocks. La date de clôture de l'appel d'offres était le 11 mai et on examine actuellement la déclaration d'intérêt.

Réutilisation et la stérilisation
En raison de l'augmentation de la demande de respirateurs N95, l'ASPC a collaboré avec Santé Canada, le CNR et ISDE pour déterminer des entreprises qui ont de l'expérience dans la fabrication d'équipements utilisés pour le retraitement pour autoriser ces technologies de manière à retraiter efficacement et sans danger les respirateurs N95.

Santé Canada a délivré le 5 avril 2020 la première autorisation en vertu de *l'Arrêté d'urgence concernant l'importation et la vente d'instruments médicaux destinés à être utilisés à l'égard de la COVID-19* à Stryker pour le Sterizone VP4 et, depuis ce temps, a autorisé d'autres instruments, y compris les stérilisateurs Sterrad et Steris, qui sont largement disponibles et sont distribués à tous les hôpitaux canadiens.



Mot d'ouverture

de la

[redacted]

l'Agence de la santé publique du Canada

Comité permanent des opérations gouvernementales et des prévisions budgétaires

Réserve nationale stratégique d'urgence et approvisionnement en EPI

Ottawa, Canada
15 mai 2020

Page: 556 of/de 1,041
AV2020000020

Introduction

- Je souhaite remercier ma collègue, [redacted], pour son survol de l'histoire de la Réserve nationale stratégique d'urgence (ou RNSU).
- Monsieur le [redacted] permettez-moi de prendre quelques instants pour expliquer le rôle de l'Agence de la santé publique du Canada dans la stratégie à plusieurs volets qui a été adoptée par le gouvernement du Canada pour obtenir et distribuer l'équipement de protection individuelle (ou, comme nous l'appelons, EPI) et d'autres fournitures médicales essentielles dans le but d'appuyer l'intervention des travailleurs de la santé de première ligne face à la COVID-19.

Approvisionnement

- Lorsque les cas de COVID-19 ont commencé à se propager à l'extérieur de la Chine, la demande mondiale d'EPI et d'autres fournitures médicales, comme les masques, les écrans faciaux, les blouses de protection et les ventilateurs, a atteint des niveaux sans précédent.

- Face à cette situation, en janvier, l'Agence de la santé publique du Canada a lancé un dialogue avec les provinces et les territoires pour analyser les réserves existantes et évaluer les contraintes à venir en lien avec la COVID-19.

- Au début de mars, pour accroître le pouvoir d'achat collectif du Canada sur le marché mondial, l'Agence de la santé publique du Canada a collaboré avec les provinces et les territoires pour acheter une grande quantité d'EPI, de fournitures médicales et d'autres équipements.

- Il est vite devenu évident que nous devions acheter, transporter, tester et fournir plus d'EPI que jamais et qu'une approche pangouvernementale était nécessaire pour renforcer l'expertise et les efforts de l'Agence de la santé publique du Canada.

- Cette initiative d'approvisionnement et de distribution d'EPI à grande échelle a été rendue possible par des solutions d'approvisionnement novatrices de Services publics et Approvisionnement Canada et par les investissements faits dans les capacités intérieures du Canada sous la direction d'Innovation, Sciences et Développement économique Canada.

- Des entreprises comme Bauer, Canada Goose, Irving et CAE se sont réorganisées pour produire toutes sortes de fournitures, y compris des écrans faciaux et des ventilateurs.

- Nous bénéficions aussi de l'accélération des approbations réglementaires accordées par Santé Canada et de l'expertise en logistique à grande échelle des Forces armées canadiennes.

- Je dois souligner que plus de 300 fonctionnaires ont pris part aux efforts de l'Agence de la santé publique du Canada

depuis le début de la pandémie. C'est sans compter tous les militaires, hommes et femmes, qui appuient nos activités de logistique.

- Moi-même, je suis arrivée d'Innovation, Sciences et Développement économique Canada le 24 mars pour apporter un leadership additionnel dans la gestion de cette entreprise importante.

Vérification de la qualité

- L'Agence de la santé publique du Canada a commencé à recevoir des livraisons de fournitures provenant du pays et de l'étranger.

- Toutefois, en raison de la concurrence mondiale intense, il a fallu recourir à plusieurs nouveaux fabricants et fournisseurs. Cette réalité est commune à tous les pays luttant contre la COVID-19.

- Par conséquent, l'Agence de la santé publique du Canada évalue tout l'EPI reçu pour s'assurer qu'il répond aux spécifications pour la lutte contre la COVID-19 dans les établissements de santé.

- La santé et la sécurité de nos travailleurs de la santé de première ligne, qui sont essentielles pour atténuer la propagation de la COVID-19, constituent la priorité dans nos efforts d'approvisionnement.

- C’est pourquoi l’Agence de la santé publique du Canada mène des évaluations techniques approfondies, avec le soutien de Santé Canada et du Conseil national de recherches Canada, pour assurer l’approvisionnement en EPI conforme aux spécifications techniques du gouvernement du Canada pour les établissements de santé.

- Le processus de vérification à la réception dépend de l’instrument médical en question. Par exemple, les masques KN95, reconnus comme une solution de rechange acceptable aux masques N95, sont soumis à des inspections visuelles pour détecter les défauts de conception et de fabrication et à des tests pour confirmer qu’ils respectent les spécifications concernant les masques filtrants. Les blouses et les masques chirurgicaux sont inspectés visuellement et testés pour mesurer la résistance aux liquides.

- À ce jour, la vaste majorité des produits reçus répondaient aux spécifications; toutefois, notre processus de vérification de la qualité a fait ressortir environ 9,9 millions de masques KN95 non conformes aux spécifications pour les établissements de santé.

- Les fournitures qui ne répondent pas aux spécifications font l’objet d’une évaluation visant à déterminer si elles peuvent être utilisées dans des établissements où des soins de santé ne sont pas offerts.

Distribution

- Une fois terminé le processus de vérification de la qualité, l'EPI est rapidement distribué aux provinces et aux territoires.

- Pour appuyer ces efforts, l'Agence de la santé publique du Canada et Services publics et Approvisionnement Canada, avec le soutien des Forces armées canadiennes, ont attribué à Amazon un contrat le 1er avril.

- Amazon nous donne accès à son interface technique; et Postes Canada et Purolator, qui sont des partenaires commerciaux d'Amazon, facilitent l'entreposage et la livraison.

- En raison du grand volume de produits reçus et attendus au cours des prochains mois, nous sommes en train d'explorer d'autres solutions logistiques pour accroître nos capacités actuelles.

- Les produits reçus dans le cadre du processus d'achat en grande quantité sont distribués selon une méthode d'allocation approuvée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé le 2 avril.

- En date du 13 mai, l'Agence de la santé publique du Canada avait distribué environ 2 millions de masques N95 ou équivalents (p. ex. masques KN95), 30 millions de masques chirurgicaux, 11 millions de paires de gants en nitrile,

2 millions d'écrans faciaux et 439 ventilateurs, ainsi que d'autres fournitures essentielles.

- La RNSU vient compléter cette stratégie d'approvisionnement. Les provinces et les territoires peuvent présenter des demandes d'aide pour combler les pénuries de fournitures essentielles.

- Nous avons répondu à plus de 45 demandes de cette nature et distribué une variété d'EPI et de fournitures médicales, notamment des masques N95, des masques chirurgicaux, des blouses de protection et des écrans faciaux.

- Enfin, des organisations canadiennes et internationales et d'autres pays ont généreusement fait don de grandes quantités d'EPI. En date du 13 mai, nous avions distribué plus de 450 000 masques N95 ou équivalents, 450 000 masques chirurgicaux et 400 000 paires de gants.

- Pour augmenter davantage la capacité nationale, Santé Canada a aussi autorisé l'utilisation de certaines technologies pour décontaminer les masques N95.

- L'Agence de la santé publique du Canada est en train de déployer 81 dispositifs de stérilisation de Stryker Canada qui permettront aux provinces et aux territoires de restériliser environ 275 000 masques N95 par semaine.

Conclusion

- Monsieur le [redacted] en conclusion, les résultats de la stratégie à plusieurs volets du gouvernement du Canada sont encourageants.

- Comme la demande reste élevée pour l'intervention des travailleurs de la santé de première ligne, l'Agence de la santé publique du Canada continuera d'accorder la priorité à cette intervention et de distribuer rapidement des fournitures de qualité à mesure qu'elles deviennent disponibles.

- Nous continuons de collaborer avec les provinces et les territoires pour vérifier l'absence de lacunes dans la chaîne d'approvisionnement à mesure que la situation continue d'évoluer.

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Faits quotidiens en bref sur la COVID-19
14 mai 2020, 7 h HE

Le point sur la distribution de l'EPI

- Dons de divers EPI provenant du gouvernement de la Chine reçus par la Croix-Rouge canadienne; en attente d'inventaire et d'évaluation de la qualité.
  - **Il s'agit de masques, de blouses, de lunettes de sécurité, de gants et d'écrans faciaux.**
- **L'envoi de masques chirurgicaux (Medicom; PRI-MED de la Chine) est arrivé le 12 mai; en attente d'inventaire, d'évaluation de la qualité et de réétiquetage.**
- **Le prochain envoi de la Chine est prévu le 13 mai (22 h 45); au 13 mai, 7 h 15, pas encore de confirmation de son arrivée; livraison attendue de masques, de masques avec écrans et de thermomètres numérique.**

Équipement acheté	Nbre reçu	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité*	Nbre qui ne répondait pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.	Nbre destiné aux PT + RNSU et SAC (80/20)**	Nbre distribué à des milieux autres que les soins de santé***
Masques N95	584,080	60,800		[redacted]	
Masques KN95	10,953,850	81,020	8,062,830		1,800,000
Masques chirurgicaux	54,539,450	23,779,000	100,750		
Gants de nitrile	11,688,075	500,000			
Combinaisons	65,961				
Écrans faciaux	**4,235,356**	**1,968,072**			
Blouses	**499,856**	**291,096**			
Respirateurs	**203**	**203**			

*L'EPI en quarantaine pour en vérifier la qualité comprend les fournitures en attente d'essais et les lots qui ne répondent pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.
**20 % distribution = 18 % RNSU + 2 % SAC.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

RNSU

Équipement	Stock de la RNSU* (au 12 mai 2020)	Quantité déployée en réponse aux demandes d'aide depuis le 18 mars 2020**
Masques N95	[redacted]	[redacted]
Masques KN95		
Masques chirurgicaux		
Écrans faciaux		
Blouses		
Gants de nitrile		
Respirateurs		

*L'inventaire de la RNSU correspond au stock existant plus la répartition de 20 % provenant de la répartition en gros (p. ex. 18 % RNSU + 2 % SAC); les fournitures du stock entrent et sortent, donc les chiffres fluctuent.
**La quantité déployée ne tient pas compte de la demande d'aide des régions de l'ASPC et des autres ministères (p. ex. SAC, Corrections Canada); stock périmé distribué aux PT et quantité d'EPI déployé aux mini-cliniques.

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Distribution des respirateurs (demandes d'aide et déploiement proactif jusqu'à maintenant) (aucun changement)

Dons

Équipement	Nbre reçu par l'ASPC	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité	Nbre destiné aux PT + SAC**	Nbre à distribuer aux milieux autres que les soins de santé***
Masques N95	142,336	27,916	114,420	
Masques KN95	491,550	20,350	346,700	124,500
Masques chirurgicaux	1,024,350	146,450	497,900	380,000
Masques non médicaux FFP2/FFP3 (équivalent à N95)	40,776	0	40,776	
Gants de nitrile	473,780	67,295	406,485	

*La quantité reçue comprend l'EPI reçu par l'ASPC/directement livrée à la Croix-Rouge canadienne. En travaillant avec la CRC, l'ASPC soutient la vérification de la qualité des dons et oriente la distribution aux PT.
**La formule pour la distribution des dons n'inclut plus ce qui est conservé pour la RNSU.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

Demandes d'aide à la RNSU – capacité supplémentaire (aucun changement)

- Demande d'aide d'Alberta Hospitals and Medical Care (du 14 mai au 4 juin 2020)
  - Il y a plusieurs éclosions en Alberta dans les camps pétroliers; a besoin de ressources épidémiologiques supplémentaires pour soutenir l'épidémiologie descriptive et éclairer les mesures de santé publique.

Demandes d'aide à la RNSU (aucun changement)

- **51 demandes reçues des PT;** 46 ont reçu une réponse.
- **Demande reçue du Manitoba le 12 mai pour divers EPI ainsi que des sacs de papier et des sacs poubelles; en attente d'évaluation.**
- **Demande reçue des T.N.-O. le 12 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation.**
- Demande reçue de l'Alberta le 12 mai pour [redacted] **envoi en cours.**
- Demande reçue de l'Î.-P.-É. le 11 mai pour [redacted] **envoi en cours.**
- Demande d'aide du Yukon reçue le 5 mai pour [redacted] en attente d'évaluation.
  - [redacted], mais la livraison est prévue le 15 mai.

POUR AGRÉMENT

Your file *Votre référence*

Our file *Notre référence* 20-106914-124

MÉMOIRE À [redacted]

RELEASE OF SMALLPOX VACCINE/LIBÉRATION DES DOSES DE VACCIN CONTRE LA VARIOLE

RÉSUMÉ

- Nous vous demandons votre accord pour libérer une partie des doses de vaccin [redacted] contre la variole en provenance de la Réserve nationale stratégique d'urgence pour répondre à une demande [redacted]
- Il s'agit de vacciner [redacted]. Le vaccin les protégera, dans le cas improbable d'une exposition professionnelle, comme mesure pour prévenir l'infection et la transmission subséquente du virus de la vaccine d'une personne à l'autre.

CONTEXTE :

Le Guide canadien d'immunisation indique qu'il est possible d'obtenir le vaccin contre la variole à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) sur demande pour une utilisation non urgente, pour protéger les employés de laboratoire qui risquent d'être exposés, dans le cadre de leur profession, aux orthopoxvirus (y compris le virus de la vaccine), comme mesure pour prévenir l'infection et la transmission subséquente d'une personne à l'autre des orthopoxvirus possiblement infectieux.

[redacted]

La demande a été examinée dans le cadre du protocole intitulé « Processus pour répondre aux demandes internes et externes de vaccin contre la variole pour utilisation non urgente afin de protéger les employés de laboratoire qui risquent d'être exposés, dans le cadre de leur profession, aux orthopoxvirus (y compris le virus de la vaccine) » (annexe A). L'examen a pris en considération les mesures d'atténuation du risque en laboratoire mises en place pour réduire le risque d'exposition.

CONSIDÉRATIONS :

À l'issue des discussions de l'été 2019, un examen éthique a été mené sur le déploiement du vaccin contre la variole pour utilisation non urgente (annexe B). Il recommande une approche provisoire selon [redacted] Le choix du vaccin à utiliser incomberait aux professionnels de la santé responsables, qui recevraient toute l'information disponible et pertinente à une analyse des risques et des avantages pour leur patient précis.

Cette approche provisoire sera revue lorsque le Comité consultatif national de l'immunisation terminera son examen scientifique et l'élaboration d'un énoncé concernant les vaccins homologués contre la variole.

BESOINS EN RESSOURCES :

Le coût de remplacement du produit est d'environ 1 663 $.

RECOMMANDATIONS/CONCLUSION :

Nous vous recommandons de donner votre accord en signant et en cochant « Je suis d'accord » avec la libération [redacted]

[redacted]

21 MAI 2020

☐ Je ne suis pas d'accord
☒ Je suis d'accord

[redacted]

SGCHD nº 20-106914-124

Responsable : [redacted]
Téléphone : [redacted]

Pièce jointe :

Annexe A – « Processus pour répondre aux demandes internes et externes de vaccin contre la variole pour utilisation non urgente afin de protéger les employés de laboratoire qui risquent d'être exposés, dans le cadre de leur profession, aux orthopoxvirus (y compris le virus de la vaccine) »

Annexe B – Répondre aux demandes d'accès au virus contre la variole pour utilisation non urgente (examen éthique)

Processus pour répondre aux demandes internes et externes de doses de vaccin contre la variole pour utilisation non urgente afin de protéger les employés de laboratoire qui risquent d'être exposés, dans le cadre de leur profession, aux orthopoxvirus (y compris le virus de la vaccine)

Contexte

L'ASPC détient [redacted] dans sa Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU); [redacted]

Le chapitre sur la variole du Guide canadien d'immunisation indique qu'il est possible d'obtenir le vaccin contre la variole à l'ASPC sur demande pour une utilisation non urgente, pour protéger les employés de laboratoire qui risquent d'être exposés, dans le cadre de leur profession, aux orthopoxvirus (y compris le virus de la vaccine), comme mesure pour prévenir l'infection et la transmission subséquente d'une personne à l'autre des orthopoxvirus possiblement infectieux.

Les demandes de doses de vaccin contre la variole sont considérées comme des demandes d'aide. Elles doivent être présentées au Centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS) du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) de l'ASPC pour faciliter un processus normalisé pour la réception, la documentation, l'évaluation et la réponse à chaque demande.

Public cible : protocole interne de l'ASPC (toutefois, en deuxième étape, il pourrait s'agir d'un médecin ou d'une infirmière praticienne qui fait la demande. Être en mesure d'envoyer l'information à sa façon sur la procédure de demande serait avantageux.).

Processus 1

Étape 1 : la demande de vaccin contre la variole pour utilisation non urgente est acheminée directement au COPS par l'autorité à l'origine de la demande (p. ex. administrateur de laboratoire, service d'hygiène du travail, médecin traitant) par téléphone au 1-800-545-7661 ou au 613-952-7940 ou par courriel à l'adresse : phac-aspc.hpoc-cops@canada.ca (remarque : si le COPS reçoit une demande par téléphone, il doit dire au demandeur de faire un suivi par courriel avec une demande écrite). Les demandes reçues dans le cadre d'un autre domaine ou programme de l'ASPC doivent être acheminées à l'interne au COPS par courriel.

Étape 2 : le COPS accuse réception de la demande d'aide puis l'envoie à une courte liste de distribution où ne figurent que les membres de l'équipe de la haute direction de la Direction générale des infrastructures de sécurité sanitaire (DGSSI) ou du CMIU. Le VP de la DGSSI informe l'administratrice en chef de la santé publique du Canada et d'autres hauts fonctionnaires de la demande d'aide, qui peut également être communiquée au « PHAC Daily » à titre d'information.

Étape 3 : dans la plupart des cas, l'information contenue dans la demande d'aide ne sera pas suffisamment détaillée pour une évaluation de l'ASPC. Par conséquent, le CMIU demandera à un agent technique de faire un suivi en demandant de plus amples renseignements. Plus précisément, le CMIU demandera les renseignements suivants :

- Nom et coordonnées du médecin traitant ou de l'infirmière praticienne qui fait la demande.
- Raison de la demande (dans les limites de la confidentialité médicale).
- Nombre de patients à traiter et quantité correspondante de doses du vaccin à administrer.
- Délai approximatif pour l'administration du vaccin.
- Nom et adresse de l'établissement où les patients travaillent.
- Adresse, nom de la personne responsable et coordonnées pour la livraison du produit.
- Confirmation à savoir si la demande est pour [redacted]

À ce moment, le CMIU transmettra les monographies de produits pour les [redacted] de la RNSU ainsi que d'autres renseignements complémentaires.

[1] Voir le diagramme de flux pour le processus de demande d'aide à la page 5 (pour avoir accès au vaccin contre la variole à titre préventif).

Voici des exemples[2] :

- Le chapitre sur le vaccin contre la variole du Guide canadien d'immunisation de l'ASPC fournit des renseignements détaillés sur le vaccin de [redacted] Il ne donne pas de renseignements détaillés sur IMVAMUNE®, car le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) n'avait pas délibéré au sujet de l'utilisation d'IMVAMUNE® au moment de la rédaction. Il sera mis à jour en temps voulu.
- Organisation mondiale de la Santé, mesures et interventions d'urgence – vaccins contre la variole. L'OMS fournit un lien vers le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination, les conclusions et les recommandations du rapport (novembre 2013) qui comporte une section sur l'utilisation préventive des vaccins contre la variole.
- Organisation mondiale de la Santé, mesures et interventions d'urgence, variole – questions fréquemment posées et réponses au sujet de la variole. L'OMS fournit des renseignements généraux sur la variole; éradication et vaccination.

Étape 4 : validation de la demande d'aide. Une fois tous les renseignements nécessaires recueillis, les représentants au sein du CMIU (Bureau de la préparation aux urgences, Bureau des interventions d'urgence et Bureau du directeur général) les évaluent. Voici les principaux critères appliqués pour valider les demandes :

- la demande est conforme aux recommandations sur l'utilisation dans le Guide canadien d'immunisation et
- l'approvisionnement du vaccin n'aurait pas une incidence importante sur les capacités d'intervention en cas d'urgence de la RNSU.

[2] Les liens fournis ici étaient actifs au moment de la rédaction de ce processus et doivent être vérifiés avant d'être inclus dans l'information fournie au demandeur. L'information et les liens ne doivent pas être considérés comme une liste exhaustive et complète de tous les renseignements disponibles qui pourraient influencer le choix de vaccin du praticien ou avoir une incidence sur ce choix. Par conséquent, il faut être prudent dans le choix de l'information (qui fait ceci?) à fournir au demandeur, autre que l'information fournie directement par le fabricant [redacted]

Étape 5 : le médecin traitant (ou l'infirmière praticienne) informe l'ASPC du vaccin choisi. Le médecin traitant ou l'infirmière praticienne doit choisir le vaccin le plus approprié [redacted] pour le patient ou l'employé selon une évaluation des risques et des avantages à partir de l'information fournie par l'ASPC et de la connaissance que le praticien a du patient ou de l'employé à qui il offre le vaccin[3].

Étape 6 : l'ASPC cherche l'autorité par l'entremise du COPS ou la personne déléguée pour déployer le vaccin choisi contre la variole conformément à la ligne de conduite et autorité (administrateur général) de la RNSU.

Étape 7 : l'ASPC ou le CMIU avise le demandeur du résultat de sa demande d'aide.

> Si elle est approuvée, l'ASPC demande tout renseignement supplémentaire requis par le centre des opérations de la RNSU (comme l'adresse d'expédition, les coordonnées, etc.) pour le déploiement du vaccin. Si la demande est refusée, l'ASPC ne demande aucun autre renseignement au demandeur.

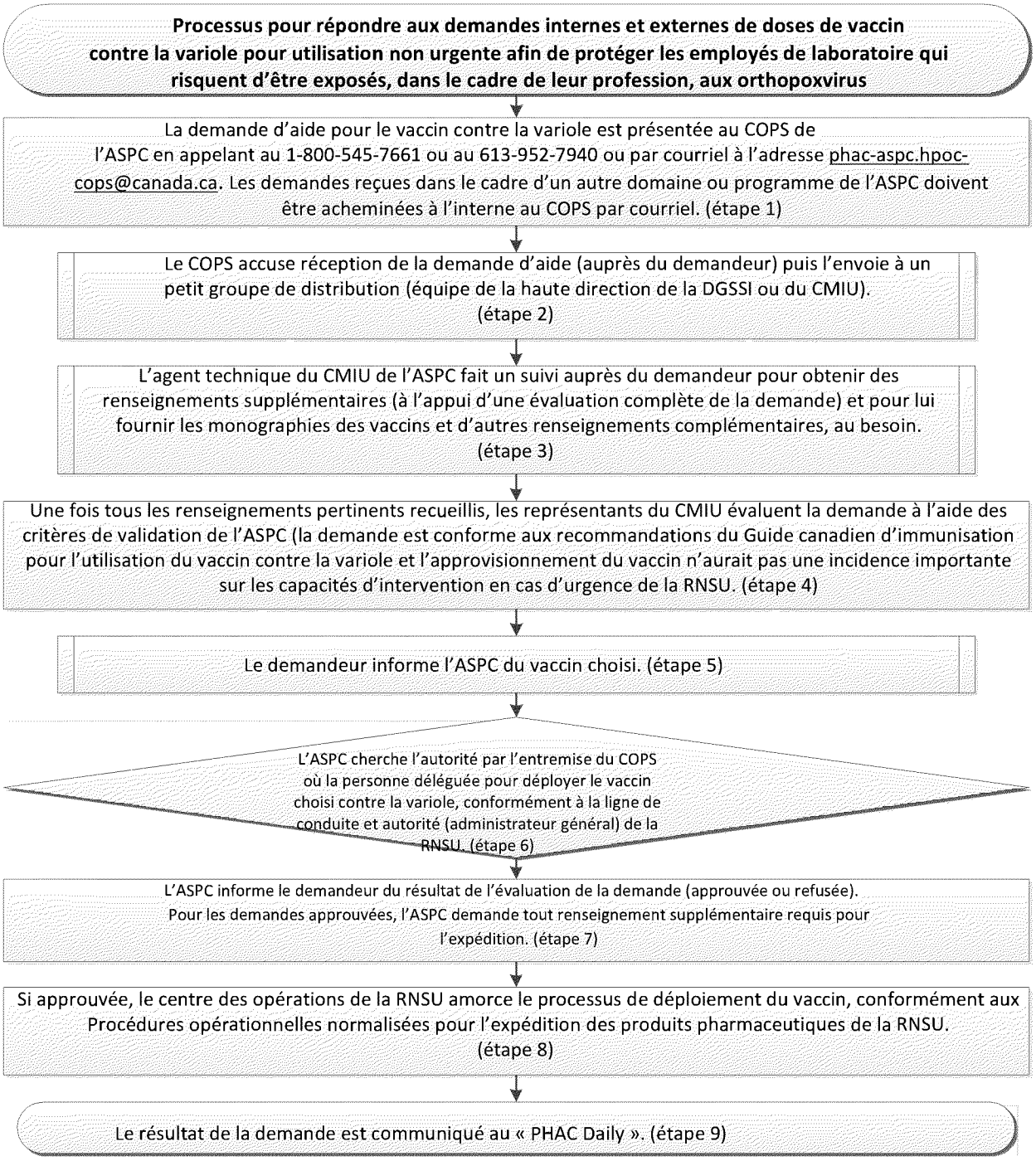
Étape 8 : si la demande est approuvée, le centre des opérations de la RNSU amorce le processus de déploiement du vaccin, conformément aux Procédures opérationnelles normalisées pour l'expédition des produits pharmaceutiques [redacted]

[3] Un représentant de l'ASPC est disponible pour répondre aux questions du demandeur au besoin.

Étape 9 : le résultat de la demande d'aide (que le déploiement soit approuvé/amorcé ou refusé) est communiqué au « PHAC Daily »[4].

Annexe A : Diagramme de flux du processus pour la demande d'aide (pour l'accès au vaccin contre la variole en situation non urgente pour protéger les employés de laboratoire qui risquent d'être exposés, dans le cadre de leur profession, aux orthopoxvirus (y compris le virus de la vaccine).

[4] L'ASPC communiquera toute information subséquente dont elle prend connaissance relativement à l'administration du vaccin (c.-à-d. signalement des événements indésirables graves) à la direction rapidement, comme il convient.


Processus pour répondre aux demandes internes et externes de doses de vaccin contre la variole pour utilisation non urgente afin de protéger les employés de laboratoire qui risquent d'être exposés, dans le cadre de leur profession, aux orthopoxvirus
La demande d'aide pour le vaccin contre la variole est présentée au COPS de l'ASPC en appelant au 1-800-545-7661 ou au 613-952-7940 ou par courriel à l'adresse phac-aspc.hpoc-cops@canada.ca. Les demandes reçues dans le cadre d'un autre domaine ou programme de l'ASPC doivent être acheminées à l'interne au COPS par courriel. (étape 1)
Le COPS accuse réception de la demande d'aide (auprès du demandeur) puis l'envoie à un petit groupe de distribution (équipe de la haute direction de la DGSSI ou du CMIU). (étape 2)
L'agent technique du CMIU de l'ASPC fait un suivi auprès du demandeur pour obtenir des renseignements supplémentaires (à l'appui d'une évaluation complète de la demande) et pour lui fournir les monographies des vaccins et d'autres renseignements complémentaires, au besoin. (étape 3)
Une fois tous les renseignements pertinents recueillis, les représentants du CMIU évaluent la demande à l'aide des critères de validation de l'ASPC (la demande est conforme aux recommandations du Guide canadien d'immunisation pour l'utilisation du vaccin contre la variole et l'approvisionnement du vaccin n'aurait pas une incidence importante sur les capacités d'intervention en cas d'urgence de la RNSU. (étape 4)
Le demandeur informe l'ASPC du vaccin choisi. (étape 5)
L'ASPC cherche l'autorité par l'entremise du COPS où la personne déléguée pour déployer le vaccin choisi contre la variole, conformément à la ligne de conduite et autorité (administrateur général) de la RNSU. (étape 6)
L'ASPC informe le demandeur du résultat de l'évaluation de la demande (approuvée ou refusée). Pour les demandes approuvées, l'ASPC demande tout renseignement supplémentaire requis pour l'expédition. (étape 7)
Si approuvée, le centre des opérations de la RNSU amorce le processus de déploiement du vaccin, conformément aux Procédures opérationnelles normalisées pour l'expédition des produits pharmaceutiques de la RNSU. (étape 8)
Le résultat de la demande est communiqué au « PHAC Daily ». (étape 9)

Annexe B

Résumé des délibérations sur l'éthique

Répondre aux demandes d'accès au virus contre la variole pour utilisation non urgente

Date des délibérations : 31 juillet et 1er août 2019

Participants :

[redacted] (Unité d'évaluation des capacités des contremesures médicales) [redacted] (secrétariat du Groupe consultatif en matière d'éthique en santé publique)

Objectif :

Cerner les considérations éthiques associées à la réponse que propose l'ASPC aux demandes d'accès au virus contre la variole pour utilisation non urgente, en notant que cette réponse est une mesure provisoire, jusqu'à ce que le Comité consultatif national de l'immunisation termine son examen scientifique et élabore un énoncé concernant les vaccins homologués, et débattre de ces considérations.

Point :

Est-ce que l'ASPC devrait offrir [redacted] vaccins homologués contre la variole, dont dispose actuellement la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU), en réponse à la demande d'accès au virus contre la variole pour utilisation non urgente pour les employés de laboratoire à haut risque d'exposition aux orthopoxvirus?

Délibérations :

En délibérant au sujet du point cerné, les facteurs suivants ont été pris en considération :

Contexte :

- L'objectif de donner accès au vaccin contre la variole : pour prévenir les infections aux orthopoxvirus chez les employés de laboratoire qui risquent d'y être exposés dans le cadre de leur profession et prévenir la propagation à leurs relations étroites et dans la communauté.
- Les rôles, les responsabilités, les inquiétudes, les besoins et les intérêts des employés de laboratoire à risque d'exposition, leurs relations étroites et leur famille, les professionnels de la santé que représentent les services de santé et sécurité au travail de l'employeur, les autres professionnels de la santé qui soignent les employés de laboratoire, les employeurs (administrateurs ou propriétaires de laboratoire), le public, la RNSU et l'ASPC.
- L'impossibilité de mobiliser tous les intervenants dans ces délibérations, compte tenu des contraintes temporelles.

- La connaissance actuelle [redacted] vaccins et de leurs effets secondaires possibles, les utilisations approuvées par Santé Canada et les contre-indications.
- Le Cadre stratégique de la RNSU, le Guide canadien d'immunisation (GCI) et les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) concernant le vaccin de première génération.
- La législation sur la santé et la sécurité au travail, la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines*.
- la disponibilité, le coût, la durée de conservation, le stock actuel de chaque vaccin de la RNSU.
- Le fait que l'ASPC est le seul fournisseur potentiel de vaccins au Canada.
- Le rôle de la RNSU.
- Les raisons pour lesquelles un vaccin précis est utilisé dans les laboratoires.

Valeurs, considérations et principes pertinents en matière d'éthique :

- Les valeurs suivantes ont été jugées comme les plus importantes :
    - Imputabilité : le fait que l'ASPC est responsable devant les Canadiens, à titre d'organisme public, et constitue la seule source de vaccin pour ceux qui le demandent.
    - Confiance : l'importance de promouvoir la confiance du public et la valeur de l'ouverture d'esprit et de la transparence pour favoriser la confiance.
    - Respect des personnes et des communautés : fournir le vaccin aux personnes à risque démontre le respect de leur valeur inhérente, fournir toute l'information au sujet des vaccins aux médecins demandeurs leur permet d'avoir recours à leur jugement professionnel et soutient la prise de décisions éclairées.
- Le mandat de l'ASPC de protéger la santé des Canadiens, la nécessité de prendre en compte le risque de préjudice aux personnes et les questions de justice distributive et d'équité ont également été prises en compte.

Options :

Nous avons envisagé quatre options :

1. L'ASPC offre [redacted] vaccins aux professionnels de la santé qui les demandent, ainsi que l'information complète [redacted]
2. L'ASPC suit les recommandations du CCNI et du GCI [redacted].
3. L'ASPC refuse les demandes d'accès aux vaccins, mais fournit le GCI au besoin.
4. L'ASPC choisit [redacted] au cas par cas.

Évaluation des options :

- Les participants [redacted] en tenant compte : des avantages possibles, du fardeau et des désavantages possibles pour tous et pour les groupes désavantagés, le rapport avantage-fardeau, la possibilité de réduire le fardeau au minimum, le degré de certitude concernant l'efficacité de l'option.
- Les participants ont conclu que [redacted] respecte le mieux les droits et les intérêts de tous les intervenants, sert au mieux la population dans son ensemble et reflète le mieux le mandat, la mission, la vision et les valeurs de l'ASPC.
- L'option 1 engendre le moins grand fardeau pour tous les intervenants et procure le meilleur rapport avantage-fardeau.
- L'option 1 permet de promouvoir au mieux la confiance en l'ASPC et envers le système de santé publique.

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Faits quotidiens en bref sur la COVID-19
24 mai 2020, 7 h HE

Le point sur la distribution de l'EPI

- **Environ 46 000 blouses jugées dans le cadre d'une évaluation précédente comme ne répondant pas aux spécifications techniques d'une blouse de protection de niveau 2, respectaient les spécifications d'une blouse de protection de niveau 1. Elles ont été approuvées aux fins de distribution aux PT et sont en attente de réétiquetage.**
- **Livraison attendue dans les 48 prochaines heures, par voie aérienne et terrestre, des articles suivants (en attente d'inventaire, d'évaluation de la qualité et de réétiquetage) :**
  - **~10 M de masques chirurgicaux (Primed; Medicom)**
  - **~1,0M de blouses (Primed; Proline)**
  - **~3,7M de paires de gants (Sinopharm)**
  - **~650 K écrans faciaux (différents fournisseurs)**

Équipement acheté	Nbre reçu	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité*	Nbre qui ne répondait pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.	Nbre destiné aux PT + RNSU et SAC (80/20)**	Nbre distribué à des milieux autres que les soins de santé***
Masques N95*	964,880	60,800		[redacted]	
Masques KN95	10,953,850	81,020	8,062,830		1,800,000
Masques chirurgicaux	**85,417,700**	43,898,000	18,000		
Gants de nitrile	21,692,075	10,004,000			
Combinaisons	108,761				
Écrans faciaux	**8,992,542**	**3,514,158**			
Blouses	**1,887,790**	**359,800**			
Respirateurs	203	203			

*Les quantités de masques N95 comprennent les masques FFP2, qui sont l'équivalent européen.
**20 % distribution = 18 % RNSU + 2 % SAC.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

RNSU

Équipement	Stock de la RNSU* (au 22 mai 2020)	Quantité déployée en réponse aux demandes d'aide depuis le 18 mars 2020**
Masques N95	[redacted]	[redacted]
Masques KN95		
Masques chirurgicaux		
Écrans faciaux		
Blouses		
Gants de nitrile		
Respirateurs		

*L'inventaire de la RNSU correspond au stock existant plus la répartition de 20 % provenant de la répartition en gros (p. ex. 18 % RNSU + 2 % SAC); les fournitures du stock entrent et sortent, donc les chiffres fluctuent.
**La quantité déployée ne tient pas compte de la demande d'aide des régions de l'ASPC et des autres ministères (p. ex. SAC, Corrections Canada); stock périmé distribué aux PT et quantité d'EPI déployé aux mini-cliniques.

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Dons (Pas de mises à jour)

Équipement	Nbre reçu par l'ASPC	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité	Nbre destiné aux PT + SAC**	Nbre à distribuer aux milieux autres que les soins de santé***
Masques N95	169,509	16,623	152,886	
Masques KN95	541,550	70,350	346,700	124,500
Masques chirurgicaux	1,123,850	245,450	499,900	378,500
Masques non médicaux FFP2/FFP3 (équivalent à N95)	40,776	0	40,776	
Gants de nitrile	673,780	254,255	419,525	
Masques N95	60,899	60,899		
Masques KN95	60,545	60,545		

*La quantité reçue comprend l'EPI reçu par l'ASPC/directement livrée à la Croix-Rouge canadienne. En travaillant avec la CRC, l'ASPC soutient la vérification de la qualité des dons et oriente la distribution aux PT.
**La formule pour la distribution des dons n'inclut plus ce qui est conservé pour la RNSU.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

Demandes d'aide à la RNSU – capacité supplémentaire (aucun changement depuis le 15 mai)

Demandes d'aide à la RNSU

- **55 demandes reçues des PT;** 51 ont reçu une réponse.
- **Demande d'aide reçue du Yukon le 22 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation**
- Demande d'aide reçue de l'Î.-P.-É. le 21 mai pour divers EPI; **envoi en cours.**
- Demande d'aide reçue du Nunavut le 20 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation.
- Demande d'aide reçue du Yukon le 5 mai pour [redacted] en attente d'évaluation.
  - [redacted] **la priorité sera accordée à cette demande d'aide une fois le produit livré**.

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Faits quotidiens en bref sur la COVID-19
25 mai 2020, 7 h HE

Le point sur la distribution de l'EPI

- **Livraison attendue dans les 48 prochaines heures, par voie aérienne et terrestre, des articles suivants (en attente d'inventaire, d'évaluation de la qualité et, le cas échéant, de réétiquetage) :**
  - **~1,16 M de masques chirurgicaux (Primed; Medicom)**
  - **~ 498 K blouses (Primed)**
  - ~3,7 M de paires de gants (Sinopharm)
  - **~297 K écrans faciaux (différents fournisseurs)**

Équipement acheté	Nbre reçu	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité*	Nbre qui ne répondait pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.	Nbre destiné aux PT + RNSU et SAC (80/20)**	Nbre distribué à des milieux autres que les soins de santé***
Masques N95*	964,880	60,800		[redacted]	
Masques KN95	10,953,850	81,020	8,062,830		1,800,000
Masques chirurgicaux	**86,917,700**	**45,398,000**	18,000		
Gants de nitrile	**27,331,075**	**15,643,000**			
Combinaisons	108,761				
Écrans faciaux	**9,085,742**	**2,129,246**			
Blouses	**1,927,630**	**195,440**			
Respirateurs	203	203			

*Les quantités de masques N95 comprennent également les masques FFP2, qui sont l'équivalent européen.
**20 % distribution = 18 % RNSU + 2 % SAC.
*** Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

RNSU (aucun changement)

Équipment	Stock de la RNSU* (au 23 mai 2020)	Quantité déployée en réponse aux demandes d'aide depuis le 18 mars 2020**
Masques N95	[redacted]	[redacted]
Masques KN95		
Masques chirurgicaux		
Écrans faciaux		
Blouses		
Gants de nitrile		
Respirateurs		

* L'inventaire de la RNSU correspond au stock existant plus la répartition de 20 % provenant de la répartition en gros (p. ex. 18 % RNSU + 2 % SAC); les fournitures du stock entrent et sortent, donc les chiffres fluctuent.
**La quantité déployée ne tient pas compte de la demande d'aide des régions de l'ASPC et des autres ministères (p. ex. SAC, Corrections Canada); stock périmé distribué aux PT et quantité d'EPI déployé aux mini-cliniques.

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Dons (aucun changement)

Équipement	Nbre reçu par l'ASPC	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité	Nbre destiné aux PT + SAC**	Nbre à distribuer aux milieux autres que les soins de santé***
Masques N95	169,509	16,623	152,886	
Masques KN95	541,550	70,350	346,700	124,500
Masques chirurgicaux	1,123,850	245,450	499,900	378,500
Masques non médicaux FFP2/FFP3 (équivalent à N95)	40,776	0	40,776	
Gants de nitrile	673,780	254,255	419,525	
Blouses	60,899	60,899		
Écrans faciaux	60,545	60,545		

*La quantité reçue comprend l'EPI reçu par l'ASPC/directement livrée à la Croix-Rouge canadienne. En travaillant avec la CRC, l'ASPC soutient la vérification de la qualité des dons et oriente la distribution aux PT.
**La formule pour la distribution des dons n'inclut plus ce qui est conservé pour la RNSU.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

Demandes d'aide – capacité supplémentaire (aucun changement)

Demandes d'aide à la RNSU (aucun changement)

- 55 demandes reçues des PT; 51 ont reçu une réponse.
- Demande d'aide reçue du Yukon le 22 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation
- Demande d'aide reçue de l'Î.-P.-É. le 21 mai pour divers EPI; envoi en cours.
- Demande d'aide reçue du Nunavut le 20 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation.
- Demande d'aide reçue du Yukon le 5 mai pour [redacted] en attente d'évaluation.
  - [redacted] la priorité sera accordée à cette demande d'aide une fois le produit livré.

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Faits quotidiens en bref sur la COVID-19
26 mai 2020, 7 h HE

Le point sur la distribution de l'EPI

- Livraison attendue dans les 48 prochaines heures, par voie aérienne et terrestre, des articles suivants (en attente d'inventaire, d'évaluation de la qualité et, le cas échéant, de réétiquetage) :
  - ~ 1,16 M de masques chirurgicaux ([redacted])
  - **~ 457 K blouses ([redacted])**
  - **~ 700 K paires de gants ([redacted])**
  - **~ 610 K écrans faciaux [redacted]**

Équipement acheté	Nbre reçu	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité*	Nbre qui ne répondait pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.	Nbre destiné aux PT + RNSU et SAC (80/20)**	Nbre distribué à des milieux autres que les soins de santé***
Masques N95*	964,880	60,800		[redacted]	
Masques KN95	10,953,850	81,020	8,062,830		1,800,000
Masques chirurgicaux	**90,121,700**	**48,602,000**	18,000		
Gants de nitrile	**33,496,475**	**21,643,000**			
Combinaisons	108,761				
Écrans faciaux	**9,110,742**	**2,154,246**			
Blouses	**2,504,370**	**772,180**			
Respirateurs	203	203			

*Les quantités de masques N95 comprennent les masques FFP2, qui sont l'équivalent européen.
**20 % distribution = 18 % RNSU + 2 % SAC.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

RNSU

Équipment	Stock de la RNSU* (au 23 mai 2020)	Quantité déployée en réponse aux demandes d'aide depuis le 18 mars 2020**
Masques N95	[redacted]	[redacted]
Masques KN95		
Masques chirurgicaux		
Écrans faciaux		
Blouses		
Gants de nitrile		
Respirateurs		

*L'inventaire de la RNSU correspond au stock existant plus la répartition de 20 % provenant de la répartition en gros (p. ex. 18 % RNSU + 2 % SAC); les fournitures du stock entrent et sortent, donc les chiffres fluctuent.
**La quantité déployée ne tient pas compte de la demande d'aide des régions de l'ASPC et des autres ministères (p. ex. SAC, Corrections Canada); stock périmé distribué aux PT et quantité d'EPI déployé aux mini-cliniques.

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Dons

Equipment	Nbre reçu par l'ASPC	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité	Nbre destiné aux PT + SAC**	Nbre à distribuer aux milieux autres que les soins de santé***
Masques N95	**169,553**	**13,833**	**155,720**	
Masques KN95	541,550	70,350	346,700	124,500
Masques chirurgicaux	1,123,850	245,450	499,900	378,500
Masques non médicaux FFP2/FFP3 (équivalent à N95)	40,776	0	40,776	
Gants de nitrile	673,780	254,255	419,525	
Blouses	60,899	60,899		
Écrans faciaux	60,545	60,545		

*La quantité reçue comprend l'EPI reçu par l'ASPC/directement livrée à la Croix-Rouge canadienne. En travaillant avec la CRC, l'ASPC soutient la vérification de la qualité des dons et oriente la distribution aux PT.
**La formule pour la distribution des dons n'inclut plus ce qui est conservé pour la RNSU.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

Demandes d'aide – capacité supplémentaire (aucun changement)

Demandes d'aide à la RNSU (aucun changement)

- 55 demandes reçues des PT; 51 ont reçu une réponse.
- Demande d'aide reçue du Yukon le 22 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation
- Demande d'aide reçue de l'Î.-P.-É. le 21 mai pour divers EPI; envoi en cours.
- Demande d'aide reçue du Nunavut le 20 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation.
- Demande d'aide reçue du Yukon le 5 mai [redacted] en attente d'évaluation.
  - [redacted] la priorité sera accordée à cette demande d'aide une fois le produit livré.

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Faits quotidiens en bref sur la COVID-19
27 mai 2020, 7 h HE

Le point sur la distribution de l'EPI

- Livraison attendue dans les 48 prochaines heures, par voie aérienne et terrestre, des articles suivants (en attente d'inventaire, d'évaluation de la qualité et, le cas échéant, de réétiquetage) :
  - **~ 84 K respirateurs N95 ou l'équivalent (Viral Clean)**
  - **~ 150 K blouses (différents fournisseurs)**
  - **~ 9,3 M de paires de gants (Sinopharm)**
  - **~ 900 K écrans faciaux (différents fournisseurs)**

Équipement acheté	Nbre reçu	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité*	Nbre qui ne répondait pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.	Nbre destiné aux PT + RNSU et SAC (80/20)**	Nbre distribué à des milieux autres que les soins de santé***
Masques N95*	964,880	**48,000**		[redacted]	
Masques KN95	10,953,850	0	**8,105,850**		1,800,000
Masques chirurgicaux	**101,325,700**	**40,574,000**	18,000		
Gants de nitrile	**34,911,475**	**7,415,000**			
Combinaisons	108,761				
Écrans faciaux	**9,591,842**	**647,600**			
Blouses	**3,042,120**	**1,309,930**			
Respirateurs	203	203			

*Les quantités de masques N95 comprennent les masques FFP2, qui sont l'équivalent européen.
**20 % distribution = 18 % RNSU + 2 % SAC.
*** Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

RNSU

Équipement	Stock de la RNSU* (au 25 mai 2020)	Quantité déployée en réponse aux demandes d'aide depuis le 18 mars 2020**
Masques N95	[redacted]	[redacted]
Masques KN95		
Masques chirurgicaux		
Écrans faciaux		
Blouses		
Gants de nitrile		
Respirateurs		

*L'inventaire de la RNSU correspond au stock existant plus la répartition de 20 % provenant de la répartition en gros (p. ex. 18 % RNSU + 2 % SAC); les fournitures du stock entrent et sortent, donc les chiffres fluctuent.
**La quantité déployée ne tient pas compte de la demande d'aide des régions de l'ASPC et des autres ministères (p. ex. SAC, Corrections Canada); stock périmé distribué aux PT et quantité d'EPI déployé aux mini-cliniques.

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Dons (pas de mise à jour)

Équipement	Nbre reçu par l'ASPC	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité	Nbre destiné aux PT + SAC**	Nbre à distribuer aux milieux autres que les soins de santé***
Masques N95	169,553	13,833	155,720	
Masques KN95	541,550	70,350	346,700	124,500
Masques chirurgicaux	1,123,850	245,450	499,900	378,500
Masques non médicaux FFP2/FFP3 (équivalent à N95)	40,776	0	40,776	
Gants de nitrile	673,780	254,255	419,525	
Blouses	60,899	60,899		
Écrans faciaux	60,545	60,545		

*La quantité reçue comprend l'EPI reçu par l'ASPC/directement livrée à la Croix-Rouge canadienne. En travaillant avec la CRC, l'ASPC soutient la vérification de la qualité des dons et oriente la distribution aux PT.
**La formule pour la distribution des dons n'inclut plus ce qui est conservé pour la RNSU.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

Demandes d'aide – capacité supplémentaire (aucun changement)

Demandes d'aide à la RNSU (aucun changement)

- 55 demandes reçues des PT; 51 ont reçu une réponse.
- Demande d'aide reçue du Yukon le 22 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation
- Demande d'aide reçue de l'Î.-P.-É. le 21 mai pour divers EPI; envoi en cours.
- Demande d'aide reçue du Nunavut le 20 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation.
- Demande d'aide du Yukon le 5 mai pour [redacted] en attente d'évaluation.
  - [redacted]; la priorité sera accordée à cette demande d'aide une fois le produit livré.

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Faits quotidiens en bref sur la COVID-19
28 mai 2020, 7 h HE

Le point sur la distribution de l'EPI

- Livraison attendue dans les 48 prochaines heures, par voie aérienne et terrestre, des articles suivants (en attente d'inventaire, d'évaluation de la qualité et, le cas échéant, de réétiquetage) :
  - ~ 84 K respirateurs N95 ou l'équivalent ([redacted]
  - **~ 500 K blouses (différents fournisseurs)**
  - **~ 8,6 M de paires de gants** [redacted]
  - **~ 3,5 M écrans faciaux (différents fournisseurs)**

Équipement acheté	Nbre reçu	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité*	Nbre qui ne répondait pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.	Nbre destiné aux PT + RNSU et SAC (80/20)**	Nbre distribué à des milieux autres que les soins de santé***
Masques N95*	**940,960**			[redacted]	
Masques KN95	**11,153,850**	**200,000**	8,105,850		1,800,000
Masques chirurgicaux	**105,360,700**	**41,212,500**	18,000		
Gants de nitrile	34,911,475				
Combinaisons	108,761				
Écrans faciaux	**9,571,842**	647,600			
Blouses	**3,054,700**	**1,322,510**			
Respirateurs	**352**	**352**			

*Les quantités de masques N95 comprennent les masques FFP2, qui sont l'équivalent européen.
**20 % distribution = 18 % RNSU + 2 % SAC.
*** Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

RNSU

Équipement	Stock de la RNSU* (au 26 mai 2020)	Quantité déployée en réponse aux demandes d'aide depuis le 18 mars 2020**
Masques N95	[redacted]	[redacted]
Masques KN95		
Masques chirurgicaux		
Écrans faciaux		
Blouses		
Gants de nitrile		
Respirateurs		

*L'inventaire de la RNSU correspond au stock existant plus la répartition de 20 % provenant de la répartition en gros (p. ex. 18 % RNSU + 2 % SAC); les fournitures du stock entrent et sortent, donc les chiffres fluctuent.
**La quantité déployée ne tient pas compte de la demande d'aide des régions de l'ASPC et des autres ministères (p. ex. SAC, Corrections Canada); stock périmé distribué aux PT et quantité d'EPI déployé aux mini-cliniques.

POUR DIFFUSION À L'ASPC SEULEMENT

Dons

Équipement	Nbre reçu par l'ASPC	Nbre en quarantaine pour en vérifier la qualité	Nbre destiné aux PT + SAC**	Nbre à distribuer aux milieux autres que les soins de santé***
Masques N95	169,553	13,833	155,720	
Masques KN95	541,550	**20,350**	**396,700**	124,500
Masques chirurgicaux	1,123,850	245,450	499,900	378,500
Masques non médicaux FFP2/FFP3 (équivalent à N95)	40,776	0	40,776	
Gants de nitrile	673,780	254,255	419,525	
Blouses	60,899	**899**	**60,000**	
Écrans faciaux	60,545	60,545		

*La quantité reçue comprend l'EPI reçu par l'ASPC/directement livrée à la Croix-Rouge canadienne. En travaillant avec la CRC, l'ASPC soutient la vérification de la qualité des dons et oriente la distribution aux PT.
**La formule pour la distribution des dons n'inclut plus ce qui est conservé pour la RNSU.
***Les fournitures distribuées aux milieux autres que des soins de santé étaient des articles qui ne répondaient pas aux spécifications techniques pour le milieu des soins de santé.

Demandes d'aide – capacité supplémentaire (aucun changement)

Demandes d'aide à la RNSU

- 55 demandes reçues des PT; **51 ont reçu une réponse.**
- Demande d'aide reçue du Yukon le 22 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation
- Demande d'aide reçue du Nunavut le 20 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation.
- Demande d'aide reçue du Yukon le 5 mai pour [redacted] en attente d'évaluation.
  - [redacted] la priorité sera accordée à cette demande d'aide une fois le produit livré.

GESTION DE LA RÉSERVE NATIONALE STRATÉGIQUE D'URGENCE (RNSU)

SOMMAIRE
Un récent article de presse a souligné l'élimination d'environ deux millions de masques et 440 000 gants périmés lors de la fermeture de l'entrepôt de la RNSU à Regina en 2019. Les masques et les gants avaient été achetés en 2009 et avaient dépassé la limite de cinq ans pour leur utilisation, comme le recommande le fabricant.

QUESTIONS POTENTIELLES
Comment pouvons-nous être sûrs que le gouvernement du Canada a mis en place un système adéquat pour disposer d'un stock de fournitures médicales nécessaire pour soutenir le Canada en cas de pandémie et d'autres urgences ? Pourquoi l'Agence de la santé publique du Canada s'est-elle débarrassée des gants et des masques N95 en 2019 ? Pourquoi l'Agence de la santé publique du Canada a-t-elle fermé les sites de réserve fédéraux ?

MESSAGE CLÉ

- Le gouvernement du Canada travaille en étroite collaboration avec les provinces et les territoires afin de procurer les fournitures médicales nécessaires pour continuer de répondre à la pandémie de COVID-19.

- La structure de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) a été initialement construite en partant du principe que les gouvernements provinciaux, territoriaux et locaux seraient prêts à faire face aux urgences les plus courantes. Par conséquent, elle a été conçu pour fournir des actifs d'urgence sanitaire lorsque les ressources locales, provinciales et territoriales ont été épuisées.

- Traditionnellement, les juridictions s'approvisionnent en équipements de protection individuelle directement auprès de fournisseurs connus, et la RNSU conservait toujours des quantités relativement faibles de fournitures.

- Compte tenu de la nature sans précédent de la pandémie actuelle, la RNSU a rapidement joué un rôle beaucoup plus actif dans la passation des marchés et continuera à jouer ce rôle élargi aussi longtemps que nécessaire. Au fur et à mesure que nous avancerons, nous nous adapterons, et les leçons tirées de l'expérience étayeront l'avenir de la RNSU.

SI L'ON INSISTE SUR LA GESTION DES STOCKS...

- La RNSU examine régulièrement son stock. Les articles périmés, obsolètes ou inutilisables sont éliminés conformément à la politique du Conseil du Trésor.

- L'Agence de la santé publique du Canada continue d'explorer les moyens d'optimiser la gestion du cycle de vie des produits et de

réduire au minimum l'élimination des stocks périmés.

SI L'ON INSISTE SUR L'EMPREINTE DE L'ENTREPÔT...

- Une décision a été prise en 2013 pour moderniser et optimiser l'empreinte nationale de notre entrepôt

- Actuellement l'Agence de la santé publique du Canada à des entrepôts répartis sur six villes.

SI L'ON INSISTE SUR LA CONSTITUTION DE STOCKS D'ÉPI ET SUR LE PLAN CANADIEN DE LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE DE GRIPPE.

- Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza est un document d'orientation fédéral, provincial et territorial pour le secteur de la santé. Il vise à aider les gouvernements à préparer leurs plans d'urgence.

- Les orientations les plus récentes datent de 2011. Elles recommandent que la question de la disponibilité et l'approvisionnement en ÉPI soit abordée lors de la planification en cas de pandémie, et que la constitution de stocks devrait être envisagée.

- Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont chargés de veiller à la fourniture de médicaments, de fournitures et d'équipements nécessaires à la prestation des services de soins de santé en cas de pandémie.

- La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) a été conçue pour assurer l'approvisionnement en fournitures médicales d'urgence lorsque les ressources locales et provinciales et territoriales ont été épuisées. Historiquement, elle n'a contenu que des quantités relativement faibles d'ÉPI.

SI L'ON INSISTE SUR LE NIVEAU DE FINANCEMENT

- Depuis l'exercice 2012-2013, le budget de fonctionnement de la RNSU, y compris les salaires et le fonctionnement, a toujours été d'environ trois millions de dollars par an.

- En plus du budget opérationnel de base de la RNSU, des investissements ont été réalisés pour des initiatives particulières, des stocks de fournitures et des contre-mesures médicales. Au cours des dix dernières années, ces investissements ont varié d'une année à l'autre et se sont élevés à plus de 79 millions de dollars.

CONTEXTE

La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) du Canada contient des fournitures que les provinces et les territoires peuvent demander dans des situations d'urgence, par exemple des éclosions de maladies infectieuses, des catastrophes naturelles et d'autres incidents de santé publique, lorsque leurs propres ressources sont insuffisantes. Ces fournitures comprennent divers

articles comme de l'équipement et des fournitures médicaux, des produits pharmaceutiques et des fournitures de services sociaux, comme des lits et des couvertures.

Mandat de la RNSU
L'hypothèse fondamentale qui sous-tend la gestion des urgences est que les gouvernements provinciaux, territoriaux et locaux sont prêts dans une mesure raisonnable à affronter les situations d'urgence les plus courantes.

À ce titre, le gouvernement fédéral joue un rôle double dans la constitution d'une réserve d'urgence de fournitures médicales :

- Il fournit, à la demande des provinces et des territoires, une capacité d'appoint lorsque leurs propres ressources ne sont pas suffisantes;
- Il est le seul fournisseur de certains biens requis pour de rares urgences de santé publique, par exemple, des vaccins ou des antidotes coûteux et rarement utilisés.

Financement de la RNSU
Depuis 2012-2013, le financement de base annuel de la RNSU est demeuré stable et s'élève à environ 3 millions de dollars par année. Ce financement est inclus dans le financement global déterminé pour le secteur du programme Infrastructure de la sécurité de la santé déclaré dans les Comptes publics.

Par le passé, des fonds supplémentaires ont été fournis à la RNSU au moyen de décisions de réaffectation interne et de décisions de financement supplémentaire lorsque l'Agence de la santé publique du Canada a reçu des fonds liés à des achats particuliers, comme un investissement annuel dans les contre-mesures médicales contre la variole et l'anthrax, qui a commencé en 2015-2016.

Déploiements de la RNSU
Au cours de la dernière décennie, la RNSU a déployé des ressources pour aider à l'organisation d'un éventail d'événements et faire face à des situations d'urgence, notamment les Jeux olympiques de 2010, les inondations de 2013 en Alberta, l'opération Réfugiés syriens, les feux de forêt de Fort McMurray et le Sommet du G7 de 2018 à Québec. La RNSU a également fait des dons internationaux à l'appui de la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, l'ouragan Harvey, et l'éclosion actuelle de COVID-19 en Chine.

Demandes d'aide de la RNSU
Jusqu'à maintenant, nous avons été en mesure de répondre dans les 24 heures à toutes les demandes d'aide des provinces et des territoires. Les demandes sont évaluées en consultation avec les provinces et les territoires, et les dates de livraison et les quantités sont fondées sur la disponibilité des fournitures demandées et l'urgence de la demande.

Empreinte de la RNSU
Les installations de la RNSU comprennent un dépôt central dans la région de la capitale nationale et des entrepôts stratégiquement situés partout au Canada. Au cours des dernières années, la RNSU est passée de neuf entrepôts au Canada à six. Une évaluation indépendante a indiqué que les six emplacements stratégiques permettraient à la RNSU de jouer son rôle de soutien ponctuel d'appoint.

En 2019, tous les avoirs de la RNSU ont été regroupés dans huit entrepôts répartis dans six villes. Au printemps 2020, deux autres entrepôts ont été loués à Ottawa, compte tenu du volume de fournitures données et achetées par la RNSU dans le cadre de la réponse du gouvernement fédéral à la COVID-19.

Lorsqu'un entrepôt est fermé, les fournitures utilisables sont déplacées vers un nouvel emplacement, tandis que les fournitures désuètes et périmées sont éliminées conformément à la politique du Conseil du Trésor.

Fermeture de l'entrepôt de Regina
En 2019, environ 2 millions de masques et 440 000 gants périmés ont été éliminés pendant la fermeture de l'entrepôt de la RNSU à Regina. Les masques et les gants avaient été achetés en 2009 et avaient dépassé la limite de cinq ans pour leur utilisation, comme l'avait recommandé le fabricant.

Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza – Guide sur l'EPI
Selon le **Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza de 2006**, *il faut prévoir un approvisionnement constant de 16 semaines (c.-à-d. deux vagues de pandémie) de matériel lié à*

la grippe et non lié à la grippe pour faire face aux interruptions sporadiques des chaînes d'approvisionnement. (p. ex., en raison de perturbations du courrier et des services de messagerie, de fermetures de la frontière, de limites d'approvisionnement).

Le **Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza de 2011** indique que les méthodes d'estimation des besoins en EPI dépassent la portée du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza et souligne que les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables d'assurer la fourniture des médicaments, des fournitures et de l'équipement nécessaires à la prestation des services de soins de santé en cas de pandémie.

Personne-ressource de l'ASPC :
Approuvé au nom de l'ASPC par :

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé le : 2020-06-03, 14 h 10
À : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted] (IC)
Objet : Ré-étiquetage et distribution de blouses déclassifiées

[redacted]

Conformément à l'outil de prévision des fournitures pour les maladies de l'OMS (lien ci-dessous), tous les paliers sont acceptables. https://www.who.int/publications-detail/disease-commodity-package---novel-coronavirus-(ncov)

L'OMS a également des orientations en matière de prévention et de contrôle des infections pour les soins de santé lorsqu'on soupçonne une nouvelle infection au coronavirus, ce qui comprend des indices concernant l'utilisation d'une blouse et le moment où elle doit être résistante aux fluides (c.-à-d. lorsqu'il s'agit d'entreprendre des activités qui génèrent des aérosols).
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330675/9789240000933-fre.pdf

[redacted]

De : [redacted]
Envoyé le : 2020-06-03, 11 h 27
À : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Ré-étiquetage et distribution de blouses déclassifiées

[redacted] savons-nous quelles sont les exigences minimales concernant les niveaux nécessaires pour gérer les cas positifs à la Covid19? Y a-t-il des directives à cet effet?

Envoyé de mon iPhone

Le 3 juin 2020, à 11 h 19, [redacted] a écrit :

> Allo [redacted]
>
> Voici une brève description du niveau/des indications pour utiliser les blouses médicales :
>
> Niveau 1 : Risque minimum, à utiliser, par exemple, les soins de base, l'isolement type, blouse de couverture pour les visiteurs ou dans un service médical type.
> Niveau 2 : Faible risque, à utiliser, par exemple, au cours des prélèvements sanguins, des sutures, à l'unité des soins intensifs ou au laboratoire de pathologie.
> Niveau 3 : Risque modéré, à utiliser, par exemple, au cours d'une ponction sanguine artérielle, insertion dans une intraveineuse, à l'urgence, par exemple les cas de traumatisme.
> Niveau 4 : Risque élevé, à utiliser, par exemple, au cours de procédures longues et à fort apport en fluides, chirurgie, lorsqu'il faut une résistance aux pathogènes ou qu'on soupçonne une maladie infectieuse (non aérienne)
> (https://www.fda.gov/medical-devices/personal-protective-equipment-infection-control/medical-gowns)
>
> [redacted]

De : [redacted]>
Envoyé le : 2020-06-03, 6 h 36
De : [redacted]>
Cc : [redacted]
Objet : Ré-étiquetage et distribution des blouses déclassifiées

Merci pour cela, pouvez-vous me dire quels sont les niveaux différents et la description connexe, par exemple, dans quel cadre le niveau 1 peut-il être utilisé.

Envoyé de iPhone

Le 1er juin 2020 à 20 h 42, [redacted] a écrit :

[redacted]

Tel que demandé, vous trouverez ci-après une mise à jour sur les questions de blouses qui ne répondent pas aux spécifications indiquées sur leur étiquette. Merci à et à l'équipe.

[redacted]

****

À la suite du processus d'évaluation de l'assurance de la qualité de l'ASPC, il a été établi que quatre (4) fabricants canadiens et deux (2) fournisseurs étrangers (regroupant 3 fabricants) ont fourni des blouses ne répondant pas à la classification de rendement indiquée sur leur étiquette. [redacted]

L'ASPC et le CPSP ont informé les fournisseurs canadiens et étrangers des résultats des essais et travaillent avec eux pour préciser la voie à suivre. Les points à considérer pour les fabricants canadiens peuvent comprendre l'amélioration de leur processus de fabrication pour respecter les spécifications ou la modification du contrat et de l'étiquetage futur pour rendre compte de la norme de rendement.

D'après les prévisions, jusqu'à 60 millions de blouses devront être ré-étiquetées, notamment celles en inventaire et celles en transit. Puisque les blouses sont en forte demande, l'ASPC a collaboré avec Santé Canada pour préciser une stratégie de ré-étiquetage qui ne retardera pas considérablement la distribution. Les étiquettes ont été élaborées de l'ASPC et approuvées par Santé Canada. Le processus d'étiquetage est actuellement en cours et sera appuyé par des communications de l'ASPC aux provinces et aux territoires par l'intermédiaire du comité consultatif de la logistique.

Les produits concernés qui pourraient avoir été distribués aux clients sauf l'ASPC par les fabricants ou les importateurs devront également être ré-étiquetés. Cela serait considéré comme un rappel si les produits avaient déjà été vendus. La DGPSA a conclu que ce rappel pourrait être considéré comme de type III (risque le moins élevé, ce qui signifie que l'utilisation du produit rappelé n'est pas susceptible d'entraîner des conséquences néfastes pour la santé). Santé Canada a pris contact avec les fabricants pour entreprendre cette évaluation. Si un rappel est nécessaire, le rappel et les communications publiques seront diffusés au début de la semaine prochaine.

Précisons que 67 000 blouses concernées ont été expédiées aux Forces armées canadiennes (FAC) pour répondre à un besoin pressant d'approvisionnement d'urgence de blouses pour leurs activités dans des établissements de soins de longue durée. Les FAC ont été pleinement informées des limites et des résultats des essais concernant les blouses. De plus, un lot d'environ 560 blouses [redacted] a été envoyé aux P/T pour répondre à un besoin urgent. Même si les blouses envoyées étaient étiquetées par le fabricant comme étant des blouses de niveau 2, l'ASPC a fourni une étiquette sur le site Web du RCRSP indiquant que le produit était de niveau 1. Conformément à l'initiative actuelle de ré-étiquetage, l'ASPC s'occupera également des communications et de la mise à jour des étiquettes pour ces blouses. La liste de matériel a été envoyée aux provinces suivantes : Alberta (1 carton), Colombie-Britannique (2 cartons), Ontario (4 cartons), Québec (3 cartons).

[redacted] (PHAC/ASPC)

Expéditeur : [redacted] (PHAC/ASPC)

Envoyé : 2020-06-04 - 19 h 48

Destinataire : [redacted] (PHAC/ASPC)

Cc : [redacted]

Objet : Demande urgente du BCP sur la préparation vaccinale

D'accord. Aujourd'hui nous avons discuté un plan de match pour le vaccin. [redacted] et [redacted] s'occupent de cette question. Nous communiquerons avec les autres ministères pour assembler les pièces.

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Infectious Disease Prevention and Control Branch/ Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses

Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada

Envoyé de mon iPhone

Le 4 Juin 2020, à 18 h 26, [redacted] a écrit :

[redacted]. À mon avis, nous devons nous préparer pour la discussion du Cabinet sur cette question qui est inévitable et qui peut avoir lieu plus tôt que prévu en fonction des échanges de courriels ci-après. [redacted]

Envoyé de mon iPhone

Le 4 juin 2020, à 18 h :07, [redacted] a écrit :

Merci [redacted] À titre de précision, je n'ai pas fait une présentation sur le vaccin aujourd'hui. C'était un compte rendu verbal du contrat avec GSK pour la pandémie. Il n'y avait pas de produits.

Je conviens avec les autres ministères que nous ne sommes pas prêts pour présenter ce sujet au Cabinet puisque nous n'avons pas mobilisé le bureau du ministre. Toutefois, en cas d'urgence, relativement à cette question, l'ASPC s'occuperait de la distribution d'un candidat-vaccin contre la COVID-19 et pourrait viser :

1) Obtenir les vaccins contre la COVID-19 pour les Canadiens

· Travailler avec SPAC pour conclure un ou plusieurs contrats d'achat et avec les PT pour comprendre les exigences techniques dans le cadre des contrats

· Confirmer le point de vue du gouvernement fédéral sur le partage des coûts (le partage des coûts pour le vaccin contre le H1N1 a été de 60 :40)

· Confirmer les exigences et les accords pour les populations desservies par le gouvernement fédéral qui ne sont pas couvertes par les systèmes de santé des PT (par exemple, forces armées, service correctionnel)

2) Élaborer des directives de santé publique sur l'utilisation du vaccin contre la COVID-19

· Des directives de santé publique sur l'utilisation du vaccin lorsque SC a obtenu l'autorisation de mise sur le marché par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)

· Cadre d'établissement des priorités, recommandé par le CCNI, pour fournir en priorité le vaccin aux groupes à risque élevé et prioritaires jusqu'à ce que les stocks soient suffisants

· Encourager les PT à adopter une approche pancanadienne et cohérente avec les recommandations sur le vaccin du CCNI, y compris le consensus sur les groupes prioritaires

3) Aider les PT à distribuer le vaccin contre la COVID-19

· Améliorer la préparation au moyen de l'achat de matériel de vaccination

· Aider les PT avec les directives de santé publique (par exemple, comment gérer des cliniques de vaccination communautaires tout en respectant les directives sur la distanciation physique)

4) Établir un système amélioré de surveillance de l'innocuité des vaccins

· Utiliser les systèmes de surveillance de l'innocuité des vaccins existants de Santé Canada et de l'ASPC pour effectuer des activités de surveillance de l'innocuité du vaccin contre la COVID-19 avec les PT

· (Nous avons besoin des commentaires de SC sur ce sujet)

5) Surveiller le taux de vaccination et l'efficacité du vaccin

· Déterminer qui a reçu le vaccin contre la COVID en collaborant avec les PT pour appuyer les efforts visant à assurer le suivi de la couverture vaccinale (par exemple, enquêtes nationales sur la couverture vaccinale)

· Utiliser les réseaux de recherche sur l'efficacité des vaccins existants pour déterminer l'efficacité du vaccin contre la COVID-19

[redacted]

[redacted]

Centre for Immunization and Respiratory Infectious Diseases (CIRID) - Infectious Disease Prevention and Control Branch

[redacted]

Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses (CIMRI) - Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA - AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

[redacted], Ottawa, ON K1A0K9

Phone – Téléphone : [redacted]

Cell : [redacted]

[redacted]

<image001.png> <image002.png>

Expéditeur : [redacted]

Envoyé : 2020-06-04 16 h 18

Destinataire : [redacted]

[redacted]

[redacted]

Cc : [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Objet : Demande urgente du BCP sur la préparation vaccinale

Importance : Élevée

[redacted]

Cet après-midi, j'ai participé à une brève conversation téléphonique avec le BCP, l'ISDE, SPAC, SC et l'ASPC. Voir les notes de [redacted] ci-après qui a aussi participé à la conversation.

En plus des notes de [redacted] autres commentaires et questions du BCP :

- Le PM a mentionné l'achat de syringes, ce qui a surpris tout le monde. Quels autres matériels devons-nous acheter?
- Quelles sont les considérations, si nous devons acheter un vaccin qui n'a pas été produit au Canada?
- Quel est le rôle des thérapies dans les attributions?
- Comment devons-nous distribuer le vaccin à 30 millions de Canadiens?
- Quels sont les liens avec le financement de la recherche?

Pendant l'appel avec l'ISDE, on a félicité [redacted] pour sa présentation de ce matin sur le vaccin pour le bureau du ministre.

Ligne de fond – le BCP examinera les questions et les préoccupations concernant le calendrier. Si nous voulons mettre en évidence cet élément, sa recommandation pour le bureau du ministre de transmettre le message.

Le BCP a demandé de fournir au plus tard vendredi à midi un aperçu de ce que nous voulons présenter.

[redacted] – avons-nous un dossier de présentation de ce matin qui pourrait nous aider à formuler les commentaires pour le BCP?

Avez-vous des recommandations pour un aperçu de ce que l'ASPC peut fournir pour une présentation?

[redacted] – dit qu'il serait mieux de transmettre la réponse par l'entremise du BPPS

[redacted] – voulez-vous mettre en évidence cela par l'entremise du bureau du ministre ([redacted]) Dans l'affirmative, avec qui voulez-vous communiquer?

Merci

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Agence de la santé publique du Canada

[redacted]

Expéditeur : [redacted]>

Envoyé : 2020-06-04 15 h 53

Destinataire : [redacted]

[redacted]

Cc : [redacted]

Objet : Conversation téléphonique avec le BCP sur la préparation vaccinale

[redacted],

J'ai participé avec [redacted] à une conversation téléphonique avec le BCP et [redacted] a dit que la VPM attend un élément la semaine prochaine sur la préparation vaccinale/MCM

La VPM attend une mise à jour sur :

· ISDE : capacité de fabrication, questions liées à la chaîne de valeur, nos points forts, nos considérations sur les investissements

· Mise à jour sur les vagues 1 et 2 de l'investissement MCM

· SPAC : Approvisionnement – pouvoir et capacité d'achat

o National et international

o Matériels nécessaires pour appuyer la distribution du vaccin

· ASPC : stratégie sur le vaccin – comment vacciner toute la population? Quel est le plan?

Fondamentalement :

· Comment nous développons

· Comment nous achetons ce que nous devons administrer

· Comment nous administrons

Comme vous pouvez imaginer, la réponse n'a pas été positive en raison du calendrier. Le groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19 n'a pas encore organisé des réunions et la stratégie d'approvisionnement n'a pas encore été élaborée, donc il n'y a pas de mise à jour pour le Cabinet. [redacted] a accepté de transmettre au BVPM que le calendrier n'est pas idéal et veut négocier pour une autre semaine.

Prochaines étapes :

· [redacted] a demandé à chaque ministère de présenter au plus tard demain à midi un aperçu des éléments sur lesquels nous pouvons faire le point.

· Ligne de fond : Tout le monde considère qu'on n'est pas prêt pour une discussion du Cabinet sur cette question et nous devons aussi mobiliser le CM – [redacted] a dit que le bureau du ministre doit considérer cette question avec le BVPM.

[redacted]

[redacted]

Secrétariat de la COVID-19

[redacted]

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted]
Envoyé : 2020-06-04 – 16 h 26
À : [redacted]
c.c. : [redacted]
Objet : Suivi des réunions bilatérales aujourd'hui
Pièces jointes : Deep Dive - Gowns - June 4.docx

OK, super.

À titre d'information, nous discuterons des blouses avec SPAC demain.

De : [redacted]
Envoyé : 2020-06-04 – 16 h 24
À : [redacted]
c.c. : [redacted]
Objet : Suivi des réunions bilatérales aujourd'hui

Merci. Nous avons eu un échange avec [redacted] aujourd'hui. Ils attendent nos demandes. Nous lui avons dit que nous lui fournirions des gants, des blouses et des masques N95.

Envoyé à partir de mon iPhone

Le 4 juin 2020 à 15 h 26, [redacted] a écrit :

> [redacted],
>
> Comme promis, vous trouverez ci-joint l'« analyse approfondie » que SPAC a préparée pour nos appels d'examen des produits deux fois par semaine cette semaine.
>
> [redacted]
>
> [redacted]
> [redacted]
> [redacted], Agence de la santé publique du Canada
> [redacted]
> [redacted]
> [redacted]
>
> <Deep Dive- Swabs -May 25.docx>

2020-11-10 –

MARCHANDISES – BLOUSES

QUANTITÉ TOTALE ACHETÉE : 126 625 160	COÛTS TOTAUX : 1 593 698 293,55 $	NOMBRE TOTAL DES FOURNISSEURS : 23

Depuis mars, SPAC a attribué :

- 25 contrats à 23 entreprises pour un total de 126 625 160 blouses avec un calendrier de livraison prévu entre avril et décembre 2020. La livraison a commencé.

Risque lié à la demande – Élevé	Risque lié à la qualité – Moyen	Risque lié à la livraison – Élevé	Diversification des sources d'approvisionnement : Canada/ Chine et République dominicaine

CONTEXTE

Les blouses d'hôpital sont des blouses portées par des professionnels de la santé comme équipement de protection individuelle (EPI) afin de constituer une barrière entre le patient et le professionnel. Alors que les blouses des patients sont souvent fragiles et exposent le dos et les bras, les blouses d'EPI, comme on peut le voir ci-dessous sur la photographie du chirurgien cardiaque, couvrent la plupart des surfaces cutanées exposées des techniciens médicaux professionnels. Les spécifications sont jointes.

Demande initiale de l'ASPC : mars 2020 6 320 500 blouses.

RISQUE LIÉ À LA DEMANDE

Il y a une très forte demande de blouses à l'échelle mondiale. Le matériel SMS habituellement utilisé pour la fabrication des blouses est détourné vers la production de masques. Les fabricants proposent des matériaux de rechange pour la fabrication des blouses. Le fait d'avoir des fournisseurs nationaux présente des défis intéressants. Les fournisseurs canadiens utilisent d'autres matériaux, comme le papier enveloppant (jetable) et le matériel de sac gonflable (épais et réutilisable). Le matériel a été approuvé par SC pour la production de blouses. Cependant, en raison de la pénurie de ce matériel, les fabricants canadiens se tournent maintenant vers des matériaux de remplacement importés pour fabriquer des blouses au Canada.

RISQUE LIÉ À LA QUALITÉ

La conformité du produit est examinée en fonction des spécifications techniques publiées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Toutes les blouses proposées sont examinées par l'équipe technique de l'ASPC. L'ASPC a mis en œuvre un solide programme d'assurance de la qualité. Les échantillons sont évalués avant la production, au besoin. Certaines des blouses reçues ne respectent pas les exigences; des mesures sont en cours pour corriger la situation.

2020-11-10 –

RISQUE LIÉ À LA LIVRAISON

Le Canada a connu certains retards dans la livraison de blouses, mais la production au pays va bon train. En raison de la pén urie de matériel et de la demande mondiale de blouses, les chaînes de production ont été retardées. Avec les nouvelles restrictions sur les exportations de la Chine, le processus douanier prend plus de temps que prévu, mais nous avons maintenant beaucoup de blouses en entrepôt en Chine. C'est pourquoi nous cherchons à prendre les devants. Nous devons également tenir compte du fait que les blouses sont très lourdes et que, pour cette raison, les livraisons par avion posent problème. La concurrence est créée sur le marché canadien pour la production de blouses et de masques en tissu avec des ressources limitées (ce qui a une incidence sur le prix et la capacité). La disponibilité des matières premières se situe dans une période de six mois. Il a été difficile de respecter les règlements liés à la COVID 19 (distanciation sociale imposée en milieu de travail) et d'amener les employés à retourner au travail et à accélérer le processus.
Exigences réglementaires et impact

- À ce jour, 3 749 931 blouses ont été livrées à l'ASPC.
    - D'ici la fin de juin, SPAC s'attend à ce que 15 917 952 nouvelles blouses soient livrées à l'ASPC.

Diversification des sources d'approvisionnement :

SPAC a attribué 25 contrats à 23 fournisseurs. D'autres contrats sont en cours de négociation avec d'autres fournisseurs. La capacité de production au pays a augmenté.

Risque lié aux prix : Les prix des contrats conclus par SPAC varient de [redacted]$. La variation des prix est une conséquence de l'augmentation de la demande. Les prix varient principalement en raison de la qualité des produits et des procédés de production. Certains peuvent supporter jusqu'à 75 lavages.

2020-11-10 –

Spécifications des blouses

Normes nord-américaines					Équivalences européennes	
CSA Z314 (Canada) et ANSI PB70 (USA)			EN 13795, pour les blouses		EN 14126, pour les combinaisons	
	Classification	**Norme / Examen**	**Classification**	**Norme / Examen**	**Classification**	**Norme / Examen**
Risque faible	**Niveau 1** Résistance minimale à l'eau (une certaine résistance aux gouttelettes)	AATCC 42 – Pénétration de l'eau ≤ 4,5 g AATCC 127 – Pression hydrostatique S/O	**Rendement standard**	EN 20811 – Pression hydrostatique • Zones moins critiques ≥ 10 cm • Zones critiques ≥ 20 cm	**Classe 1**	ISO 16603 (sanguin) et 16604 (viral) : Aucune pénétration à 0 kPa
	Niveau 2 Faible résistance à l'eau (résistant aux gouttelettes et une certaine résistance à la pénétration de l'eau en contact constant à pression croissante)	AATCC 42 – Pénétration de l'eau ≤ 1,0 g AATCC 127 – Pression hydrostatique ≥ colonne d'eau de 20 cm			**Classe 2**	ISO 16603 (sanguin) et 16604 (viral) : Aucune pénétration à 1,75 kPa
					Classe 3	ISO 16603 (sanguin) et 16604 (viral) : Aucune pénétration à 3,5 kPa
					Classe 4	ISO 16603 (sanguin) et 16604 (viral) : Aucune pénétration à 7 kPa
Risque élevé	**Niveau 3** Résistance à l'eau modérée (résistance aux	AATCC 42 – Pénétration de l'eau ≤ 1,0 g AATCC 127 – Pression hydrostatique ≥ colonne d'eau de 50 cm	**Rendement élevé**	EN 20811 – Pression hydrostatique • Zones moins critiques ≥ 10 cm	**Classe 5**	ISO 16603 (sanguin) et 16604 (viral) : Aucune pénétration à 14 kPa

Page 265 of/de 1 041
AV2020000020

	gouttelettes et une certaine résistance à la pénétration de l'eau en contact constant à pression croissante) **Niveau 4** Résistance à la pénétration sanguine et virale (2 lb/po2)	ASTM F1670 (sanguin) et F1671 (viral) : Aucune pénétration à 2 lb/po2 (13,8 kPa)		• Zones critiques ≥ 20 cm	**Classe 6**	ISO 16603 (sanguin) et 16604 (viral) : Aucune pénétration à 20 kPa

Contrats attribués :

	Fournisseur	Quantité	Prix		
1.	Bionucléaire (niveau 2)	[redacted] blouses avant la demande de l'ASPC – du 11 mars	139 668 $	[redacted] livrées avant la demande de l'ASPC	Chine
2.	PriMed	[redacted] blouses	92 038 555 $	[redacted] livrées [redacted] à livrer en juin [redacted] à confirmer en juin	Chine

2020-11-10 –

3.	Campbell Drug Store (PharmacyGo) (niveau 3)	[redacted] blouses	165 200 000 $	[redacted] à livrer d'ici la fin de juin [redacted] par semaine seront expédiés par voie maritime à compter de la semaine du 11 mai (il faut 28 jours) jusqu'à ce que nous atteignions 20 000 000. Commenceront à arriver en juin.	Chine

4.	Isoplex (niveau 2)	[redacted] blouses	8 672 750 $	[redacted] à livrer d'ici la fin de juin (les vols quitteront la Chine du 10 au 14 juin)	Chine
		[redacted] blouses	113 565 000 $	[redacted] expédiés par voie maritime (cela prend plus d'un mois) devraient commencer à arriver en juillet	

2020-11-10 –

5.	Mufactor (niveau 2)	[redacted] blouses	256 160 830 $	[redacted] livrées [redacted] déjà au Canada avec le Groupe Robert pour livraison. [redacted] à livrer par avion au Groupe Robert d'ici la fin de juin	Chine
6.	Mariner Endosurgery (niveau 3)	[redacted] blouses	123 250 230 $	[redacted] livraisons au Groupe Robert à Mississauga le 26 mai. [redacted] arrivées par avion en juin [redacted] par semaine pour le reste – par mer – à compter du 22 mai (prend 28 jours)	Chine

2020-11-10 –

7.	Proline Advantage (niveau 3)	[redacted] blouses	265 550 000 $	[redacted] livrées [redacted] doivent être expédiés par avion le 1er juin pour arriver le 4 juin Le reste sera acheminé par voie maritime à compter de juillet (a été expédié à la fin de mai). – - Prend environ 1 mois)	Chine
8.	Mustang Survival Group (LI textile)	[redacted] blouses	20 340 000 $	[redacted] à livrer d'ici la fin de juin	Canada
				Période : juin à décembre 2020 Livraisons hebdomadaires [redacted] après la période de lancement	
9.	Confection Aventure (Innotex Protection) *(LI textile)*	[redacted] blouses	14 690 000 $	[redacted] à livrer avant la fin de juin Période : mai à novembre 2020 Livraisons hebdomadaires : [redacted] après la période de lancement	Canada

2020-11-10 –

10.	Quartz Nature Inc. *(LI textile)*	[redacted] blouses	7 615 296 $	Pas de livraison pour juin Période : juin à novembre 2020 Livraisons hebdomadaires : [redacted] après la période de lancement	Canada
11.	Stanfield's Ltd *(LI textile)*	[redacted] blouses	27 911 000 $	[redacted] livrées Pas de livraison pour juin Période : mai à novembre 2020	Canada
				Livraisons hebdomadaires : [redacted] après la période de lancement	
12.	Canada Goose *(LI textile)*	[redacted] blouses	33 203 920 $	[redacted] livrées [redacted] à livrer d'ici la fin de juin Période : mai à novembre 2020 Livraisons hebdomadaires : [redacted] après la période de lancement	Canada
13.	Calko Group *(LI textile)*	[redacted] blouses	7 287 144 $	[redacted] à livrer d'ici la fin de juin [redacted] semaines de juillet	Rép. dominicaine

				20 [redacted] semaine du 17 août [redacted] semaine du 14 septembre [redacted] semaine du 12 octobre	
	Calko Group *(non lié à une LI)*	[redacted] blouses	8 978 980,00 $	[redacted] livrées [redacted] livrer avant la fin de juin	Canada
				Période : mai à novembre 2020 Livraisons hebdomadaires : [redacted] après la période de lancement	
14.	Logistik Unicorp *(LI textile)*	[redacted] blouses	113 281 345,40 $	[redacted] livrées [redacted] à livrer avant la fin de juin Période : mai à novembre 2020 Livraisons hebdomadaires : [redacted] après la période de lancement	Canada
15.	George Courey *(LI textile)*	[redacted] blouses	39 663 000 $	[redacted] livrées Pas de livraison pour juin	Canada

A-2021-00020

				Période : mai à novembre 2020 Livraisons hebdomadaires : moyenne de [redacted] après la période de lancement	
16.	Triplewell Canada Ltd. *(LI textile)*	[redacted] blouses	6 441 000 $	[redacted] livrées [redacted] à livrer avant la fin de juin	Canada
				Période : mai à novembre 2020 Livraisons hebdomadaires : [redacted] après la période de lancement	
17.	Wuxly Movement *(LI textile)*	[redacted] blouses	49 548 240 $	[redacted] livrées [redacted] à livrer d'ici la fin de juin Période : juin à novembre 2020 Livraisons hebdomadaires : [redacted] après la période de lancement	Canada

18.	Roudel Medical & Surgical Supplies Inc. *(LI textile)*	[redacted]	10 022 535,00 $	[redacted] livrées Pas de livraison pour juin : mai à novembre 2020 Livraisons hebdomadaires [redacted] après la période de lancement	Canada
	Roudel Medical & Surgical Supplies Inc. *(non lié à la LI)*	[redacted] blouses	51 844 965,00 $	Période : mai à novembre 2020 Livraisons hebdomadaires [redacted] après la période de lancement	Mexique/États-Unis
19.	Wazana Clothing *(LI textile)*	[redacted] blouses	97 818 043,20 $	[redacted] livrées	Canada
				Pas de livraison pour juin : mai à novembre 2020 Livraisons hebdomadaires : [redacted] après la période de lancement	
20.	Samuelsohn Limited *(LI textile)*	[redacted] blouses	22 600 000 $	[redacted] à livrer avant la fin de juin Période : mai à novembre 2020 Livraisons hebdomadaires : [redacted] après la période de lancement	Canada

2020-11-10 –

21.	Westcomb *(LI textile)*	[redacted] blouses	11 665 668 $	Pas de livraison pour juin Période : juin à novembre 2020 Livraisons aux deux semaines : [redacted] après la période de lancement	Canada
22.	FellFab *(LI textile)*	[redacted] blouses	1 088 071,35 $	Période : juillet à Octobre 2020 Livraisons hebdomadaires de [redacted] après la période de lancement	Canada
23	Joseph Ribkoff *(LI textile)*	[redacted] blouses	45 122 052,60 $	Période : juillet à novembre 2020 Livraisons hebdomadaires de [redacted] après la période de lancement	Canada

[redacted] (PHAC/ASPC)
Expéditrice : [redacted] (PHAC/ASPC)
Date et heure d'envoi : 2020-06-04 17 h 33
Destinataires : [redacted] (PHAC/ASPC)
Objet : Faire suivre : Question du LNM
Détails sur les résultats à court terme ci-dessous.

[redacted]
Infectious Disease Prevention and Control Branch/Direction générale de la prévention et du contrôlée des maladies infectieuses
Public Health Agency of Canada/L'Agence de la santé publique du Canada

Envoyé de mon iPhone

Début du message réexpédié :
Expéditeur : [redacted]
Date : 3 juin 2020 à 15 h 15 : 46 HNE
Expéditrice [redacted]
Cc : « [redacted]
Objet : Au sujet de : Question du LNM
Réaffectation du bien excédentaire de la Couronne du CNRC au [redacted] à Winnipeg qui est idéal pour l'espace de laboratoire dont le LNM a besoin. Il fournira ce qui suit à l'ASPC/au LNM :

Dans les deux mois :
• Le LNM aura acquis une installation adaptée à ses besoins. (Remarque importante : [redacted]
• Le LNM aura conclu des ententes formelles avec le milieu universitaire pour commencer à élever des colonies de modèles animaux appropriés afin que nous puissions nous assurer immédiatement que des modèles animaux de la COVID-19 sont disponibles pour les travaux précliniques sur les vaccins et les thérapeutiques à utiliser à l'égard de la COVID-19.
• Le LNM pourra retenir des chercheurs hautement qualifiés et formés au NC4 qui dépendent actuellement d'un financement temporaire ou qui arrive à échéance (il s'agit de chercheurs de formation qui risquent sérieusement de chercher un emploi ailleurs et de ceux qui sont tenus de gérer les engagements actuels vis-à-vis des études précliniques relatives à la COVID-19).

Dans les quatre mois :
• Le LNM aura des installations supplémentaires pour le logement des animaux. Cela permettra d'acheter et d'« entreposer » les animaux appropriés pour les travaux sur la COVID-19, y compris les PSN. Cela permettra d'assurer un déroulement plus efficient des projets relatifs à la COVID-19 dans le laboratoire NC4 en ce sens que les animaux puissent s'acclimater et être inoculés et conservés à l'extérieur de l'établissement NC4 jusqu'à ce que les études de vérifcation commencent (plutôt que de demeurer dans le NC4 pour toute la durée des travaux).

- Le LNM disposera d'une installation de biobanque élargie pour s'assurer de pouvoir détenir et gérer des échantillons humains supplémentaires pour la recherche sur la COVID-19 et les études du groupe de travail sur l'immunité.

Dans les 6 mois :
• Le LNM aura des dessins de construction pour les animaleries du NC3.
• Le LNM aura une installation de bioinformatique améliorée.

Dans les 8 à 12 mois :
• Le LNM aura des bureaux et des laboratoires supplémentaires (NC2).
• Le LNM embauchera et aura commencé à former d'autres personnes hautement qualifiées (et partiellement formées).

[redacted]

[redacted]
Public Health Agency of Canada | Government of Canada
[redacted]

[redacted]
Agence de la santé publique du Canada | Gouvernment du Canada
[redacted]

----- Message d'origine -----
Expéditrice : [redacted]
Date et heure d'envoi : 2020-06-03, 9 h 58
Expéditeur : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Au sujet de : Question du LNM
Importance : élevée

Combien de temps prend la réaffectation? Qu'aurons-nous dans 2, 4 ou 6 mois que nous n'avons pas maintenant?
[redacted]

[redacted]
Infectious Disease Prevention and Control Branch/Direction-
générale de la prévention et du
contrôlée des maladies infectieuses Public Health Agency of Canada/L'agence de la santé publique du Canada

Envoyé de mon iPhone

Le 3 juin 2020 à 10 h 55 [redacted]

[redacted] rit :

Le plus gros livrable à court terme est l'acquisition / la réaffectation d'une installation qui est adaptée à l'objectif.

Une installation qui :

1. Préparera le gouvernement canadien à répondre à de multiples urgences causées par des agents pathogènes qui ont de sérieuses conséquences;

2. Permettra au gouvernement canadien d'avoir accès à des vaccins thérapeutiques grâce à des collaborations structurées avec l'industrie et le milieu universitaire;

3. Est beaucoup moins chère qu'une construction neuve car elle est déjà aménagée en tant que laboratoire;

4. Est adaptée à l'heure actuelle pour l'élevage et le logement des animaux – c'est une autre entreprise dispendieuse, mais la structure est déjà en place pour être développée. Au cours des six premiers mois, [redacted] accélérera l'acquisition de modèles animaux aux fins des études en cours ou prévues au cours de l'année prochaine.

Si nous n'agissons pas maintenant, nous perdrons cette installation car des offres ont déjà été reçues.

Contexte supplémentaire :

Il faudra trois ans pour équiper entièrement le bâtiment pour effectuer des travaux au NC3 et l'établissement commencerait à permettre la réalisation de travaux précliniques au cours des six prochaines mois. L'accès aux modèles animaux est essentiel pour faire en sorte que les études précliniques en cours ou prévues pour la prochaine année puissent avoir lieu. Il y a un volume de travail important à accomplir pour soutenir les efforts actuels de recherche et de développement et pour faire en sorte que l'ASPC soit bien placée pour soutenir le travail préclinique concernant la COVID-19 dans un avenir proche. Sans l'indtallation et l'approbation de cette proposition, cela ne serait pas réalisable.

À court terme, si l'ASPC ne reçoit pas l'approbation de procéder en ce qui concerne l'établissement MCM pour les études précliniques et cliniques, on s'attend à ce que l'ASPC doive communiquer de nouveau avec ses partenaires comme VIDO-InterVac, Abcellera et Emergent pour leur indiquer que le LNM serait dans l'impossibilité de répondre pleinement à leurs besoins de recherche préclinique en raison d'une pénurie d'expertise technique à court et à moyen terme ainsi que des retards dans l'acquisition des modèles animaux requis.

Pour l'avenir, l'acquisition de l'installation et l'embauche / la formation du personnel technique associé sont des livrables à court terme qui ont des répercussions à plus long terme. Former du personnel technique qui peut travailler aux niveaux NC3 et NC4 pour

appuyer une réponse soutenue à la COVID-19 prend plusieurs mois. Nous assurer que nous développons l'empreinte et l'expertise technique du laboratoire pour soutenir une réponse durable à la COVID-19 fera également en sorte que le LNM ait dans l'avenir la capacité nécessaire pour répondre à des urgences multiples causées par des agents pathogènes qui ont de sérieuses conséquences. En outre, le gouvernement aura accès à des vaccins thérapeutiques grâce à des collaborations structurées avec l'industrie et le milieu universitaire.

[redacted]

[redacted]
Health Agency of Canada | Government of Canada
[redacted]

[redacted]
Agence de la santé publique du Canada | Gouvernment du Canada
[redacted]

-----Message d'origine-----
Expéditeur : [redacted]
Date et heure d'envoi : 2020-06-03 8 h 20
Destinataires : [redacted]
Objet : Question du LNM
Importance : Élevée

Les Finances ne sont pas convaincues que nous en tirerons quoi que ce soit à court terme car la construction prendra trois ans.

Y a-t-il des livrables à court terme? Sinon, intégrons ceci au travail que fait le BPPS pour le long terme.

Merci.

[redacted]

[redacted]
Infectious Disease Prevention and Control Branch/Direction générale de la prévention et du contrôlée des maladies infectieuses
Public Health Agency of Canada/Agence de la santé publique du Canada

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted] (PHAC/ASPC)
Envoyé : 2020-06-05 14 h 25
À : [redacted] (PHAC/ASPC)
c.c. : [redacted]
Objet : Examen du courriel
Pièces jointes : Recommentation Tracker.docx

Bonjour [redacted]

En nous fondant sur l'examen que le BVE a fait des décisions clés documentées dans votre courriel, nous avons rassemblé l'outil de suivi ci-joint qui résume toutes ses recommandations et propose quelques prochaines étapes.

L'examen a permis de déterminer si votre courriel contenait des incohérences ou des lacunes. Dans l'ensemble, je pense que nous sommes en mesure de réunir la bonne documentation pour appuyer toutes les décisions, bien qu'il faille peut-être ajouter une note au dossier pour expliquer le contexte, y compris ce qui suit :

- Les décision concernant l'achat de respirateurs Thornhill;
- Les décisions liées à l'accélération des acquisitions et des demandes d'EPI à SPAC;
- Les décisions liées à la dotation des cadres supérieurs.

Je dirais qu'un grand nombre des recommandations pourraient être traitées en élaborant une solide chronologie des acquisitions, en collaboration avec SPAC. Le COPS travaille à établir une chronologie. Nous devons l'examiner pour voir dans quelle mesure il appuierait le travail sur l'approvisionnement, ou si nous avons besoin d'un produit supplémentaire.

De même, nous devrions examiner ce que le COPS a inclus dans sa chronologie sur les frontières et voir si nous avons besoin d'un complément.

Je vais vous demander de l'imprimer pour que vous puissiez l'examiner. Nous serons heureux d'en discuter davantage.

Entre-temps, nous continuerons de veiller à ce que la documentation appropriée soit en place.

Merci,
[redacted]

[redacted]
[redacted] | [redacted]
Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada [redacted]

QUESTION	RECOMMANDATIONS DU BVE	COMMENTAIRES	PROCHAINES ÉTAPES
Respirateurs			
Entreprises canadiennes	L'acquisition de respirateurs par l'Agence auprès d'entreprises canadiennes pourrait être clarifiée en ajoutant ce qui suit : · Contexte de la directive de décupler le nombre de commandes, si possible · Toute analyse utilisée pour établir à 30 000 la demande de respirateurs, comme la modélisation de la demande future de respirateurs; · Tout autre détail concernant la révision substantielle du coût estimatif, comme le moment où la nouvelle estimation a été communiquée à l'ASPC, les raisons du	D'après les conversations avec [redacted], il existe de la documentation à l'appui de ces décisions. Par exemple, le travail de modélisation effectué par [redacted] appuie l'idée de « décupler le nombre de commandes » et la demande de respirateurs. Il sera utile de collaborer avec SPAC pour élaborer une chronologie des décisions en matière d'approvisionnement.	Établir la chronologie du processus d'approvisionnement.
Thornhill	· Dans l'ensemble, ces échanges de courriels mettent en contexte une décision qui semble différer des conseils. Toutefois, ce dossier bénéficierait d'une mise en contexte supplémentaire provenant d'autres moyens de communication comme les appels téléphoniques ou les réunions.	Il y a une chaîne de courriels qui montre que [redacted] approuve l'achat de respirateurs Thornhill, même si le personnel de l'ASPC a conseillé de ne pas aller de l'avant, car ils ne répondent pas aux exigences techniques. Cette lacune est expliquée en partie par un courriel [redacted] le 19 mars. Les dossiers de courriel comprennent également des discussions subséquentes sur la façon d'atténuer les difficultés techniques. Il serait utile d'ajouter une note au dossier pour expliquer le contexte.	Note au dossier.

Ébauche pour

Page: 620 of/de 1,041
AV2020000020

[redacted] Chine	· Veiller à conserver la documentation relative aux approbations de l'ASPC à SPAC; · S'assurer que les motifs de l'annulation du contrat sont précisés;	[redacted]	Établir la chronologie du processus d'approvisionneme

Ébauche pour

QUESTION	RECOMMANDATIONS DU BVE	COMMENTAIRES	PROCHAINES ÉTAPES
	· Voir si l'Agence a perdu de l'argent pendant cet échange ou si tous les dépôts et les paiements d'essai ont été recouvrés.	Selon les courriels, il n'y a pas eu de perte d'argent. Cela pourrait être inclus dans une chronologie globale du processus d'approvisionnement.	
EPI			
Transaction avec 3M	· Si cette transaction a été effectuée, vérifiez qu'un dossier complet existe autre que le courriel. · Veiller à ce que l'approbation finale de l'accord par l'ASPC soit consignée; · Documenter les raisons pour lesquelles l'ASPC approuve la transaction éventuelle si ces raisons ne sont pas consignées ailleurs.	Il y a eu des courriels au sujet d'une entente potentielle avec 3M. On parle de [redacted] pour les masques et de [redacted] pour les respirateurs. [redacted] En fin de compte, on dit qu'on ne désire plus acheter de respirateurs (provenant de Chine). Il n'est pas clair si l'achat du masque a eu lieu. On croit que cela peut être saisi dans le cadre d'une chronologie globale du processus d'approvisionnement.	Établir la chronologie du processus d'approvisionnement.

Ébauche pour

Page: 622 of/de 1,041
AV2020000020

Acquisition d'EPI	Veiller à ce qu'il y ait suffisamment de documents en dehors du courriel pour fournir un échéancier d'accélération des acquisitions d'EPI, y compris ce qui suit : · Décisions d'augmenter le financement de l'EPI à 1 M$ et au-delà de 1 M$; · Décisions prises lors des réunions suivant le courriel du 9 février de la [redacted] recommandant d'acheter maintenant, si possible; · La date à laquelle le Comité des SM a commencé à travailler pour acquérir de l'EPI.	Les courriels de la mi-février à la mi-mars montrent qu'il est de plus en plus urgent d'acquérir de l'EPI pour la RNSU. Cependant, les courriels n'indiquent pas clairement les décisions prises relativement à l'augmentation des acquisitions. À la mi-mars, le Cabinet de la ministre de la Santé a informé la présidente que le CPM voulait un « sur-approvisionnement » (18 mars). Bien que la plupart de ces éléments puissent être consignés dans une chronologie du processus d'approvisionnement, on pourrait envisager d'inclure une note au dossier également.	Établir la chronologie du processus d'approvisionnement. Note au dossier.
Masques	· Documenter si cette entente particulière (Tridan Global) a été influencée par la rapidité de la réponse de l'ASPC et si elle a été conclue;	Ce courriel n'est pas particulièrement clair, mais il concerne l'achat de masques auprès de Tridan Global/Dasheng.	Établir la chronologie du processus d'approvisionnement.

QUESTION	RECOMMANDATIONS DU BVE	COMMENTAIRES	PROCHAINES ÉTAPES
	· Documenter les commentaires de l'ASPC sur l'entente, y compris l'approbation, l'examen technique ou les préoccupations; · Documenter la façon dont cette entente a été consignée dans les dossiers financiers, ainsi que le processus pour déterminer si le produit était acceptable.	[redacted] m'a fait remarquer qu'il pourrait aussi y avoir un manque de clarté en ce qui a trait aux demandes d'autorisation liées à certaines de ces demandes sur lesquelles nous devrions faire un suivi. En général, nous pensons que cela pourrait être couvert par une chronologie des acquisitions.	

Ébauche pour

Page: 624 of/de 1,041
AV2020000020

Demande à SPAC	Le cas échéant, inclure toute analyse qui a éclairé l'éventuelle commande d'approvisionnement ou la stratégie de demander plus d'équipement que la quantité disponible pour accroître l'intérêt des fournisseurs.	Les échanges de courriels de la fin mars et du début avril indiquent que l'ASPC a donné des directives à SPAC pour acheter des fournitures. Cependant, les échanges de courriels montrent des fluctuations rapides des quantités d'équipement commandées. Le 7 avril, l'ASPC a fait une demande de 1 milliard de dollars à SPAC pour 8 semaines d'EPI. Il faut comprendre que l'analyse à l'appui de l'approvisionnement a été effectuée après coup, mais qu'elle appuyait la quantité commandée. Nous pensons qu'une note au dossier aiderait à appuyer les décisions, bien que cela puisse être saisi par une chronologie de l'approvisionnement. Il faut également confirmer que les demandes ou les courriels appropriés ont été envoyés pour appuyer l'ensemble du processus d'approvisionnement.	Établir la chronologie du processus d'approvisionnement. Note au dossier.
Distribution aux PT	Le compte rendu des décisions concernant la distribution d'EPI aux PT pourrait être clarifié en ajoutant : · Tout document indiquant comment fonctionne le système d'approbation des envois quotidiens (c.-à-d.	Nous pensons qu'il y a déjà une bonne trace documentaire concernant l'attribution de l'EPI aux provinces et territoires, y compris la formule d'attribution.	S.O.

Ébauche pour

Page: 625 of/de 1,041
AV2020000020

QUESTION	RECOMMANDATIONS DU BVE	COMMENTAIRES	PROCHAINES ÉTAPES
	si l'approbation de la [redacted] était requise quotidiennement, si un SMA l'approuvait quotidiennement, etc.); · Toute approbation officielle du système d'attribution de l'EPI aux PT, comme une note d'information.	Nous ne pensons pas qu'il faille prendre d'autres mesures.	
Stérilisation	· Vérifier si l'approche proposée commence à 50 000 $ ou à 50 M$ (puisqu'il peut s'agir d'une coquille) et, de façon plus générale, documenter toute approbation de l'ASPC ou toute préoccupation partagée avec d'autres ministères au sujet de la stérilisation; · Faire référence à tout procès-verbal de réunion qui fournit le contexte de l'accord de l'ASPC avec cette approche, s'il n'y a pas suffisamment de documentation dans les courriels ou d'autres dossiers.	La question a été discutée par les sous-ministres et aux tables FPT. Les responsables FPT sont en train de recueillir des dossiers sur les discussions qui ont eu lieu et ils fourniront également une copie de la lettre que la [redacted] ont envoyée aux SM des PT sur la question pour les aider à remplir les dossiers. Le problème d'établissement des coûts doit être clarifié avec le BDPF.	Clarifier les coûts avec le BDPF

Ébauche pour

Page: 626 of/de 1,041
AV2020000020

Don à la Chine	Documenter comment les préoccupations [redacted] au sujet du don ont été dissipées, peut-être au moyen d'une note au dossier ou d'un renvoi à une analyse préparée à la fin de janvier ou au début de février.	Il y a au dossier une note de service à l'intention de la ministre qui explique en quoi consistait le don de l'ASPC. Le don s'inscrivait dans un effort plus vaste coordonné par AMC et la Croix- Rouge canadienne. Il y a aussi de la documentation des représentants de la RNSU confirmant que les articles de plus grande valeur étaient des combinaisons achetées grâce aux fonds accordés à la lutte contre le virus Ebola en 2014, et qu'elles approchaient de la fin de leur durée de vie utile. La note de service confirme également que le don de l'ASPC ne nuirait pas aux demandes d'aide futures. Nous pensons que le dossier est complet et qu'aucune autre mesure n'est nécessaire.	S.O.
Autres questions			
Restrictions à la frontière	Il faut veiller à ce que suffisamment de renseignements soient disponibles pour reconstituer l'historique de la position de l'Agence concernant les restrictions à la frontière et les raisons justifiant	il serait utile d'élaborer une chronologie à l'appui des décisions à la frontière. Cela est peut-être déjà	S'assurer qu'il y a une chronologie appropriée de la frontière

Ébauche pour

QUESTION	RECOMMANDATIONS DU BVE	COMMENTAIRES	PROCHAINES ÉTAPES
	tout changement de politique, y compris l'analyse de la santé publique et l'orientation des organismes centraux.	inclus dans le document chronologique que le COPS est en train d'élaborer. Il faut confirmer.	
Auto-confinement	Vérifier si l'extension des directives d'autosurveillance à tous les voyageurs est documentée ailleurs; sinon, conserver cet échange comme document de la politique en évolution de l'ASPC concernant les voyageurs de retour et, si possible, clarifier l'analyse de santé publique à l'appui du changement de politique.	La décision aurait été prise en fonction de l'évolution épidémiologique de la pandémie. Il se peut qu'il soit déjà inclus dans le document chronologique que le COPS est en train d'élaborer. Il faut confirmer.	S'assurer qu'il y a une chronologie appropriée de la frontière
Trenton	S'assurer que les raisons pour lesquelles [redacted] a exempté des personnes de l'obligation de quarantaine sont documentées afin d'éviter qu'on croie que ces personnes ont été exemptées pour faire de la place.	L'exemption des membres des FAC et de l'équipage d'aéronef a exigé qu'on traite chacune des personnes individuellement pour évaluer le risque d'exposition et qu'on leur fournisse des documents attestant de leur exemption. Le matériel a été élaboré par la [redacted] et examiné par les Services juridiques. Le courriel reflète les réalités opérationnelles sur le terrain pour qu'un agent de quarantaine effectue une évaluation finale de la santé de chaque personne avant de quitter le site de quarantaine.	S.O.

Ébauche pour

Page: 628 of/de 1,041
AV2020000020

[redacted]	Clarifier l'écart entre le refus apparent du LNM de conclure [redacted] en documentant les conseils du LNM et la décision qui a finalement été prise par l'ASPC.	Le [redacted] de la DGPCMI a déclaré catégoriquement que la proposition est logique du point de vue de la santé publique. Bien que l'échange de courriels n'indique peut-être pas qu'une entente a été conclue, [redacted]	Établir la chronologie du processus d'approvisionnement.

Ébauche pour

Page: 629 of/de 1,041
AV2020000020

QUESTION	RECOMMANDATIONS DU BVE	COMMENTAIRES	PROCHAINES ÉTAPES
		Il pourrait être nécessaire de clarifier le rôle de l'ASPC dans l'achat de [redacted] par rapport au soutien d'ISDE par l'entremise du FSI (ce n'est pas clair d'après l'échange de courriels).	
[redacted]	· Documenter la décision de [redacted] ainsi que toute analyse supplémentaire. Si la décision a été prise par Santé Canada, documenter les commentaires de l'ASPC; · Si cette information se trouve déjà à l'extérieur du dossier de courriel, il n'est peut-être pas nécessaire d'apporter d'autres précisions.	La documentation est en place. Le 7 avril 2020, [redacted] ont signé une note de service à l'intention de la Ministre décrivant le plan visant à acquérir de [redacted] pour la RNSU et la justification de cette mesure. N° de référence MECS 20-105857-359	S.O.
APP MILA	Documenter toute recommandation ou réserve concernant l'application MILA, y compris les inconvénients potentiels et la façon dont ils ont été communiqués au Cabinet, aux SM ou à d'autres parties.	Cette application a été utilisée par SC et ISDE. Recommander que toute question ou documentation à ce sujet soit adressée à ces ministères.	S.O.

Ébauche pour

Page: 630 of/de 1,041
AV2020000020

RH	Pour les deux scénarios, la justification et le contexte font défaut, comme on peut s'y attendre dans des courriels. Cependant, on pourrait avoir l'impression qu'on utilise la réponse temporaire à la COVID-19 pour accroître l'empreinte à long terme de l'Agence sans mandat clairement défini pour le faire, et sans que les rôles et les responsabilités des cadres supérieurs soient clairement définis et distincts. Nous recommandons de veiller à ce que le contexte approprié de ces décisions soit documenté.	Il faut procéder à un examen plus approfondi au moment opportun, et cela devrait faire partie de la discussion sur l'état futur. Il serait utile d'avoir une note au dossier pour expliquer la justification des décisions.	Note au dossier
Autres courriels uniques que le BVE a notés pendant l'examen			
	Courriel nº 1 : Nous préparons un aperçu de ce que nous avons acheté.	Devrait être envisagé dans le cadre de la chronologie plus vaste de l'approvisionnement.	Établir la chronologie du processus d'approvisionnement.

Ébauche pour

Page: 631 of/de 1,041
AV2020000020

QUESTION	RECOMMANDATIONS DU BVE	COMMENTAIRES	PROCHAINES ÉTAPES
	[redacted] approuve l'achat de 40 respirateurs et chariots Phillips. SPAC dit : « L'ASPC est revenue et m'a dit que ce n'était pas souhaitable. » [redacted] exprime de la confusion.		

Ébauche pour

Page: 632 of/de 1,041
AV2020000020

	Courriel nº 2 : Objet : Voyageur non exempté – point d'entrée [redacted] Parlant d'un voyageur qui est entré aux États-Unis et est revenu au Canada, [redacted] dit au[redacted] de l'ASFC de lui dire « Dites-lui qu'on lui a ordonné de se mettre en quarantaine son domicile ». Le pouvoir de [redacted] d'ordonner la quarantaine dans cette situation n'est pas clair. De plus, il n'est pas clair que [redacted] fait cela après avoir examiné et bien compris les détails de l'affaire.	Il s'agit de [redacted] qui s'est rendu aux États-Unis à des fins non professionnelles. Je pense que l'expression « Dites-lui qu'on lui ordonne de faire la quarantaine chez lui » est sortie de son contexte quand on lit tout l'échange. [redacted] de l'ASPC n'ordonnait pas la mise en quarantaine, mais donnait un avis à sor[redacted] de l'ASFC. [redacted] de l'ASFC est clair : « Je suis encline à faire cela… qu'en pensez-vous? » [redacted] indique également clairement qu'elle n'a pas consulté son personnel, mais qu'elle présente un point de vue afin d'aider l'ASFC à prendre une décision sur les prochaines étapes concernant ce cas particulier. Toute décision officielle relative à une ordonnance de quarantaine serait laissée à la discrétion d'un agent de quarantaine local, après consultation de l'ASFC sur la question. Il s'agit d'un échange d'opinions éphémère, et non d'une documentation officielle d'une décision qui aurait pu être prise.	S.O.

	Courriel nº 3 : Objet : Avons-nous des housses mortuaires dans la RNSU? Avons-nous besoin de mesures spéciales pour les personnes décédées à cause de la COVID? Plusieurs personnes dans la chaîne de courriels disent qu'elles ne pensent pas que l'ASPC devrait commander plus de housses mortuaires, parce qu'il n'y a pas de problème de demande ou d'offre. [redacted] demande des unités supplémentaires de toute façon.	Il est peut-être vrai qu'aucune demande de housses mortuaires n'a été présentée à ce jour, mais il est raisonnable que [redacted] demande au personnel d'en commander d'autres, compte tenu du contexte à ce moment, y compris ce qui se passait dans des villes comme New York ou en Espagne et en Italie. C'est aussi un élément triste, mais nécessaire, de la planification en situation de pandémie.	Établir la chronologie du processus d'approvisionnement.

Ébauche pour

Page: 634 of/de 1,041
AV2020000020

QUESTION	RECOMMANDATIONS DU BVE	COMMENTAIRES	PROCHAINES ÉTAPES
	Il serait important de documenter la décision d'achat s'il n'est pas nécessaire de le faire.	Cette question peut être réglée au moyen de la chronologie des acquisitions. Il s'agit également d'un produit qui peut être retiré du marché pour être utilisé dans le cadre des opérations normales du système de santé – de sorte qu'il peut encore être utilisé par les PT, même s'il n'est pas nécessaire dans le contexte de la COVID 19.	
	Courriel nº 4 : Objet : Question – Autorisation pour SPAC d'acheter et de distribuer des biens aux travailleurs des services essentiels Dans ce courriel, [redacted] déconseille à l'ASPC d'acheter de l'EPI pour les travailleurs essentiels. [redacted] La décision de [redacted], le cas échéant, devrait être	[redacted]	S.O.
	Courriel nº 5 : Transmettre : 25 mars 2020 EPI Mise à jour sur l'approvisionnement Dans un courriel du 25 mars au sujet de la distribution d'EPI, [redacted] déclare : « Nous avons beaucoup de demandes qui remontent à quelques jours et pour lesquelles nous n'avons rien fait. Cela deviendra un autre talon d'Achille. Nous avons probablement ajouté quelques	Il s'agit d'un échange de courriels éphémère entre [redacted] et [redacted]. [redacted] réagit aux rapports de SC sur l'EPI. Il ne faut pas oublier non plus que ces rapports ont été passablement améliorés au fil du temps. Ils sont également produits quotidiennement – il y a donc des suivis clairs au fil du temps.	S.O.

Ébauche pour

QUESTION	RECOMMANDATIONS DU BVE	COMMENTAIRES	PROCHAINES ÉTAPES
	provinces à la RNSU remontant jusqu'à sept jours auparavant – certaines en suspens et d'autres terminées. Il serait important de documenter le contexte de ce retard, le cas échéant.	L'ASPC a traité rapidement toutes les demandes d'aide pour les PT, et cela est documenté à de nombreux endroits, y compris dans les rapports de situation quotidiens et les Faits en bref produits par l'Agence. Nous croyons qu'il n'est ni nécessaire ni utile de conserver ce courriel. Il ne documente ni ne modifie aucune décision d'approvisionnement.	
	Courriel n° 6 : Objet : Commande auprès de BYD Le [redacted] recommande fortement de procéder à l'acquisition de masques d'une valeur de 245 millions de dollars auprès de BYD. Peut-être 115 millions de dollars de plus (il n'est pas clair que ce montant est inclus dans le montant de 245 millions de dollars). [redacted] est d'accord et dit : « [redacted] doit ajouter cela à notre liste de suivi des fonds ». Compte tenu de l'urgence de la recommandation de SPAC, nous conseillons de documenter la réponse de l'ASPC.	Nous suggérons de faire un suivi auprès des représentants de la RNSU et du BDPF pour nous assurer qu'il y a de la documentation finale sur cet achat en particulier – tant en ce qui concerne le montant que le coût final. Basé sur la mise à jour de l'EPI du 24 mai (un document Excel partagé avec le cabinet de la Ministre) – comprend l'article selon lequel les masques chirurgicaux 3M de BYD ont été reçus par l'ASPC le 9 mai. Cela doit être consigné dans la chronologie des acquisitions.	Établir la chronologie du processus d'approvisionnement.

Ébauche pour

Page: 636 of/de 1,041
AV2020000020

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted] (HC/SC)
Envoyé : 2020-06-05 6 h 12
À : [redacted] (PHAC/ASPC)
c.c. : [redacted]
Objet : Transmettre : Liste de conditions
Pièces jointes : June 4_PPE_clean.docx; ATT00001.htm

ATI

Commencer le message transmis :

De : "[redacted]
Date : Le 4 juin 2020 (de 14 h à 23 h 06 16 sec., HAE)
À : [redacted]
c.c. : [redacted]
<Louise.Baird@pco-bcp.gc.ca> **Objet : Liste de conditions**

Bonjour,

Après discussion avec les Finances et le BGP, voici la dernière version – [redacted] Avez-vous des préoccupations? Envoyer une c.c. à [redacted] car l'EPI concerne son secteur également! Ce n'est pas exactement ce que vous avez dit, mais nous serons heureux d'en discuter.

[redacted]

CADRE FPT DE RELANCE SÉCURITAIRE
MODÈLE DE LISTE DES CONDITIONS RELATIVES À L'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ ET AUTRES)
ÉBAUCHE – 4 JUIN 2020

1. RENSEIGNEMENTS ESSENTIELS

Priorité de relance :	Veiller à ce que les provinces et les territoires, ainsi que les travailleurs de la santé et autres, aient accès à un service d'approvisionnement d'urgence en EPI et à une réserve d'EPI d'urgence
Programmes de financement :	Nouveau
Disponibilité du financement :	Si le PM donne son approbation pour l'OC-PFRSP-197-2020-v1 – Approvisionnement et financement de l'EPI, une nouvelle décision de financement ne serait pas nécessaire pour les 4 milliards de dollars consacrés aux travailleurs de la santé. Une décision distincte a également été prise pour fournir 500 millions de dollars aux travailleurs de la santé (OC-EFP-044-2020-v1).
Instruments de financement :	_____
Autorisations existantes (O/N) :	N – L'accès au financement pourrait être fourni au moyen de l'autorisation de crédits législatifs en vertu de la *Loi sur les paiements relatifs aux événements de santé publique d'intérêt national* préoccupant jusqu'à la fin de ce pouvoir. Le reste du financement requis après la fin de cette autorisation pourrait être accessible par le processus régulier du Conseil du Trésor.

2. CONTEXTE/OBJECTIFS

Compte tenu des circonstances extraordinaires liées à la COVID-19, de la rareté relative de l'EPI dans le monde et des exigences générales relatives à ces fournitures, le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les secteurs privé et sans but lucratif doivent prendre des mesures supplémentaires pour répondre aux besoins en EPI. Principalement, en tenant compte du fait qu'il peut y avoir des retards de livraison et que certaines commandes ne sont pas entièrement remplies, le gouvernement fédéral peut agir de façon exceptionnelle pour acquérir et établir une importante capacité de transport de marchandises afin d'aider les provinces et les territoires et les services essentiels du secteur privé et du secteur sans but lucratif.

Le gouvernement fédéral mettra de côté plus de 4,5 milliards de dollars pour l'approvisionnement et la fourniture d'EPI pour la santé (plus de 4 milliards de dollars) et les travailleurs hors du secteur de la santé (500 millions de dollars).

En plus de répondre aux besoins en EPI du secteur de la santé, des provinces et des territoires, ainsi que des travailleurs essentiels des secteurs privé et sans but lucratif pourraient avoir besoin d'un soutien d'urgence en matière d'EPI. Cela pourrait comprendre des chaînes d'approvisionnement critiques comme l'agriculture, le transport et l'énergie. Les organismes sans but lucratif œuvrant dans le secteur des services aux sans-abri ont également un besoin particulier d'EPI, car les personnes sans-abri sont plus à risque de contracter et de transmettre la COVID-19 en raison de problèmes de santé sous-jacents, de l'itinérance et du manque d'occasions de s'isoler. Le manque d'EPI a compliqué la pénurie de personnel et de bénévoles dans le secteur des services aux sans-abri, en raison des préoccupations liées au travail non protégé et à la transmission possible de la COVID-19 aux clients. Bien que chaque province et territoire, le secteur sans but lucratif et le secteur privé devraient être tenus de voir à leur propre approvisionnement en EPI, le gouvernement fédéral peut créer une deuxième réserve d'urgence FPT afin de maintenir les services essentiels.

Les 500 millions de dollars pour les secteurs autres que les soins de santé appuieront l'achat, l'entreposage, la gestion des stocks et la distribution d'EPI. D'après une évaluation préliminaire des besoins cernés par le Groupe de travail ministériel, l'inventaire initial de la réserve devrait comprendre 20 millions de masques en tissu, 50 millions de masques chirurgicaux,

15 millions de masques N95, 200 000 combinaisons jetables, 1 million de litres de désinfectant pour les mains, 6 millions d'écrans faciaux, 1 million de blouses, 200 millions de paires de gants en nitrile, 500 000 lunettes de protection, 300 000 couvre-chaussures, 25 000 thermomètres, ainsi que divers types de produits de nettoyage. Le financement servira à couvrir à la fois le coût des fournitures achetées et le coût de la logistique et de la distribution.

Un montant supplémentaire de 4 milliards de dollars serait également investi pour les travailleurs du secteur de la santé. La Réserve servira de filet de sécurité d'urgence pour aider les provinces et les territoires à soutenir les travailleurs de la santé dans l'établissement d'une réserve stratégique d'EPI à cette fin afin de réduire au minimum les interruptions des services aux Canadiens. La réserve se veut une solution de dernier recours une fois que toutes les autres formes de soutien à l'approvisionnement privé, provincial et territorial sont épuisées.

Justification

- Le gouvernement fédéral est particulièrement bien placé pour établir des relations, réaliser des économies d'échelle et acquérir des capacités de transport de marchandises et de distribution pour répondre aux besoins du Canada en matière d'EPI.

Objectifs stratégiques

- Fournir un service d'approvisionnement pour les besoins en EPI des PT pour les travailleurs de la santé et les autres travailleurs, et agir comme service d'approvisionnement d'urgence en EPI pour les secteurs de services essentiels.
- Constituer une réserve stratégique d'EPI pour servir de source d'approvisionnement d'urgence.

3. PROPOSITION

Enveloppe de financement

- 4,5 milliards de dollars pour acheter et fournir des EPI au secteur de la santé (plus de 4 milliards de dollars) et les travailleurs hors du secteur de la santé (500 millions de dollars).

Partage des coûts

- [4,0 milliards de dollars pour les EPI fournis aux provinces et aux territoires seraient recouvrés en fonction des ententes à conclure avec les PT, en fonction des fournitures fournies.]
- [0,5 milliard de dollars seraient recouvrés, dans la mesure du possible, par Services publics et Approvisionnement Canada pour les EPI et les fournitures achetés pour le secteur de la santé en général (p. ex., les établissements de soins de longue durée, y compris les entités privées), les fournisseurs de services essentiels et d'autres organisations.]

4. VENTILATION DES COÛTS

- L'EPI serait acquis au moyen d'un système centralisé auquel toutes les provinces et tous les territoires pourraient avoir recours, au lieu de renforcer la capacité dans toutes les provinces et tous les territoires (c.- à- d. au moyen de transferts directs) et de compter ensuite sur le partage interprovincial des ressources à mesure que leurs besoins respectifs augmentent.

[redacted] (PHAC/ASPC)

From: [redacted](HC/SC)
Sent: 2020-06-066:39PM
To: [redacted] (HC/SC)
Cc: [redacted]
Subject: Objet : EPI pour le secteur de la santé

Merci! Avons-nous les quantités pour la RNSU?

[redacted]
Santé Canada

>On Jun6, 2020,at5:55 PM, [redacted] wrote:
>
>C'est sûr,
>
>Les P/T nous donnent des données semi-cohérentes. On fait avec ce qu'on a.
>L'inventaire est basé sur le stock en main actuellement, déclaré par les P/T. Il n'inclut pas la RNSU. La quantité dans le haut représente ce que nous avons en main au moment de la déclaration.
>
>Merci,
>[redacted]
>
[redacted]
>
>
>-----OriginalMessage-----
>From : [redacted]
>Sent: 2020-06-065:28 PM
>To: [redacted]
>Cc: [redacted]
>Subject: Objet : EPI pour le secteur de la santé
>
>Bonjour – Je voulais juste m'assurer de bien comprendre.
>
>Les diagrammes en barres indiquent le stock total – est-ce cumulatif (c.-à-d. l'utilisation est déduite) ou est-ce que la quantité indiquée dans le haut correspond à ce qui fait partie du stock présentement (c.-à-d. dans le cas des N95, environ [redacted] de masques)?
>
>En ce qui concerne les tableaux, ce qu'il faut retenir ici c'est que les PT ne nous donnent plus de rapports hebdomadaires?
>

>Merci!

>
[redacted]
>Santé Canada
>
>> On Jun6,2020,at4:07 PM, [redacted] >wrote:
>>
>> Bonjour,
>>
>> Veuillez trouvez ci-joint les plus récents diagrammes en barres sur les fournitures d'EPI comme demandé. Le premier document contient des données nationales globales des 5 premiers groupes de marchandises, tandis que le deuxième document contient une ventilation par by P/T.
>>
>> Heureuse d'en discuter.
>> Salutations,
>> [redacted]
>>
[redacted]
>>
>>
>>-----OriginalMessage-----
>> From: [redacted]
>> Sent:2020-06-05 9:49AM
>> To: [redacted]
>> Cc: [redacted]
>> Subject: Objet: EPI pour le secteur de la santé
>>
>> [redacted]. Nous faisons de nouvelles commandes en prévision de
>> problèmes contractuels, d'une deuxième vague, d'un besoin de constituer des stocks, etc. [redacted]
>>
>> Sent frommyiPhone
>>
>>>> On Jun 5, 2020, at 9:34 AM, [redacted] >wrote:
>>>
>> [redacted]
>>>Je voulais vérifier l'état de vos commandes proactives d'EPI pour le secteur de la santé.
>>>
>>>Je sais qu'il y a encore beaucoup à réaliser, mais nous songeons à la planification de la deuxième vague et nous voulons nous assurer qu'il y a suffisamment de stocks dans les réserves provinciales et dans la RNSU.
>>>
>> [redacted] - Pouvez-vous m'envoyer les plus récents diagrammes en barres qui montrent l'évolution des inventaires PT des principaux stocks d'EPI.
>>>
>>> [redacted]
>>>
[redacted]

>>>Santé Canada
>> <PPEPT Inventory - May28th 2020.pdf><PT urgentneedssummary -

>> June
>> 03update.pptx>

[redacted] (/ASPC/PHAC)

Expéditeur : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé :
Destinataire : 2020-06-089 :56AM
C.c. : [redacted]

Objet : Des services professionnels aux fins de la création d'un réseau tiers de distribution d'équipements de protection individuelle

Pièces jointes : Proposition d'un modèle de réalisation à long terme 200685 de Deloitte.pdf

Suites à d'autres discussions avec [redacted], les FAC et SPAC, nous avons passé un contrat de ressources contractuelles d'urgence avec Deloitte. Les détails en pièce jointe.

Il est urgent de faire progresser la demande de proposition pour le processus de mise en concurrence d'un prestataire logistique tiers à grande échelle et créer un contrôle de surveillance aux fins de gérer ledit prestataire de services et veiller à une transition réussie à partir du modèle actuel.

Deloitte ferait progresser cette démarche en s'appuyant sur le travail déjà effectué par les FAC sur la demande d'information.

La démarche a été interrompue, car les FAC ont indiqué ne pas avoir la capacité de la faire progresser. L'ASPC ne possède pas la capacité, l'expertise logistique ou les connaissances de l'industrie pour mettre sur pied ce type d'opération. D'un point de vue contractuel, procéder comme source unique n'est pas idéal et tout délai supplémentaire peut accroître le risque que l'ASPC n'ait pas les capacités logistiques nécessaires mises en place aux fins de gérer le volume extraordinaire d'ÉPP qui ont été achetés afin de faire face aux besoins de la 2e vague de COVID-19.

Deloitte a été sélectionné en raison de son expertise dans le domaine de la logistique de tiers sur une grande échelle ainsi que des systèmes de gestion d'entrepôt dans le contexte COVID-19 et la nécessité de faire avancer rapidement les demandes de propositions (DP) et la mise en place du prestataire logistique tiers.

[redacted] (APF) a approuvé en principe l'utilisation des pouvoirs adjudicateurs d'urgence. En premier lieu, le travail sera réalisé et autorisé par l'entremise d'un contrat existant avec les SPAC. Cependant, ce contrat a atteint ses limites contractuelles.

En tant que tel, nous avons demandé aux SPAC si nous pouvions procéder utilisant notre propre autorité. Les documents contractuels sont prêts aux fins d'attribution du contrat. Deloitte est prêt à commencer immédiatement.

Cependant, veuillez nous aviser si vous avez des préoccupations ou désirez que le ministre soit informé avant d'aller de l'avant avec ce contrat.

Merci.

[redacted]

Deloitte.

8, rue Adélaïde Ouest
Bureau 200
Toronto, Ontario
M5H 09A
Tél. [redacted]

5 juin 2020

Destinataire : [redacted], Agence de santé publique du Canada
Objet : Programme d'exécution à long terme des opérations d'ÉPI

[redacted].

Nous vous remercions de considérer la proposition de Deloitte visant à appuyer le travail d'exécution et de mise en œuvre des opérations d'ÉPI de l'Agence de santé publique du Canada. Ce document décrit la portée, les objectifs, les produits livrables, l'équipe et les coûts proposés pour le programme d'exécution à long terme des opérations d'ÉPI.

Pour toute question ou préoccupation, vous pouvez me contacter au [redacted] [redacted]@deloitte.ca.

Salutations.

[redacted]

Deloitte Inc.

ITHHELD / RETENUE

(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
st(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

ITHHELD / RETENUE

(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
st(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

ITHHELD / RETENUE

(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
st(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

[redacted] (PHAC/ASPC)

From: Nowers, Kathryn (HC/SC)
Sent: 2020-06-10 9:20 AM
To: [redacted] (HC/SC); [redacted] (PHAC/ASPC)
Cc: [redacted]
Subject: FW: 2 rapports reçus par la CSC
Attachments: Report-to-CSA_Reprocessing and reusing N95 masks.pdf; Report-toCSA_LongTermCare-1.pdf

Bonjour
Au cas où vous ne le sauriez pas déjà, [redacted] Elle veut également publier les procès-verbaux des réunions de son groupe d'experts, que nous n'avons pas encore vus.

Nous examinons actuellement le tout avec des collègues.

Kathryn

Rapport à l'intention de la conseillère scientifique en chef du Canada

Groupe de travail sur les soins de longue durée

19 avril 2020

Les résidents des établissements de soins de longue durée sont exposés de manière disproportionnée au risque d'infection par le virus SARS-CoV2 et aux conséquences graves de la COVID-19, y compris la mort. Cela est dû à leurs conditions de santé sous-jacentes et à plusieurs facteurs du système de santé. La conseillère scientifique en chef a réuni un groupe de travail pour fournir des conseils pratiques sur le thème des établissements de soins de longue durée. Le groupe de travail, composé de gériatres, de spécialistes de la prévention et du contrôle des infections et d'autres experts compétents de tout le pays, présente une série de recommandations qui pourraient être mises en œuvre à court terme. Le groupe de travail a également reconnu que les défis actuels sont en partie le résultat de problèmes systémiques qui doivent être examinés avec attention de façon à accroître la résilience des personnes âgées face aux infections et aux épidémies. Des recommandations supplémentaires sur les questions systémiques seront fournies dans un deuxième document. Les conclusions et recommandations à court terme du groupe de travail sont présentées ci-dessous.

Membres du groupe de travail

- Alan Forster M.D., Université d'Ottawa **(président)**
- Irfan Dhalla M.D., Université de Toronto
- William Ghali M.D., Université de Calgary
- Rejean Hebert M.D., Université de Montréal
- Jerome Leis M.D., Université de Toronto
- Joanne Liu M.D., Université de Montréal
- Andrea Moser M.D., Université de Toronto
- Paula Rochon M.D., Hôpital Women's College, Université de Toronto
- Cara Tannenbaum M.D., Université de Montréal et conseillère scientifique ministérielle de Santé Canada
- Roger Wong M.D., Université de la Colombie-Britannique
- [redacted], Santé Canada **(observatrice)**
- Vivian Tam, Université de Toronto **(en soutien)**
- [redacted], Bureau de la conseillère scientifique en chef **(en soutien)**

Contexte

- En date du 14 avril, 511 Canadiens vivant dans des établissements de soins de longue durée (ESLD) sont décédés des suites de la COVID-19. Par rapport aux 903 décès signalés par l'Agence de la santé publique du Canada, cela correspond à environ 57 % de tous les décès des suites de la COVID-19 dans le pays. La vulnérabilité des résidents des ESLD a également été constatée au niveau international.[1]

- Selon le dernier Panorama de la santé de l'OCDE, le Canada compte 5,8 % de personnes âgées dans des ESLD.

- Ces résidents sont vulnérables. Ils sont plus âgés, plus fragiles, plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques complexes, et de souffrir d'un déclin des fonctions cognitives ou de démence. Selon les chiffres de 2013 de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), on compte 143 000 résidents, dont 95 % ont besoin d'une assistance pour les activités de la vie quotidienne, 60 % sont atteints de démence et 70 %, de problèmes cardiaques et circulatoires.

- Ils présentent un risque élevé d'infection étant donné le contact étroit inévitable entre le personnel et les résidents. En outre, avec sa population vieillissante, le Canada est sur le point de devenir une société super-âgée où plus de 20 % de sa population sera âgée de 65 ans et plus dans les cinq prochaines années; ainsi, le système en place présente des problèmes en ce qui a trait à la capacité à s'occuper de ces personnes.

- La mise en œuvre de mesures de prévention des infections dans les ESLD est essentielle pour protéger les patients les plus vulnérables. Le groupe de travail voit d'un œil très favorable le rapport de l'Agence de santé publique du Canada intitulé Prévention et contrôle de la maladie COVID-19 : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins de longue durée (mis à jour le 8 avril 2020). Ce rapport fournit un complément pour la mise en œuvre des orientations dans une approche de système de santé. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/prevention-controle-covid-19-foyers-soins-longue-duree.html

- D'un point de vue holistique et du point de vue du système de santé, les mesures de prévention des infections peuvent créer des défis systémiques ou des conséquences involontaires qu'il faut aborder pour garantir leur efficacité à protéger les résidents vulnérables des ESLD.

- Une approche humaniste et compatissante est nécessaire. Ce rapport met en lumière certaines recommandations pratiques qui s'inscrivent dans une stratégie globale visant à examiner les possibilités immédiates et à plus long terme d'améliorer la situation et le devenir des résidents des ESLD.

Les personnes âgées vivant dans les ESLD sont vulnérables où qu'elles se trouvent dans le système

- Ce document a été élaboré dans l'optique de minimiser l'impact des éclosions de COVID-19 dans les ESLD, mais devrait également être pris en compte, le cas échéant, pour d'autres contextes où vivent les personnes âgées (p. ex. les maisons de retraite). Il est bien établi que les mêmes vulnérabilités touchant les personnes âgées vivant dans les ESLD existent dans d'autres contextes.

- Les résidents des ESLD sont vulnérables. Nous comprenons que, si les petits ESLD en milieu urbain ou dans les régions rurales et éloignées peuvent présenter des contextes différents, des principes similaires doivent être appliqués partout pour protéger les résidents des ESLD.

---

[1] https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-earlyinternational-evidence/

Sécurité et disponibilité des ressources humaines

- Les ressources humaines dans le secteur des soins de longue durée sont un facteur essentiel.
- De par la nature de son travail, le personnel est très exposé au risque de contracter une infection par la COVID-19 sur le lieu de travail.
- Ce risque est d'autant plus grand puisque les ESLD peuvent ne pas avoir accès à un équipement de protection individuelle (EPI) adéquat et/ou à la formation nécessaire pour utiliser cet équipement correctement.
- Le nombre de membres du personnel au sein d'un ESLD et leur combinaison de compétences peuvent être insuffisants pour mettre en œuvre les mesures de prévention et de contrôle des infections requises.
- Les employés des ESLD travaillent souvent à temps partiel, en plus d'avoir de faibles salaires et des prestations de maladie limitées. Cela contribue au risque de transmission des infections de plusieurs façons. Le personnel peut se sentir obligé de travailler même lorsqu'il n'est pas en bonne santé; il peut travailler à temps partiel dans plusieurs établissements de soins; il peut décider de ne pas travailler s'il perçoit un risque personnel élevé. Ces facteurs contribuent à la persistance des infections nosocomiales et à l'apparition d'éclosions dans plusieurs établissements de soins, et éventuellement dans l'ensemble du système de santé (p. ex. les aides de maintien à domicile dans la communauté). Ils contribuent également à la pénurie de personnel en cas de besoin.
- La pression exercée sur le personnel infirmier peut être allégée par l'ajout de ressources complémentaires telles que l'aide à l'alimentation des résidents, des facilitateurs de communication pour promouvoir la communication entre les résidents et leurs familles, ou des outils logiciels pour faciliter les soins virtuels.
- Les ESLD n'ont pas souvent accès à l'expertise nécessaire pour prendre des décisions sur la gestion du personnel et assurer leur sécurité.
- Le test de dépistage de la COVID-19 doit être effectué régulièrement pour l'ensemble du personnel et des résidents en cas d'éclosion, car le dépistage basé sur les symptômes du personnel et des résidents peut ne pas permettre de repérer toutes les infections (Kimball et coll. 2020). La fréquence des tests du personnel et des résidents doit être guidée par les recommandations locales de santé publique.

Pratique clinique

- Les symptômes ne doivent pas être le seul facteur déterminant pour le dépistage de la COVID-19 chez les résidents, car des symptômes atypiques peuvent être présents, en particulier chez les résidents plus âgés, et les résidents asymptomatiques peuvent contribuer à la transmission de la COVID-19.
- Une fois qu'un établissement a confirmé un cas de COVID-19, tous les résidents doivent être soignés en utilisant l'équipement de protection individuelle (EPI) recommandé, en tenant compte de l'utilisation prolongée ou de la réutilisation de l'EPI selon les besoins (Kimball et coll. 2020).

- Si l'isolement des résidents n'est pas possible, il convient d'envisager leur regroupement en cohorte, en faisant preuve de prudence dans le choix des modalités à cet effet (OMS, Orientations pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19, 2020).

- Encourager l'éloignement physique, mais aussi les liens sociaux autant que possible, par exemple en utilisant des moyens virtuels et technologiques. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) suggère d'échelonner les repas pour que les distances de sécurité entre les résidents puissent être respectées. Si cela est impossible, il est alors suggéré de fermer les réfectoires et de servir le repas aux résidents individuellement dans leur chambre. Des données empiriques montrent que le fait de manger seul peut avoir des effets néfastes tels que la perte de poids. Les personnes âgées, en particulier celles qui sont placées en isolement, celles qui souffrent d'un déclin des fonctions cognitives ou de démence et celles qui sont fortement dépendantes, peuvent présenter des signes accrus d'anxiété, de colère, de stress, d'agitation et de repli pendant l'épidémie ou l'isolement (OMS, Orientations pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19, 2020).

- La prévention et le contrôle des infections sont très différents dans le contexte de la démence. La communauté des gériatres devrait fournir des conseils et définir la manière de traiter les questions d'éthique.

- La gestion des médicaments doit être adaptée pour faire face à une éclosion. Par exemple, la réduction de l'entrée dans les chambres peut être réalisée en déprescrivant ou en réduisant l'utilisation de médicaments inutiles.

- Tout comportement de vagabondage et d'impulsivité a un sens. Il importe de chercher et de traiter les causes sous-jacentes de ce comportement. Les résidents des ESLD qui déambulent doivent obtenir en priorité un soutien au comportement en raison du risque de propagation qui en découle, qu'ils soient déclarés positifs ou qu'ils partagent un espace avec d'autres résidents qui pourraient avoir été déclarés positifs pour la COVID-19. Si possible, il faut envisager de fournir un soutien individuel aux résidents qui déambulent pour assurer leur sécurité. Il est utile de consulter les services internes et externes d'aide au comportement pour obtenir des aides supplémentaires non pharmacologiques et pharmacologiques, par exemple en psychiatrie gériatrique, en médecine gériatrique (Référence : COVID-19-BSO-RGP-Wandering-Guidelines-2020-04-14).

- Le maintien des soins essentiels (p. ex. la gestion des maladies chroniques) limitera la nécessité de transférer les résidents hors de l'établissement.

- Il est nécessaire d'actualiser les discussions sur les objectifs ou le niveau de soins et les directives avancées.

- Il est nécessaire de garantir des soins palliatifs efficaces dans tous les ESLD.

- Dans la mesure du possible, les évaluations médicales, les procédures de diagnostic et les traitements doivent avoir lieu à l'ESLD, plutôt que de procéder à un transfert dans un service d'urgence ou de soins actifs. Cela réduit l'exposition du résident au risque d'infection et réduit le risque pour la santé publique si le résident vit dans un ESLD présentant une éclosion active.

Soutien clinique et leadership

- Les autorités sanitaires régionales assurent la mise en œuvre de la planification et de la séparation des cohortes, le déploiement du personnel, la définition des règles d'entrée dans les établissements et la circulation de l'information.

- Les directeurs médicaux diffusent les directives cliniques et informent le personnel. Il est prouvé que les établissements ayant un directeur médical obtiennent de meilleurs résultats.

- Dans chaque centre, il devrait y avoir des fonctions de soutien et de dépannage pour les soins cliniques, la sécurité des travailleurs de la santé et la mobilisation des familles par des moyens virtuels.

- Le soutien à la santé mentale doit également être envisagé. Par exemple, les répercussions sur les travailleurs des ESLD qui sont exposés à un risque personnel d'infection, qui doivent faire face à un nombre élevé de décès et qui, dans le même temps, ne peuvent pas communiquer avec les familles des résidents, pèsent lourdement sur leur santé mentale.

Reddition de comptes

- Les ESLD varient grandement sur le plan de la taille et des capacités de la direction. Le niveau de surveillance et d'application des normes réglementaires diffère aussi.

- Les soins aux personnes âgées peuvent être dispensés dans d'autres types d'établissements (p. ex. les maisons de retraite) et dans des maisons privées avec le soutien de soins primaires et de soins à domicile. On remarque toutefois des approches incohérentes pour veiller à ce que les besoins des patients correspondent aux capacités. Et la surveillance de ces approches n'est pas uniforme. Par conséquent, bon nombre des problèmes cernés pour les résidents des ESLD s'appliquent aux personnes âgées dans d'autres contextes.

- Les mesures à court terme (et les recommandations) peuvent être plus pertinentes pour le niveau des administrations locales ou régionales. Les mesures à plus long terme pourraient bénéficier d'une attention au niveau national, en étroite collaboration avec les autres niveaux d'administration.

Conclusion et recommandations

Les résidents des ESLD courent un risque disproportionné d'infection et de conséquences graves, y compris la mort. Cela est dû à leurs conditions de santé sous-jacentes et à plusieurs facteurs du système de santé. Les ESLD ne sont pas le seul contexte de soins où l'on trouve une forte proportion de personnes âgées. Bien que nous ayons axé ce rapport sur les ESLD, les personnes âgées dans d'autres milieux de vie doivent également être considérées comme étant à risque.

Il est urgent de s'attaquer aux facteurs du système de santé afin d'améliorer notre capacité à fournir des soins humains et à assurer la protection des résidents. Nous avons relevé une série de mesures qui devraient être mises en œuvre immédiatement.

<u>Recommandations pour une mise en œuvre immédiate</u>

Bien qu'elles soient axées sur les ESLD, ces recommandations pourraient également s'appliquer aux établissements qui fournissent des services similaires à leurs résidents et, dans une certaine mesure, aux services de soins à domicile qui s'occupent des personnes âgées vulnérables ayant des besoins particuliers.

1. **Adopter une approche humaniste et compatissante avec les résidents des ESLD, leurs familles et le personnel qui s'occupe d'eux.** Cela nécessite une communication régulière avec les familles, en particulier lorsque les résidents sont infectés ou après qu'ils ont succombé à leur maladie. Cela exige également la prestation de soutien au personnel qui peut avoir du mal à supporter mentalement la charge de soins aux résidents et le fait que leur propre santé est en danger.

   Recommandations concernant la mise en œuvre

   a) Les responsables du système de santé doivent donner le ton en mettant l'accent sur la compassion envers les résidents des ESLD, leurs familles et les travailleurs de la santé.
   b) Une communication régulière avec les familles doit avoir lieu de manière à les informer de l'état des résidents, de préférence par des moyens virtuels; de plus, des ressources éducatives crédibles sur la COVID-19 et la santé des personnes âgées doivent être fournies aux familles (p. ex. le magazine Pathways [2] de l'Université de la Colombie-Britannique).
   c) Les visites non essentielles aux ESLD doivent être limitées. L'engagement social des résidents des ESLD doit se poursuivre par des moyens virtuels et technologiques.
   d) Un soutien programmatique doit être fourni aux travailleurs de la santé pour le soutien à la santé mentale.
   e) La dignité des résidents doit être assurée et maintenue pendant la vie (par la gestion des symptômes) et après le décès (en garantissant des procédures claires pour le traitement des personnes décédées).

2. **Assurer une disponibilité suffisante de personnel pour répondre aux besoins immédiats en matière de soins, notamment : la bonne combinaison de compétences au bon endroit et au bon moment.** Cela inclut le personnel pour réaliser les tâches suivantes :
   a) Soins de base – allant du soutien administratif au personnel de cuisine, en passant par l'entretien ménager;
   b) Soins de santé – allant des préposés aux services de soutien à la personne, en passant par les infirmières, les infirmières en pratique avancée, les médecins de soins primaires, les pharmaciens et les médecins spécialistes;
   c) Leadership, conseils et personnel pour assurer l'application et la supervision des soins aux résidents et des pratiques de prévention et de contrôle des infections.

   Recommandations concernant la mise en œuvre

[2] https://view.joomag.com/pathways-issue-4-covid-19edition/0283338001587141762?short&fbclid=IwAR0sCwuMi0706XD7pZQDv7XxrgSuM5F6LdgJkCQVqgRdoUKgq0jpFlP1_LE

a) Si possible, les systèmes de santé régionaux devraient envisager de prendre en charge le recrutement du personnel de tous les ESLD pendant l'éclosion.
b) Le personnel devrait être limité à travailler dans un seul ESLD lorsque cela est possible pour réduire le risque d'infection croisée. La question des salaires et des avantages du personnel pendant la COVID-19, en particulier ceux qui travaillaient à temps partiel, devrait être abordée.
c) Les autorités sanitaires régionales devraient adopter des mesures pour déplacer les travailleurs de la santé depuis les hôpitaux vers les ESLD dans le cadre d'une stratégie globale de gestion de crise pendant la COVID-19.
d) Les programmes de prévention et de contrôle des infections en milieu hospitalier et les services de santé publique devraient adopter une approche consolidée pour assurer un soutien cohérent aux ESLD.
e) La délivrance de titres et de certificats aux travailleurs de soutien personnel et l'intégration des infirmières ou autres professionnels de la santé admissibles et qualifiés devraient être accélérées afin qu'ils puissent être mis à la disposition des ESLD.

3. **Garantir les ressources suffisantes nécessaires pour assurer la sécurité des soins aux résidents des ESLD, notamment :**
   a) Équipement de protection individuel (EPI) et formation sur la manière efficace de l'utiliser;
   b) Test diagnostiques :
      i. Test de dépistage de la COVID-19 pour le personnel et les résidents des ESLD à une fréquence définie par les conditions particulières d'un ESLD. Les situations d'éclosion doivent être gérées par des tests fréquents obligatoires, y compris pour le personnel et les résidents asymptomatiques;
      ii. Services de laboratoire et d'imagerie diagnostique avec un délai d'exécution rapide (p. ex. tests et résultats le jour même) afin de réduire la nécessité d'un transfert aux urgences ou aux soins intensifs.
   c) Thérapies :
      i. Médicaments (par exemple, assurer un accès adéquat aux médicaments appropriés pour les soins de fin de vie, et envisager la déprescription des médicaments inutiles);
      ii. Oxygène;
      iii. Réhydratation par voie sous-cutanée et intraveineuse;
      iv. Voie parentérale d'administration des médicaments.

<u>Recommandations concernant la mise en œuvre</u>

a) On devrait établir une approche régionale de la distribution des ressources (y compris l'EPI) en y incluant les ESLD comme considération essentielle.

a) Une formation (y compris des cours de rappel) sur l'utilisation sûre et efficace de l'EPI devrait être mise à la disposition du personnel des ESLD, par exemple par l'entremise de cours modulaires en ligne et en accès libre.
b) On devrait établir une approche régionale des tests de dépistage de la COVID-19 avec une responsabilité claire pour les tests et la production de rapports.
c) Au niveau régional, des partenariats avec les services d'urgence devraient être établis pour fournir un soutien consultatif aux médecins travaillant en ESLD (p. ex. discussion sur les objectifs des soins) par téléphone ou par télésanté.
d) Communication de données sur les cas et les décès selon le sexe, l'âge et le milieu en ESLD.

4. **Renforcement du soutien et de l'appui au secteur des soins de longue durée par des responsables du système de santé et des prestataires hospitaliers en :**
    a) ouvrant des canaux de communication avec les directeurs médicaux pour déterminer les besoins particuliers des ESLD;
    b) établissant des connexions et un accès directs aux fournisseurs de soins hospitaliers pour soutenir la prise de décision à l'ESLD (p. ex. les objectifs des soins) et pour aider à la prestation des soins;
    c) mettant en œuvre des technologies de soins virtuels pour soutenir les soins en place;
    d) connectant chaque ESLD à un hôpital particulier afin d'établir un accès spécial au sein de ces hôpitaux désignés pour les consultations et les diagnostics pour que les soins puissent être fournis à l'ESLD lorsque cela est possible et éviter de faciliter la prestation de soins requis par ces patients vulnérables lorsque des interventions sont requises dans le contexte des soins actifs;
    e) assurant l'accès à des soins palliatifs efficaces.

<u>Recommandations concernant la mise en œuvre</u>

a) Les communautés de pratique existantes, les associations médicales ou des accords formels devraient être mis en place pour faire en sorte que les connaissances et l'expérience des directeurs médicaux soient utilisées de manière significative pour maximiser l'impact.
b) Un groupe sur appel des hôpitaux devrait être créé pour fournir des conseils aux fournisseurs du secteur des soins de longue durée, en tirant parti, dans la mesure du possible, de l'expertise de la médecine gériatrique et de la psychiatrie gériatrique. Il faudrait également assurer l'accès à une expertise particulière pour gérer les discussions sur les objectifs des soins, les enjeux comportementaux et les soins palliatifs. Cela pourrait être soutenu par de nouvelles technologies de soins virtuels pour faciliter la prestation de conseils en temps utile.
c) Il conviendrait de créer des centres de diagnostic destinés aux résidents des ESLD au sein d'une région, et les tests de diagnostic devraient être effectués dans les ESLD lorsque cela est possible (par exemple en travaillant avec des partenaires du secteur privé).

5. **Assurer une formation et un soutien appropriés au personnel des ESLD afin de mettre en œuvre l'application de mesures pertinentes de prévention et de contrôle de l'infection pandémique de la COVID-19.** Les principes incluent :
    a) Le regroupement en cohorte des résidents diagnostiqués et des résidents en attente de diagnostic;
    b) Le contrôle du personnel et les pratiques d'enfilage et d'enlèvement de l'EPI;
    c) La gestion des éclosions;
    d) La documentation des conversations sur la planification des soins, y compris l'accès au Serious Illness Conversation Guide (Guide de conversation sur les maladies graves);
    e) Des conseils pour soutenir les résidents qui déambulent et ont besoin d'un isolement physique (Référence : COVID-19-BSO-RGP-Wandering-Guidelines-2020-04-14).

Recommandations concernant la mise en œuvre

a) Des équipes régionales d'intervention rapide devraient être mises en place pour traiter des questions précises en fonction des risques définis. Les mesures liées aux risques devraient se concentrer sur les mesures concernant des ESLD en particulier, notamment : le nombre de places vacantes, le nombre d'infections liées à la COVID-19 et la mobilisation du directeur médical. Les ESLD à haut risque devraient être ciblés par les dirigeants régionaux et des équipes d'intervention rapide devraient y être envoyées, avec la contribution de la médecine gériatrique et de la psychiatrie gériatrique, si possible, pour travailler avec les dirigeants locaux afin de combler les lacunes.
b) Les associations provinciales ou régionales devraient diffuser des conseils sur les questions de pratique en rapport avec la COVID-19, en particulier sur le soutien aux résidents qui déambulent et la planification avancée des soins.
c) Des cours modulaires en ligne en accès libre devraient être développés dans un dépôt central et mis à la disposition du personnel des ESLD.

Mesures à long terme

Les facteurs contribuant à la qualité inégale des soins et à la sécurité du personnel ne sont pas expressément liés à la pandémie de COVID-19. Ces défis ne se limitent pas non plus uniquement aux milieux des ESLD. Il existe des facteurs sous-jacents du système de santé qui, bien que très visibles aujourd'hui, étaient déjà présents bien avant la situation actuelle de l'éclosion. Comme il est peu probable que la pandémie soit résolue à court terme et pour éviter que ces résultats indésirables ne se reproduisent, le groupe de travail formulera également des recommandations à l'égard de ces facteurs systémiques plus larges dans un prochain document.

Liens utiles

- Agence de la santé publique du Canada, Prévention et contrôle de la maladie COVID-19 : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins de longue durée (mis à jour le 8 avril 2020). https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-

coronavirus/professionnels-sante/prevention-controle-covid-19-foyers-soins-longue-duree.html

- Organisation mondiale de la santé. Orientations pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19 : orientations provisoires. Le document complet est disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331642/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-fre.pdf

- Kimball, A., Hatfield, K.M., Arons, M. et coll. Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility — King County, Washington, Mars 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:377–381. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6913e1

- Regional geriatric program of Toronto (RGPT), Guidance for supporting clients who wander and require physical isolation, https://www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2020/04/FINALCOVID-19-BSO-RGP-Wandering-Guidelines-2020-04-14-1.pdf

Rapport à l'intention de la conseillère scientifique en chef du Canada

Groupe de travail sur le retraitement des respirateurs ou des masques N95

10 avril 2020

L'éclosion de COVID-19 a entraîné une nette augmentation du nombre de masques dont les travailleurs de la santé ont besoin pour effectuer leur travail en toute sécurité. Comme les établissements de soins de santé sont confrontés à d'éventuelles pénuries de masques, la conseillère scientifique en chef a réuni un groupe de travail pour étudier la possibilité d'utiliser des masques retraités de manière sûre et efficace. Le groupe de travail a réalisé un examen accéléré des différents procédés utilisés pour le retraitement des masques au moyen de rayons ultraviolets, de la chaleur/micro-ondes et de produits chimiques comme le peroxyde d'hydrogène. Les conclusions et recommandations du groupe de travail sont présentées ci-dessous.

Membres du groupe de travail

Dan Krewski Ph. D., Université d'Ottawa **(président)**
Deborah Cooke M.D., Université McMaster
Joanne Langley M.D., Université Dalhousie
Caroline Quach M.D., Université de Montréal
[redacted]., Santé Canada
[redacted] Agence de la santé publique du Canada
[redacted]., Bureau de la conseillère scientifique en chef **(en soutien)**
[redacted] Bureau de la conseillère scientifique en chef **(en soutien)**

Contexte

- Le retraitement et la réutilisation de l'équipement de protection individuelle (EPI), des masques et des respirateurs jetables a été suggérée comme stratégie d'urgence, lorsque d'autres solutions comme l'utilisation rationnelle de l'EPI ont été épuisées,[1] pour conserver des stocks à l'intention des milieux de soins de santé durant une pandémie.
- Des professionnels de la santé publique, des microbiologistes, des ingénieurs, des organismes de réglementation et des décideurs cherchent actuellement à déterminer s'il est justifié et sécuritaire de le faire dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Canada.

[1] Organisation mondiale de la Santé, Interim Guidance: Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID19) and considerations during severe shortages. Accessible à : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331695/WHO2019-nCov-IPC_PPE_use-2020.3-eng.pdf

- Plusieurs provinces évaluent actuellement la possibilité d'utiliser des masques retraités pour remédier aux pénuries durant la pandémie de COVID-19.

- La conseillère scientifique en chef (CSC) du Canada a demandé au groupe de travail d'examiner les données probantes disponibles concernant le retraitement et la réutilisation des masques N95 (aussi appelés respirateurs) et de formuler des recommandations concernant l'utilisation de masques retraités dans l'éventualité d'une pénurie de ces dispositifs.

Méthodes de retraitement

- Trois principales méthodes ont été proposées pour le retraitement des masques : (1) les rayons ultraviolets (UV), (2) la chaleur/micro-ondes, et (3) des produits chimiques comme le peroxyde d'hydrogène ou l'oxyde d'éthylène.

- Les systèmes de retraitement peuvent être mis en œuvre de trois façons : (1) dans les laboratoires ou les locaux des hôpitaux; (2) en utilisant les installations de laboratoires externes; ou (3) en sous-traitance à une tierce entité.

- Des systèmes de retraitement sont disponibles sur le marché auprès de différentes sources, comme le système de peroxyde d'hydrogène vaporisé de Battelle[2]. Il convient de souligner que différents systèmes faisant appel à une même méthode de retraitement peuvent afficher des propriétés différentes et doivent donc être évalués séparément.

- Dans ses recommandations, le Center for Disease Control (CDC) des États-Unis a indiqué que l'irradiation germicide aux rayons UV (IGUV), le peroxyde d'hydrogène à l'état de vapeur et la chaleur humide (60 °C et 80 % d'humidité relative) sont les méthodes les plus prometteuses pour la décontamination des masques N95. Le CDC ne recommande pas la stérilisation à l'oxyde d'éthylène vaporisé parce qu'elle peut entraîner des effets toxiques pour l'utilisateur.

- Le résumé de Santé publique Ontario (SPO) sur les données probantes existantes concernant la réutilisation des EPI [3] soulignent l'efficacité potentielle des méthodes d'IGUV pour la décontamination des respirateurs N95 et met en garde contre l'utilisation du peroxyde vaporisé (pour des raisons de sécurité liées au dégagement de gaz résiduaires) et contre l'utilisation de la vapeur produite par micro-ondes (en raison d'études relativement limitées évaluant l'impact sur l'intégrité des masques).

[2] Battelle CCDS™ Personal Protective Equipment (PPE) decontamination for reuse. Accessible à : https://www.battelle.org/inb/battelle-critical-care-decontamination-system-for-covid19

[3] Santé publique Ontario, Résumé : COVID-19 – Ce que nous savons jusqu'à présent sur... la réutilisation des équipements de protection individuelle, consulté le 8 avril 2020.

Sécurité et efficacité

- Selon le CDC des États-Unis, « une méthode de décontamination efficace des pièces faciales filtrantes doit réduire la charge des agents pathogènes, maintenir leur fonction et ne présenter aucun danger chimique résiduel ».

- L'évaluation de l'efficacité doit également tenir compte de la capacité d'un masque retraité à empêcher le passage du virus SARS-CoV-2 et d'autres agents pathogènes qui peuvent circuler durant la prestation des soins cliniques.

- L'évaluation de la sécurité doit tenir compte de l'intégrité physique du masque retraité après un ou plusieurs cycles de retraitement. Dans le cas d'un retraitement chimique, l'évaluation de la sécurité doit également étudier la possibilité de contamination résiduelle par l'agent stérilisant ou d'autres composants présents (p. ex., le nitrate d'argent).

- De récents examens systématiques de la sécurité et de l'efficacité des méthodes de retraitement par les rayons UV et la chaleur, dont les résultats sont résumés au tableau 1, indiquent que le retraitement peut être effectué de manière sécuritaire et efficace, selon les données disponibles.

- Principales limites des études réalisées jusqu'à présent sur la sécurité et l'efficacité : peu d'évaluations sur l'ajustement des masques et leur intégrité structurelle à la suite du retraitement; peu d'études utilisant le virus SARS-CoV2; et manque d'évaluation des résidus chimiques des agents stérilisants comme le peroxyde d'hydrogène et l'oxyde d'éthylène dans la décontamination chimique en phase vapeur.

Surveillance réglementaire

- Les masques et les respirateurs sont des instruments médicaux de classe I qui doivent être approuvés par Santé Canada[4] et qui ne peuvent être fabriqués, vendus et distribués qu'en vertu d'une licence d'établissement d'instruments médicaux.

- Le processus de délivrance d'une licence d'établissement peut prendre plusieurs semaines, mais une ordonnance provisoire peut être accordée en aussi peu que 48 heures dans des circonstances exceptionnelles. Les dispositifs de stérilisation fabriqués par Stryker et Sterrad ont été autorisés par Santé Canada pour le retraitement des respirateurs N95 en vertu d'une ordonnance provisoire.

[4] Au Canada, les produits thérapeutiques sont assujettis au Règlement sur les aliments en drogues en application de la Loi sur les aliments et drogues.

- Les établissements de soins de santé peuvent transformer du matériel existant pour le retraitement de masques sans obtenir l'autorisation de Santé Canada, si cela ne s'inscrit pas dans le cadre de services rémunérés.

- Les établissements de soins de santé peuvent également fabriquer eux-mêmes des dispositifs de retraitement, sans l'approbation de Santé Canada, dans la mesure où les dispositifs ne sont pas destinés à la vente.

- Même si Santé Canada n'a pas compétence pour réglementer le retraitement local des masques au sein des établissements de soins de santé, le ministère recommande la certification par un tiers des procédures et pratiques de retraitement.

Directives concernant la mise en œuvre et la pratique

- Lors de la mise en œuvre de tout système de retraitement des masques, il faut tenir compte des considérations pratiques, notamment le suivi des cycles de réutilisation des masques et le contrôle de la qualité des masques retraités.

- Des directives sur l'utilisation des masques retraités dont la date d'expiration originale est échue sont également nécessaires.

- Lors de l'examen des possibilités de retraitement à l'interne ou en sous-traitance, il faut tenir compte de la capacité des hôpitaux; le retraitement à l'interne est préférable sur le plan logistique et facilite la réutilisation des masques personnalisés.

- Dans le cadre de son étude pilote sur le retraitement des masques, l'Hôpital général de Vancouver a élaboré des procédures opérationnelles normalisées pour le retraitement des masques.

- Les dispositifs de stérilisation produits par Sterrad et Steris pour la stérilisation des masques 3M N95 1860 (S) et 8210[5] ont des protocoles de validation approuvés par la FDA des États-Unis.

- Le CDC des États-Unis et Santé publique Ontario soulignent des obstacles logistiques qui doivent être surmontés pour que le retraitement soit réalisable à grande échelle, notamment : la disponibilité du matériel, la capacité de répondre aux besoins en matière de retraitement, et la mise en place d'un procédé validé qui prévoit des vérifications de la décontamination et de l'intégrité et qui permet le suivi du nombre de retraitements auxquels les respirateurs sont soumis.

[5] Modèles équivalents à ceux mis à l'essai par Sterrad : 3M 1860,1870, 8000, 8210, 8293; Kimberly Clark PFR-95; Moldex 2200, 2201, 2360; et North 8150

- Le CDC souligne également la nécessité de former les travailleurs de la santé afin qu'ils puissent inspecter, manipuler et mettre et enlever adéquatement les masques N95 et en vérifier l'étanchéité.

Considérations relatives à la responsabilité

- Comme pour les autres instruments médicaux destinés à un usage unique, les établissements qui décident de retraiter les masques au moyen de systèmes qui ne sont pas approuvé à cette fin par Santé Canada peuvent devoir assumer une responsabilité supplémentaire.

Conclusions et recommandations

En se fondant sur les renseignements disponibles à l'heure actuelle, le groupe de travail formule les conclusions et recommandations suivantes :

1. On s'attend à ce que les établissements de soins de santé soient confrontés à des pénuries de masques dont les travailleurs de la santé ont besoin pour le traitement des patients atteints de la COVID-19.

2. Plusieurs procédés de retraitement des masques au moyen des rayons UV, de la chaleur/micro-ondes et de la décontamination chimique sont actuellement disponibles.

3. Bien que les données actuellement disponibles indiquent que ces méthodes peuvent être sûres et efficaces, seules des données limitées sont disponibles pour le virus SARS-CoV-2, et peu d'études se sont penchées sur l'ajustement des masques. À notre connaissance, aucune étude n'a évalué des masques retraités dans un milieu simulant le contexte réel d'un établissement de soins de santé. Des recherches abordant ces lacunes devraient être menées en priorité dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

4. Selon l'avis actuel des experts, il convient d'envisager une stratégie hiérarchique pour assurer le maintien des stocks de masques durant une épidémie de maladie infectieuse, à savoir : l'utilisation efficiente des nouveaux masques en premier lieu; l'utilisation des masques périmés ensuite (après avoir valider leur efficacité de filtrage, idéalement); et, en troisième lieu, l'utilisation de masques retraités.

5. Lors du déploiement de tout programme de décontamination des masques, des procédures opérationnelles normalisées (PON) devraient être élaborées (y compris l'étiquetage approprié des masques décontaminés et le suivi du nombre de cycles de décontamination) pour orienter la mise en œuvre du programme. La formation du personnel sur les procédures appropriées à suivre sera un élément primordial de toute PON.

6. Étant donné que les établissements de soins de santé n'auront pas tous les mêmes besoins et n'en seront pas tous au même point dans l'évaluation du retraitement des masques, il sera très utile de communiquer les renseignements sur les meilleures pratiques et les résultats obtenus (p. ex., les résultats des recherches, les PON, les considérations d'ordre opérationnel, les taux d'acceptation) entre les établissements de soins de santé.

7. La mise en œuvre de tout programme de retraitement des masques doit prévoir un plan de communication pour fournir aux travailleurs de la santé des renseignements sur la sécurité et l'efficacité des masques retraités, ainsi qu'un module de formation.

8. Au-delà de l'éclosion actuelle de COVID-19, le Canada devrait élaborer une stratégie de préparation à long terme pour les futures éclosions éventuelles de maladies infectieuses, y compris l'approvisionnement autosuffisant des équipements de protection individuelle auprès de sources canadiennes.

Liens utiles

Batelle Laboratories. Battelle CCDS™ Personal Protective Equipment (PPE) decontamination for reuse: https://www.battelle.org/inb/battelle-critical-care-decontamination-system-for-covid19. Consulté le 9 avril 2020.

US Centers for Disease Control. Decontamination and Reuse of Filtering Facepiece Respirators. Consulté le 9 avril 2020.

US Centers for Disease Control. N95 Day 2017: When to think Beyond the N95 FFR [Filering Facepiece Respirator]. https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2017/09/05/n95day20017/. Consulté le 9 avril 2020.

Santé publique Ontario, Résumé : COVID-19 – Ce que nous savons jusqu'à présent sur... la réutilisation des équipements de protection individuelle, consulté le 8 avril 2020.

Organisation mondiale de la Santé, Interim Guidance: Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. Consulté le 9 avril 2020.

Food and Drug Administration, Guidance Document: Enforcement Policy for Face Masks and Respirators During the Coronavirus Disease (COVID-19) Public Health Emergency (Revised). Consulté le 9 avril 2020.

Table 1. Summary of Selected References on the Safety and Efficacy of Mask Reprocessing

Publication	Publication Type	Type of PPE Tested	Methods Evaluated	Decon Findings	Integrity Findings	Comments
Gertsman et al (2020)[6]	Systematic review (Preprint)	N95 (various 3M models – 1870, 1860, 8210), some unspecified	Microwave and heat (both moist and dry)	All methods were effective at reducing pathogen load	Autoclave may increase aerosol penetrance; airflow resistance not affected; mask melting at high heat (>90C)	Two studies investigated fit; no studies were conducted on SARS-CoV-2 virus
Kumar et al (2020)[7]	Primary study (PrePrint)	N95 – 3M (1860, 1870, VFlex 1804); AO Safety 1054S	Autoclave, EtO, iHP, VHP	All decon methods were effective at reducing pathogen load in all models	All models passed 10 cycles of VHP; all models except 3M 1860 passed 10 cycles of autoclave; all models passed 3 cycles of EtO; iHP failed in all models	Tested VSV and SARS-CoV-2
O'Hearn et al (2020)[8]	Systematic review (Preprint)	N95 or their components (various models)	UVC	Single cycle was effective at reducing pathogen load	Minimal changes in aerosol penetration or airflow resistance after 1 cycle	One study investigated fit testing; no studies were conducted on SARS-CoV-2 virus
Lindsley et al (2015)[9]	Primary study *J Occup Environ Hyg*	N95s: 3M 1860 3M 9210 Gerson 1730 Kimberly-Clark 46727	UVGI	Not assessed	UVGI exposure led to little effect on particle penetration and flow resistance, pronounced effect on the strengths of the respirator materials (esp at the higher UVGI doses) and less of an effect on the respirator straps.	The changes in the strengths of the respirator materials varied considerably among the different models of respirators.
Lore et al. (2011)[10]	Primary study *Ann. Occup. Hyg*	N95 3M models 1860s and 1870	UVC Microwave Moist heat	All methods were effective at reducing pathogen load	Decontamination methods did not significantly degrade the filter performance at 300-nm particle size.	Only H5N1 pathogen was used, no examination of fit testing

[6] Gertsman et al. (2020) Microwave- and Heat-Based Decontamination of N95 Filtering Facemask Respirators (FFR): A Systematic Review. OSF Preprints. Available at: https://osf.io/4whsx

[7] Kumar et al. (2020) N95 Mask Decontamination using Standard Hospital Sterilization Technologies. medRxiv Preprint. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.05.20049346v1.

[8] O'Hearn et al. (2020) Decontaminating N95 masks with Ultraviolet Germicidal Irradiation (UVGI) does not impair mask efficacy and safety: A Systematic Review. OSF Preprints. Available at: https://osf.io/29z6u/

[9] Lindsley et al. Effects of ultraviolet germicidal irradiation (UVGI) on N95 respirator filtration performance and structural integrity. J Occup Environ Hyg. 2015;12(8):509-17. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4699414/

[10] Lore et al. (2011). Effectiveness of three decontamination treatments against influenza virus applied to filtering facepiece respirators. Ann Occup Hyg. 2012;56(1):92-101. Available at: https://academic.oup.com/annweh/article/56/1/92/166111

Page: 669 of/de 1,041
AV2020000020

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted] (PHAC/ASPC)
Envoyé : 11 juin 2020, 22 h 19
À : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Logiciel QuickQ
Pièces jointes : ON allocated.pdf

Bonjour à tous,

Veuillez consulter l'analyse jointe sur les affectations de l'Ontario.

Brièvement, l'Ontario a reçu 7 % de sa demande totale par des achats collectifs, ce qui est conforme à la situation de l'ensemble de l'approvisionnement fédéral où nous en sommes à environ 9 % des achats reçus.

Si nous incluons les affectations par des demandes d'aide, les affectations proactives de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) (c.-à-d., masque N95 expirés) et les dons, le pourcentage affecté est de 24 % de la demande initiale.

Le pourcentage par produit précis varie. Un gros merci à [redacted] et à son équipe. Ce fut un véritable effort de collaboration.

[redacted]

De : [redacted]
Envoyé : 11 juin 2020, 21 h 59
À : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Logiciel QuickQ

L'analyse est en cours.

Envoyé de mon iPhone

Le 11 juin 2020 à 21 h 58, [redacted] a écrit :

> Est-ce que nous avons eu la réponse?
>
> [redacted]
> Santé Canada
>
> > Le 11 juin 2020 à 20 h 15PM, [redacted] >
> > a écrit :

Pendant que les équipes cherchent la réponse exacte, un coup d'œil rapide au site Web de Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC) me dit que 7 % est concevable selon la méthode, etc. Le site Web montre la quantité d'équipement de protection individuelle (EPI) que le gouvernement du Canada a reçu par rapport à sa commande pour le secteur de la santé. Le pourcentage varie selon l'EPI. Par exemple, le 2 juin nous avions reçu 2 % des masques N95 commandés (en excluant les masques qui n'on pas passé le test de l'assurance de la qualité), 3 % des blouses, 4 % des gants, mais presque 33 % des masques chirurgicaux et du désinfectant pour les mains. La réception de ces commandes était prévue au cours de plusieurs mois.

-------- Message original --------
De : « [redacted] >
Date : 11 juin 2020, 18 h 44 (GMT-5)
À : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : logiciel QuickQ

Le premier ministre Ford vient de dire qu'il n'a reçu que 7 % de l'EPI pour l'Ontario,

est-ce exact?

Envoyé de mon iPhone

EPI DE
L'ONTARIO
Le 11 juin 2020

Article de l'EPI	Demande*	ACHAT EN VRAC					AUTRE AFFECTATION				Total achat en vrac et autre	% expédié de la demande
		Envoyé	En cours	Total expédié et en cours	% de la demande	% expédié de la demande et en cours	Demande d'aide	Proactive	Dons	Total autre		
Masques N95	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	12 %	12 %	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	28 %
Masque chirurgical					8 %	9 %						17 %
Blouses					1 %	1 %						11 %
Gants					5 %	9%						31 %
Écrans faciaux					312 %	352%						368 %
Total				[redacted]	**7 %**	**10 %**					[redacted]	**24 %**

Remarques :

*La demande se fonde sur les commandes initiales des provinces et des territoires pour l'achat en vrac.

[redacted] (PHAC/ASPC)

From: [redacted] (IC)
Sent: 2020-06-1110:59AM
To: [redacted] (PHAC/ASPC)
Cc: [redacted]
Subject: Objet : Demande de la part de [redacted] concernant les N95

J'ai demandé à l'équipe et ils pensent tous que l'approvisionnement est trop restreint. L'étude a lieu dans un hôpital. Certains pourraient se demander pourquoi le [redacted] a reçu ces N95 alors qu'ils n'en ont pas. En fin de compte, j'ai décidé de ne pas poursuivre. J'étais initialement favorable à l'idée, donc si la [redacted] y tient vraiment nous pouvons lui en envoyer [redacted] de la RNSU. Quant à votre question à savoir quand les stocks des provinces s'épuiseront, elles disent qu'il y a constamment des pénuries.

-------- Originalmessage--------
From [redacted]
Date: 2020-06-1110:52 (GMT-05:00)
To: [redacted]
Cc [redacted]
[redacted]
Subject: Transféré : Demande de la part de [redacted] concernant les N95

Je crois me rappeler que nous avions reçu une demande et j'ai posé une ou deux questions. Je ne sais plus si j'ai reçu de réponse. Vous vous souvenez? T

Sent from my iPhone

Begin forwarded message:

> **From:** [redacted]
> **Date:** June11,2020 at10:23:18AMEDT
> **To:** [redacted]
> **Cc:** [redacted]
> [redacted]
> **Subject: Transféré : Demande de la part de [redacted] concernant les N95**
>
> C'est une étude importante, mais les chercheurs ont de la difficulté à se procurer des N95.
>
> L'offre de fournitures pour des études ne s'inscrit généralement pas dans le mandat de la RNSU, mais durant cette pandémie extraordinaire, nous offrons des fournitures, par exemple, pour des enquêtes sérologiques, etc.
>
> Je ne sais pas trop quelle est notre position du point de vue des politiques. Comment voulez-vous procéder?
>
> - soutenir l'étude parce qu'elle fournira les données probantes pour nous aider à élaborer des orientations
> - refuser

- demander à [redacted] ou la RNSU/au responsable des fournitures d'EPI pour la couverture stratégique

[redacted]

Sentfrommy iPhone

Begin forwardedmessage:

From: [redacted]
Date: June10,2020 at19:45:18 EDT
To: [redacted] <[redacted]>, [redacted]
[redacted]
Cc: [redacted]
Subject: Demande de la part de [redacted] concernant les N95

Je communiquais donc par courriel avec [redacted] aujourd'hui et [redacted] : 1) Les hôpitaux ne le laissent pas utiliser leurs N95, et il ne peut pas en acheter sur le marché privé parce qu'ils sont tous réservés aux travailleurs de la santé. 2) [redacted]

Je crois que ce serait une bonne idée de leur fournir des respirateurs de la RNSU. Voici pourquoi :

1. Le nombre demandé est peu comparativement à ce que nous avons.
2. Cela pourrait être la plus grande contribution scientifique du Canada à la lutte contre la pandémie. [redacted] dans ce débat des masques, [redacted] pour la grippe dans cet espace.
3. Nous pouvons présenter cela comme une étape positive dans la promotion de la résolution de ce problème pour les travailleurs de la santé, et même demander aux syndicats avec lesquels nous nous entretenons toutes les semaines s'ils peuvent à tout le moins faire connaître cette occasion à leurs membres. C'est bien une preuve d'engagement que de chercher à avoir la bonne réponse, de la bonne façon.

Qu'en pensez-vous?
[redacted]

[redacted])

Expéditeur : [redacted])
Date : 2020-06-11 (11 h 00)
Destinataire : [redacted]
Objet : TR : Demande de [redacted] pour le N95
Pièces jointes : TR : Masques médicaux contre ECR du N95

Veuillez consulter la pièce jointe. C'est la correspondance précédente que [redacted] et vous avez échangée avec [redacted]. Le 24 avril, [redacted] a dit qu'il tenterait de nous joindre.

Expéditeur : [redacted]
Date : 2020-06-11 (10 h 52)
Destinataire : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : TR : demande de [redacted] pour le N95

Je crois me souvenir que nous avions une demande et que j'ai posé une ou deux questions. Je ne saurais dire si j'ai reçu une réponse. Vous en souvenez-vous? [redacted]

Envoyé depuis mon iPhone.

Début du message transféré :

> **Expéditeur :** « [redacted]
> **Date :** 11 juin 2020 à 10 h 23 min 18 s HNE
> **Destinataire :** « [redacted] >
> **Cc :** « [redacted]
> **Objet : TR : demande de [redacted] pour le N95**
>
> Il s'agit d'une étude importante, mais les chercheurs éprouvent de la difficulté à se procurer le N95.
>
> Fournir de l'approvisionnement pour des études ne fait normalement pas partie du mandat de la RNSU mais dans le cadre de cette pandémie hors du commun, nous procurons de l'approvisionnement, comme pour des études sérologiques, etc.
>
> Alors je ne suis pas certaine de connaître notre position sur le plan des politiques. Comment voulez-vous procéder?
>
> -soutenir l'étude sachant qu'elle nous fournira des preuves qui faciliteront l'élaboration de nos directives.
> - refuser
> - vérifier avec [redacted] ou la RNSU, bref avec la personne ou l'organisme responsable de l'approvisionnement en ÉPI pour savoir ce qui est couvert par les politiques.
>
> Envoyé depuis mon iPhone.
>
> Début du message transféré :

Expéditeur : [redacted]
Date : 10 juin 2020 à 19 h 45 min 18 s HAE
Destinataire : «[redacted]
Cc : «[redacted]
Objet : Demande de [redacted] pour le N95

J'ai envoyé un courriel à [redacted] aujourd'hui. [redacted]: 1. Les hôpitaux ne lui permettent pas d'utiliser les N95 et il n'est pas en mesure d'en faire l'achat sur le marché privé puisqu'ils sont réservés aux travailleurs de la santé. 2. [redacted]

Je pense que ce serait une excellente idée de les fournir à partir de la RNSU. Voici pourquoi :

1. C'est une petite quantité par rapport à ce que nous détenons.
2. Il se peut que cela constitue la plus importante contribution scientifique du Canada dans le cadre de la pandémie [redacted] dans ce débat qui entoure les masques [redacted] de cet espace eu égard à la grippe.
3. Nous pouvons considérer cela comme une étape positive pour préconiser que la question soit résolue pour les travailleurs de la santé, et même demander aux syndicats à qui nous parlons chaque semaine s'ils pourraient au moins informer leurs membres de cette opportunité. Cela démontre bien un engagement à trouver la réponse adéquate, de la bonne façon.

Qu'en pensez-vous?
[redacted]

[redacted] **(ASPC/PHAC)**

Expéditeur : [redacted] (ASPC/PHAC)
Date : 2020-04-24 (11:34)
Destinataire : [redacted]
Objet : TR : Masques médicaux contre ECR du N95

Envoyé depuis mon Phone.

Début du message transféré :

Expéditeur : «[redacted]
Date : 24 avril 2020 à 10 h 56 min 53 s HNE
Destinataire : [redacted]
Objet : OBJET : Masques médicaux contre ECR du N95

Je vais communiquer avec lui.

-------- Message original --------
Expéditeur : [redacted] »
[redacted] Date : 2020-04-23 22 h 04 (GMT-05:00)
Destinataire : «[redacted]
Objet : TR : Masques médicaux contre ECR du N95

Il s'agit d'une étude importante. Pouvons-nous d'une façon ou d'une autre apporter notre soutien dans le but de pointer le [redacted] dans la bonne direction?

Le [redacted] a également noté que parmi les fournisseurs qu'il a approchés, bon nombre d'entre eux avaient des respirateurs qui n'étaient pas conformes aux normes. Avons-nous eu vent d'éventuels problèmes avec les fournisseurs de respirateurs qui desservent l'Ontario?

[redacted]
-----Message original-----
Expéditeur : [redacted]
Date : 2020-04-23 16 h 58
Destinataire : [redacted]
Cc : [redacted]>
Objet : OBJET : Masques médicaux contre ECR du N95

Bonjour [redacted],

J'aimerais simplement donner une mise à jour à [redacted]

[redacted]

Cette étude entend démontrer que les masques médicaux ne sont pas de qualité inférieure par rapport aux respirateurs N95 contre la COVID. Cela fournira une preuve solide à l'appui de l'utilisation des masques médicaux pour les interventions médicales ne générant pas d'aérosols.

[redacted]

[redacted]

Nous nous demandions si l'ASPC ne connaîtrait pas des fournisseurs réputés avec lesquels nous pourrions communiquer, ou si nous pourrions à la limite acheter des N95 pour l'étude directement auprès de l'ASPC, d'un autre organisme fédéral ou d'une autre source.

Je vous remercie d'en tenir compte,

[redacted]

-----Message original-----
Expéditeur : [redacted]
Date : 4 mars 2020 (16:11)
Destinataire : [redacted]
[redacted] Cc : [redacted]
[redacted] Objet : OBJET : Masques médicaux contre ECR du N95

Bonjour [redacted]
Je voulais simplement faire le point avec [redacted] en ce qui trait à notre étude et la remercier à nouveau pour son appui [redacted]

-----Message original-----
Expéditeur : [redacted]
Date : 17 février 2020 16 h 14
Destinataire : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : OBJET : Masques médicaux contre ECR du N95

Cher [redacted]

Vous trouverez en pièce jointe une lettre à l'appui de la proposition de [redacted]

Cordialement,

[redacted]
pour le compte de

[redacted]

[redacted]
[redacted] de la santé publique du

Page: 679 of/de 1,041
AV2020000020

Canada
[redacted] Suivez-moi sur Twitter

[redacted] Canada Public Health Agency of Canada [redacted]
[redacted] Follow me on Twitter

-----Message original-----
Expéditeur : [redacted]
Date : 2020-02-14 (13 h 23)
Destinataire : [redacted]
Cc [redacted]
Objet : Masques médicaux contre ECR du N95

Chère [redacted],
J'espère que vous allez bien. [redacted]

Envoyé depuis mon iPhone.

[redacted] **(ASPC/PHAC)**

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé le : 2020-06-11, 7 h 17
À : COPS-COPS, ASPC-PHAC (ASPC/PHAC); [redacted] (ASPC/PHAC); [redacted] (ASPC/PHAC); GU COPS / HPOC EM (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted] (ASPC/PHAC)
Objet : DISTRIBUTION URGENTE POUR LE GEPS, FAITS INTÉRESSANTS pour l'appel du ministre
Pièces jointes : Carte – Carte de localisation, quarantaine fédérale – 20-06=10.pdf; Quick Facts June 11 v2.docx

Importance : Élevée

[redacted]
Centre d'opérations du portefeuille de la santé | Public Health Agency of Canada
Centre Agence de la santé publique du Canada | Health Portfolio Operations
[redacted].

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

COVID-19
Logements fédéraux de quarantaine et navires d'intérêts
Federal Quarantine Lodging & Vessels of Interest

Le nombre total de voyageurs mis en hébergement en quarantaine est de : 220 (+5)
Total number of travellers in quarantine lodging : **220 (+5)**

Il y a **1 383** chambres disponibles pour la quarantaine au Canada / There are **1383** rooms available for quarantine in Canada
(la capacité totale de la salle fédérale est de **1 603**) / (total federal room capacity is **1603**

Mis à jour / Current as of:
10 juin/June 2020

20 h 40 HAE/EDT

Protégé A

[redacted]

Navire d'intérêt / Vessel of Interest

Lieux d'hébergement fédéraux pour la mise en quarantaine sur un site provincial/territorial / Federal quarantine lodging space in Provincial/Territorial site

Hébergement d'auto-isolement soutenu par le gouvernement fédéral / Federally supported self-quarantine lodging

Site de quarantaine fédéral désigné / Designated federal quarantine site

Eaux territoriales (12 milles marin) / Territorial Waters (12 nautical miles)

cas en site / # chambres restants – Nom
cases on site / # rooms remaining - Name

A : Asympomatique # / Asymptomatic #
S : Symptomatique # / Symptomatic #

Canada

Sources de données / Data sources:
GOC – COG, DMTI Spatial, PHAC-ASPC, DFO-MPO, Gatehouse AIS

AV2020000020

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

DISTRIBUTION RÉSERVÉE À
L'ASPC

Faits intéressants quotidiens sur la COVID-19
Le 11 JUIN 2020, 7 h HE

Distribution des EPI

- Dans les prochaines 48 heures, on prévoit la livraison par voie aérienne et terrestre de ce qui suit (en attente d'inventaire, vérification de la qualité et au besoin, ré-étiquetage) :
  - **~ 5,5 millions de KN95 (BYD Canada Company) (en raison de l'hésitation des P/T, l'ASPC réachemine les KN95 aux stocks du CPSP)**
  - **~ 1,2 million de visières (divers fournisseurs)**
  - **~ 3,5 millions de gants (divers fournisseurs)**

Matériel commandé	Nbre reçu	Nbre en quarantaine pour vérification de la qualité	Nbre ne satisfaisant pas aux caractéristiques techniques pour les soins de santé	Nbre à affecter aux P/T + SNRU et SIC (80/20)**	Nbre attribué à des milieux non médicaux***
Masques N95 *	**1 392 220**	**324 140**		1 068 080	
Masques KN95	11 153 850	48 000	8 257 850	1 048 000	1 800 000
Masques chirurgicaux	107 879 700	4 012 000	18 000	103 849 700	
Gants en nitrile	30 304 475	3 553 000		26 751 475	
Combinaisons	240 761	132 000		108 761	
Visières	13 771 030	1 580 008		12 191 022	
Blouses	**3 840 329**	**1 096 450**		2 743 879	
Respirateurs	202	202			

*Les quantités de masques N95 peuvent également comprendre des masques FFP2; c'est l'équivalent européen.
**20 % d'affectation = 18 % SRNU + 2 % SIC.
***Les fournitures attribuées à des environnements non médicaux étaient des articles ne répondant pas aux caractéristiques techniques pour les soins de santé.

SRNU

Équipement	Inventaire du SRNU* (au 9 juin 2020)	[redacted]	Quantité déployée en réponse aux demandes d'aide depuis le 18 mars 2020**
Masques N95			153 700
Masques KN95			47 000
Masques chirurgicaux			587 500
Visières			406 900
Blouses			485 306
Gants en nitrile			2 376 130
Respirateurs			439

*L'inventaire du SRNU rend compte de l'inventaire existant plus 20 % de réserve à partir de l'affectation en vrac. (p. ex. 18 % SRNU + 2 % SIC); l'inventaire a des fournitures d'arrivée et de départ, de sorte que les chiffres fluctuent.
**La quantité déployée ne rend pas compte des demandes d'aide des régions de l'ASPC et des autres ministères et organismes (p. ex. SIC et SCC); les stocks échus expédiés aux PT et les quantités d'EPI déployés pour approvisionner les mini-cliniques.

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

DISTRIBUTION RÉSERVÉE À L'ASPC

Dons (pas de mise à jour)

Équipement	Reçus de l'ASPC*	En quarantaine pour vérification de qualité	Nbre pour affectation aux P/T + SIC**	Pour affectation à des environnements non médicaux***
Masques N95	169 553	13 833	155 720	
Masques KN95	591 550	50 350	396 700	144 500
Masques chirurgicaux	2 384 660	1 230 410	697 800	456 450
Masques FFP2/FFP3 Non médicaux (équivalent N95)	40 776	0	40 776	
Gants en nitrile	673 780	254 255	419 525	
Blouses	65 899	5 899	60 000	
Visières	80 545	20 254	60 291	
Ventilateurs	2	2	0	

*Les quantités reçues comprennent les EPI reçus de l'ASPC/livrés directement par la Croix-Rouge canadienne. En travaillant avec la Croix-Rouge, l'ASPC appuie la vérification de la qualité des dons et dirige les affectations aux PT.
**La formule d'affectation des dons ne comprend plus ce qui est retenu pour le SRNU.
***Les approvisionnements affectés aux environnements non médicaux étaient des articles ne répondant pas aux devis techniques pour un environnement médical.

Demandes d'aide (DA) – Capacité d'appoint (pas de mise à jour)

- 31 mai Demande d'aide intérieure : ministère de la Santé du N.-B.; le N.-B. est informé de l'approbation de la demande le 1er juin.

Demandes d'aide – SRNU (pas de mise à jour)

- 56 reçues des P/T; réponse à 52.
- Demande d'aide des T.N.-O. reçue le 28 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation.
- Demande d'aide du YK reçue le 22 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation.
- Demande d'aide du NU reçue le 20 mai pour divers EPI; en attente d'évaluation.
  - Ces trois demandes d'aide portent sur des stocks [redacted] l'engagement est de remplir ces commandes tout en maintenant les stocks appropriés au SRNU; de la sorte, en raison des quantités demandées, ces évaluations prennent plus longtemps.
  - Le SRNU précise les produits qui peuvent être expédiés entièrement immédiatement et crée un calendrier stratégique d'envois échelonnés pour les ressources plus rares.
- La DA du YK a été reçue le 5 mai, pour [redacted] en attente d'évaluation.
  - La commande [redacted] est arrivée le 5 juin; les techniciens biomédicaux effectuent des vérifications de fonctionnement et vérifient les consommables; il sera possible de vérifier l'état du déploiement dans les jours qui viennent.

Établissements correctionnels fédéraux

Éclosions : **(données au 10 juin)**

- Centre de formation fédéral de Laval (QC); total des cas 161 (1 actif, 3 hospitalisations, 159 rétablissements, 1 décès).
  - Représente le seul cas dans les établissements; sera déclaré réglé le 16 juin, si aucun autre cas n'est décelé.
- Résultats des écouvillons en instance dans tous les établissements **(C.-B. 1, AB 4,** QC 3**; N = 8).**

- Visites d'emplacement de prévention et contrôle des infections et de santé environnementale :
  - Au 8 juin, 42 des 43 visites de prévention et de contrôle des infections ou l'évaluation de la santé environnementale ont été terminées.
- On rédige une lettre d'entente avec la Croix-Rouge pour mettre en œuvre une formation en prévention d'épidémie/pandémie fondée sur le modèle du Centre de formation fédéral et des établissements de soins de longue durée; on propose de commencer dans les établissements du QC, pour ensuite s'étendre à d'autres établissements d'après le profil de risque.

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

DISTRIBUTION RÉSERVÉE À L'ASPC

Mesures frontalières (pas de changement)

Cas de voyage signalés au 10 juin

- **Le Nouveau-Brunswick a signalé un nouveau cas.**
  - [redacted] **il s'agit d'un travailleur étranger temporaire.**

Conformité et application de la loi Décret 10

Données sur les voyageurs	10 juin	14 derniers jours
Nombre de formulaires de contact de voyageurs reçus	**23 750 (+14 988)**	**293 030**
Nombre de voyageurs visés par des activités C-A	**4 251**	**45 583**

Interactions entre voyageurs	10 juin	14 derniers jours
Nombre de voyageurs visés par des activités C-A	**4 251**	**45 583**
Nombre total d'appels logés (y compris les voyageurs qui ont téléphoné plus d'une fois)	**4 791**	**55 282**
Travailleurs uniques joints	**1 006**	**14 265**
Pourcentage de conformité d'après les appels téléphoniques	**94 % (+1 %)**	**94 %**
Communication avec les voyageurs : 100 % des voyageurs ayant une adresse de courriel reçoivent un courriel le jour 4, le jour 7 et le jour 10 de leur isolement de 14 jours.		
Nombre de courriels envoyés	**3 659**	**42 500**

Activités d'application de la loi	9 juin 9	À ce jour
Renvois à la GRC	**1 684 (+496)**	**8 709***
Suivis déclarés avec le voyageur (appel ou visite)	**48 (+16)**	**1 770**
Avertissement verbal	**0**	**13**
Avertissement écrit	**0**	**3**
Accusations portées en vertu de *Loi sur la quarantaine*	**0****	**6**
Pourcentage de conformité d'après les activités d'application de la loi	**96 %**	**98,8 %**

Remarque :

*** Les renvois à ce jour à la GRC ont été corrigés pour rendre compte d'un écart intervenu le 7 juin; la liste a été envoyée à la GRC, mais ensuite renvoyée le 8 juin en raison de difficultés techniques par suite d'une panne de iSTOP; de la sorte, certains renvois à la GRC ont été comptés en double; ils ont été supprimés des dénombrements à ce jour.**

**** Deux amendes ont été imposées en vertu de la loi provinciale de l'Alberta puisque l'entente en vertu de la *Loi sur les contraventions* n'a pas été ratifiée par l'Alberta à l'égard des infractions à la *Loi sur la quarantaine*.**

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

DISTRIBUTION RÉSERVÉE À
L'ASPC

Quarantaine

- Il y a **1 383 (-5)** chambres disponibles pour la quarantaine au Canada (la capacité totale de chambres est de 1 603).
- Nombre total de voyageurs en quarantaine : **220 (+5)** dans les sites de quarantaine désignés par le fédéral.
- [redacted]
- **Le personnel d'AMC rapatrié est arrivé à Toronto [redacted] le 7 juin.**
  - [redacted] **testées positives à la COVID; les autorités locales de santé publique sont au courant.**

Transports (pas de mise à jour)

Directives/publications (pas de mise à jour)

Publications récentes (dernière 48 heures) o

Néant

Directives/publications que l'on prévoit afficher dans la semaine du 8 juin

- Nettoyage et désinfection des lieux publics – mise à jour pour ajouter des instructions sur l'utilisation de l'eau de Javel (fiche de renseignements) (révision en cours)
- COVID-19 : Comment les entreprises et les employés peuvent rester en sécurité (contenu Internet) (nouveau document) et (fiche de renseignements) – ce nouveau titre remplace Prévenir la propagation de la COVID-19 – Travailleurs des services essentiels, employeurs et milieux de travail (en cours)
- LA COVID-19 et l'augmentation du besoin de données de mortalité désagrégées sexospécifiques au Canada et de par le monde (nouveau manuscrit pour le RMTC) (en cours d'approbation)

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

DISTRIBUTION RÉSERVÉE À L'ASPC

Annexe (renseignements supplémentaires sur la quarantaine)

Nombre total de voyageurs logés dans des sites de quarantaine désignés par le fédéral et appuyés par l'ASPC au 10 juin 2020 à 20 h

Localisation	Total du nombre actuel de voyageurs (différence par rapport à la veille)	Nbre de travailleurs asympto-matiques (symptoma-tiques)	Nbre de voyageurs libérés à ce jour	Nbre de voyageurs logés à ce jour
[redacted]	**78 (+1)**	**73** (4)	**173**	**251**
	13 **(+0)**	13 (0)	26	39
	67 (+3)	**64** (3)	**370**	**437**
	52 (+1)	**52** (0)	**175**	**227**
Autres sites de quarantaine désignés	4 (+0)	**2 (2)**	**6**	**10**
Locaux fédéraux dans les logements provinciaux / territoriaux	6 **(+0)**	6 (0)	1	7
Logements subventionnés par le fédéral	0 (0)	0 (0)	15	15
TOTAL	**220 (+5)**	**211 (9)**	**766**	**986**

[redacted] PHAC/ASPC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé le : 2020-06-13 19:42
À : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted]
Objet : Matériel lié à la vaccination

Allô [redacted],
Voici plus de renseignements sur le calendrier de livraison. Vous y trouverez ci-après la justification reçue de l'équipe d'approvisionnement en vaccins, qui a maintenu la liaison avec les PT et le fournisseur.

Les calendriers de disponibilité des approvisionnements pour la deuxième dose dépendent en grande partie de la disponibilité chez les fournisseurs (compte tenu d'une très forte demande mondiale et de la nécessité de veiller à protéger l'approvisionnement pour les programmes de vaccination de routine) et dépendent également des exigences des PT. Pour la plupart, les PT (qui représentent approximativement 70 % de la population) ont en place des dispositions législatives exigeant l'utilisation d'aiguilles de sécurité et les PT préfèrent manifestement ces aiguilles compte tenu de ces dispositions législatives. Les dispositifs de sécurité sont les plus en demande à l'échelle mondiale. Les approvisionnements pour la deuxième dose pourraient être accélérés si nous ne devions acheter que des aiguilles standard mais, encore une fois, ce n'est pas ce que les PT, en majorité, sont disposés à utiliser compte tenu de la réglementation en place.

La livraison échelonnée des fournitures correspond également aux attentes voulant que le vaccin ne sera disponible qu'en quantités limitées pour commencer et pourrait être autorisé et recommandé d'utilisation uniquement pour certaines populations, de sorte que, au début, on ne vaccinera pas 100 % de la population. La durée de vie est de cinq ans pour les fournitures, de sorte que cela permettrait un approvisionnement suffisant, en réduisant les déchets et en évitant d'interrompre la chaîne d'approvisionnement pour les PT qui procèdent de façon autonome et en tenant également compte de la disponibilité des approvisionnements pour les campagnes vaccinales normales, par exemple pour la grippe.

Envoyé de mon iPhone

> Le 13 juin 2020, à 12 h 41, [redacted] a>écrivait :
>
> [redacted] a, en ce qui a trait aux approvisionnements pour la deuxième dose. Est-ce que l'échéancier demeure valide s'il y a un candidat précoce. Y a-t-il une solution pour recevoir le vaccin plus tôt? Vaut mieux l'avoir et l'entreposer que de ne pas l'avoir et en avoir besoin. [redacted]
>
> Envoyé de mon iPhone
>
> Le 13 juin 2020, à 11 h 58, [redacted] a écrit :

Allo [redacted]

La DGISS pilote cet approvisionnement pour le SRNU. Voici un résumé des achats effectués jusqu'à maintenant et de ce qui s'en vient. Entre ce que nous avons à présent et ce qui est prévu, c'est assez complet.

À remarquer qu'il y a des PT qui disent vouloir s'occuper de leur propre approvisionnement. Il s'agit en totalité de fournitures qui ont de la valeur et qui sont utilisées dans le système de santé (p. ex. pour n'importe quel programme de vaccination de la santé publique, y compris pour la grippe), de sorte que, pour notre part, il s'agit de garder la même ligne de conduite pour s'assurer qu'il existe un filet de sécurité, même pour les PT, au cas où les PT auraient besoin d'un approvisionnement d'appoint ou ne pourraient l'obtenir pour eux-mêmes.

Nous avons envoyé ces renseignements à ISDE également, pour garantir la coordination, car le Ministère est en pourparlers avec les fournisseurs fabricants sur les équipements nécessaires pour remplir/finir (p. ex. flacons de verre et bouchons). Il est important que le Ministère sache quels sont les besoins et les plans de l'ASPC et des PT en matière de programmes de vaccination et qu'il y ait coordination. À titre d'exemple, le plan de santé publique pour la pandémie part de l'hypothèse de flacons multidoses et les fournitures de vaccination commandées reflètent cela. Ainsi, nous ne voulions pas que l'ISDE achète des fournitures de remplissage pour des seringues pré-remplies monodoses.

J'envoie une copie conforme à [redacted] et à [redacted] au cas où elles auraient quelque chose à ajouter.

- Premier contrat adjugé (16 mai 2020) à Becton Dickenson (BD) Canada (9 millions de dollars) pour des seringues et aiguilles en quantités suffisantes pour fournir la première dose du vaccin contre la COVID-19 à tous les Canadiens (37,6 millions de doses). Les détails du contrat sont dans le tableau qui suit.
- Concernant le deuxième contrat, les pourparlers sont en cours avec BD pour un marché concernant les seringues et aiguilles nécessaires. [redacted] ont tous mentionné appuyer les efforts du gouvernement du Canada pour réunir des approvisionnements pour une deuxième dose de vaccin contre la COVID-19. [redacted] Nous sommes en communication avec les [redacted] provinces pour confirmer leur intention.
- Calendriers prévus de livraison de 18 à 22 mois pour les fournitures de la deuxième dose.
- Le montant total demandé est maintenant de 75,2 millions de dollars (suffisamment pour deux doses par Canadien).
- Les activités d'approvisionnement sont en cours pour les autres fournitures d'approvisionnement pour deux doses (tampons alcoolisés, contenants pour objets pointus et tranchants, gazes, bandages, sacs/contenants isothermes isolés pour le transport du vaccin, boîtes pour déchets à risque biologique, etc.). Les détails sur le

Page: 690 of/de 1,041
AV2020000020

ou les marchés seront communiqués bientôt.

- Les activités d'approvisionnement sont en cours concernant l'épinéphrine, en coordination avec Santé Canada dans le cadre de son initiative pour créer des réserves de médicaments qui sont en pénurie.

Voici les contrats adjugés jusqu'à maintenant :

Description	Quantité totale	Livraison prévue	Observations
Aiguilles à extémité mousse	37,60 millions	Août-décembre 2020	Servent à prélever la dose du flacon de vaccin (flacon monodose ou multidose))
Seringues de 3 ml	37,60 millions	Novembre 2020-avril 2021	Prélever / administrer la dose
Aiguilles de calibre 25 1 po (de sécurité)	15,05 millions	Février–mars 2021	
Aiguilles de calibre 25 1,5 po (de sécurité)	7,79 millions	Janvier-juin 2021	Problème concernant la disponibilité de ce calibre – à remplacer par un calibre de substitution
Aiguilles de calibre 25 5/8 po (de sécurité)	3,12 millions	Mars-avril 2021	
Aiguilles de calibre 25 1 po (non de sécurité)	6,75 millions	Septembre-novembre 2020	Les aiguilles non de sécurité représentent approximativement 30 % du besoin, ce qui rend compte du pourcentage de la population des PT sans mesure législative
Aiguilles de calibre 25 1,5 po (non de sécurité)	3,49 millions	Octobre-novembre 2020	
Aiguilles de calibre 25 5/8 po (non de sécurité)	1,40 million	Juin 2020	

Page: 691 of/de 1,041
AV2020000020

Envoyé de mon iPhone

Le 12 juin 2020, à 14 h 43, [redacted] a écrit :

Je sais que nous avons déjà réquisitionné les seringues. Qu'est-ce que nous pourrions vouloir acquérir de façon proactive à ce stade? C'est une question qu'on nous posera certainement la semaine prochaine.

Des idées?

[redacted]

[redacted] (PHAC/ASPC)

De : [redacted] (PHAC/ASPC)
Envoyé le : 2020-06-133:23PM
À : [redacted] (PHAC/ASPC)
Cc : [redacted]
Objet : Objet : Matériel lié à la vaccination

Je crois que c'est une question de disponibilité auprès du fournisseur. Je signale votre demande à l'équipe de l'approvisionnement de la RNSU pour faire un suivi auprès du fournisseur.

[redacted]

Envoyé de mon iPhone

Le 13 juin 2020, à 12 h 41, [redacted] >a écrit :

[redacted], en ce qui a trait aux approvisionnements pour la deuxième dose. Est-ce que l'échéancier demeure valide s'il y a un candidat précoce. Y a-t-il une solution pour recevoir le vaccin plus tôt? Vaut mieux l'avoir et l'entreposer que de ne pas l'avoir et en avoir besoin. T

Envoyé de mon iPhone

Le 13 juin 2020, à 11 h 58, [redacted] >a écrit :

Allo [redacted],

La DGISS pilote cet approvisionnement pour le SRNU. Voici un résumé des achats effectués jusqu'à maintenant et de ce qui s'en vient. Entre ce que nous avons à présent et ce qui est prévu, c'est assez complet.

À remarquer qu'il y a des PT qui disent vouloir s'occuper de leur propre approvisionnement. Il s'agit en totalité de fournitures qui ont de la valeur et qui sont utilisées dans le système de santé (p. ex. pour n'importe quel programme de vaccination de la santé publique, y compris pour la grippe), de sorte que, pour notre part, il s'agit de garder la même ligne de conduite pour s'assurer qu'il existe un filet de sécurité, même pour les PT, au cas où les PT auraient besoin d'un approvisionnement d'appoint ou ne pourraient l'obtenir pour eux-mêmes.

Nous avons envoyé ces renseignements à ISDE également, pour garantir la coordination, car le Ministère est en pourparlers avec les fournisseurs fabricants sur les équipements nécessaires pour remplir/finir (p. ex. flacons de verre et bouchons). Il est important que

le Ministère sache quels sont les besoins et les plans de l'ASPC et des PT en matière de programmes de vaccination et qu'il y ait coordination. À titre d'exemple, le plan de santé publique pour la pandémie part de l'hypothèse de flacons multidoses et les fournitures de vaccination commandées reflètent cela. Ainsi, nous ne voulions pas que l'ISDE achète des fournitures de remplissage pour des seringues pré-remplies monodoses.

J'envoie une copie conforme à [redacted] et à [redacted] au cas où elles auraient quelque chose à ajouter.

- Premier contrat adjugé (16 mai 2020) à Becton Dickenson (BD) Canada (9 millions de dollars) pour des seringues et aiguilles en quantités suffisantes pour fournir la première dose du vaccin contre la COVID-19 à tous les Canadiens (37,6 millions de doses). Les détails du contrat sont dans le tableau qui suit.
- Concernant le deuxième contrat, les pourparlers sont en cours avec BD pour un marché concernant les seringues et aiguilles nécessaires. [redacted] Nous sommes en communication avec les [redacted] provinces pour confirmer leur intention.
- Calendriers prévus de livraison de 18 à 22 mois pour les fournitures de la deuxième dose.
- Le montant total demandé est maintenant de 75,2 millions de dollars (suffisamment pour deux doses par Canadien).
- Les activités d'approvisionnement sont en cours pour les autres fournitures d'approvisionnement pour deux doses (tampons alcoolisés, contenants pour objets pointus et tranchants, gazes, bandages, sacs/contenants isothermes isolés pour le transport du vaccin, boîtes pour déchets à risque biologique, etc.). Les détails sur le ou les marchés seront communiqués bientôt.
- Les activités d'approvisionnement sont en cours concernant l'épinéphrine, en coordination avec Santé Canada dans le cadre de son initiative pour créer des réserves de médicaments qui

Page: 694 of/de 1,041
AV2020000020

sont en pénurie.

Voici les contrats adjugés jusqu'à maintenant :

Description	Quantité totale	Livraison prévue	Observations
Aiguilles à extrémité mousse	37,60 millions	Août-décembre 2020	Servent à prélever la dose du flacon de vaccin (flacon monodose ou multidose)
Seringues de 3 ml	37,60 millions	Novembre 2020-avril 2021	Prélever / administrer la dose
Aiguilles de calibre 25 1 po (de sécurité)	15,05 millions	Février-mars 2021	
Aiguilles de calibre 25 1,5 po (de sécurité)	7,79 millions	Janvier-juin 2021	Problème concernant la disponibilité de ce calibre – à remplacer par un calibre de substitution
Aiguilles de calibre 25 5/8 po (de sécurité)	3,12 millions	Mars-avril 2021	
Aiguilles de calibre 25 1 po (non de sécurité)	6,75 millions	Septembre-novembre 2020	Les aiguilles non de sécurité représentent approximativement 30 % du besoin, ce qui rend compte du pourcentage de la population des PT sans mesure législative
Aiguilles de calibre 25 1,5 po (non de sécurité)	3,49 millions	Octobre-novembre 2020	
Aiguilles de calibre 25 5/8 po (non de sécurité)	1,40 million	Juin 2020	

Envoyé de mon iPhone

Le 12 juin 2020, à 14 h 43, [redacted] a écrit :

Je sais que nous avons déjà réquisitionné les seringues. Qu'est-ce que nous pourrions vouloir acquérir de façon

Page: 695 of/de 1,041
AV2020000020

proactive à ce stade? C'est une question qu'on nous posera certainement la semaine prochaine.

Des idées?



Government of Canada / Gouvernement du Canada

POUR APPROBATION

20-107557 - 553

NOTE À L'INTENTION DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ

IMPLICATIONS DES CONTRÔLES À L'EXPORTATION DU GOUVERNEMENT CHINOIS/ ÉTIQUETAGE DES ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE EN PROVENANCE DE CHINE

RÉSUMÉ

- En réponse aux critiques internationales à propos de la qualité de l'équipement de protection individuelle (EPI), le gouvernement chinois a imposé des mesures de contrôle plus rigoureuses en matière de certification et d'exportation relativement aux masques et à l'EPI. Par conséquent, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), en tant qu'importateur, doit désormais signer une déclaration commune avec l'exportateur attestant que les produits sont conformes aux normes et aux exigences de certification du pays de destination.

- Si les produits ne sont pas certifiés en Chine comme étant des instruments médicaux, la déclaration commune doit également préciser qu'ils ne doivent pas être utilisés « à des fins médicales », même s'ils répondent aux spécifications techniques du Canada pour les établissements de soins de santé. De plus, une étiquette portant la mention « Ne pas utiliser à des fins médicales » en chinois simplifié est apposée sur les boîtes d'expédition et à l'intérieur de chaque boîte de produit individuelle.

- Ces contrôles à l'exportation touchent un certain nombre de commandes destinées au gouvernement du Canada, y compris, en date du 26 mai, plus de 19 millions de masques chirurgicaux et plus de 135 000 blouses qui ont été livrés. On s'attend à ce que cet enjeu dure longtemps et concerne d'autres EPI à l'avenir.

- L'ASPC a établi que le processus de retrait de cet étiquetage des envois entraînerait des retards importants dans la distribution, et a collaboré avec Santé Canada pour créer une étiquette de confirmation de la qualité par l'ASPC qui répond aux exigences réglementaires de Santé Canada.

- L'ASPC a discuté de cette question avec les provinces et territoires (PT) par l'intermédiaire du Comité consultatif de la logistique, mais avec votre accord, l'ASPC mettra en œuvre un plan de communication solide pour sensibiliser de manière proactive les PT, les professionnels de la santé et le grand public à son approche en matière d'étiquetage.

CONTEXTE

À la lumière des critiques soulevées à l'échelle internationale concernant les fournitures médicales et l'EPI exportés de la Chine, le gouvernement chinois a mis en œuvre un certain nombre de mesures de contrôle des exportations qui visent à résoudre les

enjeux de contrôle de la qualité des produits exportés. Par exemple, en avril 2020, l'ASPC a communiqué que sur les 11 millions de respirateurs KN95 reçus de Chine, 9,9 millions ne répondaient pas aux spécifications techniques du gouvernement du Canada pour les établissements de soins de santé. Des pays tels que les États-Unis et l'Australie ont également fait connaître publiquement leurs préoccupations à l'égard de la qualité.

Ces mesures ont donné lieu à une exigence concernant une déclaration commune qui doit être signée tant par l'exportateur que par l'importateur (p. ex. l'ASPC) avant que le produit puisse quitter la Chine, ainsi qu'à de nouvelles exigences en matière d'étiquetage de certains produits.

La déclaration commune prévoit que les produits doivent être conformes aux normes et aux exigences de certification du pays de destination. Toutefois, si les produits ne sont pas certifiés en Chine comme étant des produits médicaux, la déclaration commune doit également préciser que les produits ne doivent pas être utilisés « à des fins médicales » même s'ils répondent aux spécifications techniques du Canada pour les établissements de soins de santé.

Cette attestation fait en sorte que les produits n'ayant pas fait l'objet d'une homologation médicale en Chine doivent porter une étiquette indiquant « pour usage non médical seulement » en chinois simplifié. L'étiquetage a été constaté sur les boîtes d'expédition et à l'intérieur des emballages de produits individuels sous forme de notices en papier et, dans certains cas, d'un tampon encreur.

Afin d'enlever les notices contenues dans chaque emballage individuel, ce dernier doit être ouvert et fouillé, ce qui peut obliger le destinataire à remballer le produit.

Une société, [redacted] a pris la décision, à ses propres frais, de réétiqueter ses masques chirurgicaux une fois reçus au Canada. Cependant, cela a entraîné un délai de trois semaines entre l'arrivée au Canada, la vérification de la qualité menée par l'ASPC et la distribution aux PT. On ne s'attend pas à ce que d'autres fournisseurs adoptent la même approche.

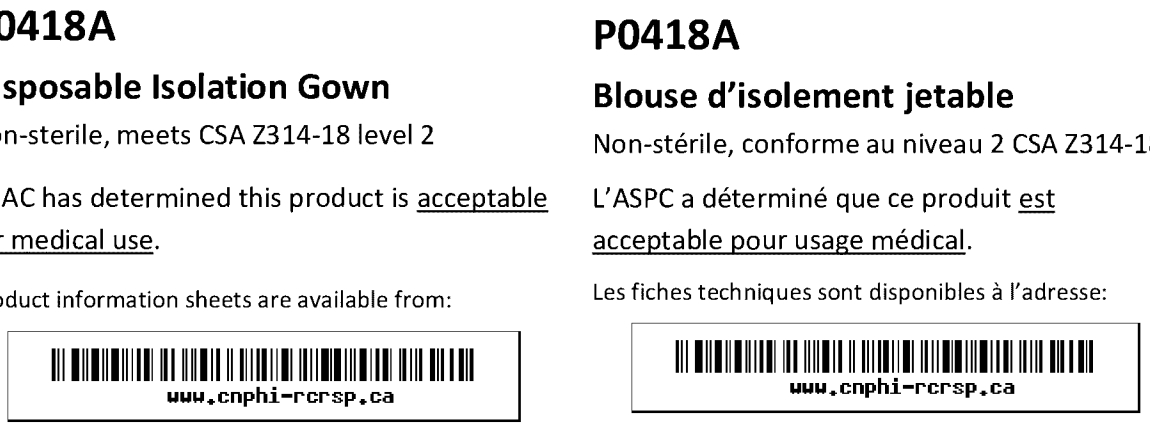
FACTEURS À CONSIDÉRER

Pour répondre à la forte demande actuelle d'EPI dans le secteur des soins de santé, l'ASPC a l'intention de signer des déclarations communes pour les produits qui répondent aux spécifications techniques du gouvernement du Canada pour les établissements de soins de santé relativement à la COVID-19.

L'ASPC est en mesure de signer ces déclarations communes dans le cadre de sa licence d'établissement pour les dispositifs médicaux, puisqu'elle vérifie la qualité de l'EPI et des fournitures médicales avant l'expédition au moyen d'une méthode de tri

fondée sur le risque. Les fournisseurs inhabituels qui ne peuvent pas fournir de documents d'assurance qualité adéquats envoient des échantillons à l'ASPC pour que les tests appropriés soient effectués avant l'expédition. L'ASPC étudie également les possibilités d'effectuer des tests en Chine, avant les livraisons.

Une fois les produits reçus au Canada, l'ASPC n'envisage pas de retirer les étiquettes de chaque produit individuel indiquant « pour usage non médical seulement » en chinois simplifié. Cette façon de faire retarderait considérablement la distribution et, dans certains cas, détruirait l'intégrité des emballages. L'ASPC apposerait plutôt sur les boîtes d'expédition extérieures une étiquette confirmant la qualité et incluant toute instruction d'utilisation avant qu'elles soient distribuées aux PT. Il s'agit de la méthode d'étiquetage préconisée par Santé Canada. En voici un exemple :



Cela s'ajoute aux fiches d'information sur les produits mises à la disposition des PT sur la plateforme du Réseau canadien de renseignements sur la santé publique.

Ces efforts ne tiennent pas compte de l'importation des EPI achetés individuellement par les PT en dehors du processus d'achat en gros du gouvernement du Canada. D'autres importateurs, dont les PT et les entreprises privées, peuvent également signer des déclarations communes et recevoir des produits similaires portant une étiquette indiquant « pour usage non médical seulement ».

RÉPERCUSSIONS SUR LES COMMUNICATIONS

Dans un souci de transparence et en prévision de la traduction d'une étiquette « pour usage non médical seulement » par un professionnel de la santé, l'ASPC entreprendrait un plan de communication en trois volets pour :

- sensibiliser les PT à la méthode d'étiquetage de l'ASPC par l'intermédiaire du Comité consultatif de la logistique, du Comité consultatif spécial et du Comité des sous-ministres de la Santé, si nécessaire;
- élaborer des communications ciblées à l'intention des professionnels de la santé par l'intermédiaire de groupes tels que le Forum des professionnels de la santé et les plateformes de médias sociaux (p. ex. LinkedIn);
- communiquer de manière proactive avec le grand public, selon les besoins, possiblement au moyen de plateformes comme les conférences de presse quotidiennes de l'administratrice en chef de la santé publique.

Les messages proposés réaffirmeront que tous les EPI distribués par l'ASPC sont conformes aux spécifications techniques du gouvernement du Canada pour les établissements de soins de santé, et que l'étiquetage en chinois simplifié n'est pas un gage de la qualité des EPI. Il sera également précisé que l'ASPC ne peut rendre compte que des EPI qu'elle distribue, et que cette méthode d'étiquetage ne vise pas l'ensemble des EPI importés au Canada en provenance de Chine.

L'ASPC collabore avec les Communications du portefeuille de la Santé pour élaborer des infocapsules en consultation avec Services publics et Approvisionnement Canada et Affaires mondiales Canada afin de ménager la susceptibilité du gouvernement chinois à l'égard des rapports sur les EPI de qualité inférieure (voir l'annexe A).

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

Il est recommandé que l'ASPC mette en œuvre le plan de mobilisation en commençant par les PT et qu'elle fasse rapport au Cabinet de la ministre en cas de problèmes supplémentaires.

Veuillez signaler votre approbation des mesures recommandées en apposant votre signature dans le bloc « J'approuve ».

[redacted] Agence de la santé publique du Canada

[redacted] Santé Canada

☐ Je n'approuve pas
☐ J'approuve

Ministre

Date

Nº du SGCHD 20-107557 - 553

[redacted] de la direction générale : [redacted], équipe de la stratégie en matière d'EPI
Téléphone : [redacted]

Pièces jointes
Annexe A – Infocapsules sur la COVID-19 – Marchandises en provenance de la Chine : étiquetage de l'équipement de protection individuelle

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted] (IC)
Envoyé le : 2020-06-17 12:26 PM
À : [redacted] (PHAC/ASPC)
CC : [redacted]
Objet : OBJET : Il me faut la proposition sur les quantités que nous devrions mettre en réserve

On m'instruira dans 5 minutes sur ce que nous devons commander pour la RNSU. Nous pouvons vous rencontrer plus tard cette semaine.

-----Message original-----
De : [redacted]
Envoyé le : 17 juin 2020 8 h 17
À : [redacted]
CC : [redacted]
Objet : Il me faut la proposition sur les quantités que nous devrions mettre en réserve

Au-delà de ce que les PT font pour se préparer. J'aimerais aussi que l'on s'assoie pour discuter de la voie à suivre proposée pour la RNSU [redacted]

Envoyé depuis mon iPhone

Page: 703 of/de 1,041
AV2020000020

[redacted] **(ASPC/PHAC)**

Expéditeur : [redacted] (ASPC/PHAC)
Date : 2020-06-18 (13:20)
Destinataire : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : OBJET : Mise à jour au niveau de la thérapeutique de HPEG

Extrêmement utile comme toujours, [redacted] !

[redacted] – Nous avons déjà breffé le groupe sur les pénuries de médicaments et l'approvisionnement des SM de SC/ASPC au sujet du nouveau groupe d'experts en pharmacologie clinique qui conseille l'ASPC. Nous suivrons leurs conseils pour élaborer nos stratégies d'approvisionnement.

Expéditeur : [redacted]
Date : 2020-06-18 (12 h 07)
Destinataire : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Mise à jour au niveau de la thérapeutique de HPEG

Mise à jour au niveau de la thérapeutique

1. Suite à une étude réalisée au R.-U., l'hydroxychloroquine est désormais retirée du volet SOLIDARITY de l'étude de l'OMS, l'autorisation d'urgence livrée par la Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques a été révoquée, beaucoup de couverture médiatique sur l'accumulation américaine des stocks. Ce n'est PLUS une thérapeutique viable à moins de nouvelles données inattendues.
2. Lopinavir/Ritonavir – résultats attendus d'une étude menée au R.-U., pas utile, retirés du volet Solidarity de l'OMS. Utilité peu probable.
3. Dexaméthasone – pas vraiment un traitement contre la COVID. Anti-inflammatoire d'emploi courant. La très faible dose utilisée dans l'essai réalisé au R.-U. a démontré des bienfaits. Il y a de fortes chances que l'ensemble des médecins cliniciens l'utilisent sur le champ. Nous devons d'abord consulter les données. Recommandation attendue par tous les groupes cliniques, y compris les lignes directrices de l'ASPC (en révision) pour ceux qui font partie d'une USI. Vraisemblablement pas utile pour ceux qui ne font pas partie d'une USI. Il s'agit d'une très faible dose intraveineuse. Il n'y a pas de pénurie de cela au Canada. La pénurie se situe au niveau des pilules par voie orale destinées à d'autres utilisations et qui ne seront pas utilisées pour lutter contre la COVID puisqu'il ne s'agit pas d'un traitement, mais d'un anti-inflammatoire traitant l'inflammation qui prend d'assaut les personnes très malades atteintes du virus.
4. Nous faisions partie du Groupe de travail spécial sur la pharmacologie clinique de la COVID-19 en compagnie de 6 experts canadiens (du CIMRI, semblable au CCNI, en beaucoup moins important) et nous nous sommes d'ores et déjà rencontrés à une reprise. Ils ont recommandé l'arrêt de tout approvisionnement en produits dérivés de la chloroquine et se pencheront sur la dexaméthasone dès que la publication sera diffusée. De cette façon, vous n'avez pas que mon son de cloches, et il y a un processus plus rigoureux.

J'ose espérer que ce résumé vous sera utile.

[redacted]

[redacted] (PHAC/ASPC)

Expéditeur : [redacted]
Date : 2020-06-23 12:22 PM
Destinataire : [redacted]
Objet : Fwd: Remdesivir

Reportez-vous aux deux dernières puces pour des suggestions de propos pour réagir.

Envoyé depuis mon iPhone.

Début du message transféré :

From: [redacted]
Date: June 23, 2020 at 12:13:49 EDT
To: [redacted]
Cc [redacted]
Objet : OBJET : Remdésivir

Nous entendons faire l'achat de remdésivir [redacted] et avons communiqué en ce sens avec SPAC ainsi qu'avec le fournisseur (Gilead). [redacted] Gilead a annoncé que la compagnie offrira l'ensemble de cet inventaire à l'échelle mondiale en fonction du fardeau de la maladie des pays touchés par la COVID.

Gilead a confirmé que le Canada remplit les conditions requises et qu'une partie de cet inventaire lui sera allouée sous forme de don. Nous ne savons toutefois pas encore quelle quantité sera mise à notre disposition. Si l'on se fie au programme élargi de vaccination, nous nous attendons à ce que la quantité soit faible comparé à d'autres pays qui, à l'heure actuelle, comptent plus de cas, y compris des hospitalisations.

Gilead accélère la cadence de production [redacted] Ces séries seront commercialisées et SPAC a entamé des pourparlers avec Gilead sur la quantité que le Canada peut acheter, et à quel prix. [redacted] La compagnie a confirmé que même quand ses ventes débuteront, la répartition par pays s'effectuera en fonction du fardeau de la maladie.

Santé Canada prépare un arrêté d'urgence qui permettrait à l'ASPC de se procurer (sous forme de don et/ou d'achat) le produit pour la RNSU avant que l'autorisation

soit délivrée, dans la mesure où Gilead a désormais déposé une demande. Si nous voulons déployer le produit dans le système de santé avant que SC l'ait autorisé, nous devons déposer une demande pour besoins urgents en matière de santé publique.

Donc, si on vous pose la question, je dirais que :
- le gouvernement du Canada a entamé des pourparlers avec le fabricant (Gilead) au sujet de l'acquisition du produit [redacted]
- dans l'immédiat, l'approvisionnement est limité à l'échelle mondiale, et il est donc encore trop tôt pour déterminer la quantité que le Canada sera en mesure de se procurer.

[redacted]
Centre for Immunization and Respiratory Infectious Diseases (CIRID)
Infectious Disease Prevention and Control Branch

[redacted]
Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses (CIMRI)
Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA | AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA
[redacted]
Phone | Téléphone: [redacted]
Cell : [redacted]
[redacted]

-----Original Message-----
From: [redacted]
Sent: 2020-06-23 12:04 PM
To: [redacted]
Subject: Remdesivir

Procédons-nous à l'achat/l'acquisition de remdésivir [redacted]

Est-ce que des questions peuvent surgir à la suite de la demande de Gilead /du fabricant auprès de SC?

Envoyé depuis mon iPhone.

Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada

Docket Number / Numéro du dossier
20-108523 - 672

Routing slip / Bordereau d'envoi

Program Contact / Responsable du programme _____ Date :
Print or type name / imprimez ou dactylographiez le nom

Director / Directeur (trice) _____ Date :
Print or type name / imprimez ou dactylographiez le nom

[redacted]) _____ Date :
Print or type name / imprimez ou dactylographiez le nom

Cleared with/Avec l'accord de (if applicable / s'il y a lieu)

☐ OIA / BAI _____ Date :
☐ [redacted] _____ Date :
☐ HR / RH _____ Date :
☐ Communications _____ Date :
☐ Legal Services / Services légaux _____ Date :
☐ Other / Autre _____ Date :

Branch Head Approval / Approbation de chef de la direction générale

BILINGUAL TITLE / TITRE BILINGUE	

Can this title be released to the public? / Est-ce que ce titre peut être communiqué au public?
☐ Yes / Oui ☐ No / Non

If no, please identify sensitivities / Si la réponse est non, veuillez préciser les enjeux :
☐ Advice / Conseil ☐ Cabinet confidence / Document confidentiel du Cabinet ☐ Solicitor client / Secret professionnel ☐ Other / Autre

Branch [redacted]

_____ [redacted] _____ Date : JUN 23 2020
Print name / imprimez le nom *Signature*

Approved/Noted – Approuvé/Noté

☐ [redacted] _____ Date : _____
[redacted]

☐ [redacted] _____ Date :
[redacted] [redacted] _____

Quality Control / Contrôle de la qualité

À TITRE DE RENSEIGNEMENT

20-108523 - 672

NOTE DE SERVICE À L'INTENTION [redacted]

Progrès relatifs à la demande de propositions liée à la gestion de la logistique

RÉSUMÉ

- À la suite de l'acquisition de quantités considérables d'équipement de protection individuelle (EPI) et d'autres fournitures médicales, l'ASPC a besoin d'un tiers fournisseur de services de logistique de grande envergure.

- Les quantités que recevra l'ASPC comprennent entre autres plus de 120 millions de respirateurs (masques) N95, 340 millions de masques chirurgicaux, 125 millions de blouses de protection, 20 millions de litres de désinfectant pour les mains, 55 millions d'écrans faciaux et 40 000 ventilateurs (respirateurs).

- Une distribution efficace et rapide de l'EPI est cruciale. Aux fins du soutien initial de la distribution, Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC) a octroyé un contrat d'une valeur maximale de cinq millions de dollars à Amazon le 1er avril 2020; cependant, la gestion de la logistique quant à la réception et à la distribution des volumes à venir, qui sont sans précédent, dépasse la portée de ce contrat et les capacités de la RNSU.

- Le 4 mai 2020, l'ASPC a publié dans le site Web Achats et ventes de SPAC un avis de lettre d'intérêt et de demande de renseignements visant à sonder l'intérêt des grands fournisseurs de services de logistique. La date de clôture de la demande de propositions (DP) était le 7 mai.

- Les Forces armées canadiennes (FAC) appuient la gestion de la logistique de l'ASPC en cas d'urgence. Elles ont cependant indiqué qu'elles ne disposaient pas des capacités nécessaires au processus de gestion de la logistique susmentionné. L'ASPC elle-même ne dispose ni de l'expertise en logistique ni d'une connaissance suffisante de ce secteur d'activité pour mettre en place une opération de logistique d'une telle ampleur.

- Étant donné que l'on a urgemment besoin d'un fournisseur, l'ASPC a décidé d'employer ses pouvoirs de passation de marché en cas d'urgence pour retenir les services du cabinet Deloitte, afin qu'il fasse progresser le processus de DP et appuie le transfert des services de logistique au candidat approprié. On a retenu le cabinet Deloitte en raison de son expertise des systèmes tiers de grande envergure axés sur la gestion de la logistique et des stocks dans le contexte de la COVID-19, de même qu'en raison de la nécessité de rapidement faire progresser le processus de DP.

- Ainsi, l'ASPC a autorisé la conclusion avec Deloitte d'un marché à fournisseur unique. Une telle décision est justifiée par le fait que de nouveaux retards entraîneraient un risque élevé quant à la capacité de l'ASPC de distribuer les fournitures aux provinces et aux territoires.

Canada

[redacted]

JUN 23 2020

MECS# 20-108523 - 672

Personne-ressource : [redacted]
Téléphone : [redacted]

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted] (HC/SC)
Envoyé le : 2020-06-242:57PM
À : [redacted]
Cc: [redacted]
Objet : OBJET : Discussion fort intéressante avec Medicom - et suite éventuelle à y donner

Nous aurons des discussions sur le processus décisionnel pour l'approvisionnement stratégique demain. Nous devrions inclure Medicom et les besoins quant aux gants.

[redacted]
Santé Canada

Le 24 juin 2020, à 12 h 29, [redacted] a écrit :

Voici l'ampleur de sur quoi nous travaillons selon les données de l'ASPC :

- Contexte : La commande initiale de l'ASPC placée en mars 2020 était pour 18 millions de gants, et à ce jour, nous avons acheté pour l'ASPC, les P/T, les autres ministères et la réserve des services essentiels, un total de 2,2 milliards de gants (surtout en nitrile) auprès de 15 fournisseurs, pour un coût total s'élevant à 189 millions de dollars.

- Environ 70 millions de gants ont été livrés à ce jour, mais la chaîne d'approvisionnement éprouve des difficultés : la demande mondiale est plus importante que l'offre. Notre principal fournisseur, Sinopharm (une entreprise publique chinoise), [redacted] Nous proposons maintenant d'aller de l'avant et d'apporter une modification au contrat de 90 millions de dollars [redacted] sous par unité, ce qui demeure un prix à l'unité très compétitif et nous permettra d'avoir les gants plus rapidement qu'avec tout contrat existant ou nouveau. Les gants en nitrile se vendaient généralement à [redacted] avant la COVID-19, [redacted]

- En sus de la modification de contrat, l'ASPC a effectué une commande supplémentaire de [redacted] de gants la semaine dernière. À notre sens, les facteurs ci-dessous et le potentiel pour une ou plusieurs manœuvres nationales* ont besoin d'être clairement compris avant que nous prenions la décision d'aller de l'avant et de passer la commande de [redacted] de gants :

  - Probabilité que les fournisseurs soient en mesure de livrer les 2,1 milliards initiaux d'ici la fin du mois d'octobre 2020.
  - Obtenir plus de certitude quant à la demande globale en gants au sein du système de soins de santé et pour l'économie dans son ensemble.
  - Avoir accès et « compter » de façon précise l'inventaire existant des P/T ainsi que leur propre approvisionnement en cours. L'entreposage et la durée utile doivent être pris en compte lors de nos achats et au moment de la livraison.
    L'arrivée de nouvelles preuves conclue à un manque d'espace, sachant que tant le secteur public dans

son ensemble que le secteur privé procèdent à l'accumulation de stocks.
- Enjeux au niveau de la réglementation : les gants ont une norme MDEL plus grande que les N95, et il y a des répercussions sur ce front que nous devons aborder avec les fournisseurs.

[redacted]

[redacted]

Expéditeur : [redacted]
Date : 24 juin 2020 (07:41)

Destinataire : [redacted]
Cc : [redacted]

Objet : Re : Discussion fort intéressante avec Medicom - et suite éventuelle à y donner

Je pense que nous devrions poursuivre ces discussions et procéder dans l'intervalle à de nouvelles analyses.

Envoyé depuis mon iPhone.

> Le 24 juin 2020, à 7 h 32, [redacted] >a écrit :
>
> J'ai eu une discussion fort intéressante la nuit dernière avec le [redacted] Medicom, [redacted] qui vaut selon moi la peine d'être rapportée, et mérite qu'on lui donne une suite.
>
> Au cours de la première partie de l'appel, [redacted] est contenté de partager de bonnes nouvelles au sujet de la compagnie (le R.-U. leur apporte son soutien dans le cadre d'un important investissement de [redacted] dans les N95 afin d'accroître la capacité de ce pays).
>
> Au cours de la seconde partie de l'appel, il a évalué notre intérêt éventuel à travailler avec Medicom pour développer la production nationale de gants en nitrile.
>
> [redacted] Je ne suis pas rentré dans les détails, mais lui ai laissé entendre que notre évaluation de la situation suggérait que les chaînes de production internationales sont assez robustes, qu'une option pour le Canada pourrait être de procéder au stockage, et que nous avons certaines préoccupations relatives à la complexité inhérente à la production de gants et aux coûts de la dépense d'investissement.

[redacted]



Il me semble que nous devrions au moins poursuivre les discussions afin de voir si ses affirmations sont exactes et d'examiner son analyse de rentabilité. Je pourrais demander à [redacted] d'assurer le suivi, de concert avec votre personnel.

Dites-moi ce que vous en pensez.

[redacted]
[redacted]
[redacted]
Innovation, Sciences et Développement économique
Canada [redacted]
Ottawa (Ontario)
K1A 0H5
Téléphone : [redacted]

.....

POUR APPROBATION

20-109107 – 985

NOTE À L'INTENTION [redacted]

De-Escalation of Personal Protective Equipment Donations / Réduction des dons d'équipements de protection individuelle

RÉSUMÉ

- Depuis la fin mars, le nombre d'offres de dons d'équipement de protection individuelle (EPI) à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a considérablement diminué.
- L'équipe responsable des dons d'EPI de l'ASPC, avec le soutien des Forces armées canadiennes, avait initialement été créée pour coordonner l'afflux d'offres d'organisations nationales et internationales, fournir de l'espace d'entreposage et vérifier la qualité de l'EPI avant de le distribuer aux provinces et aux territoires.
- À ce jour, ces efforts ont permis de distribuer environ 590 000 respirateurs N95 et de respirateurs équivalents (p. ex. KN95, FFP2); 1,6 million de masques chirurgicaux; plus de 400 000 paires de gants en nitrile; 60 000 blouses; et plus de 80 000 écrans faciaux.
- Comme les offres de dons se font moins nombreuses, l'équipe responsable des dons d'EPI propose une diminution du niveau d'intervention du programme. Cela signifierait la réorientation du personnel vers l'équipe de la stratégie en matière d'EPI, qui est plus grande; la fermeture du portail public de dons d'EPI; et le transfert de tout besoin d'entreposage et de distribution actuel à la Croix-Rouge canadienne (CRC).
- Avec votre accord, l'équipe responsable des dons d'EPI lancera un processus de réduction, notamment en envoyant un avis d'information au Cabinet de la ministre, au Bureau du Conseil privé, au Cabinet du premier ministre et aux autres ministères gouvernementaux clés.

CONTEXTE

Mise sur pied à la fin du mois de mars 2020, l'équipe responsable des dons d'EPI, avec l'aide des FAC, a coordonné l'afflux d'offres d'organisations nationales et internationales afin de faire face aux pénuries d'EPI au Canada

découlant d'une demande mondiale sans précédent pour lutter contre la COVID-19. Dans le cadre de cette initiative, un portail public a été créé pour faciliter la communication avec l'équipe responsable des dons d'EPI et offrir un soutien logistique et réglementaire aux donneurs, notamment en vérifiant que les articles donnés répondent aux spécifications techniques du gouvernement du Canada pour les milieux de santé dans le cadre de leur intervention pour lutter contre la COVID-19.

Après leur réception et une vérification finale pour en assurer la qualité, les dons ont été distribués aux provinces et aux territoires en fonction du nombre d'habitants. À ce jour, ces efforts ont permis de distribuer environ 590 000 respirateurs N95 et de respirateurs équivalents (p. ex. KN95, FFP2); 1,6 million de masques chirurgicaux; plus de 400 000 paires de gants en nitrile; 60 000 blouses; et plus de 80 000 écrans faciaux.

Afin de faciliter les dons d'autres pays (p. ex. Chine), l'équipe responsable des dons d'EPI a également collaboré avec la CRC. Dans le cadre de ce partenariat, l'équipe a répondu aux demandes de la CRC pour vérifier la qualité des dons reçus et a fourni des directives en ce qui a trait à la distribution de dons aux provinces et aux territoires (p. ex. 100 % des dons distribués aux provinces et aux territoires en fonction du nombre d'habitants).

Depuis la fin du mois de mars, le nombre d'offres de dons a constamment diminué, ce qui a déclenché la tenue de discussions internes au sujet des exigences en matière de ressources et des priorités plus générales de l'équipe stratégique de l'EPI.

CONSIDÉRATIONS

Pratiquement chaque jour, l'ASPC reçoit des envois d'EPI et d'autres fournitures médicales commandés par voie aérienne, terrestre et maritime. Ce travail requiert toutes les ressources disponibles, notamment les entrepôts et le personnel pour gérer le processus de vérification de la qualité et la logistique. Le maintien de l'équipe responsable des dons d'EPI pour faciliter la distribution de quantités relativement petites d'EPI ne constitue pas la meilleure utilisation possible des ressources.

De plus, les dons ne correspondent pas toujours à la demande, ce qui entraîne un excédent d'articles, comme des écrans faciaux. Aussi, dans les cas où les donneurs ont demandé à recevoir un reçu pour don de bienfaisance, l'équipe responsable des dons d'EPI ne peut fournir de tels reçus puisque le programme est une entité faisant partie du gouvernement fédéral.

La CRC a fait part de sa volonté de gérer la réception et l'entreposage de tous les dons futurs dans la mesure où ceux-ci sont destinés à l'intervention de première ligne en santé dans les provinces et les territoires. La CRC n'acceptera

pas les dons destinés aux collectivités (p. ex. couvre-visage plutôt que des masques chirurgicaux). Dans ce scénario, la CRC s'attendrait toujours à ce que l'ASPC effectue une vérification de la qualité, au besoin, et fournisse des directives quant à la distribution aux provinces et aux territoires.

CONSIDÉRATIONS DU PORTEFEUILLE

Dans le cadre d'un processus de réduction, l'équipe responsable des dons d'EPI propose de fermer son portail public sur le site Web COVID-19 du gouvernement du Canada, mais sa boîte de courriels interne (phac.hpoc.ppedonations-eppdons.cops.aspc@canada.ca) serait toujours active pour rediriger les nouveaux dons et les dons supplémentaires des donneurs existants vers la CRC.

En raison de la grande visibilité de certains dons, il sera nécessaire d'aviser le Cabinet de la ministre, le Bureau du Conseil privé, le Cabinet du premier ministre ainsi que d'autres ministères gouvernementaux clés (p. ex. Affaires mondiales Canada) quant à la façon dont ils peuvent continuer à communiquer avec l'équipe responsable des dons d'EPI lorsque nécessaire.

L'équipe responsable des dons d'EPI terminera également la réception et la distribution de toute offre de dons en cours et continuera d'assurer la réalisation d'un processus de reconnaissance pour les dons reçus, en collaboration avec Affaires mondiales Canada et Innovation, Sciences et Développement économique Canada.

D'un point de vue réglementaire, tous les dons redirigés vers la CRC continueront d'être couverts par une licence d'établissement pour instruments médicaux de l'ASPC conformément aux recommandations de Santé Canada.

INCIDENCE SUR LES RESSOURCES

Dans le cadre d'un processus de réduction, la majorité des membres de l'équipe responsable des dons d'EPI sera redirigée vers d'autres secteurs de l'intervention de l'ASPC pour lutter contre la COVID-19, et plus particulièrement vers des rôles appuyant l'équipe stratégique de l'EPI.

L'incidence financière en ce qui concerne le rôle de la CRC sera saisie sur deux périodes. Du 1er avril au 25 mai 2020, les ressources requises par la CRC pour entreposer et distribuer les dons au nom de l'ASPC sont estimées à un montant allant de 20 000 à 25 000 $ (en attente des factures pour confirmer les coûts finaux de la CRC).

À compter du 26 mai 2020 jusqu'au 30 septembre 2020, les coûts permanents de la CRC sont couverts aux termes d'un accord conclu avec Sécurité publique qui stipule que la CRC met en place et maintien une capacité à recueillir (y

compris par l'entremise de dons publics et privés en nature), à transporter et à distribuer des fournitures et articles médicaux essentiels (p. ex. EPI) partout au Canada. Les besoins relatifs à la réception et à l'entreposage connexes rendent compte de l'utilisation d'installations appropriées, comme le besoin de maintenir une température ambiante pour l'entreposage des écouvillons.

Il est attendu que les donneurs gèrent les coûts de l'envoi à la CRC, mais du financement versé par le gouvernement du Canada peut parfois être demandé. Le cas échéant, des décisions seront prises au cas par cas en consultation avec Sécurité publique et, au besoin, avec Affaires mondiales Canada.

INCIDENCE SUR LES COMMUNICATIONS

En fonction des consultations tenues avec l'équipe des communications du portefeuille de la Santé, l'équipe responsable des dons d'EPI élabore quelques infocapsules « à utiliser au besoin seulement » au sujet de la fermeture du portail public de dons.

À l'interne, l'équipe responsable des dons d'EPI rédige des avis d'information pour aviser le Cabinet de la ministre, le Bureau du Conseil privé, le Cabinet du premier ministre ainsi que d'autres ministères gouvernementaux clés (p. ex. Affaires mondiales Canada) quant à la façon dont ils peuvent continuer de communiquer avec l'équipe responsable des dons d'EPI, au besoin.

RECOMMANDATION

Il vous est recommandé d'exprimer votre accord avec l'approche de réduction proposée en signant le bloc « d'accord » ci-dessous.

Je ne suis pas d'accord

Je suis d'accord

[redacted]

[redacted]

N° du SGCHD : 20-109107-985

Personne-ressource : [redacted]
Téléphone : [redacted]

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé : 2020-07-02 22 h 8
À : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted]
Objet : Objet : Note à l'intention de la ministre concernant l'accumulation de stocks et la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU)

Merci[redacted]. Les ajustements seront apportés en conséquence.

Bonne journée,

[redacted]

Envoyé de mon iPhone

Le 2 juillet 2020, à 21 h 55, [redacted] a écrit :

Je ne sais pas quels sont les commentaires [redacted]. Voici les miens. Nous devons établir une justification qui explique pourquoi nous pensons qu'une période de deux mois est appropriée. Nous devons également être clairs sur la nécessité de mobiliser les provinces et territoires, afin de convenir d'une stratégie en matière d'accumulation de stocks et de mettre en œuvre des moyens visant à assurer la gestion du cycle de vie de tous les stocks de notre RNSU. Nous devons effectuer une analyse qui appuie le lien entre la retenue de 20 % sur l'attribution et le stock – je crois que 20 % sont intégrés au stock. Est-ce plutôt le stock plus 20 %? Je ne crois pas. Je reste ouverte à la possibilité d'être convaincue. Nous avons besoin d'une analyse qui montre le lien entre les commandes, l'offre intérieure et la constitution du stock en tout temps.

Je crois que la note doit être légèrement approfondie concernant la justification. D'autres points doivent être considérés au-delà de la simple question monétaire.

Envoyé de mon iPhone

Le 2 juillet 2020, à 21 h 43, [redacted] > a écrit :

Bonsoir, [redacted]. À la suite de votre demande, vous trouverez ci-joint un projet de note à l'intention de la ministre concernant l'accumulation de stocks et la RNSU. J'aimerais qu'après examen et réflexion, [redacted] recommande quelques changements supplémentaires. Ces changements seront intégrés dans une autre ébauche d'ici 11 h demain.

Cordialement,

[redacted]
Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada
Ottawa, Canada K1A 0K9

[redacted]
Gouvernement du Canada | Government of Canada

<20-109279-396 Memo to Minister_PPE-July 2 2020_v2.docx>

Annexe A – Sommaire des commandes d'EPI passées dans le cadre de l'approvisionnement en gros

	Millions			
Article	**Commandés par les PT**	**Commandés par le GC**	**Reçus par l'ASPC**	**Expédiés aux PT**
Respirateurs N95	30,7	98,1	2,0	1,0
Masques chirurgicaux	197,2	333,8	74,4	17,7
Blouses	52,8	116,1	12,1	3,8
Gants (pairs)	707,5	1 076,0	65,4	28,9
Écrans faciaux	9,2	56,9	31,0	9,5

Source : PHAC Control Tower, 30 juin 2020

Annexe B – Aperçu des commandes d'EPI proposées pour la Réserve nationale stratégique d'urgence

Article	Millions		Considérations
	Quantités estimées	Coût estimé	
Respirateurs N95	S.O.	S.O.	Le modèle d'EPI indique qu'aucun autre achat n'est nécessaire pour l'instant; les premières livraisons de l'offre intérieure sont prévues en août 2020.
Masques chirurgicaux	14	[redacted]	Premières livraisons de l'offre intérieure prévues en juillet 2020
Blouses	50	[redacted]	Qualité inégale de l'offre intérieure et étrangère
Gants	750*	[redacted]	Pas d'approvisionnement intérieur
Écrans faciaux	14	[redacted]	Offre intérieure importante
		[redacted]	

*En raison de l'urgence liée à une pénurie potentielle de gants et de signes de nouveaux problèmes concernant la chaîne d'approvisionnement mondiale, l'Agence de la santé publique du Canada a commandé de manière proactive 750 millions de paires de gants en nitrile supplémentaires.

POUR APPROBATION

20-109279 - 396

NOTE À L'INTENTION DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ

Procurement of additional personal protective equipment to bolster the National Emergency Strategic Stockpile for a potential resurgence of COVID-19 / Acquisition d'équipements de protection individuelle supplémentaires pour renforcer la Réserve nationale stratégique d'urgence en vue d'une éventuelle résurgence de la COVID-19

RÉSUMÉ

- En réponse à l'épidémie de COVID-19, le gouvernement du Canada (GC), en coordination avec les provinces et les territoires (PT), a lancé un important processus d'approvisionnement en gros d'équipements de protection individuelle (EPI) nationaux et étrangers.
- En vertu d'une entente avec les PT, 80 % de l'EPI commandé est expédié aux PT et les 20 % restants sont expédiés à la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) où il est utilisé pour répondre aux besoins de Services aux Autochtones Canada et des Forces armées canadiennes (FAC) et aux demandes d'assistance (DA) des PT.
- En prévision d'une résurgence potentielle de la COVID-19 plus tard cette année, l'ASPC recommande d'approvisionner la RNSU en gants, blouses, masques chirurgicaux et écrans faciaux en vue de constituer une réserve capable de répondre aux besoins de huit semaines d'utilisation à l'échelle nationale en situation de pandémie.
- Cette recommandation est fondée sur les enseignements tirés au cours des derniers mois et sur les renseignements fournis par le modèle pancanadien de l'offre et de la demande d'EPI (modèle d'EPI) créé par Santé Canada.

CONTEXTE :

Les rôles et les responsabilités FPT sont décrits dans le document *Préparation au Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé (PIPC)* et

le *Plan d'intervention FPT de la santé publique en cas d'événements biologiques*. Les PT ont la responsabilité d'assurer la fourniture de médicaments ainsi que de fournitures et de matériel nécessaires à la prestation des services de santé. Le gouvernement fédéral est chargé d'assurer l'approvisionnement en médicaments, en fournitures et en matériel destinés à des populations et employés fédéraux qui accèdent habituellement aux services de santé administrés par le gouvernement fédéral; de mobiliser des fournitures médicales dans la RNSU sous forme de capacité d'intensification pour soutenir les réponses PT; et de faciliter l'acquisition de fournitures médicales supplémentaires par l'entremise de SPAC, le cas échéant.

Une version plus ancienne du PCGP recommandait de constituer un approvisionnement en matériel de seize semaines pour faire face aux pénuries de matériel et de fournitures et aux interruptions sporadiques des chaînes d'approvisionnement. Cependant, les niveaux cibles de la réserve d'EPI constituée en vue d'une pandémie n'étaient pas définis. La version actuelle du PCGP est muette sur cette question.

Situation actuelle :

SPAC a commandé des quantités importantes d'EPI à un ensemble de fournisseurs nationaux et étrangers et l'ASPC continue de recevoir des livraisons échelonnées (Annexe A).

Un approvisionnement national en écrans faciaux, en masques chirurgicaux et en blouses est maintenant disponible et l'approvisionnement national en respirateurs N95 est prévu pour août 2020.

Suite à la conclusion d'une entente entre les gouvernements FPT, 80 % des EPI reçus sont alloués aux PT et 20 % sont alloués à la RNSU pour maintenir la réserve et répondre aux demandes d'assistance.

Bien que la RNSU soit reconstituée grâce à l'allocation de 20 % des achats en gros, les réserves n'augmentent pas substantiellement en raison d'un nombre important de DA (53 à ce jour) ainsi que du soutien apporté aux FAC.

À titre d'élément clé de la planification en vue d'une résurgence de la COVID-19, l'ASPC recommande de constituer une réserve de huit semaines d'EPI, ce qui représenterait la moitié de l'approvisionnement recommandé de seize semaines préconisé dans le PCGP. Ceci nécessite l'achat immédiat de 50 millions de blouses, de 127 millions de masques chirurgicaux et de 14 millions d'écrans faciaux.

L'ASPC a déjà amorcé l'achat de 750 millions de paires de gants alors que la chaîne d'approvisionnement commence à éprouver des difficultés, qu'il n'y a pas de production nationale et que les prévisions actuelles indiquent que l'épuisement des stocks pourrait survenir dès septembre 2020.

Cette recommandation est appuyée par le modèle pancanadien de l'offre et de la demande d'EPI (le « modèle d'EPI ») mis au point par Santé Canada qui utilise des modèles épidémiologiques et de l'information sur l'approvisionnement pour prévoir la demande et les besoins en approvisionnement pour l'économie. Le modèle d'EPI indique que les gants, les

blouses, les masques chirurgicaux et les écrans faciaux seront épuisés entre septembre et novembre 2020. L'ASPC continuera de surveiller les tendances de l'offre et de la demande d'EPI en tirant parti du modèle d'EPI et ajustera les recommandations en matière d'approvisionnement au besoin.

CONSIDÉRATIONS :

La justification de la constitution d'une réserve de seize semaines a été clairement démontrée par les problèmes survenus au niveau de la chaîne d'approvisionnement mondiale qui ont compromis la capacité du Canada à obtenir un approvisionnement et par le temps qu'il a fallu pour augmenter l'approvisionnement national et commencer à recevoir des produits de février à avril 2020. Ce risque est quelque peu atténué par les nouvelles chaînes d'approvisionnement nationales. Cependant, tant qu'un approvisionnement national stable et suffisant ne sera pas disponible pour tous les produits, la réserve constituera une mesure d'atténuation nationale essentielle pour permettre l'ajustement du marché et l'intensification de la production nationale en cas de forte augmentation du nombre de cas.

Il est également possible que toutes les commandes en cours ne se matérialisent pas, de sorte que les efforts visant à constituer une réserve d'articles nécessaires contribueront à atténuer le risque.

Le gouvernement des États-Unis cherche également à constituer une réserve nationale en réponse aux enseignements tirés de la pandémie de COVID-19 à ce jour.

Si vous approuvez la création d'une réserve de huit semaines, il importe de communiquer et de valider notre approche avec les PT. Cela sera essentiel pour faire en sorte que le pays dans son ensemble dispose d'une quantité suffisante d'EPI et que l'inventaire soit géré par une circulation appropriée du produit qui quitterait la RNSU avant son expiration. Suite à un engagement et à la détermination de l'état de préparation des PT, la réserve fédérale proposée pourrait nécessiter un ajustement.

INCIDENCE SUR LES RESSOURCES :

Le GC assumera l'entière responsabilité du coût de l'EPI supplémentaire pour la RNSU.

À ce jour, le GC a approuvé des dépenses pouvant atteindre 7,4 milliards de dollars pour l'EPI, les fournitures de test, le matériel médical et les coûts de transport et de logistique connexes. Cela comprend un fonds de prévoyance pouvant atteindre 2,0 milliards de dollars pour les achats futurs. L'ASPC a dépensé et engagé environ cinq milliards de dollars.

On estime que les commandes supplémentaires d'EPI pour la RNSU coûteront environ 0,9 milliard de dollars (Annexe B).

À l'avenir, des consultations avec les PT seront nécessaires pour éclairer la prise d'une décision concernant le maintien du rôle du gouvernement fédéral dans les achats en gros,

une question à distinguer de l'augmentation des stocks de la RNSU étant donné que de nombreux PT s'approvisionnent désormais directement en EPI.

INCIDENCE SUR LES COMMUNICATIONS :

La capacité de la RNSU à répondre aux besoins créés par une hausse du nombre des cas de COVID-19 a été d'un grand intérêt pour les médias et les parlementaires. En conséquence, les infocapsules existantes seront mises à jour et une stratégie de communication sera élaborée.

RECOMMANDATION :

Il vous est recommandé d'exprimer votre accord avec cette approche du gouvernement fédéral concernant la constitution d'une réserve de huit semaines d'approvisionnement en cas de pandémie, y compris l'achat immédiat de gants (750 millions de paires déjà commandées de manière proactive), 50 millions de blouses, 127 millions de masques chirurgicaux et 14 millions d'écrans faciaux pour la RNSU, à un coût d'environ 0,9 milliard de dollars, en signant le bloc « d'accord » ci-dessous.

6 JUILLET 2020	**6 JUILLET 2019**
_____	_____
[redacted]	[redacted]

Je, _____ , **approuve** la recommandation. _____
Ministre de la Santé Date

Je, _____ , **n'approuve pas** la recommandation. _____
Ministre de la Santé Date

N° de la SGCHD : 20-109279 – 396

Personne-ressource : [redacted]
Téléphone : [redacted]

Pièces jointes :
Annexe A – Sommaire des commandes d'EPI passées dans le cadre de l'approvisionnement en gros
Annexe B – Sommaire des commandes d'EPI proposées pour la RNSU

Annexe A – Sommaire des commandes d'EPI passées dans le cadre de l'approvisionnement en gros

	Millions			
Article	**Commandés par les PT**	**Commandés par le GC**	**Reçus par l'ASPC**	**Expédiés aux PT**
Respirateurs **N95**	32,2	98,1	2,0	1,0
Masques chirurgicaux	208,3	333,8	74,4	17,7
Blouses	59,1	116,1	12,1,	3,8
Gants (paires)	710,7	1 076,0	65,4	28,9
Écrans faciaux	10,0	56,9	31,0	9,5

Source : PHAC Control Tower, 30 juin 2020

Annexe B – Sommaire des commandes d'EPI proposées pour la RNSU

Article	**Millions**		**Considérations**
	Quantités estimées	Coût estimé :	
Respirateurs N95	S.O.	S.O.	Le modèle EPI indique qu'aucun autre achat n'est requis pour le moment; les premières livraisons de l'approvisionnement national sont prévues pour août 2020
Masques chirurgicaux	127	[redacted]	Les premières livraisons de l'approvisionnement national sont prévues pour juillet 2020
Blouses	50	[redacted]	Qualité mixte de l'approvisionnement national et étranger
Gants	750*	[redacted]	Pas d'approvisionnement national
Écrans faciaux	14	[redacted]	Une offre nationale forte
		[redacted]	

*Un approvisionnement de huit semaines en gants équivaut à environ 373 millions de paires de gants. Cependant, en raison de l'urgence que représente une pénurie potentielle de gants, du manque de capacité nationale et des indications que la chaîne d'approvisionnement mondiale sera confrontée à de nouvelles difficultés, l'ASPC a commandé de manière proactive 750 millions de paires de gants en nitrile supplémentaires.

Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada

Docket Number / Numéro du dossier
20-109279 - 396

Routing slip / Bordereau d'envoi

Program Contact / Responsable du programme _____ Date :
Print or type name / imprimez ou dactylographiez le nom

Director / Directeur (trice) _____ Date :
Print or type name / imprimez ou dactylographiez le nom

[redacted] _____ Date : 3 juillet 2020
Print or type name / imprimez ou dactylographiez le nom [redacted]

Cleared with/Avec l'accord de (if applicable / s'il y a lieu)

- ☐ OIA / BAI _____ Date :
- ☐ Finance / Finance _____ Date :
- ☐ HR / RH _____ Date :
- ☐ Communications _____ Date :
- ☐ Legal Services / Services légaux _____ Date :
- ☐ Other / Autre [redacted] _____ Date : 3 juillet 2020

Branch Head Approval / Approbation de chef de la direction générale

BILINGUAL TITLE / TITRE BILINGUE	

Can this title be released to the public? / Est-ce que ce titre peut être communiqué au public?
☑ Yes / Oui ☐ No / Non

If no, please identify sensitivities / Si la réponse est non, veuillez préciser les enjeux :
☐ Advice / Conseil ☐ Cabinet confidence / Document confidentiel du Cabinet ☐ Solicitor client / Secret professionnel ☐ Other / Autre

Branch Head / Chef de la direction générale

_____ _____ Date : 3 juillet 2020
[redacted] *Signature*

Approved/Noted – Approuvé/Noté

- ☐ [redacted] _____ Date : 6 juillet 2020
- ☐ [redacted] _____ Date : 6 juillet 2020

Quality Control / Contrôle de la qualité

Correspondence – Briefings /
Correspondance – Services ministériels _____ Approved / Approuvé
_____

Special instructions / Instructions particulières

Révisé le : 13 avril 2018

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé : 2020-07-08 21 h 10
À : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted]
Objet : Ébauche de réponse aux questions de Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC) concernant les envois d'équipement de protection individuelle (EPI)
Pièces jointes : Process Questions re PPE.docx

[redacted], je vous transmets les documents suivants aux fins d'examen :

- une ébauche de courriel en réponse à [redacted] concernant les questions et les préoccupations de SPAC sur les envois d'EPI;
- un document plus détaillé qui présente les questions et que vous pourriez vouloir communiquer (ci-joint);
- les réponses à vos questions supplémentaires envoyées à [redacted]

Je veux remercier l'équipe qui a contribué à la préparation de ces documents.

Je tiens à souligner que nous sommes dans une situation très difficile pour concilier ce que nous estimons être une réserve de deux semaines de l'espace d'entreposage restant (situation aggravée par les problèmes d'espace des provinces et territoires). Il importe également d'accélérer le processus visant à l'acquisition de l'option la plus viable à [redacted] (une seule installation de 350 000 pieds carrés). J'encourage SPAC à accélérer le processus et je crois qu'il est possible d'atteindre notre objectif – tout en envisageant d'autres options d'urgence (nous savons que l'acquisition d'un espace de 350 000 pieds carrés ne serait qu'une solution temporaire). Je rencontre à nouveau vendredi mon [redacted] et nos équipes respectives pour évaluer le progrès. [redacted] est conscient de la possibilité de devoir limiter les envois comme mesure d'atténuation supplémentaire. La note traite plus en détail des préparatifs. L'aide que vous apporterez en vous penchant sur ce point avec vos collègues est justifiée. Je mentionne également que la ministre Anand et son équipe approfondiront la question des EPI vendredi, ce qui permettra d'intervenir rapidement en cas de remontée des paliers hiérarchiques.

Ébauche de courriel :

Bonjour [redacted]

À la suite de notre dernière discussion, j'ai soulevé vos questions et vos suggestions auprès de mon équipe concernant l'aide que pourrait apporter SPAC à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Vous trouverez ci-dessous un résumé de haut niveau de nos commentaires. Je serais heureuse d'en discuter plus en détail avec vous lors d'un appel téléphonique.

En ce qui concerne le temps nécessaire à la saisie des articles dans les stocks :

Vous trouverez ci-joint un aperçu du processus d'achat en grandes quantités à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale, de l'expédition à la distribution finale aux provinces et aux territoires, en appui à l'intervention des soins de santé de première ligne (aperçu du processus logistique de l'ASPC). En moyenne, le temps de cycle pour ce processus de bout en bout est de 15 jours. Vos questions concernent les étapes de l'expédition et de la réception, qui prennent en moyenne 5 jours. Cette moyenne peut être plus basse pour les envois nationaux.

Les 10 jours restants sont consacrés à la vérification de la qualité, aux exigences réglementaires, à l'attribution et à la distribution.

De nombreux facteurs peuvent entraîner une prolongation du temps de cycle. SPAC pourrait soutenir davantage l'ASPC dans l'atténuation de ces facteurs, notamment en prenant en considération les points suivants :

1 – L'importante trajectoire ascendante du volume des envois combinés reçus au cours du mois de juin a littéralement envahi l'espace d'entreposage et accablé les ressources disponibles dans le continuum du processus. À cela s'ajoutent les défis que pose l'espace d'entreposage. Par conséquent, l'ASPC gère quotidiennement les problèmes de logistique, ce qui retarde la circulation des produits. Il s'agit d'un casse-tête logistique quotidien. Selon les estimations actuelles, les entrepôts de l'ASPC devraient atteindre leur capacité maximale dans les deux prochaines semaines.

Appui de SPAC en matière d'atténuation :

- L'accroissement de l'exactitude des données relatives aux envois reçus dans le système Titan de SPAC augmenterait considérablement la capacité de planifier et d'exécuter une logistique efficace. Nous avons mis en évidence plusieurs anomalies, et vos équipes ont été très réactives. Il serait très utile que SPAC mobilise des ressources supplémentaires pour gérer activement les calendriers de livraison des contrats et pour évaluer de manière critique les données dans le système Titan.

- Nos équipes ont collaboré activement à l'acquisition d'espaces d'entreposage supplémentaires, mais les progrès se sont effectués lentement. Afin d'assurer la continuité de la distribution, il est impératif que SPAC poursuive ses efforts concertés pour accélérer à la fois l'adoption de la solution provisoire, soit un espace de 350 000 pieds carrés, dans les deux prochaines semaines et le traitement de la demande globale de proposition logistique en vue d'une mise en œuvre le 1er septembre.

2 – L'état des envois à l'arrivée, le manque de renseignements clairs sur le contenu de l'envoi et le contrat auquel il est associé posent des problèmes importants pour les opérations de l'entrepôt. Ce problème a entraîné une courbe d'apprentissage importante dans le cadre de la collaboration avec le Groupe Robert et une prolongation du temps nécessaire pour dégrouper les palettes mixtes, compter et faire l'inventaire des envois, ce qui ralentit la capacité d'attribution et de distribution.

Appui de SPAC en matière d'atténuation : Nous travaillons avec le Groupe Robert pour résoudre les problèmes au quotidien. Tout effort que SPAC peut fournir pour présenter autant de renseignements anticipés que possible sur les envois serait utile, en plus d'efforts pour réduire le volume des palettes mixtes.

3 – Le volume important de « cas particulier », c'est-à-dire des produits ou des envois qui exigent d'autres solutions logistiques (p. ex. le réétiquetage de 70 millions de masques chirurgicaux), représente une mobilisation considérable des ressources qui nuit aux opérations quotidiennes de l'équipe.

L'ASPC a actuellement entrepris un processus de dotation pour des postes de responsables de l'approvisionnement et de responsables des achats de

produits ou de groupe de produits qui seraient chargés d'assurer la liaison avec le fournisseur de logistique de tierce partie et SPAC, et de la gestion des questions connexes. Elle cherche également à embaucher un logisticien principal qui serait responsable de superviser toutes les opérations et d'effectuer un suivi de bout en bout des articles.

Appui de SPAC en matière d'atténuation : SPAC pourrait fournir des ressources provisoires pendant le processus de dotation qui devrait s'étaler sur deux mois. Ressources requises : Deux embauches de PG4/5 (experts en matière d'approvisionnement et d'achats, respectivement); quatre embauches de PG2/3 pour apporter un soutien aux responsables de l'approvisionnement et des achats et pour assurer la gestion des problèmes en appui aux équipes techniques et aux équipes de gestion de la qualité.

En ce qui concerne les préoccupations relatives au processus d'échantillonnage et à l'expédition de gros volumes en un seul envoi plutôt qu'à des envois par intervalles de plus petits volumes, le processus d'échantillonnage est représentatif de la taille de l'envoi dans la perspective d'assurer un processus minutieux. Par exemple, la taille de l'échantillon serait augmentée pour les envois plus importants. Le risque lié à l'importation de la totalité de la cargaison en un seul envoi dans le but de réduire le nombre d'échantillons prélevés vient du fait qu'il y aurait de gros volumes de produits défectueux au Canada qui devraient alors être gérés.

Je comprends qu'il s'agit d'une quantité importante de renseignements et que vous souhaiterez peut-être en discuter plus en détail. Je serais heureuse de planifier un appel avec vous.

Cordialement,

Réponses aux questions supplémentaires :

Précisions concernant l'approvisionnement provisoire de deux mois

- La récente note d'information à l'intention de la ministre prend en considération l'approvisionnement provisoire de deux mois, en plus des 20 % de retenues que la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) reçoit de l'achat en grandes quantités.

- Ce stock de deux mois a été dissocié des achats en grandes quantités pour tenir compte du fait que la RNSU constitue un flux bidirectionnel d'EPI – les stocks sont reçus, mais ils sont ensuite utilisés pour répondre à des demandes d'aide fédérale. Le modèle pour les EPI indique que les masques chirurgicaux, les écrans faciaux, les gants et les blouses seront épuisés à l'automne, c'est-à-dire que les commandes actuelles ne seront pas suffisantes pour répondre à la demande (bien que le modèle présente certaines limites inhérentes). Une fois que la demande dépassera l'offre, les provinces et territoires présenteront probablement davantage de demandes d'aide fédérale. À ce titre, l'achat supplémentaire à la quantité déjà prévue permettrait au gouvernement du Canada d'avoir des quantités suffisantes de produits pour répondre à une augmentation des demandes d'aide fédérale, tout en assurant un approvisionnement supplémentaire.

Calendrier pour la livraison des respirateurs N95

- La RNSU atteindra la cible de deux mois pour les respirateurs N95 (8,5 millions d'unités) d'ici août.

Pour votre examen.

Cordialement,

[redacted]
Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada
Ottawa, Canada K1A 0K9

[redacted]
Gouvernement du Canada | Government of Canada

Processus de l'ASPC pour l'approvisionnement en gros FPT, de l'expédition à la distribution

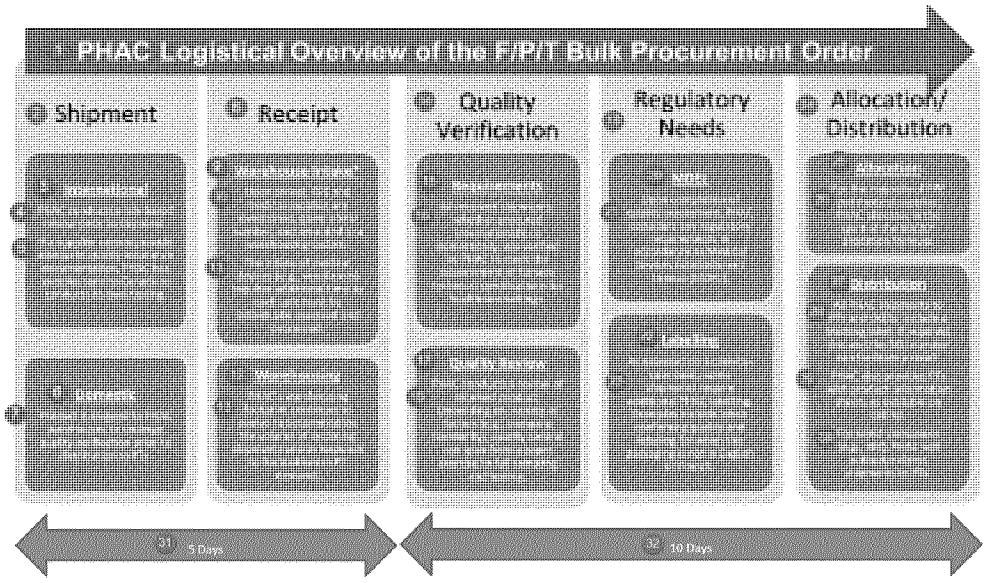
Un aperçu du processus d'approvisionnement en gros FPT, de l'expédition à la distribution finale aux PT visant à soutenir l'intervention en matière de soins de santé de première ligne, est présenté ci-dessous. En moyenne, la durée du cycle pour ce processus complet est de 15 jours. Cette moyenne peut être plus courte pour les expéditions intérieures.

Le produit est entré dans l'inventaire à l'étape « Réception » qui comprend la collecte de données permettant à l'ASPC de se conformer à sa licence d'établissement pour instruments médicaux (LEIM) pour importer et distribuer des instruments médicaux, au cas où un rappel serait nécessaire.

Pour les EPI, le délai entre l'expédition et la réception est en moyenne de cinq jours. Ce délai concerne les envois internationaux par voie aérienne / maritime, qui sont ceux dont le traitement prend le plus de temps, et tient compte des éléments suivants :

- Arrivée au Canada, déballage, recensement général des boîtes et remise en palettes par l'entrepôt de réception (de 24 à 48 h);
- Ramassage par messagerie pour le transport vers les entrepôts du Groupe Robert à [redacted] (de 24 à 48 h);
- Dépalettisation, tri (les palettes contiennent généralement des produits mélangés) et recensement complet pour saisir tous les renseignements nécessaires à l'inventaire, prise de photos (pour la création d'étiquettes et de fiches d'information sur les produits) et prélèvement d'échantillons par le personnel de Mesures Canada (48 à 72 heures selon la taille et la diversité de l'envoi reçu).

Les dix jours restants comprennent la vérification de la qualité, les besoins réglementaires, l'attribution et la distribution.



Facteurs ayant des répercussions sur la durée du cycle et manière dont SPAC pourrait apporter un soutien

Plusieurs facteurs peuvent avoir et ont eu une incidence défavorable sur la durée du cycle. Ces facteurs comprennent :

1. ***Volume des produits reçus et problèmes d'entreposage***

   La trajectoire ascendante substantielle du volume des envois multimodaux reçus au cours du mois de juin a littéralement dépassé l'espace et les ressources d'entreposage disponibles tout au long du continuum du processus. Ceci est aggravé par le manque d'espace d'entreposage. En conséquence, l'ASPC gère quotidiennement des problèmes de logistique, ce qui retarde le déplacement des produits. Cela ressemble à un casse-tête logistique quotidien. Selon les estimations actuelles, les entrepôts de l'ASPC seront à pleine capacité au cours des deux prochaines semaines.

   Les fonctionnaires de SPAC ont indiqué initialement que le processus global de solution logistique, lancé le 4 mai, allait être en place le 1er juillet; la nouvelle date cible est le 1er octobre. Début juin, l'ASPC et les FAC ont trouvé 350 000 pieds carrés d'espace supplémentaire avec du personnel d'entrepôt dans [redacted], mais SPAC a indiqué qu'il allait étudier des options et a présenté trois options individuelles de plus de 100 000 pieds carrés sans personnel d'entrepôt. Le problème n'a pas encore été résolu. Les entrepôts de l'ASPC sont pleins et les PT commencent à refuser les envois en raison de leurs propres problèmes de capacité.

   <u>Mesures d'atténuation :</u>

   - Visibilité de plus en plus précise des envois reçus : SPAC a une équipe d'agents d'approvisionnement qui appellent les fournisseurs quotidiennement pour confirmer les calendriers de livraison et saisir les données dans la solution Titan. Cependant, l'ASPC a signalé récemment plusieurs écarts dans les données de Titan. Ce travail est d'une valeur inestimable et pourrait bénéficier de ressources supplémentaires capables de gérer l'exécution des contrats (c.-à-d., de gérer activement l'exécution du contrat en plus de consigner les calendriers de livraison révisés) et d'examiner les données de manière critique pour repérer les lacunes (p. ex. le calendrier de l'exécution du contrat avec Medicom n'est pas pris en compte; envois manquants dont l'ASPC connaît l'existence grâce aux arrangements logistiques). L'exactitude des données dans Titan est essentielle à la capacité de l'ASPC de planifier et d'exécuter une logistique efficace;

   - SPAC et l'ASPC collaborent activement à l'acquisition d'espace d'entrepôt supplémentaire, mais les progrès sont lents. La poursuite des efforts concertés de SPAC pour accélérer à la fois la mise en œuvre de la solution provisoire de 350 000 pieds carrés au cours des deux prochaines semaines et la demande de propositions de solution logistique globale en vue de sa mise en œuvre le 1er septembre est essentielle pour assurer la continuité de la distribution.

2. ***Transition vers le Groupe Robert et état des envois reçus***

La transition du soutien des FAC pour l'entreposage de [redacted] à une solution provisoire fournie par le Groupe Robert (GR) a eu lieu fin mai et a souffert d'un certain nombre de difficultés d'adaptation, notamment en ce qui concerne la saisie de données d'inventaire suffisamment détaillées pour terminer le processus de « réception » et l'allocation ultérieure. Il y a des progrès, mais l'ASPC et les FAC continuent de travailler avec le GR pour atteindre un état final approprié. Selon le GR et la RNSU, l'état des envois ainsi que le manque de renseignements qui accompagnent les envois et de renseignements sur le produit lui-même sont inhabituels et ont nécessité des processus ajustés pour assurer un inventaire approprié – en voici des exemples :

a. Les envois sont emballés dans le but de maximiser l'espace sur les vols, de sorte que le contenu des palettes est mélangé. Leur contenu est encore divisé et regroupé à l'arrivée dans une formation différente et plusieurs produits se retrouvent sur chaque palette;
b. Souvent, les feuilles de route et les autres renseignements ne sont pas joints et sont difficiles à retrouver;
c. Les produits sont parfois étiquetés dans différentes langues et cet étiquetage ne correspond pas aux renseignements du contrat et/ou est manquant, de sorte qu'il faut procéder à une manipulation supplémentaire et à une enquête pour une grande partie des produits.

<u>Mesures d'atténuation :</u>

- Améliorer la qualité de la construction des envois et des renseignements qui les accompagnent : l'ASPC collabore avec le GR pour régler les problèmes quotidiennement et tous les efforts que SPAC peut déployer pour fournir autant de renseignements sur les envois à l'avance que possible ainsi que pour réduire les efforts nécessaires pour trier le contenu des palettes mixtes seraient utiles.

3. Difficultés logistiques quotidiennes

Le nombre important de « valeurs aberrantes » ou de produits / envois qui nécessitent des solutions logistiques de remplacement et détournent des ressources des opérations quotidiennes, notamment :

a. 50 millions de blouses provenant de fournisseurs étrangers qui doivent être réétiquetées;
b. Entreposage de plus de 10 millions de respirateurs KN95 défectueux;
c. Réétiquetage de 75 millions de masques chirurgicaux dans le cadre d'un contrat conclu avec un tiers;
d. Refus de désinfectant pour les mains de qualité technique par les PT.

<u>Mesures d'atténuation :</u>

- L'ASPC est en train d'embaucher des responsables de l'approvisionnement et des achats pour les produits ou les groupes de produits qui auraient la responsabilité d'assurer la

liaison avec le 3 PL et SPAC et de gérer les problèmes connexes, respectivement, ainsi qu'un logisticien principal qui serait chargé de superviser toutes les opérations en vue d'assurer un suivi de bout en bout des articles.

- SPAC pourrait fournir des ressources à titre provisoire pendant que le processus de dotation est en cours (pour une durée estimée à deux mois). Les ressources nécessaires comprennent : 2 x PG4 / 5 (expertise en approvisionnement / expertise en achats, respectivement); 4 x PG2 / 3 pour soutenir les gestionnaires de l'approvisionnement / des achats et gérer les problèmes pour soutenir les équipes techniques et de gestion de la qualité.

Processus de prélèvement d'échantillons

Le processus de prélèvement d'échantillons est représentatif de la taille de l'envoi pour favoriser un processus rigoureux. Par exemple, on ajuste la taille de l'échantillon à la hausse pour les envois les plus volumineux. En important la totalité de l'envoi en même temps pour réduire le nombre d'échantillons prélevés, nous risquons de nous retrouver au Canada avec de grands volumes de produits défectueux que nous devrons ensuite gérer.

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (SC/HC)
Envoyé le : 2020-07-09 17:19
À : [redacted]
C.c. : [redacted]
Objet : [redacted]

Je suis d'accord, nous ne pouvons risquer de compromettre l'enquête policière.

[redacted]

De : [redacted]
Envoyé le : 2020-07-09 16:57
À : [redacted]
C.c. : [redacted]
Objet : [redacted]

Merci beaucoup [redacted]

[redacted]

De : [redacted]
Envoyé le : 2020-07-09 16:44
À : [redacted]
C.c. : [redacted]
Objet : [redacted]

[redacted]

Cordialement,

[redacted]

De : [redacted]@[redacted]>
Envoyé le : 2020-07-09 15:52
À : [redacted]
C.c. : [redacted]
Objet : [redacted]

[redacted]
Voici quelques précisions sur ce que nous avons appris aujourd'hui [redacted]. Je sais que [redacted] vous a communiqué [redacted]

[redacted]

Merci beaucoup.

[redacted]

De : [redacted]
Envoyé le : 2020-07-09 7:01
À : [redacted]
C.c. : [redacted]

Objet : [redacted]

Pas encore, cela fait partie de la planification et de l'évaluation du projet d'un point de vue techno logique.

Ceci est inclus dans le cadre des perspectives pour stimuler le financement et au cas où nous aurions une possibilité de financement.

[redacted]
Cellulaire [redacted]
Bureau/Office [redacted]

Direction générale des services de gestion /
Corporate Services Branch /
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada /
Health Canada & Public Health Agency of Canada

-------- Original message --------
De : [redacted]
Date : 09/07/2020 06:36 (HSG-05:00)
À : [redacted]@[redacted]
C.c. : [redacted]
Objet : [redacted]

Merci [redacted]. Avez-vous un calendrier concernant le parachèvement du travail concernant [redacted]

Envoyé de mon iPhone

> Le 8 juillet 2020 à 23:51, [redacted] a écrit :
>
> [redacted],
> C'est ce que nous savons pour le moment. Malheureusement, ni la personne de la sécurité qui a joint [redacted] pour l'appel, [redacted]. Nous avons demandé d'autres mises à jour tôt le matin et je vous transmettrai plus de détails [redacted] (je sais que vous avez besoin de cela pour la séance d'information de 8 h.)
>
> [redacted] – si vous avez d'autres renseignements du point de vue du programme, veuillez les ajouter à ces renseignements.
>
> [redacted]

[redacted]

Le point sur l'amélioration de la sécurité et l'évaluation des menaces et des risques aux entrepôts de l'ASPC dans l'ensemble du pays.

La DGSC a récemment terminé une EMR de tous les emplacements du SNRU au pays et finalise tous les rapports écrits qui sont partagés avec le chef de programme de l'ASPC à mesure qu'ils sont terminés. Il y aura des discussions sur les recommandations et les mesures à prendre lorsque l'ASPC aura examiné les rapports. En rédigeant ces EMR, la GRC a été sollicitée pour évaluer toute menace connue contre les entrepôts du SRNU. [redacted]

[redacted]

Précautions de sécurité du SNRU :

Tel que mentionné précédemment, la DGSC/DMSN [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

De : [redacted]>
Envoyé le : 2020-07-20 10:28
À : [redacted]@[redacted]>
C.c. : [redacted]
Objet : [redacted]

Il serait bon d'organiser une séance sur ce que nous savons, sur ce qui a été fait et quelles sont les prochaines étapes[redacted]

Envoyé de mon iPhone

> Le 8 juillet 2020 à 21:35, [redacted] a écrit :
>
> Compris.

[redacted]
Cellulaire [redacted]
Bureau/Office [redacted]

Direction générale des services de gestion /
Corporate Services Branch
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada /
Health Canada & Public Health Agency of Canada

-------- Original message --------
De : [redacted]
Date : 08/07/2020 21:33 (HSG-05:00)
À : [redacted]@[redacted]
C.c. : [redacted]
Objet : [redacted]

J'ai besoin d'une mise à jour avant le téléphone au ministre demain matin à 8 h.
J'ai besoin d'une évaluation rapide pour régler toute lacune en matière de sécurité.

Envoyé de mon iPhone

Le 8 juillet 2020 à 21:06, [redacted] a écrit :

Je fais un suivi sur cette question. Je n'ai pas encore de nouveaux renseignements, mais la Sécurité travaillait avec le programme et a pris part à un appel conjoint cet après-midi [redacted] nous vous tiendrons au courant du résultat.

[redacted]

De : [redacted]
Envoyé le : 2020-07-08 16:00
À : [redacted]@[redacted]
C.c. : [redacted]
Objet : [redacted]

Veuillez prendre note que le BSM veut un rapport de situation au plus tard à 18 h sur ce que nous savons et sur les recommandations préliminaires concernant les domaines d'intervention à gérer.

[redacted]

Envoyé de mon iPhone

> Le 8 juillet 2020 à 15:52, [redacted] a écrit :
>
> [redacted], à titre de mise à jour [redacted]
>
> À suivre.
>
> [redacted]
>
> **De :** [redacted]
> **Envoyé le :** 2020-07-08 11:52
> **À :** [redacted]
> **Objet :** [redacted]

[redacted]

Envoyé de mon iPhone

Le 8 juillet 2020 à 11:44, [redacted] a écrit :

[redacted] : Les masques étaient [redacted]

Cordialement,

[redacted]

Envoyé de mon iPhone

Le 8 juillet 2020 à 11:38
AM, [redacted] a écrit :

[redacted]

Envoyé de mon iPhone

Le 8 juillet 2020, à 11:34 [redacted] a écrit :

[redacted] : Nous confirmons [redacted]

Remarque : Le BSM de l'ASPC sera partie à cet appel.

Plus à suivre.

[redacted]

Envoyé de mon iPhone

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé : 2020-07-10 14 h 35
À : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Acquisition de services d'entreposage et de logistique pour l'équipement de protection individuelle (EPI) médical

[redacted], en prévision de notre discussion sur la logistique et la gestion des stocks prévue pour lundi à 16 h 30, je tiens à vous informer de certaines mesures à prendre et questions à considérer immédiates en ce qui concerne l'accroissement de nos capacités en matière d'entreposage et de services de logistique.

- Notre espace d'entreposage actuel à [redacted] sera saturé dans deux semaines. L'entrepôt de [redacted] atteindra également sa capacité maximale sous peu. Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC) poursuit les négociations avec le propriétaire en ce qui concerne l'option privilégiée, soit un espace d'entreposage de 350 000 pieds carrés à [redacted] tout en se préparant à acquérir un espace supplémentaire de 150 000 pieds carrés à [redacted] Il importe de prendre en considération la disponibilité des services de logistique dans le cadre de ces acquisitions d'espace.

- L'une des options pour accélérer et accroître notre posture logistique est de faire appel à une solution logistique tierce (au-delà du contrat actuel avec le Groupe Robert) en publiant une demande de propositions (DDP). Il convient également de tenir compte de l'effort requis pour potentiellement collaborer avec un nouveau fournisseur. Nous estimons qu'il n'y a peut-être pas d'autres fournisseurs qui pourraient se mobiliser assez rapidement ou à une échelle suffisante pour répondre à cette exigence. Un processus concurrentiel a d'abord été utilisé pour acquérir le Groupe Robert en tant que collaborateur (déclaration d'intérêt), ce qui peut justifier davantage le recours à la Justification du fournisseur unique pour maintenir la collaboration avec le Groupe Robert, en plus des discussions avec les entreprises les plus prometteuses. Les documents relatifs à la Justification du fournisseur unique ont été préparés. Afin de contribuer à l'évaluation de nos hypothèses concernant l'intérêt pour cette option, mon homologue de SPAC [redacted] tentera de présenter cette question lors de la réunion hebdomadaire d'aujourd'hui avec la ministre Anand. Si ce point n'est pas soulevé lors de la réunion, ou ne peut pas être soulevé, je vous recommande d'examiner avec [redacted] les possibilités de remontée des paliers hiérarchiques avant la réunion de vendredi prochain avec la ministre Anand. Je vous tiendrai au courant à cet égard. Si cette question n'est pas réglée d'ici lundi après-midi, j'estime qu'il est nécessaire de la signaler lors de la réunion à quatre par téléphone de lundi aux fins de sensibilisation. En attendant, nous préparons d'autres éventualités moins idéales en matière d'espace et de services.

- Conjointement, SPAC est prêt à publier la DDP dans un bref délai au moyen d'un processus accéléré si la Justification du fournisseur unique n'est pas appuyée. La présentation de la DDP et l'examen simultané d'un marché prescrit suscitent des préoccupations.

Pour votre examen.

Cordialement,

[redacted]

[redacted]
Équipement de protection individuelle et Réserve nationale stratégique d'urgence
Personal Protective Equipment and National Emergency Strategic Stockpile

[redacted]
Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada
Ottawa, Canada K1A 0K9

[redacted]
Gouvernement du Canada | Government of Canada

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé : 2020-07-10 15 h 45
À : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted]
Objet : Objet : Risque en matière de transparence pour l'approvisionnement en équipement de protection individuelle (EPI)

Merci, [redacted]. Je m'en occupe.

[redacted]

De : [redacted]
Envoyé : 2020-07-10 15 h 44
À : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Objet : Risque en matière de transparence pour l'approvisionnement en équipement de protection individuelle (EPI)

Merci, [redacted]. Je suis d'avis que nous devrions aller de l'avant rapidement avec l'évaluation des menaces et des risques pour un processus de bout en bout. Nous devrions collaborer avec Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC) à cet égard. Nous devrions peut-être déterminer qui possède les capacités pour accélérer ce processus. Merci de me tenir informée au début de la semaine prochaine en ce qui concerne le plan.

Envoyé de mon iPhone

> Le 10 juillet 2020, à 15 h 25, [redacted] a écrit :
>
> [redacted], à titre de premier mandat, je propose l'examen des éléments suivants en ce qui concerne le risque en matière de transparence pour l'approvisionnement en EPI :
>
> ***Site Web de SPAC***
>
> La page Web de SPAC *Fournir de l'équipement dans le cadre de la réponse du Canada à la COVID-19* présente deux éléments fondés sur les données :

1. *Aperçu des achats*

- Cette section reflète les quantités commandées et reçues, et est mise à jour chaque semaine. Elle ne contient aucun détail sur les envois.

2. *Exemples de fournisseurs canadiens qui redoublent d'efforts*

- Cette section met en lumière les progrès relatifs au Plan canadien de mobilisation du secteur industriel pour lutter contre la COVID-19 et énumère des fournisseurs particuliers, leurs emplacements ainsi que les articles qu'ils produisent.

- Prendre des mesures pour atténuer cette visibilité réduirait également la reconnaissance des vulnérabilités de la chaîne d'approvisionnement et des cibles potentielles.

Diffusion opérationnelle des renseignements et des données relatifs à la chaîne d'approvisionnement

- Les renseignements concernant les envois d'EPI vers le Canada et à l'intérieur du pays sont communiqués à SPAC, à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et aux partenaires en logistique, notamment : les Forces armées canadiennes (FAC), Deloitte; les entreprises de logistique tierces comme Bolloré Logistics et Groupe Robert; les transporteurs aériens Cargojet et Air Canada; et les services de courrier Purolator pour soutenir les opérations.
    - Bien qu'une posture de proximité soit adoptée, la portée et l'échelle internationales de l'opération présentent une vulnérabilité accrue et entraînent un volume élevé de trafic de courriels sur les systèmes gouvernementaux et externes.

- Les archives de données logistiques consolidées telles que les tours de contrôle de l'ASPC et de SPAC disposent d'une posture de sécurité plus élevée et sont accessibles uniquement par la création d'un compte et une authentification de second facteur.

Prochaines étapes

- L'équipe des EPI collabora avec l'agent de sécurité du Ministère pour mener une évaluation plus approfondie de l'expansion de l'entrepôt et des opérations logistiques. Elle prévoit également de collaborer avec les homologues de SPAC et des FAC pour en examen de bout en bout de la posture de sécurité de l'ensemble des opérations logistiques, ainsi que pour obtenir des recommandations relatives à l'accroissement de l'équilibre entre la nécessité opérationnelle et le risque en matière de transparence.

Pour votre examen.

Cordialement,

[redacted]

Équipement de protection individuelle et Réserve nationale stratégique d'urgence

| Personal Protective Equipment and National Emergency Strategic Stockpile

[redacted]

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada
Ottawa, Canada K1A 0K9

[redacted]

[redacted]a

Gouvernement du Canada | Government of Canada

[redacted] (PHAC/ASPC)
Expéditrice : [redacted]
Date et heure d'envoi : 2020-07-13 10 h 24
Destinataire : [redacted] (PHAC/ASPC)
Objet : Faire suivre : URGENT: Pour examen/décision : capacité des USI
Pièce jointes : MOVES-SLC Flyer-2019.pdf; ATT00001.htm; Sommer Fisher Improv emerg ventv CCM 94-full[1].pdf; ATT00002.htm; Neyman 2006 A Single Ventilator for Multiple Simulated Patients to Meet Disaster Surge[1].pdf; ATT00003.htm

Un autre document du sous-dossier des ventilateurs
Envoyé de mon iPhone

Message réacheminé :
Expéditrice : «[redacted]
Date : 22 mars 2020 à 11 h 17:39 (HAE)
Destinataire : [redacted]
Objet : Faire suivre : URGENT : Pour examen/décision : capacité des USI

Documents fournis par [redacted] concernant les ventilateurs.

Expéditeur : [redacted]
Date et heure d'envoi : 2020-03-22 10 h 43
Destinataire : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : URGENT : Pour examen/décision : capacité des USI
Importance : Élevée
Bonjou[redacted].

1._ Merci.
2._ Au sujet des ventilateurs. Je connais très bien le groupe Thornhill Medical. [redacted] Il a conçu quelques idées utiles pour cette épidémie. Il a un système d'unité de soins intensifs respiratoire portative dans une boîte appelé MOVES SLC qui assure la ventilation mais aussi la surveillance physiologique et l'aspiration. Il concentre l'oxygène de l'air et n'a donc pas besoin d'être alimenté en oxygène et a une pile de longue durée de vie entre les connexions dans une prise murale. Il est censé être très bon pour assurer une ventilation portative des personnes modérément ou très malades qui souffrent d'insuffisance respiratoire. Il peut ne pas être en mesure d'assurer une ventilation et une oxygénation aussi efficacement que les ventilateurs haut de gamme actuels, mais il convient à la plupart des patients sinon à tous.

Je ne l'ai pas utilisé moi-même (peu de gens l'ont fait) mais je sais qu'il a été utilisé assez dans des environnements austères.
Cela semble être une bonne option pour les patients qui sont soignés dans des endroits inhabituels – dans un hôpital ou en dehors du cadre traditionnel d'une unité de soins intensifs / d'un hôpital. [redacted] Alors, c'est une bonne option, mais l'approvisionnement est limité à 4 à 6 semaines. Il est très raisonnable de les acheter et de les utiliser pour s'assurer qu'ils sont adaptés à leur fonction si l'on en a besoin dans un mois et si d'autres sont disponibles à ce moment.

Pour ce qui est d'assurer la capacité des USI et des ventilateurs pendant les périodes où le nombre des cas est maximal dans nos différentes régions, nous pourrions recommander ce qui suit en série :

En ce qui concerne la capacité des USI :

- Maximiser la capacité des USI actuelles en retardant les interventions discrétionnaires qui nécessitent une USI (c'est ce que l'on fait en ce moment, mais il est probable que l'on pourrait faire plus dans de nombreux hôpitaux au cours des prochaines semaines).
- Étendre les zones des USI en s'appropriant d'autres zones appropriées - unités de soins post-anesthésiques et unités médicales et chirurgicales de bref séjour à haute intensité – se fait à l'heure actuelle dans la plupart des hôpitaux.
- Préparer une série de zones supplémentaires pour les patients atteints de COVID et de maladie grave (d'abord, nous serons dans le service A, puis dans les services B et C) et les configurer pour la fourniture d'oxygène, l'aspiration, la surveillance, etc.
- Envisager d'utiliser des emplacements à l'extérieur de l'hôpital pour les patients les moins malades de l'hôpital (il est peu probable que ce soient les patients atteints de COVID, mais ça pourrait être le cas) là où il existe une capacité pour les soins très légers; cela libère l'infrastructure de l'intérieur de l'hôpital pour les patients les plus malades.

En ce qui concerne la ventilation :

- Utiliser les ventilateurs actuels en circulation, puis ajouter ceux de la réserve régulière de l'hôpital, puis demander à puiser dans les réserves régionales / nationales de ventilateurs conventionnels, au besoin, et maximiser la coopération entre les régions qui sont durement touchées et celles qui n'ont pas encore beaucoup de patients.
- Utilisez des ventilateurs non traditionnels tels que les petits ventilateurs de transport, les machines « BiPAP », MOVES SLC ou d'autres plateformes émergentes, les ventilateurs de salle d'opération qui peuvent fournir un soutien aux patients qui ne souffrent pas des pires affections pulmonaires (en réservant les ventilateurs haut de gamme aux plus malades qui pourront, espérons-le, survivre).
- Envisager l'utilisation des systèmes de ventilation très rarement utilisés tels que le ventilateur multi-circuits – un ventilateur dont la tubulure est connectée à de nombreux patients (p. ex., de 2 à 4), de tailles et de compliances pulmonaires semblables, qui comporte des filtres à haute efficacité sur tous les membres de la tubulure pour éviter la contamination croisée d'un patient à l'autre.

- Compression manuelle à sac à l'aide d'un appareil simple et peu coûteux tel que () ou la ventilation manuelle de l'« ère de la polio » effectuée au chevet du patient par un étudiant en médecin ou en soins infirmiers qui porte un équipement de protection individuelle complet.
- Envisager le triage médical en utilisant des critères convenus en tenant de vastes consultations avec les intervenants en dernier recours.
- Pour les patients ainsi triés, fournir les meilleurs soins disponibles, y compris en recourant à de simples systèmes d'écoulement d'oxygène qui assurent une pression constante dans le système (« VPPC ») à l'aide d'une tubulure simple et de VPPC à valve si les appareils existent encore.

[redacted]

Expéditrice : «[redacted]
Date : Dimanche le 22 mars 2020 à 9 h 07
Destinataire : [redacted]
Cc : «[redacted]
Objet : URGENT : Pour examen/décision : capacité des USI

ATTENTION : Courrier externe. Ne cliquez pas sur les liens et n'ouvrez pas de pièces jointes en lesquelles vous n'avez pas confiance.

Salut encore[redacted]

Quelques petites choses :
1. L'ASPC souhaite poursuivre l'étude proposée. [redacted] établira des contacts pour travailler à la logistique pour tout préparer. Merci encore d'avoir communiqué avec nous à ce sujet. C'est très apprécié.
2. Ventilateurs : C'est terriblement audacieux de ma part de le demander, mais [redacted] se demandait si vous et [redacted] de soins intensifs connaissiez le produit de ventilateur Thornhill (voir l'information ci-jointe) et si vous pensez qu'il s'agit d'un produit approprié dans le contexte de la COVID. Je crains que ce ne soit un peu urgent. Je vous serais très reconnaissant de me transmettre vos conseils avant midi aujourd'hui si possible.
J'espère sincèrement que cela ne vous dérange pas que nous vous demandions votre aide à ce sujet,[redacted]
Je vous appellerai plus tard ce matin.

[redacted]

Expéditeur : [redacted]
Date et heure d'envoi : 2020-03-21 6:25 PM
Destinataire : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Concernant : Pour examen/décision : capacité des USI

Bonjour [redacted],
Merci beaucoup pour votre note.

Je pense que nous pourrions accomplir beaucoup en deux semaines de travail. Je pense que pour avoir des données granulaires utiles à long terme, il nous faudra 2 à 3 mois, mais nous pourrions accomplir beaucoup en deux semaines avec quelques personnes à temps plein et un peu de soutien ici. Ma boîte vocale est pleine (!) et est en train d'être réparée par nos responsables de la technologie de l'information [redacted] – je m'excuse donc de ne pas pouvoir l'écouter pendant la fin de semaine. N'hésitez pas à communiquer avec moi en tout temps.

Mon numéro de téléphone est le [redacted]

Salutations,
[redacted]

Le 21 mars 2020, à 14 h 33, [redacted] a écrit :
ATTENTION : Courrier externe. Ne cliquez pas sur les liens et n'ouvrez pas de pièces jointes en lesquelles vous n'avez pas confiance.
Bonjour, [redacted]

Je suis ravie d'avoir de vos nouvelles concernant votre proposition ci-dessous.
Je vous ai laissé à tous les deux des messages vocaux aujourd'hui.

Il me ferait plaisir de discuter avec vous au sujet de votre proposition.
Une information qu'il serait très utile de comprendre le plus tôt possible est le temps qu'il faudrait pour réaliser une étude de niveau 1? Dans combien de temps pourrions-nous avoir des résultats?
Merci
[redacted]
COVID-19
Agence de la santé publique du Canada
[redacted]

Expéditrice : [redacted]
Date et heure d'envoi : 2020-03-19, 14 h 52

Destinataire : [redacted]
Cc : [redacted]
[redacted];
Objet : Faire suivre : capacité des USI
Importance : Élevée
Bonjour,[redacted]
Merci beaucoup pour votre courriel. Je veillerai à ce que votre courriel ci-dessous soit transmis à la haute direction au sein de l'ASPC et nous y répondrons le plus rapidement possible. Merci pour tout le travail que vous faites.

[redacted]

[redacted]
Office of Emergency Response Services/Bureau des services d'interventions d'urgences
Centre for Emergency Preparedness and Response/Centre de mesures et d'intervention d'urgence
Health Security Infrastructure Branch / Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire
Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada
[redacted]

Expéditeur : [redacted]
Date et heure d'envoi : 19 mars 2020, 13 h 45
Destinataire : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Concernant : capacité des USI
Importance : Élevée

[redacted];

En notre qualité [redacted] Nous sommes confrontés à la crise de santé publique mondiale la plus grave et la plus inquiétante depuis une génération qui peut amener les hôpitaux à être submergés par plus de patients gravement malades qu'ils ne peuvent en soigner. Au cours des deux derniers mois, dans diverses administrations de la santé du monde – dans la province du Hubei en Chine, en Iran et dans le nord de l'Italie, la demande de soins intensifs et de services de

ventilation mécanique ont dépassé la capacité disponible, ce qui entraîné la mort de nombreux patients qui, en temps normal, auraient pu être soutenus pour survivre à une maladie infectieuse.
La modélisation précoce à l'échelle de la population de la maladie grave liée à la COVID-19 au Canada a produit des scénarios prudents dans lesquels la demande dépassait de loin la capacité habituelle, et des scénarios plus probables dans lesquels certaines administrations avaient des taux d'attaque élevés au début de l'épidémie et où la propagation dépassait complètement la capacité locale de fournir des soins. Les hôpitaux et les unités de soins intensifs se sont préparés comme jamais auparavant à augmenter la capacité – en réquisitionnant des services hospitaliers et en créant des unités de USI temporaires dotées d'une combinaison de travailleurs de tous les secteurs de l'hôpital.

Depuis la pandémie de H1N1 de 2009-2010, de nombreuses administrations se sont préparées à faire face à une hausse de la demande et ont constitué des réserves modérées de matériel, y compris de ventilateurs mécaniques, mais les administrations ne se sont pas préparées à une épidémie de l'ampleur de celle que nous avons vécue dans de nombreux endroits du monde jusqu'à présent.
Après la pandémie de 2009-2010, le Groupe canadien de recherche en soins intensifs a constitué un groupe de travail sur la capacité des soins intensifs pour cataloguer la capacité des soins intensifs et de la ventilation mécanique dans toutes les provinces et tous les territoires. Il a déterminé qu'il y avait une forte variation entre les provinces et que des systèmes émergaient à l'échelle provinciale et localement de manières qui rendaient le système vulnérable à des hausses de la demande.
Le Nord canadien était particulièrement sous-approvisionné, de sorte qu'il serait nécessaire de procéder à des évacuations et à un transport médical en cas de poussée d'épidémie dans les collectivités rurales et éloignées. Nous avons également constaté que très peu de centres avaient à ce moment les moyens de soigner les patients les plus malades par des moyens extraordinaires, par exemple au moyen d'un système d'assistance respiratoire extracorporelle (ECLS, dialyse pour les poumons) qui s'est révélée efficace dans d'autres administrations et qui est associée au taux de mortalité moindre du virus H1N1 au niveau de population en Australie et en Nouvelle-Zélande, des pays qui ont employé l'ECLS plus fréquemment que la plupart des autres.
Au cours des dernières semaines, lorsque nous avons réalisé à quel point la capacité était insuffisante pour la demande en Chine et en Italie, il est devenu manifeste qu'une des principales lacunes dans les connaissances qui nous servent à planifier notre intervention concerne la connaissance immédiate du nombre de lits en USI, de la capacité d'augmenter ce nombre, du nombre de ventilateurs conventionnels, de la capacité augmenter ce nombre grâce aux réserves existantes et à la réaffectation du matériel connexe et du nombre de machines d'ECLS dans les hôpitaux du pays. Ceci est important car, comme nous le voyons généralement lors des épidémies, y compris dans celle-ci, c'est qu'elle frappent d'une manière géographiquement et temporellement inégale –

une région peut être rapidement dépassée tandis qu'une autre pourrait ne pas avoir encore beaucoup de cas, et l'épicentre évolue sur un horizon temporel de plusieurs mois. Nous devons pouvoir déterminer où la capacité existe et où nous pouvons la déplacer de manière justifiée – possiblement en transportant des patients, mais plus probablement en apportant des capacités – personnel et ventilateurs – aux patients. À l'heure actuelle, nous ne connaissons pas du tout cette variabilité – nous avons besoin de cette connaissance pour nous entraider afin d'aider nos patients et pour mieux éviter les scènes que nous avons vues dans le nord de l'Italie ou en Chine où des d'hôpitaux et des régions auraient laissé des personnes mourir parce qu'ils n'avaient pas les ressources locales nécessaires pour les prendre en charge.
Les retombées vitales, émotionnelles et politiques de cette situation au Canada seraient énormes et nous cherchons à faire de notre mieux pour éviter que cela ne se produise.

Nous demandons l'aide immédiate du [redacted] pour recueillir de l'information vitale sur la capacité de soigner les patients gravement malades au Canada en répétant rapidement l'enquête déjà effectuée à l'échelle du pays et en utilisant les contacts et la méthodologie employés précédemment.

Dans chaque hôpital canadien géolocalisé, nous déterminerons le nombre (1) de ressources d'usage courant et (2) qui peuvent être mises en service, tant pour les patients adultes que pour les enfants :
Le nombre total de lits en USI*
Le nombre total de lits en USI capables d'assurer une ventilation mécanique
Le nombre total de ventilateurs mécaniques*
Le nombre total de ventilateurs non invasifs
Le nombre total de ventilateurs de transport
Le nombre total de ventilateurs anesthésiques
Le nombre total d'appareils à oxygène nasal à haut débit
Le nombre total de ventilateurs oscillatoires haute fréquence
Le nombre total de machines d'oxygénation extracorporelle/d'ECLS *
Le nombre total de lits d'hôpital*

Nous sollicitons une assistance sous la forme de :

- En nature, deux (2) épidémiologistes de l'ASPC qui travaillent à distance pendant 2,5 mois à temps plein pour aider à recueillir ces données
- Un soutien financier pour deux étudiants de premier cycle chargés de soutenir l'épidémiologiste qui travailleraient [redacted]
- Soutien en nature d'un géographe médical de l'ASPC ou d'un organisme partenaire pour traduire les données en affichages graphiques et en

cartes thermiques pour le contexte canadien (environ 3 semaines de travail)

- Soutien financier pour une durée limitée de soutien à la biostatistique (environ 20 heures, 1 400 $)
- Soutien en nature à la coordination générale de l'ASPC
- Soutien en nature sous forme de services de traduction rapide de rapports dans les deux langues officielles

Nous suggérons d'adopter une approche à plusieurs niveaux des livrables :
Niveau 1 – une enquête sur la capacité très rapide axée sur des éléments très CLÉS*
Niveau 2 – un ensemble de données granulaires sur 3 mois pour recueillir de l'information plus détaillée qui sera nécessaire tout au long de l'épidémie qui devrait durer de 6 à 24 mois.
Merci beaucoup de l'attention que vous accorderez à cette demande urgente du domaine de la santé publique.
Cordialement,

[redacted]

Ce courriel est destiné uniquement au(x) destinataire(s) nommé(s) et peut contenir des renseignements confidentiels, personnels et/ou sur la santé (renseignements susceptibles de faire l'objet de restrictions de leur utilisation, de leur conservation et/ou de leur divulgation prévues par la loi). La communication par l'entremise d'Internet ne doit pas être interprétée comme une renonciation à la confidentialité. Tout lecture ou distribution par une personne autre que la ou les personnes auxquelles il était destiné à l'origine est strictement interdite. Si vous avez reçu ce courriel par erreur, veuillez communiquer avec l'expéditeur et en détruire toutes les copies.

Ce courriel est destiné uniquement au(x) destinataire(s) nommé(s) et peut contenir des renseignements confidentiels, personnels et/ou sur la santé (renseignements susceptibles de faire l'objet de restrictions de leur utilisation, de leur conservation et/ou de leur divulgation prévues par la loi). La communication par l'entremise d'Internet ne doit pas être interprétée comme une renonciation à la confidentialité. Tout lecture ou distribution par une personne autre que la ou les personnes auxquelles il était destiné à l'origine est strictement interdite. Si vous avez reçu ce courriel par erreur, veuillez communiquer avec l'expéditeur et en détruire toutes les copies.

Une révolution dans le domaine de l'équipement portatif de maintien des fonctions vitales

MOVES® SLC^{MD}

MOVES® SLC^{MD} est une unité de soins intensifs (USI) révolutionnaire et complètement intégrée qui associe un concentrateur d'O_2, un ventilateur unique qui conserve l'O_2, un système d'aspiration et un système complet de surveillance des fonctions vitaules dans un même système compact et portatif à piles.

Grâce à son ventilateur à circuit circulaire breveté de Thornhill Medical, combiné à un concentrateur d'O_2 intégré, MOVES® SLC^{MD} peut essentiellement éliminer le besoin de transporter de lourds bouteilles d'O_2 sous pression, encombrantes et dangereuses.

Comment? Une FiO_2 élevée peut être maintenue avec un faible débit d'oxygène car le patient expire son O_2 exhalé au travers du ventilateur à circuit circulaire novateur de MOVES® SLC^{MD}.

MOVES® SLC^{MD}

- Assure une oxygénothérapie conforme à la norme de soins de santé pour les patients gravement malades sans bouteilles d'O_2 sous pression.
- Simplifie les soins aux patients car les fonctions de surveillance du patient, de ventilation, d'aspiration et de concentration d'oxygène sont contrôlées au moyen d'un

dispositif unique et d'une interface d'utilisateur unique et alimentées par une pile ou une source d'alimentation externe unique.
- Fonctionnera dans toutes les plateformes de transport et offre au fournisseur de soins traitant un accès complet au patient.
- Son poids et sa taille sont inférieurs de plus de 50 % à ceux des systèmes portatifs actuels, ce qui permet au personnel médical déployé à l'avant d'être plus mobile et efficace et d'améliorer en fin de compte les résultats pour les patients dans les environnements austères et difficiles.
- Son utilisation est approuvée pour les patients adultes et pédiatriques.

Module d'affichage de la télécommande
Aucune bouteille d'oxygène n'est requise!

www.thornhillmedical.com | +1 416-597-1325 | 1-888-597-1325
210, rue Dundas O., nº 200, Toronto (Ontario) Canada M5G 2E8

Thornhill Medical
Inspiring Innovation

MOVES® SLC^{MD}

CARACTÉRISTIQUES

Surveillance physiologique :
FiO_2 / $ETCO_2$ (+ Capnographie) / ABP /
CVP / ICP / NIBP / Masimo® SpO_2
(+ Paramètres Masimo® Rainbow® FIXÉS en option) / ECG à 12 électrodes / Température du patient (x2); Tendances des données des patients jusqu'à 24 heures

Concentrateur d'oxygène :
FiO_2 jusqu'à 85 % (indépendante de la ventilation minute) pour les patients ventilés en mode cyclique; FiO_2 supérieure à 85 % (indépendante de la ventilation minute) pour les patients ventilés en mode continu; jusqu'à 93 % d'O_2 dans le gaz respirable concentré à 2,5 LPM pour les patients non ventilés.

Ventilateur :
IMV / SIMV / SIMV + PS / AC / PSV /
APRV (contrôle de la pression ou du volume)

Aspiration :
100 – 325 mmHg

SPÉCIFICATIONS
Poids :17 kg (37 lb) sans les piles / pinces
Poids de la pile : 1,5 kg (3,3 lb) chacun
Dimensions : 84 cm (33 ") de long x 14 cm (5,5") de large
x 25 cm (10 ") de haut
Matériau du boîtier : Aluminium
Température de fonctionnement : -26 °C à 54 °C (-15 °F à 129 °F)
Température d'entreposage : -26 °C à 54 °C (-15 °F à 129 °F)
Résistance à l'intrusion de l'eau : IPX4
Humidité : 15 % à 95 % d'HR sans condensation

Altitude : 0 à 5,5 km (0 à 18 000 pieds)
Vibration : Testé en fonction des normes MIL-STD-810G et Joint Enroute Care Equipment Test Standard (JECETS) de la l'armée américaine pour les appareils à voilure tournante et à voilure fixe et les avions à réaction ainsi que pour les véhicules de transport au sol.
Alimentation : 100 à 240 V AC 50 / 60Hz ou alimentation par la pile
Pile : Lithium polymère : durée normale : jusqu'à 6 heures / ensemble de 2. Minimum : 2,5 heures / ensemble de 2.

www.thornhillmedical.com | +1 416-597-1325 | 1-888-597-1325
210, rue Dundas O., nº 200, Toronto (Ontario) Canada M5G 2E8

Thornhill Medical
Inspiring Innovation

Un ventilateur unique pour plusieurs simulées patients pour répondre à la hausse de la demande en cas de catastrophe

Greg Neyman, MD, Charlene Babcock Irvin, MD

Résumé
Objectifs : Déterminer si un ventilateur disponible dans un service d'urgence pourrait être modifié rapidement pour assurer la ventilation de quatre adultes simultanément.
Méthodes : À l'aide de simulateurs pulmonaires, de tubes en plastique faciles à trouver et de ventilateurs (ventilateur de série 840; Puritan-Bennett), des simulateurs pulmonaires humains ont été ajoutés en parallèle jusqu'à ce que le ventilateur ventile l'équivalent de quatre adultes. Les données recueillies comprenaient la pression maximale, la pression positive de fin d'expiration, le volume courant total et la ventilation minute totale. Toute asymétrie évidente dans la fourniture de gaz aux simulateurs pulmonaires a également été documentée. Le ventilateur a fonctionné pendant près de 12 heures consécutives (5,5 heures de régulation de la pression et plus de six heures de régulation du volume).
Résultats : En utilisant une tubulure en plastique facile à trouver configurée pour minimiser le volume d'espace mort, les quatre simulateurs pulmonaires ont été facilement ventilés pendant 12 heures à l'aide d'un même ventilateur. En régulation de pression (réglée à 25 mm de H_2O), le volume courant moyen était de 1 884 ml (environ 471 ml / simulateur pulmonaire) avec une ventilation minute moyenne de 30,2 l / min (ou de 7,5 l / min / simulateur pulmonaire). En régulation du volume (réglé à 2 l), la pression maximale moyenne était de 28 cm H_2O et la ventilation minute était de 32,5 l / min au total (8,1 L / min / simulateur pulmonaire).
Conclusions : Un unique ventilateur peut être modifié rapidement pour ventiler quatre adultes simulés pendant une durée limitée. Les volumes livrés dans cette simulation devraient pouvoir répondre aux besoins de quatre personnes de 70 kg. Des études plus approfondies seront nécessaires mais cette étude pilote porte à croire qu'il existe d'importantes possibilités d'élargir l'utilisation d'un ventilateur unique lors des hausses de la demande qui font suite à une catastrophe qui touche plusieurs victimes qui souffrent d'insuffisance respiratoire.
ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE 2006; 13: 1246–1249 ª 2006 par la Society for Academic Emergency Médicament
Mots clés : catastrophe, ventilateur, insuffisance respiratoire, capacité d'intensification

Après les événements du 11 septembre 2001 et les ouragans survenus récemment sur la côte du golfe, l'accent a été mis sur le besoin de prévoir le besoin de soins médicaux dans les cas où il y a un grand nombre de victimes.1 La création d'une capacité d'intensification nécessite une approche à plusieurs niveaux à laquelle participent les organismes locaux et fédéraux ainsi qu'une gestion des ressources (c.-à-d., personnel, espace pour les patients, fournitures et Équipement spécial). Des expériences récentes ont montré que la capacité des hôpitaux peut être rapidement élargie à 120 à 130 %.2
Selon la nature de la catastrophe, le nombre de beaucoup d'autres fournitures hospitalières qui seraient abondantes autrement, telles que les ventilateurs, peut devenir soudainement insuffisant pour répondre à la demande.3
En cas d'afflux important de patients en détresse respiratoire (par exemple, lors d'une importante éclosion de botulisme), le nombre des ventilateurs disponibles peut ne pas être suffisant pour répondre aux besoins de tous les patients.
Bien que des ressources gouvernementales finiraient par être disponibles, il peut y avoir des moments où les hôpitaux devront fournir une assistance ventilatoire à plus de patients qu'ils n'ont de ventilateurs disponibles. La ventilation

manuelle (« ventilation manuelle au masque et au ballon ») est possible, mais il se peut que le personnel supplémentaire requis ne soit pas disponible.
Certains établissements ont commencé à constituer une réserve de ventilateurs automatiques jetables à utiliser en cas de catastrophe.4 Un appareil disponible dans le commerce est le Réanimateur automatique de Vortran, un ventilateur alimenté par pression à usage unique à utiliser pour un seul patient. Il pourrait être conservé en stock et déployé quand c'est nécessaire. Il fonctionne à l'oxygène mural (50 lb/po²), son cycle de pression est alimenté par la source d'oxygène murale et sept peuvent fonctionner simultanément sur une même alimentation en oxygène si on utilise le collecteur multi-sorties Vortran E-Vent Case. Un avantage de ce type de ventilateur automatique, c'est qu'il est alimenté au gaz (à partir de la source d'oxygène) et ne nécessite pas d'électricité (cela peut être un avantage pour certains types de catastrophe), est jetable et peut être modifié pour assurer la ventilation d'un maximum de sept personnes au moyen d'une seule source d'oxygène.

Cependant, cet appareil nécessite un achat anticipé et il lui manque la surveillance informatisée des ventilateurs standards, de sorte qu'il nécessite un soutien plus intensif du personnel.5
Une autre option pour augmenter la capacité de ventilation consiste à utiliser un dispositif exclusif (breveté en instance) qui est essentiellement un système de contrôle pour diviser un ventilateur afin d'assurer la ventilation de deux patients.6 Il ne présente pas les avantages du ventilateur jetable décrit précédemment car il ferait appel à un ventilateur entraîné. De plus, il faudrait acheter de l'équipement supplémentaire (le système de régulation exclusif).
Bien que les grands hôpitaux des régions urbaines puissent être en mesure de justifier les ressources nécessaires pour constituer une réserve de ventilateurs jetables, les plus petits hôpitaux pourraient en être incapables. Pour le cas où l'on aurait besoin de plus de ventilateurs qu'il n'y en a à l'heure actuelle dans un hôpital, il pourrait être utile d'étudier des méthodes à employer pour optimiser l'utilisation des ventilateurs disponibles. Les hôpitaux ont des génératrices et seraient probablement en mesure d'assurer l'alimentation en électricité pendant une courte période après la catastrophe. Compte tenu de ce potentiel, il pourrait être approprié d'envisager d'apporter une simple modification aux ventilateurs disponibles dans les hôpitaux pour fournir une assistance respiratoire à plus de patients. Notre hypothèse était que moyennant des modifications simples qui peuvent être effectuées rapidement, un même ventilateur pourrait être utilisé pour ventiler plusieurs victimes multiples lorsque le nombre des victimes est supérieur au nombre de ventilateurs.

Du Département de médecine d'urgence, St. John's Hospital and Medical Center (GN, CBI), Detroit, MI.
Reçu le 3 mars 2006; révisions reçues le 4 et le 7 mai 2006; accepté le 8 mai 2006.
Les simulateurs pulmonaires ont été donnés par Puritan-Bennett.
Adresse pour la correspondance et les réimpressions : Greg Neyman, MD,
Département de médecine d'urgence, St. John Hospital and
Centre médical, 22101 Moross Road, Detroit, MI 48236. Courriel :
greg.neyman@stjohn.org.

MÉTHODES

Plan d'étude

Il s'agissait d'une étude pilote fondée sur un simulateur. Cette étude était considérée comme exemptée après examen par le comité d'examen de l'établissement.

Protocole d'étude

Quatre ensembles de tubes de ventilation standard (Hudson) ont été branchés sur un même ventilateur (Puritan-Bennett, série 840) au moyen de deux diviseurs de flux (un sur le membre du circuit qui alimente le patient et un sur le membre qui recueille les gaz d'expiration du patient). Chaque diviseur de flux était constitué de trois tubes en T Briggs et de leurs adaptateurs de connexion (Hudson) (Figure 1) dont les valves avaient été retirées. Le tube en T Briggs est utilisé en clinique (et est largement disponible) pour la circulation dérivée de l'oxygène ou de l'humidité chez les patients qui portent un tube endotrachéal ou un tube pour trachéotomie ou pour les traitements par aérosol en ligne chez les patients ventilés.
Les tubes en T ont été disposés de manière à ce que les deux ports latéraux d'un tube en T central soient attachés aux ports inférieurs des deux tubes en T latéraux au moyen des adaptateurs fournis avec le tube en T. La configuration finale des trois tubes en T est illustrée à la figure 2 (avec une section coupée de tubulure de ventilation standard au carrefour pour la connexion au ventilateur). Elle permettait à l'air qui s'écoulait du ventilateur d'être divisé uniformément entre les quatre patients simulés et de ramener l'air qui revenait des quatre patients de s'écouler dans le port d'échappement unique du ventilateur.
La tubulure du ventilateur reliait le diviseur de flux au diviseur de sortie et les quatre poumons d'essai (Puritan-Bennett) se trouvaient au centre. Chaque poumon d'essai a été utilisé pour simuler un patient sur le circuit du ventilateur modifié. La configuration finale était une simulation de quatre patients sur un même ventilateur en fonctionnement parallèle (Figure 3).
Pour tester ce circuit, une durée d'environ six heures a été choisie arbitrairement. Il y avait deux raisons à cela. Tout d'abord, il s'agit d'une simple étude de faisabilité et nous nous attendons à ce que quelqu'un inspecte le système au moins une fois toutes les six heures si jamais il était utilisé dans le cadre d'une véritable catastrophe. Deuxièmement, nous savons que des études animales devront être réalisées après

cette étude de faisabilité et celles-ci pourraient permettre d'observer le fonctionnement de ce circuit pendant une période plus longue. Enfin, dans de nombreuses situations de catastrophe potentielles, après six heures, un soutien supplémentaire pourrait être disponible.
Le contrôle de la régulation de la pression a été sélectionné au hasard (par tirage au sort) pour précéder la régulation du volume. Dans le but de simuler approximativement les paramètres physiologiques, les réglages du ventilateur ont été ajustés de manière à fournir une pression maximale de 25 cm H_2O, 0 cm de pression positive en fin d'expiration et une fréquence respiratoire de 16 respirations / min. Le logiciel du ventilateur a choisi un rapport inspiration / expiration de 1: 2 automatiquement. Après des inspections cumulatives à intervalles aléatoires, la durée du fonctionnement de la régulation de la pression totale était de 5 heures 33 minutes. Des paramètres de régulation du volume de 2 000 ml (500 ml par poumon d'essai) de volume courant et une fréquence respiratorie de 16 respirations / min ont été choisis pour simuler approximativement les paramètres physiologiques. Le logiciel du ventilateur a choisi un rapport inspiration / expiration de 1: 1 automatiquement. Après des inspections à intervalles aléatoires cumulatives, la durée totale du fonctionnement de la régulation du volume était de 6 heures et 11 minutes.

MESURES

Pendant le fonctionnement, le circuit a été inspecté à des intervalles aléatoires entre les examens des patients dans un service des urgences occupé en région métropolitaine pour simuler les intervalles auxquels le circuit serait inspecté en cas d'événement qui ferait de nombreuses victimes. Les inspections ont eu lieu toutes les 23 (±18) minutes environ et les valeurs affichées par le ventilateur ont été consignées. Simultanément, les poumons ont été inspectés subjectivement pour vérifier la symétrie de l'excursion et la présence de signes d'emmagasinage d'air. Plus précisément, l'examinateur a surveillé l'apparition d'un gonflage asymétrique des poumons d'essai individuels et de dégonflement incomplet avant le gonflement qui suit.

RÉSULTATS
Une fois la configuration scellée, le système de ventilateur n'a pas déclenché d'alarme. L'inspection visuelle a révélé une excursion à peu près équivalente pour tous les modèles pulmonaires. Aucun emmagasinage d'air n'a été constaté. Des moyennes du relevé des données affichées par le ventilateur au cours de l'étude sont présentées dans le Tableau 1.

ANALYSE
Une configuration à quatre patients a fonctionné avec succès sur un ventilateur unique pendant près de 12 heures. Les pressions n'ont pas dépassé 35 cm H_2O. Les valeurs de la pression des voies respiratoires au-delà de 35 mm H_2O sont associées à des lésions pulmonaires causées par le ventilateur.7 Les volumes courants individuels ont atteint 471 à 507 ml, ce qui correspond à environ 7 ml / kg pour une personne de 70 kg. Les études ont montré qu'une ventilation de 6 à 8 ml / kg est associée à une amélioration des résultats dans les poumons lésés.8 Aucune signe d'emmagasinage d'air ou de remplissage préférentiel de tel ou tel simulateur pulmonaire n'a été observé.

LIMITATIONS
La principale limitation de cette étude est qu'il s'agit d'une étude sur un simulateur. Par conséquent, seul le bon fonctionnement de la ventilation physique a pu être démontré. Le caractère adéquat de l'oxygénation et le risque de lésion pulmonaire causée par le ventilateur n'ont pas pu être étudiés. L'hypothèse selon laquelle la ventilation était égale sur les quatre simulateurs pulmonaires repose sur l'hypothèse que la physiologie pulmonaire est la même. Un patient asthmatique qui présente une résistance accrue à la ventilation pourrait ne pas recevoir la même ventilation avec ce système. Des études animales seront nécessaires pour répondre à cette préoccupation. L'impossibilité de mesurer directement les volumes livrés aux poumons d'essai individuels pourrait fausser les résultats et changer ainsi la méthode réellement utilisée pour mettre en œuvre cette configuration de ventilateur. Les complications infectieuses potentielles associées au partage d'un même ventilateur n'ont pas été étudiées. Ici encore, il serait utile de procéder à des études plus approfondies dans ce domaine. Comme il s'agissait d'une étude pilote, il faudrait procéder à des recherches plus approfondies pour vérifier l'efficacité et la sécurité du circuit modifié. La reproduction de l'étude dans le cadre d'un modèle animal est indiquée. Le logiciel du ventilateur pourrait permettre de ventiler un nombre de patients supérieur à celui qui a été envisagé dans cette étude. Ceci pourrait être une considération importante pour déterminer l'utilité des ventilateurs dans uine situation de catastrophe. Enfin, la mise au point de techniques de mesure quantitative des volumes courants individuels transférés améliorerait les efforts de recherche ainsi que la prestation de soins cliniques.

CONCLUSIONS

Cette étude pilote porte à croire que la physique d'un circuit ventilateur / patient pourrait permettre de brancher plus d'un patient.

Dans une situation catastrophique, lorsqu'il y a plus de patients qui ont besoin de ventilateurs qu'il n'y a de ventilateurs disponibles, une simple modification du circuit du ventilateur pourrait aider à absorber le fardeau supplémentaire.
Les auteurs remercient tous les membres du personnel du service de thérapeutique respiratoire du Centre médical St. John's (Detroit, MI) et le Dr Peter Hoffmann (Département de physique, Wayne State University, Detroit, MI) pour leurs services de consultation concernant la physique fondamentale.

Figure 1.
Tube en T de Briggs avec adaptateur de connexion.

Figure 2. Configuration du diviseur de flux qui comporte trois tubes en T et des adaptateurs de connexion (illustrés ici avec une section coupée de tubulure du ventilateur).

Figure 3. Configuration finale de la ventilation de plusieurs patients (*membres de sortie colorés avec un colorant sombre à des fins de clarification visuelle seulement).
Diviseur de flux d'arrivée
Diviseur de flux de sortie
Membres d'arrivée
Simulateurs de poumon

Tableau 1
Caractéristiques de la pression et du débit des simulateurs pulmonaires dans une configuration de ventilation de plusieurs patients en tant que moyenne d'ensembles aléatoires

Régulation de la pression Régulation du volume
Durée totale (h / min) 5:33 6:11
Pression maximale ± ET (cm H_2O) 25 ± 0 28 ± 2
Pression moyenne ± ET (cm H_2O) 8,7 ± 0,1 10,4 ± 0,5
Pression de fin d'expiration maximale ± ET (cm H_2O) 1,3 ± 0,1 1,8 ± 0,1
Volume courant ± ET (ml) 1 884 ± 90 2029 ± 3
Volume courant estimé par simulateur ± ET (ml) 471 ± 22 507 ± 1
Ventilation minute ± ET (l) 30,2 ± 1,4 32,5 ± 0,1
Ventilation minute estimée par simulateur ± ET (l) 7,5 ± 0,4 8,1 ± 0,0
Fréquence respiratoire (respirations / min) 16 16
Rapport inspiration / expiration 1: 2 1: 1

Références

1. American College of Emergency Physicians. Health care system surge capacity recognition, preparedness, and response. Ann Emerg Med. 2005; 45: 239.
2. Hick JL, Hanfling D, Burstein JL, et al. Health care facility and community strategies for patient care surge capacity. Ann Emerg Med. 2004; 44:253–61.
3. Hick JL, O'Laughlin DT. Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic. Acad Emerg Med. 2006; 13:223–9.
4. Yale New Haven Health. Emergency Preparedness Briefing. Available at: http://yalenewhavenhealth.org/emergency/commu/briefings/EPBriefingV3I49.pdf. Consulté le 25 avril 2006.
5. VORTRAN Medical Technology 1, Inc. VORTRAN

Automatic Resuscitator (VAR) User's Guide. Available at: http://www.vortran.com/VAR_User_Guide_2005A.pdf. p 3. Consulté le 8 mai 2006.
6. Darowski M, Engliszm. Artificial ventilation of the lungs for emergencies. Front Med Biol Eng. 2000; 10:177–83.
7. MacIntyre NR. Principles of mechanical ventilation. In: Mason RJ, Murray JF, Broaddus VC, Nadel JA, eds. Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 4th ed. Philadelphia, PA: Harcourt Health Sciences Group, 2005, p. 2342.
8. Michaels AJ. Management of post traumatic respiratory failure. Crit Care Clin. 2004; 20:83–99.

Critical Care Medicine

Droits d'auteur (C) 1994 par Williams et Wilkins

Volume 22, numéro 4

Imprimé aux États-Unis

Appareils et techniques

Ventilation automatique improvisée des poumons pour les urgences inattendues

Doron D. Sommer; Joseph A. Fisher, MD, FRCP; Vivekanand Ramcharan, BSc; Susan Marshall, RRT; Dmitar M. Vidic, BSc, RRT

Objectifs : Concevoir un circuit improvisé qui peut être utilisé pour élargir la capacité d'un même ventilateur afin de ventiler deux patients ou plus et qui peut être assemblé à partir de pièces faciles à trouver en cas d'urgence inattendue.

Conception : Recherche et développement, suivie d'une analyse et d'une évaluation techniques.

Cadre : Laboratoire biomédical

Mesures et résultats principaux :

Nous décrivons deux circuits qui peuvent être assemblés à partir de pièces faciles à trouver et bon marché pour fonctionner comme des ventilateurs improvisés. Un circuit nécessite seulement un entraîneur à valve à champignon central et une source supplémentaire de gaz frais pour chaque patient. L'autre circuit est configuré pour constituer un certain nombre de circuits secondaires en parallèle qui sont branchés sur un même ventilateur. Nous avons assemblé et testé les circuits à l'aide de simulateurs pulmonaires mécaniques. La configuration du circuit secondaire était plus efficace en termes d'utilisation de gaz frais mais était plus complexe du point de vue du fonctionnement et du dépannage.

Conclusions : Ces deux circuits improvisés peuvent élargir la capacité d'un ventilateur standard à cycle du volume pour assurer une ventilation automatique des poumons en cas de catastrophe. (Crit Care Med 1994; 22 :705-709)

Mots clés : respiration, artificielle; appareils et instruments; respiration à pression positive; maladie grave

Du service d'anesthésie, Université de Toronto, Mount Sinai Hospital, Toronto (Ontario) Canada.

Nous remercions M. Richard Smith d'avoir assemblé le système de ventilateur et pour ses commentaires utiles et essentiels.

Une question d'importance médicale a été soulevée pendant la guerre du Golfe persique de 1990 à 1991. Les pays voisins de l'Irak ont dû faire face à la menace de l'utilisation de gaz innervants contre les populations civiles et militaires. Malgré les importantes mesures de protection civile prises en réponse à cette menace, suite à une attaque couronnée de succès, les établissements de soins médicaux auraient été inondés d'un grand nombre de patients éveillés et paralysés qui auraient été sains à tout autre point de vue.

Il est peu probable que les hôpitaux civils équipés pour fonctionner en temps de paix auraient eu un nombre adéquat de ventilateurs en réserve pour soigner ces patients (1). En termes plus généraux, le besoin de multiplier la capacité des ventilateurs pourrait se faire sentir dans de nombreux endroits du monde suite à une guerre, à des accidents industriels massifs ou à des catastrophes naturelles.

Le présent article décrit une méthode improvisée pour la fourniture d'une ventilation automatique contrôlée à des patients dont le nombre dépasse celui des ventilateurs disponibles. Nous décrivons deux systèmes qui sont faciles à assembler et bon marché et dont l'efficacité paraît prometteuse. Chacun des systèmes que nous décrivons est contrôlé par un unique ventilateur et est capable de ventiler plusieurs patients qui ont des volumes courants, des pressions des voies respiratoires, une FiO_2 et des pressions positives en fin d'expiration (PPFE) personnalisés. La capacité de PPFE du ventilateur d'entraînement est maintenue. L'infection croisée est évitée au moyens de circuits de patient isolés.

Nous avons assemblé et testé deux systèmes à l'aide de simulateurs pulmonaires mécaniques. L'approbation du comité d'examen de l'établissement n'était pas nécessaire. Dans les deux systèmes, le volume courant était généré en contôlant le port d'expiration du circuit du patient avec une valve à champignon entraînée par un ventilateur. Dans un système, le volume inspiré était généré par un écoulement direct de la source de gaz frais. Dans l'aurte système, le volume inspiré consistait en une combinaison d'écoulement de gaz frais et de gaz déplacé par le ventilateur de contrôle.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Système à écoulement de gaz frais et à valve à champignon. Cette configuration consiste en un tube en T muni d'une valve à champignon sur le port d'expiration (Figure 1). Les éléments nécessaires pour le système à écoulement de gaz frais et à valve à champignon sont les suivants : une valve à champignon, une source d'écoulement de gaz frais, une soupape de surpression à haute pression (soupape de sûreté à ressort) et une alarme de basse pression. Pour minimiser la réinspiration, l'écoulement de gaz frais doit être introduit aussi près que possible du tube endotrachéal. De plus, le circuit doit contenir une alarme pour signaler la perte de pression des voies respiratoires et une soupape de surpression à haute pression (soupape de sûreté à ressort) pour réduire le risque de barotraumatisme. Une valve de PPFE peut être ajoutée au port d'expiration de tout circuit de patient et ainsi les PPFE individuels peuvent être optimisés pour chaque patient (2, 3). La valve de PPFE du ventilateur peut également être activée mais la même PPFE sera appliquée à chaque patient.

Analyse du système

Les avantages de ce système sont qu'il est bon marché et facile à assembler, à utiliser et à dépanner. Le nombre des patients qui peuvent être ventilés avec ce système est déterminé par la capacité du ventilateur d'entraîner les valves à champignon et la disponibilité des sources de gaz frais. Son inconvénient principal est l'utilisation inefficace de l'écoulement de gaz frais. Pendant la phase de l'expiration, l'écoulement de gaz frais s'échappe dans l'air et est donc perdu. Par exemple, pour une durée d'inspiration de 2 secondes et un volume courant de 500 ml à 12 respirations / minute, un écoulement de gaz frais de 15 l / minute est nécessaire et 6 l seulement sont utilisés pour ventiler le patient.

Système du circuit secondaire. Le gaz frais qui s'écoule pendant la phase de l'expiration de la ventilation reste dans le circuit secondaire et constitue une partie du volume inspiré. Dans ce cas, l'écoulement de gaz frais requis serait égal à la ventilation minute.

Assemblage. La Figure 2 est un schéma de deux circuits secondaires raccordés à un ventilateur. Le Tableau 1 présente la liste des composants nécessaires pour doubler la capacité du ventilateur à l'aide de ce système. Le ventilateur doit idéalement être un ventilateur à cycle de la pression ou du volume qui comporte une valve à champignon sur son port d'expiration. Le circuit du ventilateur est raccordé à chaque circuit secondaire.

Circuit secondaire. La « boîte » doit être transparente pour qu'il soit possible de voir le sac. Elle doit comporter deux ports dont l'un est raccordé au circuit du ventilateur et l'autre au sac à l'intérieur de la « boîte » (Figure 2).

Figure 1. Ventilateur à écoulement de gaz frais et à valve à champignon qui présente une configuration en T. L'écoulement du gaz frais doit entrer dans le circuit aussi près que possible du patient pour éviter la

réinspiration. MV : valve à champignon; APG : jauge de pression des voies respiratoires; POV : soupape de sûreté à ressort; FGP : écoulement de gaz frais.

Entraîneur de la valve

Patient 1

Patient 2

Circuit d'expansion du ventilateur

Ventilateur

Patient 1

Patient 2

Du ventilateur

Du ventilateur

Au patient

Au patient

Figure 2. Un schéma du ventilateur à circuit secondaire. Chaque circuit secondaire est relié par un tube en T à un circuit de ventilateur à cycle du volume. Les valves à champignon du ventilateur sont configurées en parallèle avec le circuit du ventilateur principal et avec chaque circuit secondaire. Le « sac dans la boîte » est simplifién sur le diagramme comme étant un soufflet. MV : valve à champignon; APG : jauge de pression des voies respiratoires; POV : soupape de sûreté à ressort; PV : valve de pression positive en fin d'expiration; FGP : écoulement de gaz frais.

Tableau 1. Appareil pour le système du circuit secondaire nécessaire pour doubler la capacité du ventilateur.

« Sac dans la boîte »

Deux « boîtes », p. ex., bouteilles d'aspiration de 4 l

Deux sacs de 3 l

Deux valves de PPFE à ressort sur conduite

Valves à champignon et dispositifs de raccordement

Deux valves à champignon

Tubulure d'un DI de 1/8 " (4 m)

Deux connecteurs en Y de 4 mm

Tubulure et connecteurs du circuit

Deux connecteurs en T de 15 mm

Deux connecteurs de nébuliseur en T (comme orifice d'alimentation de d'écoulement de gaz frais)

Deux tubes à oxygène

Quatre connecteurs droits

Neuf mètres de tubulure aérosol ondulée de 22 mm

Moniteurs de sécurité

Deux manomètres anéroïdes

Deux soupapes de surpression à haute pression (soupape de sûreté à ressort)

Deux moniteurs d'alarme de basse pression

PPFE : pression positive en fin d'expiration; DI, diamètre intérieur; FGF, écoulement de gaz frais.

Figure 3. Photographie du ventilateur à circuit secondaire que nous avons assemblé dans notre hôpital à partir de compsants faciles à trouver au service de thérapie respiratoire. Les patients sont des mannequins.

L'écoulement de gaz frais et une valve de PPFE à ressort sur conduite sont raccordés au port qui contient le sac. (Les valves de type bille et anneau sont dépendantes de la gravité et peuvent ne pas fonctionner si elles sont inclinées.) Cette valve de PPFE sert à permettre au sac de se remplir pendant l'expiration et à permettre une réduction variable de la pression du circuit primaire du ventilateur au circuit du patient. Le reste du circuit du patient doit contenir un manomètre anéroïde et une soupape de surpression à haute pression (soupape de sûreté à ressort). Le port d'expiration du patient est contrôlé par une valve à champignon fixée en parallèle avec la valve à champignon du ventilateur. Un système d'alarme de basse pression est fortement recommandé pour chaque circuit secondaire.

Nous avons assemblé le système de circuit secondaire à partir de composants entreposés à notre service de thérapie respiratoire (Fig. 3) et l'avons testé sur des simulateurs pulmonaires mécaniques (Medishield, Harlow-Essex, R.-U.) Pour notre « boîte », nous avons utilisé une bouteille à aspiration de 4 l (Gomco 01-90-3105, Chemetron Medical Products, Buffalo, New York) qui était munie d'un bouchon à joint d'étanchéité en caoutchouc contenant deux ports de diamètre intérieur de 15 mm. Un port comportait un tube en plastique qui s'étendait dans la bouteille et auquel nous avons fixé un sac d'anesthésie. À ce port, nous avons fixé un connecteur de 15 à 22 mm comportant une tige à oxygène (0001405, adaptateur droit Airlife U/Adaptit^{MD}, Baxter Edwards Critical Care, Valencia, Californie) et une valve de PPFE à ressort (900, Vital Signs, Totowam New Jersey; ou BD 06362, Bird, Palm Springs, Californie). Le reste du circuit contenait un manomètre anéroïde (Bird), une soupape de sûreté (Bird) et une valve à champignon (000563, Puritan-Bennet, Pickering (Ontario) Canada).

Analsye du système. À un écoulement de gaz frais égal à la ventilation minute, la capacité du volume courant du ventilateur limite le volume courant cumulatif des circuits secondaires. Comme le volume de gaz frais qui s'écoule pendant l'inspiration est ajouté au volume déplacé de chaque circuit secondaire, le volume courant individuel peut être

complété en augmentant l'écoulement de gaz frais au-dessus de la ventilation minute. Ainsi, des circuits secondaires supplémentaires peuvent être raccordés sans réduire le volume courant dans les circuits interdépendants.

Méthode de fonctionnement suggérée. Les patients sont sélectionnés pour le système interdépendant et l'écoulement de gaz frais est fixé pour chaque circuit secondaire à environ la ventilation minute souhaitée de chaque patient (70 à 80 ml / kg). Le réglage du volume courant sur le ventilateur est égal aux volumes courants souhaités combinés des patients. La fréquence de la ventilation est fixée à 10 à 12 respirations / minute avec un rapport inspiration / expiration compris entre 1:2 et 1:4. Les circuits secondaires sont raccordés aux tubes endotrachéaux du patient. Le réglage du volume courant du ventilateur est ajusté afin que la pression des voies respiratoires dans le circuit primaire et tous les circuits secondaires fournissent au patient qui a la plus faible compliance thoracique un volume courant adéquat (4). Le patient qui a la plus forte compliance thoracique peut recevoir temporairement un volume courant supérieur au volume souhaité. Ce volume courant accru est réduit en augmentant empiriquement la résistance dans la valve de PPFE du circuit secondaire de ce patient et en réduisant ainsi sa pression des voies respiratoires maximale. Dans cette situation, le gaz du ventilateur sera également redistribué vers le circuit secondaire d'accompagnement et augmentera de fait le volume courant du patient qui a la plus faible compliance thoracique. Les volumes courants et la ventilation minute peuvent être ajustés en modifiant l'écoulement de gaz frais. Une valve de PPFE peut être ajoutée au port d'expiration de tout circuit secondaire et ainsi les PPFE individuelles peuvent être optimisées pour chaque patient (2, 3). La valve de PPFE du ventilateur peut également être activée mais la même PPFE sera appliquée à chaque patient sur un circuit secondaire interdépendant. Pour minimiser les effets des changements dynamiques dans la résistance respiratoire et la compliance dans les circuits secondaires parallèles, nous recommandons que les patients qui ont la compliance pulmonaire la plus stable soient groupés sur ces circuits. Des échangeurs de chaleur et d'humidité peuvent être ajoutés à l'interface patient-circuit pour assurer l'humidification.

Surveillance. Les patients peuvent être surveillés visuellement en observant les mouvements de la poitrine ainsi que les autres signes cliniques (5). Le mouvement du sac et les pressions des voies respiratoires dans les circuits secondaires sont d'autres indicateurs utiles. Les circuits primaires et secondaires doivent être munis d'alarmes à haute et à basse pression. Un moniteur d'expiration fixé sur le circuit secondaire du patient présentera les volumes d'expiration du patient comme dans un ventilateur normal, à condition que l'écoulement de gaz frais soit inférieur ou égal à la ventilation minute. Idéalement, il faut surveiller la saturation en oxygène et la PCO_2 de fin d'expiration du patient.

Des mesures des concentrations de gaz dans le sang peuvent être effectuées si nécessaire.

En cas de panne d'électricité ou d'alimentation en gaz, les patients doivent être débranchés des circuits et ventilés manuellement, comme c'est la pratique lorsque des ventilateurs standards sont utilisés.

Dépannage. Une défaillance du système est normalement détectée en constatant la présence d'un mouvement anormal de remplissage et de vidage d'un ou plusieurs des sacs dans les circuits secondaires. Les patients touchés doivent être débranchés du circuit et ventilés manuellement avec un sac autogonflant et le circuit doit être raccordé à un sac d'anesthésie en caoutchouc jusqu'à ce que le problème soit déterminé. Les défaillances sont classées en fonction de l'un des trois problèmes suivants : a) défaillance du circuit primaire; b) écoulement de gaz frais mal adapté; c) défaillance du circuit secondaire.

Le dépannage consiste à distinguer ces trois problèmes. Dans une défaillance du circuit primaire, tous les patients et tous les sacs sont touchés simultanément. Les problèmes qui semblent toucher principalement un patient révèlent que l'écoulement de gaz frais n'est pas adapté à la ventilation minute ou qu'il y a une défaillance dans un circuit secondaire interdépendant. Le caractère adéquat de l'écoulement de gaz frais dans le circuit qui paraît avoir une défaillance doit d'abord être vérifié. Puis chaque circuit secondaire interdépendant est examiné pour y déceler des fuites ou une obstruction.

Les Figures 4 et 5 montrent les étapes du dépannage d'un exemple de système de circuit secondaire composé de deux circuits secondaires (Fig. 2).

Figure 4.

Graphique du dépannage pour le cas où le sac du circuit secondaire du patient de l'index (sac numéro 1) ne se vide pas. EGF : écoulement de gaz frais; PPFE : pression positive en fin d'expiration.

Le sac numéro 1 ne se vide pas

Le sac numéro 2 ne se vide pas non plus

Fuite du circuit secondaire

Obstruction bilatérale

Fuite du circuit primaire

- Valve à champignon
- Dans les raccords

Le sac numéro 2 est parfaitement fonctionnel

EGF

Trop élevé dans le circuit secondaire numéro 1

Circuit secondaire numéro 1

- Réglage trop élevé de la valve à PPFE
- Obstruction le long du circuit
- Baisse de la compliance du patient

Circuit secondaire numéro 2

- Fuite PPFE
- Hausse de la compliance du patient

Figure 5.

Graphique du dépannage pour le cas où le sac du circuit secondaire du patient de l'index (sac numéro 1) se contracte de façon inappropriée. EGF : écoulement de gaz frais; PPFE : pression positive en fin d'expiration.

Sac numéro 1 qui s'effondre dans le circuit secondaire numéro 1

Le sac numéro 1 ne se gonfle pas du tout

EGF :

Aucun

Circuit secondaire

Valve à PPFE qui ne fonctionne pas

Circuit primaire

Échappement du gaz inhibé; vérifier la valve à champignon ou le long du circuit

Les deux sacs se sont effondrés

EGF :

Les deux EGF sont désactivés

Circuit secondaire

- Les deux valves à PPFE ont une défaillance
- Fuite dans les deux circuits

Le sac numéro 1 s'effrodre seulement à l'inspiration (remplissage incomplet du sac)

EGF :

Trop faible

Circuit secondaire

Problème

Circuit primaire

Hausse de pression

Patient numéro 1

- Hausse de la compliance
- Fuite

Patient numéro 2

- Baisse de la compliance
- Hausse de la résistance

Circuit primaire

Pression ou volumes élevés

ANALYSE

Le soutien à la ventilation par pression positive est connu depuis l'Antiquité (6-8). Son application a été limitée, entre autres, par le développement de la technologie permettant d'accéder facilement aux voies respiratoires, c'est-à-dire de l'intubation endrotrachéale (9).

Les ventilateurs à pression négative ont été mis au point au début du 20e siècle. Le « poumon d'acier » Drinker a été largement adopté pour la prise en charge des patients atteints de polio après une démonstration de son efficacité clinique en 1928 (10, 11). Néanmoins, en raison de la nature épidémique de la maladie (la polio), le nombre des patients paralysés dépassait souvent le nombre des ventilateurs à pression négative disponibles (7, 11, 12). Cette situation a mené à la mise au point de chambres à pression négative qui pouvaient contenir deux et même quatre patients (11).

Les améliorations technologiques des tubes endrotrachéaux répondaient au besoin d'assurer une ventilation à pression positive pendant l'anesthésie pour les patients dont le thorax était ouvert et ceux qui étaient paralysés par le curare (13). En janvier 1953, Lassen (12) a décrit l'utilisation de l'intubation endrotrachéale et de la ventilation à pression positive appliquée à la main pour les victimes de la polio comme étant des « improvisations thérapeutiques… lorsque le ventilateur à réservoir et les six respirateurs à cuirasse se sont révélés totalement insuffisants lorsque l'épidémie est devenue une catastrophe de premier plan ».

La mise au point des ventilateurs à pression positive a suivi. Ils ont évolué pour devenir des machines dispendieuses et complextes conçues pour fournir un soutien à la ventilation aux patients atteints d'une maladie pulmonaire (13-15). D'une certaine manière, nous bouclé la boucle. Les marchines à pression positive ont remplacé les machines à pression négative mais la quantité disponible est encore une fois limitée à la satisfaction des besoins courants (1) et rien n'a été prévu pour une grosse augmentation imprévue de la demande à part la ventilation manuelle individuelle décrite par Lassen (12).

Dans cet article, nous avons décrit une source simple et facile à mettre en œuvre de ventilation automatisée et intermittente qui a été obtenue en élargissant les capacités d'un ventilateur pour ventiler plus d'un patient.

RÉFÉRENCES

1. Robinson A, Shapira Y, Hendler I et al. : Improvement of hospital preparedness for mass casualties of chemical warfare in the aftermath of the gulf war. Abstract #22. Proceeedings of the Eight Worls congress on Emergency and Disaster Medicine, 1993, Stockholm, Suède

2. Suter PM, Fairley HB, Isenberg MD : Otimum end-expiratory airway pressure in patients with acute pulmonary failure. N Engl J Med 1975; 292:284-289

3. Tenaillon A, Labrousse J, Gateau O et al. : Optimal positive end-expiratory pressure and static lung compliance. N Engl J Med 1978; 299:774-775

4.Hylkema BS, Barkmeyer-Degenhart P, Grevink RG et al. : Lung mechanical profiles in acute respiratory failure: Diagnostic and prognostic value of compliance at different tidal volumes, Crit Care Med 1985; 13:637-640

5.Gilston A : Facial signs of respiratory distress after cardiothoracid surgey. Anaesthesia 1976; 31:385-397

6. Rosen Z, Davidson JT : Respiratory resuscitation in ancient Hebrew sources. Anesth Analg 1972; 51:502-505

7. Somerson SJ, Sicilia MR : Historical perspectives on the development and use of mechanical ventilation. Journal of the American Association of Nurse Anesthetists 1992; 60:83-94

8. Morch ET : History of mechanical ventilation. Dans : Clinical Applications of Ventilatory Support. Kirby RR, Banner MJ, Dows JB (éditeurs). New York, Churchill Livingstone, 1990, p 1-61

9. Mushin WW, Rendell-Baker L, Thompson PW et al. : Automatic Ventilation of the Lungs. Third Edition. Londres, Blackwell Scientific Publications, 1980, p 184-249

10. Drinker P, Shaw L : An apparatus for the prolonged administration of artificial respiration. J Clin Invest 1929; 7:229-247

11. Drinker PA, McKhann CF : The iron lung. First practical means of respiratory support. JAMA 1986; 255:1476-1480

12. Lassen HCA : A preliminary report on the 1952 epidemic of poliomyelitis in Copenhagen with special reference to the treatment of acute respiratory insufficiency. Lancet 1953; p. 37-41

13. Lee Jam Atkinson RS (éditeurs) : A Synopsis of Anaesthesia. Tracheal Intubation. Septième édition. Bristol (R.-U.), J Wright, 1973, p. 222-244

14. Barbarash RA, Smith LA, Godwin JE et al. : Mechanical ventilation. DICP, The Annals of Pharmarcotherapy 1990; 24 :959-970

15. Peretz IL : Thirty years of mechanical ventilation. Changing implication. Arch Intern Med 1983; 143:745-749

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

Expéditeur : [redacted] (PHAC/ASPC)
Envoyé : 2020-06-04 16 h 05
Destinataire : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Logistique et gestion des stocks
Pièce jointe : Short-TermPPEandNESSPlan.docx; NESS-Revised.pptx; NESSResurgencePlanand CriticalPath- 2020-07-02.docx

-----Initial
Expéditeur : [redacted] **Pour le compte de** [redacted]
Envoyé : 2020-07-13 14 h 09
Destinataire : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Logistique et gestion des stocks
Date : 2020-07-13 entre 16 h et 16 h 30 (UTC-05) heure normale de l'Est (É.-U. et Canada)
Emplacement : Nouveau numéro : 613-960-7511//NIP [redacted]

Réserve stratégique d'équipements et de fournitures médicaux essentiels

Plan opérationnel et chemin critique

Contexte

En raison de la nature sans précédent de la COVID-19, l'ASPC a transformé son rôle de soutien de pointe relativement à la livraison de fournitures aux provinces et territoires en cas de situation d'urgence, par exemple, une épidémie de maladie infectieuses, des catastrophes naturels et d'autres problèmes de santé publique, lorsque leurs ressources sont insuffisantes.

Le gouvernement du Canada a investi plus de 4 milliards de dollars dans l'équipement de protection individuelle (EPI) critique et les fournitures et équipements médicaux essentiels pour faire face à la COVID-19 et on prévoit que le gouvernement fédéral continuera de jouer un rôle essentiel si la pandémie de COVID-19 continue.

Le Canada a une capacité limitée de produire ces équipements médicaux essentiels et il a été difficile d'obtenir des fournitures à l'échelle internationale. Au début de la pandémie, le gouvernement du Canada a établi un certain nombre de processus spécialisés de mise en action en vue de trier et d'évaluer efficacement les réponses en raison du fort intérêt exprimé par l'industrie lorsqu'on a demandé d'aider à lutter contre la COVID-19 au Canada :

· Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC) a établi un portail Web et un formulaire d'accueil pour les fournisseurs qui peuvent fournir des produits (par exemple, masques N95, chemises d'hôpital, gants et autres EPI) ou services précis (par exemple, soins infirmiers, aliments, sécurité).

· Innovation, Sciences et Développement économique Canada (ISDE) a lancé un appel à l'action visant les fabricants canadiens pour lutter contre la COVID-19. Cette mesure a facilité l'acceptation par les fabricants, qui fabriquent des fournitures nécessaires et peuvent moderniser rapidement les installations existantes ou qui ont des travailleurs compétents qui peuvent travailler ailleurs au Canada.

· Le Conseil national de recherches du Canada (CNRC) a mis en œuvre un « Programme défi » pour la COVID-19 visant à établir un réseau national de chercheurs et d'installations scientifiques pour répondre aux besoins urgents en matière de fournitures, de contre-mesures médicales et de technologies pour assurer le suivi des maladies. En outre, dans le cadre du Programme d'aide à la recherche industrielle (PARI), le CNRC a lancé un appel, pour utiliser ses relations existantes avec les PME innovatrices du Canada, en vue de trouver des solutions innovatrice et des candidats qui peuvent obtenir le financement dans le cadre de Solutions innovatrices Canada.

L'ASPC a concentré ses efforts sur l'établissement de nouveaux systèmes, structures et politiques pour gérer l'approvisionnement, la réception, l'essai, l'entreposage et la distribution de produits et créer une nouvelle capacité pour la modélisation et les rapports. À cet égard, l'ASPC a collaboré avec Santé Canada qui est un partenaire pour réglementer les produits et diriger les efforts de modélisation et

Page: 774 of/de 1,041
AV2020000020

d'établissement de rapports complémentaires.

Ces efforts extraordinaires ont permis de renforcer les capacités à l'échelle nationale relativement aux respirateurs N95, aux masques chirurgicaux, aux chemises d'hôpital et aux ventilateurs). On négocie avec d'autres fournisseurs pour renforcer davantage la chaîne d'approvisionnement nationale pour réduire la dépendance aux fournisseurs étrangers. L'objectif est d'établir une chaîne d'approvisionnement résiliente et diversifié et une gestion améliorée pour un grand nombre d'équipements d'urgence pour atténuer le risque d'une dépendance excessive à des chaînes d'approvisionnement vulnérables.

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les améliorations sont nécessaires :

1. COURT TERME : Assurer une intervention adéquate du gouvernement fédéral relativement à la COVID-19 en déployant des efforts visant la chaîne d'approvisionnement et l'acquisition et le déploiement d'actifs de santé essentiels.

2. LONG TERME : Renforcer la capacité et l'infrastructure pour appuyer la gestion efficace d'une réserve nationale et de chaînes d'approvisionnement sécurisées et établir une source stable et prévisible de fonds pour effectuer l'acquisition d'actifs de santé essentiels.

Dans ce cas, le Canada sera mieux préparé à faire face à la pandémie de COVID-19 et aux problèmes futurs de santé et de santé publique pour protéger la santé des Canadiens et appuyer l'économie.

Aperçu de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU)

La RNSU est une réserve gérée par le gouvernement fédéral qui contient des produits pharmaceutiques, des fournitures médicales et des équipements médicaux essentiels pour le secteur de la santé en tant que capacité d'intensification pour appuyer les interventions des PT en cas d'urgences et de problèmes de santé publique.

La RNSU a été établie en 1952 pour appuyer la défense civile dans le cadre de la guerre froide et, depuis ce temps, le contexte de la planification des urgences a changé considérablement. Depuis le 11

septembre et les attentats à l'anthrax aux États-Unis, la RNSU se concentre sur les équipements et les fournitures médicaux qui normalement ne sont pas entreposés par les provinces et territoires et qui ne sont pas disponibles sur le marché. Après le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), on a amélioré la réserve en ajoutant des fournitures permettant de faire face à une pandémie d'influenza en se concentrant sur les antiviraux. La RNSU est gérée au moyen d'un réseau [redacted] entrepôts partout au Canada.

Défis qui doivent être relevés

Les leçons apprises dans le passé ont permis d'apporter des améliorations graduelles à la RNSU, mais des lacunes demeurent. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence des lacunes graves relativement à la capacité du Canada de livrer des fournitures médicales essentielles au secteur de la santé et a nécessité des investissements sans précédent relativement à l'équipement de protection individuelle (EPI), au matériel de dépistage et à l'équipement biomédical. Cela a été mis en œuvre grâce à une approche à l'échelle du gouvernement à la gestion de toute la chaîne d'approvisionnement, y compris l'ASPC, Santé Canada, Services publics et Approvisionnement Canada, Conseil national de recherches du Canada, Affaires mondiales Canada, Innovation, Sciences et Développement économique Canada et Forces armées canadiennes.

Nous avons appris beaucoup de leçons de la lutte contre la COVID-19 :

- La nature nouvelle de la COVID-19 et la pandémie à l'échelle mondiale ont causé une demande sans précédent d'équipement de protection individuelle (EPI), de matériel de dépistage et d'équipement biomédical.
- Les cibles nationales pour les réserves d'EPI des PT n'étaient pas définies et étaient insuffisantes dans certains PT.
- Les cibles de la RNSU relativement à l'EPI pour la capacité d'intensification n'étaient pas définies et étaient insuffisantes.

- Les chaînes d'approvisionnement traditionnelles ont été perturbées en raison de la concurrence à l'échelle mondiale relativement aux équipements médicaux essentiels.

- À l'échelle nationale, la capacité de fabrication était insuffisante et il y avait des régimes protectionnistes et des restrictions à l'exportation en Chine.

- On n'avait pas prévu le rôle actuel du gouvernement fédéral dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour le compte des PT.

- Les achats proactifs par le gouvernement fédéral de fournitures au début de la pandémie de COVID-19 ont été limités en raison des contraintes du budget de l'ASPC.

- Il y a eu de la compétition relativement aux efforts d'achat des PT et du gouvernement fédéral.

- L'infrastructure logistique était inadéquate relativement au transport combiné du fabricant jusqu'à la distribution à l'utilisateur final.

- Des problèmes liés à la qualité des produits ont nécessité la mise en œuvre d'un programme d'essai, de vérification de la qualité et d'étiquetage.

- Les systèmes de la RNSU n'étaient pas suffisamment flexibles pour faire face à l'ampleur du nouveau rôle opérationnel du gouvernement fédéral.

- Les données pour orienter les décisions sur l'accumulation des stocks et l'approvisionnement n'étaient pas suffisantes.

PARTIE 1 : PLAN POUR RÉPONDRE AUX BESOINS EN MATIÈRE D'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI), DE MATÉRIEL DE DÉPISTAGE ET D'ÉQUIPEMENTS NÉCESSAIRES POUR LUTTER CONTRE LA COVID-19

RÉPONSE À COURT TERME

Des quantités considérables de matériels n'ont pas encore été livrées au Canada, toutefois, les modèles de l'offre et de la demande actuels indiquent que le Canada peut faire face à des pénuries de fournitures essentielles pour la deuxième vague de la COVID-19. Des investissements sont nécessaires pour faire face à la prochaine urgence de santé publique.

Table 1. Jalons clés du plan à court terme

Tâche	Calendrier
• Acheter de l'équipement de protection individuelle (EPI), du matériel de dépistage et de l'équipement supplémentaire pour appuyer l'intervention et maintenir des	Permanent avec des objectifs

niveaux minimaux dans la RNSU	pour T3 2020-
• Louer de l'espace d'entreposage additionnel pour l'augmentation des stocks en raison de la COVID-19	T2 2020-21
• Établir une solution de logistique d'un tiers pour gérer la logistique, la manipulation, l'entreposage et la distribution du grand volume de fournitures achetées	T2 2020-21
• Mettre en œuvre un programme d'entretien de l'équipement biomédical pour s'assurer que les équipements biomédicaux achetés (par exemple, les ventilateurs) satisfont aux critères de qualité lors de la livraison et peuvent être déployés selon les besoins	T2 2020-21
• Acheter activement les matériels pour la vaccination nécessaires pour administrer un vaccin potentiel contre la COVID pour atténuer le risque de pénurie lorsque le vaccin sera disponible	Approvisionnement terminé Réception des matériel continue
• Intégrer les fonctions de la RNSU à une seule structure organisationnelles pour appuyer l'intervention et préparer le départ des Forces armées canadiennes et la perte potentielle d'autres ressources louées	T2 2020-21
• Renforcer les capacités des ressources humaines relativement à l'élaboration des programmes, à l'analyse technique, à l'assurance de la qualité, à la gestion de la chaîne d'approvisionnement, à la mobilisation des intervenants, aux partenariats et à la conformité aux règlements	T2 2020-21
• Mettre en œuvre un nouveau système de gestion de l'entrepôt avec un système de gestion des commandes intégré et des outils de veille stratégique	T2 2020-21

Page: 778 of/de 1,041
AV2020000020

PARTIE 2 : SE PRÉPARER POUR LES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUES FUTURES

La COVID-19 a permis de comprendre qu'il est nécessaire de réexaminer les priorités relativement à l'accumulation des stocks et au rôle de la RNSU en collaboration avec les PT, s'il y a lieu. La COVID-19 a mis en évidence la nécessité d'une stratégie de gestion de l'approvisionnement financée de manière viable pour l'équipement de protection individuelle (EPI), l'équipement biomédical et les contre-mesures médicales.

Table 2. Jalons clés du plan à long terme

Élaborer une stratégie à long terme pour la RNSU notamment : • Organiser une séance sur les leçons apprises sur les défis liés à la chaîne d'approvisionnement et à l'accumulation de stocks au Canada mis en évidence dans le contexte de la COVID-19 et les mesures connexes • Travailler avec les partenaires étrangers pour déterminer les pratiques exemplaires dans d'autres approches • Organiser un groupe de travail de spécialistes qui doivent recommander des cibles nationales pour les stocks d'EPI et d'autres fournitures clés en fonction du besoin de matériels et de la disponibilité au pays • Définir les objectifs des PT et de la RNSU relativement à l'accumulation des stocks • Établir une approche pour déterminer rapidement les vulnérabilités de la chaîne d'approvisionnement par suite des nouvelles menaces • Établir des déclencheurs et un fonds de prévoyance pour initier l'approvisionnement actif de fournitures médicales et équipements supplémentaires pour faire face aux nouvelles menaces • Redéfinir la gouvernance et les rôles et responsabilités pour tous les intervenants	T2-4 2021-2022

Mettre en œuvre une stratégie à long terme pour la RNSU notamment : • Obtenir le financement permanent pour maintenir les stocks recommandés • Définir et mettre en œuvre des modèles optimaux pour la gestion des stocks (gérés par le propriétaire c. géré par le fournisseur) • Mettre en œuvre des stratégies solides de gestion du cycle de vie, y compris des mesures pour éviter l'expiration des matériels (si possible) appuyées par les autorités compétentes et investissements dans les personnes, les systèmes et l'infrastructure • Établir un cadre de surveillance du rendement pour vérifier la mise en œuvre en vue d'atteindre les objectifs de la RNSU et assurer l'efficacité des stratégies de gestion du cycle de vie • Renforcer le réseau d'entrepôts de la RNSU en investissant dans [redacted] entrepôts de propriété du gouvernement fédéral qui satisfont aux exigences de la RNSU (par exemple, conformité aux bonnes pratiques de fabrication, contrôle de la température, sécurité) o Continuer d'explorer des possibilités de collaboration avec le ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes	T4 2021-2022 et permanent

Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU)

Mesures pour appuyer la lutte contre la COVID et préparer les urgences futures

Ébauche - 21 juin 2020

OBJECTIF

- Discuter les hypothèses sur la planification de la pandémie de COVID pour les fournitures médicales pour le secteur de la santé et le rôle de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU)

- Discuter les défis et les mesures liés à la COVID-19

- Définir les mesures supplémentaires à court terme nécessaires pour appuyer la disponibilité continue d'EPI et d'autres fournitures pour la lutte contre la COVID-19 au Canada

- Définir les mesures à long terme proposées pour renforcer la préparation du Canada pour appuyer la disponibilité de fournitures médicales et d'équipements pour une urgence de santé publique future

Contexte de planification avant la pandémie de COVID

Le plan d'intervention fédéral-provincial-territorial en matière de santé publique dans les cas d'incidents biologiques est un plan d'intervention pour le secteur de la santé pour faciliter la coordination des interventions FPT dans les cas d'incidents biologiques qui nécessitent pour la gravité, l'ampleur et l'importance une intervention FPT de haut niveau.

Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé est un document d'orientation pour les gouvernements FPT qui indique comment les différents ordres de gouvernement doivent travailler ensemble pour assurer une approche coordonnée et cohérente dans le secteur de la santé à la préparation et à l'intervention en cas de pandémie.

Les soins de santé sont une composante essentielle de l'intervention et sont principalement une responsabilité des PT. Voici les rôles et les responsabilités relatifs aux fournitures dans le secteur de la santé :

Responsabilités des gouvernements des PT

- Assurer la livraison des médicaments, des fournitures et des équipements nécessaires pour fournir des soins de santé en cas de pandémie

Responsabilités du gouvernement fédéral

- Fournir des soins de santé, assurer la livraison de médicaments, de fournitures et d'équipements pour les populations desservies par le gouvernement fédéral qui ont normalement accès aux soins de santé du gouvernement fédéral

- Mobiliser les fournitures médicales de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) en tant que capacité d'intensification pour appuyer l'intervention des PT

- Faciliter l'achat de fournitures médicales supplémentaires par l'intermédiaire de Services publics et Approvisionnement Canada et d'autres organismes fédéraux selon les besoins

Le document Préparation du Canada en cas de grippe pandémique définit les capacités ciblées pour les PT et les réserves d'antiviraux de la RNSU, mais pour les fournitures ou les équipements médicaux.

Aperçu de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU)

- La RNSU est une réserve gérée par le gouvernement fédéral qui contient des produits pharmaceutiques, des fournitures médicales et des équipements médicaux essentiels pour le secteur de la santé en tant que capacité d'intensification pour appuyer les interventions des PT en cas d'urgences et de problèmes de santé publique.

- La RNSU a été établie en 1952 pour appuyer la défense civile dans le cadre de la guerre froide et, depuis ce temps, le contexte de la planification des urgences a changé considérablement.

  - Depuis le 11 septembre et les attentats à l'anthrax aux États-Unis, la RNSU se concentre sur les équipements et les fournitures médicaux, par exemple, [redacted] qui normalement ne sont pas entreposés par les provinces et territoires et qui ne sont pas disponibles sur le marché.

  - Après le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), on a amélioré la réserve en ajoutant des fournitures permettant de faire face à une pandémie d'influenza en se concentrant sur les antiviraux.

- La RNSU est gérée au moyen d'un réseau de [redacted] entrepôts partout au Canada (Annexe A).

- Le budget de la RNSU est d'environ 3 millions par année. Les dépenses annuelles fluctuent considérablement (Annexe B) puisqu'on ajoute au budget de la RNSU des réaffectations internes et un financement comportant des délais fixés pour :

  - Acheter des fournitures supplémentaires pendant une urgence de santé publique (H1N1, Ébola, COVID-19)
  - Remplacer des antiviraux expirés
  - Investir dans les contre-mesures médicales pour se préparer [redacted]
  - Acheter et préparer des fournitures pour des événements importants (Jeux olympiques de 2010, Jeux panaméricains de 2015, G7 de 2018)

Défis liés à la COVID-19 – Leçons apprises

Demande sans précédent et réserves insuffisantes

- La nature nouvelle de la COVID-19 et la pandémie à l'échelle mondiale ont causé une demande sans précédent d'équipement de protection individuelle (EPI), de matériel de dépistage et d'équipement biomédical.

- Cibles nationales pour les réserves d'EPI des PT non définies et insuffisantes dans certains PT.

- Cibles de la RNSU relativement à l'EPI en cas de capacité d'intensification non définies et insuffisantes.

- Achats proactifs par le gouvernement fédéral de fournitures au début de la pandémie de COVID-19 limités en raison des contraintes du budget de l'ASPC.

Vulnérabilités de la chaîne d'approvisionnement

- Chaînes d'approvisionnement traditionnelles perturbées en raison de la concurrence à l'échelle mondiale relativement aux équipements médicaux essentiels.

- Capacité de fabrication insuffisante à l'échelle nationale

- Régimes protectionnistes partout au monde

- Problèmes liés à la qualité des produits nécessitant la mise en œuvre d'un programme d'essai, de vérification de la qualité et d'étiquetage.

- Restrictions à l'exportation en Chine

- Compétition relativement aux efforts d'achat des PT et du gouvernement fédéral.

Lacunes dans les données et dans l'infrastructure

- Rôle actuel du gouvernement fédéral dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour le compte des PT non prévu

- Infrastructure logistique inadéquate relativement au transport combiné du fabricant jusqu'à la distribution à l'utilisateur final

- Systèmes existants de la RNSU non suffisamment flexibles pour faire face à l'ampleur du nouveau rôle opérationnel du gouvernement fédéral

- Insuffisance des données pour orienter les décisions sur l'accumulation des stocks et l'approvisionnement

Mesures clés prises contre la COVID-19

30 janvier

Approvisionnement proactif du gouvernement fédéral pour la RNSU

30 janvier

L'OMS déclare l'urgence de santé publique de portée internationale

31 janvier

Établissement du comité consultatif spécial (CCS) sur le coronavirus

Mars 1

Achats en grande quantité des gouvernements FPT

Mars 18

La ministre de la Santé approuve l'ordonnance intérimaire pour l'accès rapide aux dispositifs médicaux, y compris l'EPI

La RNSU reçoit la première demande d'aide pour l'EPI des PT

Mars 19

Première livraison des achats en grande quantité (gants)

Mars 20

Le Premier Ministre annonce un financement supplémentaire de 2 milliards $

Avril 2

Stratégie sur la distribution de ressources limitées

Avril 3

Annonce de la collaboration avec Amazon, Postes Canada et Purolator pour livrer les fournitures aux PT

Juin-

Lancement d'une DP pour un fournisseur tiers de logistique

31 janvier

Le Comité directeur sur l'infrastructure en santé publique évalue les vulnérabilités et les lacunes des PT

Février 13

Le CCS accepte d'activer le comité consultatif chargé de la logistique FPT

Mars 11

L'OMS déclare que la COVID-19 est une pandémie

Le Premier Ministre annonce un financement de 50 millions $ pour l'EPI

Mars 20

Le Premier ministre annonce le Plan canadien de mobilisation du secteur industriel pour lutter contre la COVID-19

Avril 7

Le gouvernement du Canada annonce le plan pour acheter 30 000 ventilateurs fabriqués au Canada

La nécessité de continuer de prendre des mesures

- Les leçons apprises dans le passé ont permis d'apporter des améliorations graduelles à la RNSU, mais des lacunes demeurent.

– Par exemple :

- Financement très limité pour maintenir et améliorer la réserve de la RNSU

– Le budget de 2020 fournit un financement pour les investissements dans les contre-mesures médicales

- Le principal entrepôt de la RNSU s'est détérioré, [redacted] il est trop cher d'investir dans des mises à niveaux à l'emplacement actuel

- Les systèmes de gestion des stocks de la RNSU sont démodés et n'ont pas les caractéristiques des systèmes modernes de gestion des entrepôts

- Les PT n'ont pas maintenu la réserve d'antiviraux et il est difficile d'acheter rapidement les antiviraux

- La pandémie de COVID-19 a mis en évidence des lacunes graves relativement à la capacité du Canada de livrer des fournitures médicales essentielles au secteur de la santé qui nécessite :

– une approche à l'échelle du gouvernement à la gestion de toute la chaîne d'approvisionnement, y compris l'ASPC, Santé Canada, Services publics et Approvisionnement Canada, Conseil national de recherches du Canada, Affaires mondiales Canada, Innovation, Sciences et Développement économique Canada et Forces armées canadiennes.

– Investissements sans précédent dans l'équipement de protection individuelle (EPI), le matériel de dépistage et l'équipement biomédical (Annexe C)

- Des quantités considérables de matériels n'ont pas encore été livrées au Canada (Annexe D), toutefois, les modèles de l'offre et de la demande actuels indiquent que le Canada peut faire face à des pénuries de fournitures essentielles pour la deuxième vague de la COVID-19.

- Des investissements sont nécessaires pour faire face à la prochaine urgence de santé publique.

7

Mesures nécessaires pour appuyer la lutte contre la COVID-19

- En fonction des renseignements actuels, un investissement supplémentaire de 2,6 milliards $ peut être nécessaire au cours des deux prochaines années :

– Acheter de l'équipement de protection individuelle (EPI), du matériel de dépistage et de l'équipement supplémentaire pour appuyer l'intervention et maintenir des niveaux minimaux dans la RNSU

– Louer de l'espace d'entreposage additionnel pour l'augmentation des stocks en raison de la COVID-19

– Établir une solution de logistique d'un tiers pour gérer la logistique, la manipulation, l'entreposage et la distribution du grand volume de fournitures achetées

– Mettre en œuvre un programme d'entretien de l'équipement biomédical pour s'assurer que les équipements biomédicaux achetés (par exemple, les ventilateurs) satisfont aux critères de qualité lors de la livraison et peuvent être déployés selon les besoins

– Acheter activement les matériels pour la vaccination nécessaires pour administrer un vaccin potentiel contre la COVID pour atténuer le risque de pénurie lorsque le vaccin sera disponible

– Intégrer les fonctions de la RNSU à une seule structure organisationnelles pour appuyer l'intervention et préparer le départ des Forces armées canadiennes et la perte potentielle d'autres ressources louées

Mesures proposées pour se préparer aux urgences de santé publique futures

Approche nationale pour assurer la disponibilité de fournitures	Modèle opérationnel pour la gestion de la réserve stratégique	Personnes, systèmes et infrastructure
Organiser une séance sur les leçons apprises sur les défis liés à la chaîne d'approvisionnement et à l'accumulation de stocks au Canada mis en évidence dans le contexte de la COVID-19 et les mesures connexes Travailler avec les partenaires étrangers pour déterminer les pratiques exemplaires dans d'autres approches	Organiser un groupe de travail de spécialistes qui doivent recommander des cibles nationales pour les stocks d'EPI et d'autres fournitures clés en fonction du besoin des matériels et de la disponibilité au pays	Définir les objectifs des PT et de la RNSU relativement à l'accumulation des stocks Établir une approche pour déterminer rapidement les vulnérabilités de la chaîne d'approvisionnement par suite des nouvelles menaces

Établir des déclencheurs et un fonds de prévoyance pour initier l'approvisionnement actif de fournitures médicales et équipements supplémentaires pour faire face aux nouvelles menaces

Redéfinir la gouvernance et les rôles et responsabilités pour tous les intervenants

Obtenir un financement permanent pour maintenir les stocks recommandés

Définir et mettre en œuvre des modèles optimaux pour la gestion des stocks (gérés par le propriétaire c. géré par le fournisseur)

Mettre en œuvre des stratégies solides de gestion du cycle de vie, y compris des mesures pour éviter l'expiration des matériels (si possible) appuyées par les autorités compétentes et investissements dans les personnes, les systèmes et l'infrastructure

Établir un cadre de surveillance du rendement pour vérifier la mise en œuvre en vue d'atteindre les objectifs de la RNSU et l'efficacité des stratégies de gestion du cycle de vie

Renforcer les capacités des ressources humaines relativement à l'élaboration des programmes, à l'analyse technique, à l'assurance de la qualité, à la gestion de la chaîne d'approvisionnement, à la mobilisation des intervenants, aux partenariats et à la conformité aux règlements

Mettre en œuvre un nouveau système de gestion de l'entrepôt avec un système de gestion des commandes intégré et des outils de veille stratégique

Renforcer le réseau d'entrepôts de la RNSU en investissant dans deux entrepôts de propriété du gouvernement fédéral qui satisfont aux exigences de la RNSU (par exemple, conformité aux bonnes pratiques de fabrication, contrôle de la température, sécurité)

Continuer d'explorer des possibilités de collaboration avec le ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes

Autorisations supplémentaires

- Le mandat de la RNSU ne permet pas à l'ASPC d'offrir gratuitement ou de vendre des fournitures, sauf s'il s'agit de surplus

– L'ASPC nécessite d'autres autorisations pour :

- Offrir ou vendre les fournitures de la RNSU pour des activités de gestion du cycle de vies pour éviter l'expiration (lorsque possible)

- Offrir ou vendre les fournitures de la RNSU à des organismes étrangers ou d'autres pays pour l'aide internationale

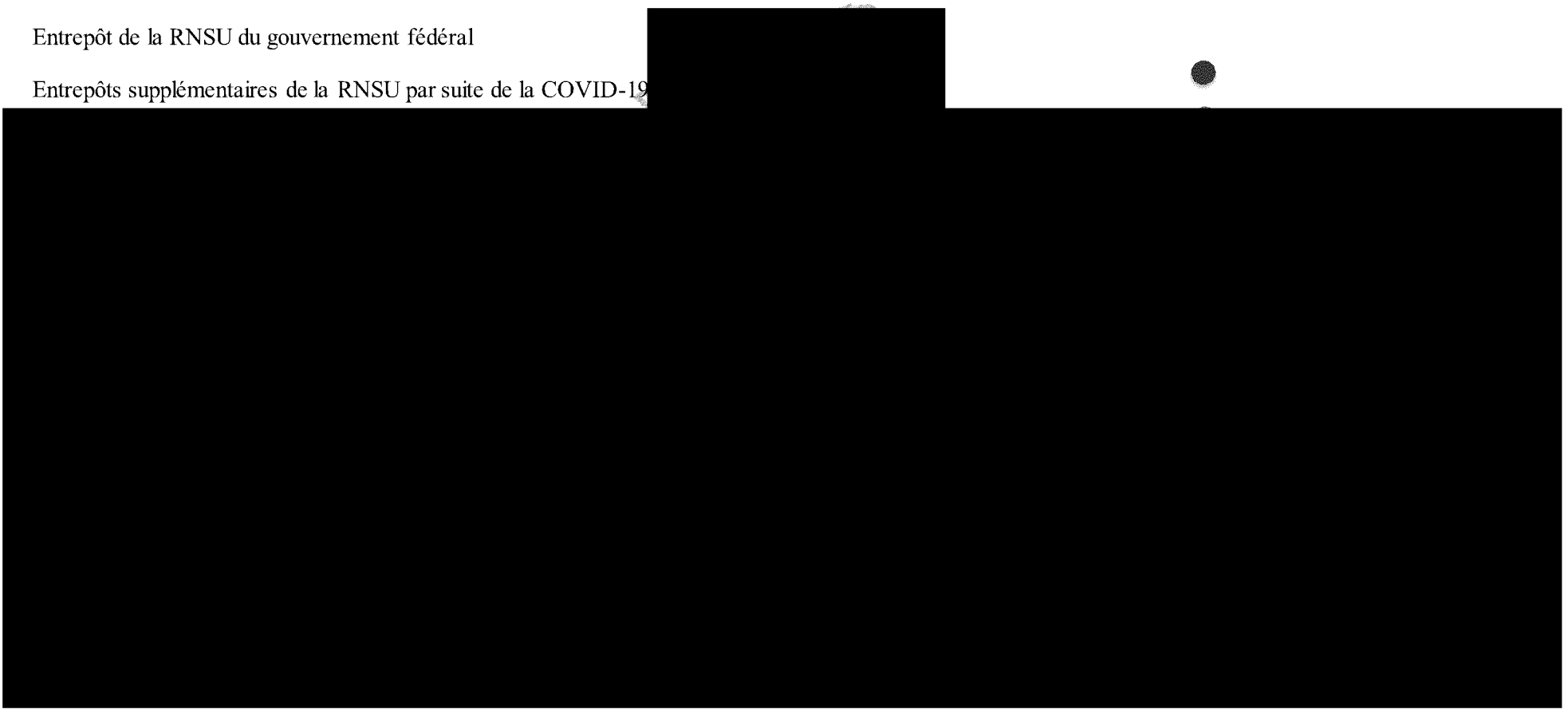
- Des décisions précises de faire des dons doivent être évaluées pour aborder des considérations contractuelles, financières, réglementaires et juridiques

Annexes

Annexe A : Réseau d'entrepôts de la RNSU

Entrepôt de la RNSU du gouvernement fédéral

Entrepôts supplémentaires de la RNSU par suite de la COVID-19



Ottawa (2) Ottawa (3)

Juin 2020

Annexe B : Dépenses de la RNSU de 2020 à 2021 (le BDPF doit valider)

Millions $

4,761.5

189.3

4.8	4.4	3.7	12.9	11.1	8.7	15.1	20.7	21.5	11.4		
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 à ce jour

Investissements pour remplacer les antiviraux expirés pour l'influenza pandémique

Investissements dans les contre-mesures médicales pour l'Ébola

Investissements dans l'EPI et l'équipement biomédical pour la COVID-19

Investissements dans les contre-mesures médicales pour lutter contre [redacted]

Budget 2020 – investissements dans les contre-mesures médicales

Annexe C : Paramètres clés de la COVID-19 (le 20 juin 2020)

4,7 milliards $

Dépensés et engagés

2 milliards

d'unités d'EPI achetées

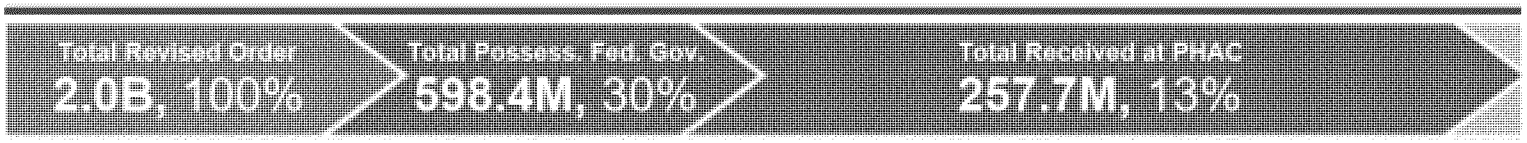
56 Millions d'unités d'EPI livrées aux PT

Plus de 50 000 équipements biomédicaux achetés

53

Nombre de demandes d’aide auxquelles on a répondu

Annexe D : Situation actuelle des achats en grande quantité (le 20 juin 2020)



En circulation

1 675 756 715

Affectés à la RNSU

19 573 320

Total expédié (BP et RFA)

56,4M, 3%

1 685 220

Déployé, non médical

3 166 000

Entrepôt Extraterritorial
71 715 995

En Transit vers l'ASPC
268 969 533

Attend évaluation
70 539 502

Prêt pour l'affectation
38, 04 331

Transport
57 482 541

En-Transit

Livré
54 714 974

Utilisation non médicale

10 737 750

Annexe E : Structure proposée de la RNSU (ébauche pour discussion interne)

RNSU

Adjoint de direction

Chef principal en matière de politiques, transformation de la RNSU

Gestionnaire, gestion de questions d'intérêt

Gestionnaire, soutien de l'administration des programmes

Gestionnaire, affaires réglementaires

Directeur, équipement de protection individuelle

Directeur, équipements médicaux et produits pharmaceutiques

Directeur, gestion d'entrepôt

Analyse du modelage et de la chaîne d'approvisionnement

Gestion de la chaîne d'approvisionnement et logistique

Gestionnaire, équipement médical

Gestionnaire, gestion d'entrepôt

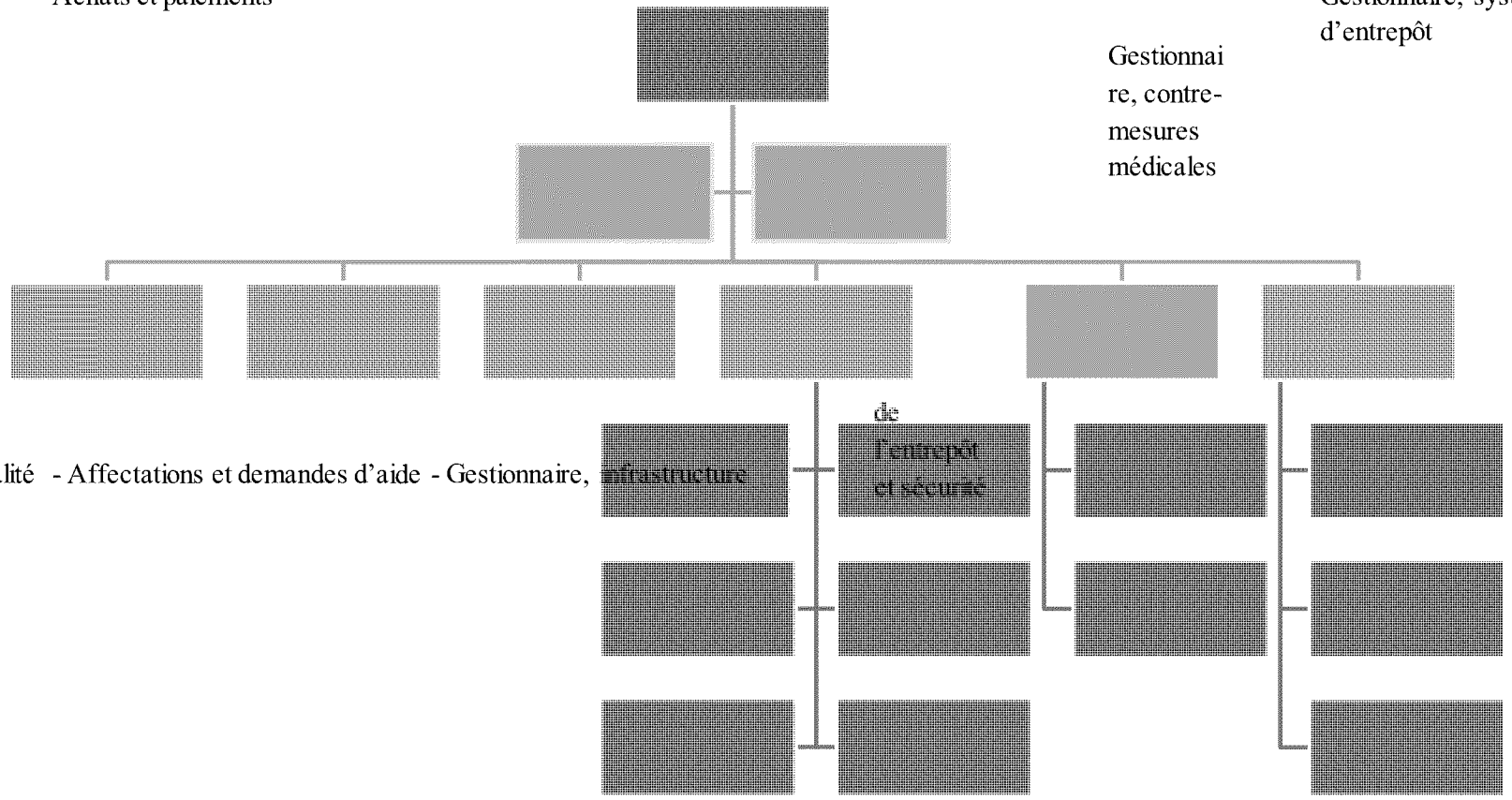
Page: 806 of/de 1,041
AV2020000020

Équipe technique

Achats et paiements

Gestionnaire, systèmes d'entrepôt

Gestionnaire, contre-mesures médicales



Assurance de la qualité - Affectations et demandes d'aide - Gestionnaire, infrastructure

Annexe F : Comparaison de deux pandémies

Pandémie de H1N1

- Pendant la pandémie de H1N1, les PT ont eu accès à la RNSU comme suit :
  - 135 ventilateurs pour adultes
  - 198 800 masques
  - [redacted] capsules d'antiviraux pédiatriques

Source : Leçons apprises (H1NI)

Pandémie de COVID-19

- Au 21 juin 2020, l'ASPC avait commandé deux milliards d'unités de d'EPI et expédié plus de 56 millions d'unités d'EPI aux PT notamment :
  - 28 millions de gants
  - 16 millions de masques chirurgicaux
  - 3,4 millions d'écrans faciaux
  - 1,4 millions de chemises d'hôpital
  - 1,5 millions de respirateurs N95 ou équivalents

Source : Tour de contrôle de l'ASPC

Plan à court terme pour l'EPI et la RNSU

Tâche	*Calendrier*	*Santé*	*Besoin d'aide?*	*Quoi?*	*Quand?*	*Mesures actuelles*
• Établir une solution de logistique d'un tiers pour gérer la logistique, la manipulation, l'entreposage et la distributiondu grand volume de fournitures achetées	T2 2020-21	R	Min SPAC	Une seule source Décision	13-07-20	DP prête
• Effectuer une EMR pour la chaîne d'approvisionnement de l'EPI	T2 2020-21	Y				Vise l'approvisionnement externe de l'EMR
• Effectuer une analyse pour un nouveau système de gestion de l'entrepôt avec un système de gestion des commandes intégré et des outils de veille stratégique	T2 2020-21	G				
• Transition des Forces armées canadiennes	T2 2020-21	Y				Plan de transition 17-07-20. Date cible des FAC : 1-07-20.
• Mettre en œuvre un programme d'entretien de l'équipement biomédical pour s'assurer que les équipements biomédicaux achetés (par exemple, les ventilateurs) satisfont aux critères de qualité lors de la livraison et peuvent être déployés selon les besoins	T2 2020-21	Y				
• Acheter activement les matériels pour la vaccination nécessaires pour administrer un vaccin potentiel contre la COVID pour atténuer le risque de pénurie lorsque le vacciu sera disponible	Approvisionnement terminé. Réception des matériels continue	G				
• Intégrer les fonctions de la RNSU à une seule structure organisationnelles pour appuyer l'intervention et préparer le départ des Forces armées canadiennes et la perte potentielle	T2 2020-21	G				
• Renforcer les capacités des ressources humaines relativement à l'élaboration des programmes, à l'analyse technique, à l'assurance de la qualité, à la gestion de la chaîne d'approvisionnement, à la mobilisation des intervenants, aux partenariats et à la conformité aux règlements	T2 2020-21	Y				
• Acheter de l'équipement de protection individuelle (EPI), du matériel de dépistage et de l'équipement supplémentaire pour appuyer l'intervention et maintenir des niveaux minimaux dans la RNSU	Permanent avec objectifpour le T3 2020-21	G				Memo pour le ministre

Note

Appel d'intérêt pour un contrat de location de huit ans pour la RNSU. Moyen terme. Nouveau contrat de location d'ici le 30 septembre. Occupation pendant le 3e trimestre. Vert.

Infrastructure d'entrepôt pour la RNSU à long terme [redacted]

Stratégie de mobilisation des PT – approche au mandat. Table(s) pertinente(s) LAC/SAC/CDMH

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

POUR INFORMATION

20-109490 – 376

NOTE À L'INTENTION DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ

Réduction des dons d'équipements de protection individuelle

Canada

RÉSUMÉ

- Depuis la fin mars, le nombre d'offres de dons d'équipement de protection individuelle (EPI) à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a diminué.

- L'équipe responsable des dons d'EPI de l'ASPC, avec le soutien des Forces armées canadiennes, avait initialement été créée pour coordonner l'afflux d'offres d'organisations nationales et internationales, fournir de l'espace d'entreposage et vérifier la qualité de l'EPI avant de le distribuer aux provinces et aux territoires.

- À ce jour, ces efforts ont permis de distribuer environ 590 000 respirateurs N95 et de respirateurs équivalents (p. ex. KN95, FFP2); 1,6 million de masques chirurgicaux; plus de 400 000 paires de gants en nitrile; 60 000 blouses; et plus de 80 000 écrans faciaux.

- Comme les offres de dons se font moins nombreuses, l'équipe responsable des dons d'EPI propose une diminution du niveau d'intervention du programme. Cela signifierait la réorientation du personnel vers l'équipe de la stratégie en matière d'EPI, qui est plus grande; la fermeture du portail public de dons d'EPI; et le transfert de tout besoin d'entreposage et de distribution actuel à la Croix-Rouge canadienne (CRC).

- Durant le transfert vers la CRC, l'ASPC continuera de s'occuper des dons dans le cadre de sa licence d'établissement pour les instruments médicaux. De plus, les coûts permanents de la CRC sont couverts par une entente avec la Sécurité publique, selon laquelle la CRC doit maintenir la capacité de recueillir, de transporter et de distribuer des fournitures et des biens médicaux clés (comme l'EPI) dans l'ensemble du Canada.

- Les prochaines étapes pour l'équipe responsable des dons d'EPI consisteront à diffuser, par l'intermédiaire du Cabinet de la ministre, un avis au Bureau du Conseil privé et à d'autres ministères gouvernementaux (p. ex. Affaires mondiales Canada) pour signaler que le portail en ligne sera progressivement éliminé et fournir des directives sur la façon de contacter ponctuellement l'équipe responsable des dons d'EPI afin de faciliter tout don futur.

Nº du SGCHD 20-109490 – 376

Personne-ressource : [redacted]
Téléphone : [redacted]

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé : 2020-07-13 12 h 42
À : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted]
Objet : Objet : Planification de l'évaluation de la menace et des risques (EMR) pour la chaîne d'approvisionnement en équipement de protection individuelle (EPI)

Merci, [redacted]. Je suis d'accord et j'effectuerai un suivi à cet égard. [redacted] Le processus de notification doit être plus strict.

Bonne journée,

[redacted]

De : [redacted] >
Envoyé : 2020-07-13 12 h 37
À : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Objet : Planification de l'évaluation de la menace et des risques (EMR) pour la chaîne d'approvisionnement en équipement de protection individuelle (EPI)

Un autre point important selon moi concerne les éléments intégrés dans les contrats avec les fournisseurs de services comme [redacted] Nous voulons être avisés immédiatement des [redacted] Je pourrais me tromper, mais nous n'avons pas vraiment été avertis immédiatement. Le processus de notification devrait être précisé – qui reçoit les notifications, qui prend les décisions, etc. Il est important d'assurer une cohérence du processus.

Envoyé de mon iPhone

Le 13 juillet 2020, à 12 h 33, [redacted] a écrit :

[redacted], après discussion et examen avec la Direction générale des services de gestion (DGSG), l'agent de sécurité ministériel (ASM) et Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC), voici l'approche proposée pour l'EMR de la chaîne d'approvisionnement en EPI :

- Une EMR exhaustive du processus global de bout en bout exigerait l'établissement d'un contrat avec une tierce partie et des échéances associées. La portée, l'échelle et le caractère novateur de cette collaboration dépasseraient la capacité interne.

- À ce titre, nous avons collaboré avec SPAC pour tirer parti du contrat actuel avec Deloitte, afin d'émettre une autorisation de tâche en demandant une évaluation rapide de la vulnérabilité. Deloitte disposerait des capacités requises pour répondre à cette demande, soit en matière de préparation, de familiarité et de présence sur le terrain pour l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement en EPI. Les solutions de rechange comprennent les accords d'approvisionnement existants, ce qui représenterait une mobilisation considérable dans un domaine spécialisé.

- L'évaluation de la vulnérabilité inclurait un examen des processus de sécurité physique et des renseignements de chacun de nos partenaires dans le continuum global (p. ex. Bolloré, Cargojet, Purolator, Groupe Robert, etc.), ainsi que le « transfert » entre chacun de ces prestataires de services. Le risque en matière de transparence serait également pris en compte dans son ensemble, en ce qui concerne les communications et l'échange de renseignements.

- L'objectif serait de cibler immédiatement toutes les vulnérabilités afin que des mesures d'atténuation puissent être mises en œuvre, et de déterminer si une exploration plus approfondie est nécessaire.

- En attendant les résultats, une évaluation plus exhaustive serait menée par un fournisseur de service tiers.

Je communiquerai avec vous d'ici la fin de la semaine pour confirmer la viabilité et l'état de préparation de Deloitte. Pour votre examen.

Cordialement,

[redacted]
Équipement de protection individuelle et Réserve nationale stratégique d'urgence
Personal Protective Equipment and National Emergency Strategic Stockpile
[redacted]
Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada
Ottawa, Canada K1A 0K9

[redacted]
Gouvernement du Canada | Government of Canada

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted] (PHAC/ASPC)
Envoyé : 15 juillet 2020, 13 h 5
À : [redacted] (PHAC/ASPC)
Cc : [redacted]
Objet : Plan de travail à jour de l'EPI et de la RNSU à court terme
Pièces jointes : Short-Term PPE and NESS Plan 15 July 2020.docx

[redacted] : Vous trouverez ci-joint un *Plan de travail à jour de l'EPI et de la RNSU à court terme*. Les modifications à la dernière version son en gras et en italique. J'ai ajouté un suivi des « modifications » à la nouvelle colonne « Santé + changement », ce qui reflète l'évolution depuis la dernière version. J'ai également changé le nom de la colonne « Mesure à prendre » pour « Mesure à prendre pour passer au jaune ou au vert ». Je fixerai l'objectif de maintenir les points pour passer au rouge et au jaune à une seule page (sans réduire la taille de la police). Il y a également un **bloc-notes** au bas de la page 2.

Je diffuserai des mises à jour au besoin. Le format et l'approche sont malléables pour convenir à vos préférences.

Pour votre examen.

À la vôtre,

[redacted]
Personal Protective Equipment and National Emergency Strategic Stockpile
Équipement de protection individuelle et Réserve nationale stratégique d'urgence
[redacted]
Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0K9

[redacted]
Government of Canada | Gouvernement du Canada

Plan d'EPI et de RNSU à court terme **** *Changements en gras et en italique* **** **15 juillet 2020**

Tâche	Délai	Santé + changement	Besoin d'aide de qui?	Quoi?	Quand?	Mesure à prendre pour passer au jaune ou au vert
• Établir une nouvelle solution logistique tierce partie pour gérer la logistique, le traitement, l'entreposage et la distribution du volume extraordinaire de fournitures achetées.	T2 2020-2021	=	Min SPAC ***SM SPAC***	Une seule source de décision ***Décision de prolonger le contrat***	*17-07-20* *17-07-20*	· ***Séance approfondie avec le ministre (Min) de SPAC prévue pour le 17 juillet 2020.*** · ***Le Groupe Robert soumettra sa proposition pour les scénarios de prolongement d'un an et de deux ans pour le local [redacted] d'ici vendredi. Idéalement, cela se situerait dans le cadre du pouvoir de dépenser du sous-ministre (SM).***
• Terminer l'évaluation des menaces et des risques (EMR) de la chaîne d'approvisionnement de l'EPI.	T2 2020-2021	A =				· ***SPAC modifie le contrat avec Deloitte à l'appui de cette exigence.***
• Stratégie d'affectation pour l'équipement biomédical. Préparation FPT à la reprise.	T2 2020-2021	A =				· ***Remédier à l'absence de réponse des PT. Tableau de gouvernance approprié?***
• Augmenter les capacités des ressourees humaines (RH) dans l'élaboration de programmes, l'analyse technique, l'assurance de la qualité, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, la mobilisation des intervenants et des partenariats et la conformité réglementaire.	T2 2020-2021	A				À déterminer
• Mettre en œuvre un programme d'entretien de l'équipement médical pour s'assurer que l'équipement acheté (p. ex., ventilateurs) passent le test de l'assurance de la qualité à la livraison et qu'il est entretenu et prêt à déployer au besoin.	T2 2020-2021	A =				À déterminer
• Acquérir de l'EPI supplémentaire, de l'équipement et des fournitures d'essai pour soutenir l'intervention et maintenir un niveau minimal de réserve dans la RNSU.	Les efforts se maintiennent pour la réserve cible du T3 2020-2021.	*A*	***Min SC***	***Décision relative à la note***		· ***Approbation de la note au ministre 20-109279-396***

Page: 816 of/de 1,041
AV2020000020

Tâche	Délai	Santé + changement	Besoin d'aide de qui?	Quoi?	Quand?	Mesure à prendre pour passer au jaune ou au vert
• Acquérir proactivement les fournitures de vaccin requises pour administrer le vaccin potentiel contre la COVID afin d'atténuer les risques de pénurie des produits lorsque le vaccin sera disponible.	Approvisionnement terminé. Réception des produits en cours.	G =				
• Intégrer et améliorer les fonctions de la RNSU dans une seule structure organisationnelle pour soutenir l'intervention.	T2 2020-2021	G =				
• Demande d'information pour un nouveau bail jusqu'à 8 ans pour la RNSU régulière. Occupation au T3 2020-2021	T2 2020-2021	G =				
• Amorcer une analyse des options pour un nouveau système de gestion d'entrepôt avec un système intégré des gestion des commandes et des outils d'informatique décisionnelle.	T2 2020-2021	G =				
• Lancement du projet pour l'infrastructure d'entrepôt à long terme de la RNSU des [redacted]	T2 2020-2021	G =				

Bloc-notes

- ***Ajouter le contrat de 3M pour les masques N95.***

Page: 817 of/de 1,041
AV2020000020

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted] (PHAC/ASPC)
Envoyé le : 2020-07-206:06PM
À : [redacted] (PHAC/ASPC)
CC : [redacted]
Objet: Objet : Rôle de l'ASPC dans la Réserve d'urgence pour les services essentiels

Ce que je comprends, c'est que si la RUSE est ouverte à la santé, SPAC renverrait toute demande liée à la santé de la part d'un fournisseur de service à l'ASPC aux fins d'évaluation.

Cela demanderait également de consulter les PT lorsque des demandes de fournitures sont reçues par l'entremise de la RUSE afin d'éviter les chevauchements de tâches pour une même demande ou de ne pas contredire les programmes et les décisions des PT ayant trait à l'approvisionnement en EPI.

Cela donc créerait effectivement une structure parallèle et quelque peu concurrente pour les demandes d'EPI pour le secteur de la santé.

Cependant, le processus de la RUSE risque de créer un volume nettement plus élevé de demandes et entraînera vraisemblablement de nouvelles difficultés en ce qui concerne le travail réalisé avec les PT pour valider les demandes.

De : [redacted]
Envoyé le : 2020-07-20 5:56 PM
À : [redacted]
CC : [redacted]
Objet : Objet : Rôle de l'ASPC dans la Réserve d'urgence pour les services essentiels

À notre connaissance, nous ne jouons aucun rôle quant à la réserve d'urgence pour les services essentiels. Quel rôle pensez-vous que nous jouions?

Envoyé depuis mon iPhone

> Le 20 juillet 2020, à 17 h 45, [redacted] >a écrit :
>
> Bonjour [redacted] et [redacted],
>
> Comme je pense vous le savez, SPAC dirige les efforts pour mettre en place une réserve d'urgence pour les services essentiels (RUSE) afin de veiller à ce que les organismes de services essentiels aient accès aux fournitures dont ils ont besoin pour veiller à leur sécurité et à celle des autres durant la COVID-19.
>
> D'après ce que nous avons compris, depuis que les discussions sur la RUSE ont commencé il y a

plusieurs mois, bien que la santé soit un service essentiel, les demandes de fournitures pour le secteur de la santé continueraient d'être gérées par les PT qui pourraient, au besoin, présenter une demande d'aide à la RNSU.

C'est pourquoi, nous n'avons pas établi de plan et n'avons affecté aucune ressource pour examiner les demandes liées à la santé présentées à la RUSE.

Toutefois, nous avons appris, auprès de Santé Canada, qu'il y aurait de la confusion/différentes opinions entourant le rôle de l'ASPC dans la RUSE. Nous ne savons pas trop quelle en est la source et notre message à cet égard a toujours été le même à mesure que le travail pour faire avancer la RUSE a progressé.

Veuillez me faire savoir si vous comprenez ou vous voyez les choses différemment d'après les discussions que vous avez vous-mêmes eues.

Je marque la présente maintenant car SPAC s'apprête à faire une annonce demain.

Merci,

-

POUR APPROBATION

20-110148 - 777

NOTE À L'INTENTION

Transfert

RÉSUMÉ

- La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) possède et auxquels les provinces et les territoires (PT) peuvent accéder en présentant une demande d'aide officielle. Les stocks de la RNSU seront bientôt périmés.
- En juin 2020, des discussions ont été tenues avec les PT pour déterminer comment les médicaments pourraient être utilisés dans le cadre des efforts de lutte contre la COVID-19, avant leur date de péremption, au cours de l'année civile.
- et a présenté une demande d'aide. Nous nous attendons à recevoir une demande semblable de la part du
- Nous sollicitons votre approbation afin de procéder au transfert du
  -
  -

CONTEXTE :

Les PT peuvent demander l'accès à de l'équipement médical permettant de sauver des vies, comme des ventilateurs, au moyen d'une demande d'aide pour l'obtention de fournitures d'appoint. La RNSU possède une certaine quantité de produits qui sont

La RNSU détient actuellement dont la date de péremption est le

31 décembre 2020. Selon les estimations, cette quantité permettrait de traiter environ [redacted] qui est actuellement en stock dans la RNSU.

[redacted]

En juin 2020, des discussions ont été entamées avec les PT pour déterminer comment les produits de la RNSU classés comme étant en situation [redacted] pourraient être utilisés avant leur date de péremption.

L'ASPC a mis à contribution les PT par le biais du Comité consultatif sur la logistique (CCL) et a proposé que l'on approuve une distribution ciblée à une ou deux provinces ou territoires ayant des besoins élevés. Les membres du CCL ont approuvé cette approche, et l'ASPC a entamé des discussions de suivi avec [redacted]

Le 14 juillet 2020, l'ASPC a reçu une demande d'aide du [redacted] pour le transfert de [redacted] à la province aux fins d'utilisation dans le système de santé. [redacted] Nous nous attendons à recevoir une demande semblable du [redacted]

Bien que le cadre stratégique actuel de la RNSU confère au directeur responsable de la RNSU le pouvoir d'approuver l'envoi au pays de fournitures en cas de pandémie, les transferts de produits pharmaceutiques sont traités au cas par cas et approuvés par l'administrateur général de l'ASPC.

POINTS À CONSIDÉRER :

Il est estimé que 2,5 % des patients atteints de la COVID-19 devront être admis aux soins intensifs et recevoir une assistance ventilatoire [redacted]

En raison de l'augmentation rapide de l'approvisionnement en médicaments utilisés pour [redacted] le Canada fait maintenant face à une pénurie

imminente de ces médicaments, dont plusieurs sont classés comme [redacted] On parle de pénurie [redacted] lorsqu'aucun traitement de rechange commercialisé au Canada n'est disponible; cette situation survient lorsqu'un manufacturier ou un importateur n'est pas en mesure de répondre à la demande de médicament.

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU PORTEFEUILLE :

Afin de répondre aux besoins immédiats du système de santé, Santé Canada a mis en place un processus continu de demande de renseignements (DDR) pour l'acquisition de médicaments [redacted] et faisant actuellement partie de catégories de médicaments considérés comme [redacted]

RÉPERCUSSIONS SUR LES RESSOURCES :

Puisque plusieurs lots de médicaments de la RNSU seront périmés avant la fin de l'année civile, les médicaments devraient être distribués dès que possible pour faire en sorte qu'il n'y ait aucune perte de produit.

Il est peu probable que les populations fédérales puissent utiliser ces médicaments pour des patients [redacted] serait fourni dans des hôpitaux administrés par les PT.

[redacted] auront pour effet d'épuiser les stocks actuels [redacted] de la RNSU. Nous prévoyons que des unités supplémentaires de [redacted] seront acquises dans le cadre du processus de DDR susmentionné de Santé Canada par les autorités de la RNSU.

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION :

Il est recommandé que vous indiquiez votre approbation du transfert de stocks de [redacted] en cochant la case « J'accepte » ci-dessous et en apposant votre signature.

_____ _____

[redacted] Date

[redacted]

☐ Je refuse

☐ J'accepte

_____ _____

[redacted] [redacted]

_____ _____

Date Date

MECS# 20-110148 - 777

Personne-ressource : [redacted]
Téléphone : [redacted]

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted] (PHAC/ASPC)
Envoyé : 24 juillet 2020, 8 h 51
À : [redacted] (PHAC/ASPC)
Cc : [redacted]
Objet : Plan à jour de l'EPI et de la RNSU
Pièces jointes : Short-Term PPE and NESS Plan 24 July 2020.docx

Bonjour [redacted], Vous trouverez ci-joint le plan d'EPI et de RNSU à court terme à jour pour votre examen. La logistique ou l'espace n'est plus dans le rouge, mais dans le jaune. Il y a plusieurs mises à jour et il y a de nouveaux points sur la deuxième page. Nous mettrons davantage l'accent sur le moyen terme dans les discussions à votre retour.

Meilleures salutations,

[redacted]
Personal Protective Equipment and National Emergency Strategic Stockpile
Équipement de protection individuelle et Réserve nationale stratégique d'urgence
[redacted]
Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0K9

[redacted]
Government of Canada | Gouvernement du Canada

Plan d'EPI et de RNSU à court terme

24 juillet 2020

****** *Changements en gras et en italique* ******

N°	Tâche
1	• Établir une nouvelle solution logistique tierce partie à cours terme pour gérer la logistique, le traitement, l'entreposage et la distribution du volume extraordinaire de fournitures achetées.
2	• Établir une nouvelle solution logistique tierce partie à long terme pour gérer la logistique, le traitement, l'entreposage et la distribution du volume extraordinaire de fournitures achetées.
23	• Terminer l'évaluation des menaces et des risques (EMR) de la chaîne d'approvisionnement de l'EPI.
34	• Stratégie d'affectation pour l'équipement biomédical. Préparation FPT à la reprise.
45	• Augmenter les capacités des ressources humaines (RH) dans l'élaboration de programmes, l'analyse technique, l'assurance de la qualité, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, la mobilisation des intervenants et des partenariats et la conformité réglementaire.
56	• Mettre en œuvre un programme d'entretien de l'équipement médical pour s'assurer que l'équipement acheté (p. ex., ventilateurs) passent le test de l'assurance de la qualité à la livraison et qu'il est entretenu et prêt à déployer au besoin.
67	• Acquérir de l'EPI supplémentaire, de l'équipement et des fournitures d'essai pour soutenir l'intervention et maintenir un niveau minimal de réserve dans la RNSU.

Formaté

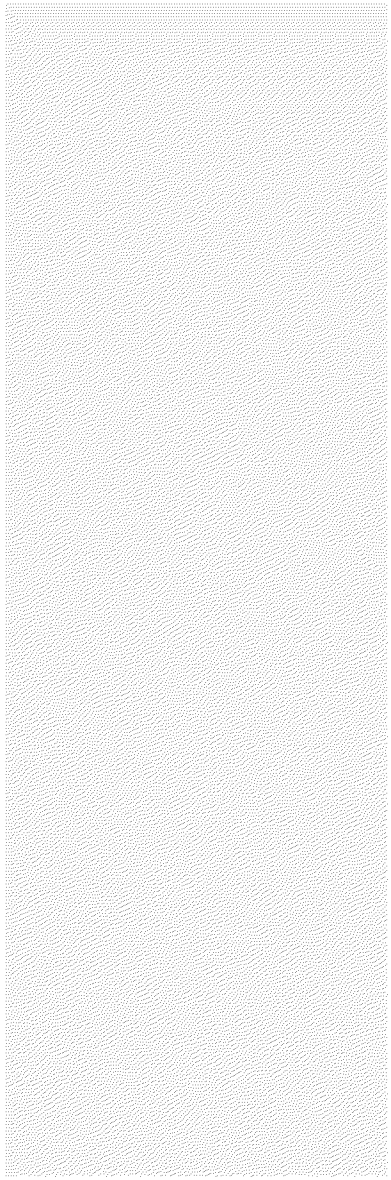
Tableau formaté

Formaté : Police : 12 pts, gras, italique

Formaté : Normal, pas de puces ou de numérotation

Formaté : Police : Italique

Formaté : Police : Italique



N°	Tâche	Délai
8	• Acquérir proactivement les fournitures de vaccin requises pour administrer le vaccin potentiel contre la COVID afin d'atténuer les risques de pénurie des produits lorsque le vaccin sera disponible.	Approvisionnement ter
9	• Intégrer et améliorer les fonctions de la RNSU dans une seule structure organisationnelle pour soutenir l'intervention.	T2 2020-2021
10	• Demande d'information pour un nouveau bail jusqu'à 8 ans pour la RNSU régulière. Occupation au T3 2020-2021	T2 2020-2021
11	• Amorcer une analyse des options pour un nouveau système de gestion d'entrepôt avec un système intégré des gestion des commandes et des outils d'informatique décisionnelle.	T2 2020-2021
12	[redacted]	T2 2020-2021
13	• [redacted]	***T2 2020-2021***
14	• [redacted]	***T2 2020-2021***
15	• ***Approbation de la lettre de financement pour les coûts d'achat d'EPI supplémentaire, de logistique et d'entreposage.***	***T2 2020-2021***
16	• ***Contribuer à la demande d'« intégrité » du financement pour aborder les coûts pour 2021-2022 et au-delà en raison des exigences de la COVID.***	***T2 2020-2021***

Bloc-notes

Page: 827 of/de 1,041
AV2020000020

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted] (PHAC/ASPC)
Envoyé : July 27, 2020, 10 :10 am
À : [redacted] (PHAC/ASPC)
Sujet : Retransmettre : JAMC : COMMENTAIRES : Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) du Canada : Le moment est venu pour une nouvelle stratégie à long terme

Une idée / opinion que j'ai découverte pour un futur modèle du SRNU

> Il se peut qu'une meilleure approche soit d'intégrer le SRNU avec l'approvisionnement commercial.[10] L'intégration pourrait être effectuée par le biais d'un « fournisseur principal »[4], une société de la Couronne ou un organisme sans but lucratif. Le fournisseur principal aurait la tâche de gérer l'inventaire, l'approvisionnement, les négociations contractuelles, la communication des données, la logistique et la distribution.[4] Cette organisation pourrait être modelée à l'image des organisations de services partagés (OSP), qui effectuent l'approvisionnement en fournitures au moyen d'ententes d'achats groupés afin d'économiser de l'argent et garantir des prix stables et équitables.[11] Le fournisseur principal maintiendrait des entrepôts de réserves pleins et vendrait des fournitures aux hôpitaux, aux cliniques privées et aux établissements de soins de longue durée pour fournir des soins courants, ce qui permettrait de garder des fournitures fraîches et d'assurer une provision adéquate pour des interventions d'urgence. Le Gouvernement du Canada pourrait utiliser les données de l'offre et de la demande tirées des ventes afin de mieux coordonner les interventions d'urgence et prévoir des pénuries afin de déclencher des activités manufacturières pour combler des pénuries plus tôt.[10] Les types de fournitures mises en réserve pourraient être révisés de façon régulière pour en assurer la pertinence. Si cette approche s'avère efficace, le fournisseur principal pourrait élargir ses opérations pour inclure des produits de soins intensifs et des produits pharmaceutiques.

Envoyé de mon iPhone

Début du message transféré :

De : "Media Monitoring / Suivi des Medias (HC/SC)" <hc.media.monitoring-suivi.des.medias.sc@canada.ca>
Date: 13 juillet 2020, à 10:11:59 HAE
Sujet : **JAMC : COMMENTAIRES : Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) du Canada : Le moment est venu pour une nouvelle stratégie à long terme**

Distribution group / Groupe de distribution: HC.F PEIA COVID19 / COVID19 AREP F.SC

13 juillet 2020

Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) du Canada : Le moment est venu pour une nouvelle stratégie à long terme

JAMC, Scott Laing and Ellen Westervelt

POINTS PRINCIPAUX

- La pandémie de COVID-19 a mis en lumière des problèmes propres à la chaîne d'approvisionnement en équipement de protection individuelle au Canada et ailleurs.

- La dernière vérification du Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) du Canada a eu lieu en 2010. Un problème de fournitures expirées a été constaté à l'époque et le problème persiste encore aujourd'hui.

- Les réserves de matériel de secours d'urgence sont coûteuses à entretenir, et la gestion des fournitures expirées génère des déchets de matériaux et du gaspillage d'argent considérables.

- Il se peut qu'une meilleure approche soit d'intégrer le SRNU avec l'approvisionnement commercial par le biais d'un « fournisseur principal » qui pourrait minimiser le gaspillage d'argent et la génération de déchets de matériaux en vendant des fournitures aux organismes de soins de santé, ce qui permettrait de reconstituer les réserves sur une base continuelle, d'assurer un approvisionnement d'urgence en fournitures non-expirées, et de fournir des données fort utiles sur l'offre et la demande pour les interventions d'urgence.

Selon des reportages récents dans les médias, des millions de fournitures d'équipement de protection individuelle (ÉPI) dans le Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU) du Canada sont expirés ou gaspillés.[1] Par ailleurs, des hauts fonctionnaires du gouvernement et des organismes de soins de santé essaient de toute urgence d'obtenir de nouvelles réserves pour remédier aux pénuries généralisées.[2] Le gestion des réserves d'urgence s'est révélée difficile pour le Canada et d'autres pays, y inclus les États-Unis et l'Australie, surtout en ce qui concerne l'expiration des fournitures et le gaspillage d'argent.[3,4] Nous proposons une stratégie à long terme alternative, fondée sur la prise en considération des réponses à la pandémie et des audits des réserves d'autres pays.

Le SRNU a été établi en 1952, pendant la guerre froide, et comprenait un hôpital mobile et les appuis sociaux requis pour une intervention en cas d'urgence nucléaire.[5] Le SRNU a évolué à la suite de catastrophes nationales ou internationales pour inclure de façon plus générale des fournitures et du matériel médicaux, des produits pharmaceutiques ainsi que de tout le matériel requis par les services sociaux.[5] À la suite de la pandémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a été établie, et les biens du SRNU ont été transférés de Santé Canada à l'ASPC.[5] La pandémie du SRAS a aussi mené à l'adoption de la *Loi sur la gestion des urgences*[6] et du Plan fédéral d'intervention d'urgence,[7] qui énonce que le Gouvernement du Canada devrait diriger la coordination des interventions d'urgence pour répondre à tout type de danger.[6,7]

D'après la dernière vérification publique du SRNU (2010), la valeur estimée de tous les biens était 300 millions $; la valeur des budgets opérationnels était 4 millions $, et la valeur des baux

sur les entrepôts était 7.7 millions $.[5] Les fournitures étaient entreposés dans 11 entrepôts à travers le pays et étaient déployées 128 fois au cours des 25 années précédentes.[5] Le problème des fournitures expirées était soulevé durant la vérification du SRNU en 2010, parce qu'on a constaté qu'une certaine quantité des fournitures datait des années 1960.[8] Les plans actuels d'entretien des réserves sont basés soit sur le déploiement, soit sur l' élimination des fournitures, mais une grande quantité des fournitures expirent avant qu'elles soient utilisées parce que le déploiement n'a lieu que quand d'autres fournitures soient épuisées. Selon des reportages dans les médias, la réserve du Canada contient toujours une grande quantité de fournitures expirées.[1] Les quantités exactes de fournitures disponibles sont aussi inconnues,[1] parce que le SRNU n'a pas de système électronique de gestion d'inventaire, et les données publiques les plus récentes sont celles de la vérification de 2010.[8] Le Gouvernement du Canada s'efforce actuellement de coordonner l'approvisionnement en temps opportun de nouvel ÉPI[2] en raison des longues périodes d'attente pour le traitement des commandes, que la vérification de 2010[8] a aussi identifiées. Les pénuries d'ÉPI qui en découlaient ont entravé la prestation de certains services de santé, notamment dans la communauté, où de nombreux médecins de famille ont eu un accès limité à l'ÉPI essentiel.[9] On peut acheter ces fournitures auprès des entreprises tierces de fournitures médicales, ce qui peut devenir difficile dès que la demande augmente.

À la suite de la pandémie due au nouveau virus de la grippe A H1N1 en 2009, une analyse américaine a révélé des problèmes qui ont surgi quant à la chaîne d'approvisionnement d'ÉPI.[10] De nombreuses organisations ont augmenté considérablement leurs commandes afin de créer leurs propres réserves et, quand les commandes étaient annulées ou partiellement remplies, elles ont placé des commandes auprès de multiples vendeurs. Quand le gouvernement essayait de coordonner une intervention, des défis considérables se sont produits; on ne pouvait pas prédire l'offre et la demande parce qu'il n'y avait pas de système de commandes centralisé à fournir des données sur l'offre et la demande, et des vendeurs privés se sont entêtés à ne pas partager leurs données par peur de la compétition.[10] Ces défis ont mené aux recommandations que l'utilisation de l'ÉPI soit suivie et que les informations sur les commandes soient centralisées.[10]

Comme le Canada, les États-Unis entretient son *Strategic National Stockpile* (SNS) [réserve nationale stratégique] afin de coordonner des interventions d'urgence.[3] Un examen du SNS a aussi révélé des dépenses élevées à cause de l'expiration des fournitures avant qu'elles soient utilisées.[3] Afin de réduire l'impact de l'expiration des fournitures, les États-Unis a choisi de prolonger les dates d'expiration au-delà des dates affichées des fabricants.[3] Bien que cette approche soit efficace à court terme, elle n'a pas résolu le problème d'expiration.

Un audit de l'*Australian National Medical Stockpile* (ANMS) [réserve nationale de fournitures médicales de l'Australie] a révélé que les stratégies de réserve de fournitures de l'Australie entraînent du gaspillage et coûtent cher.[4] Au cours des 10 années précédant cet audit, les Australiens ont investi 750 millions $ dans l'ANMS. De ce montant, des fournitures d'une valeur de 250 millions $ ont expiré, entraînant des coûts d'élimination de 75 millions $.[4] La stratégie d'entretien de la réserve australienne comprend la rotation des fournitures, le retour des fournitures expirées and la prolongation de la durée de conservation.[4]

Il est plus que temps pour le Canada d'adopter une nouvelle stratégie pour une réserve à long terme. Une stratégie selon laquelle les données sur l'offre et la demande sont utilisées[10] assure l'utilisation des fournitures avant leur expiration,[3,4,8] et est financièrement responsable.[3,4,8]

Une approche potentielle serait d'exiger que tous les fournisseurs soumettent des informations concernant leurs commandes à un organisme central pour les fins de suivi.[10] Un tel organisme pourrait mieux coordonner la distribution des fournitures à partir de la réserve et initier plus tôt les interventions par des fabricants.[10] Une autre approche potentielle serait de développer davantage des programmes d'élimination de fournitures expirées et de prolongation de la durée de conservation.[3,4] Pourtant, aucune de ces approches ne résoudraient des problèmes d'expiration de fournitures ou le gaspillage d'argent et la génération de déchets de matériaux.

Il se peut qu'une meilleure approche soit d'intégrer le SRNU avec l'approvisionnement commercial.[10] L'intégration pourrait être effectuée par le biais d'un « fournisseur principal »[4], une société de la Couronne ou un organisme sans but lucratif. Le fournisseur principal aurait la tâche de gérer l'inventaire, l'approvisionnement, les négociations contractuelles, la communication des données, la logistique et la distribution.[4] Cette organisation pourrait être modelée à l'image des organisations de services partagés (OSP), qui effectuent l'approvisionnement en fournitures au moyen d'ententes d'achats groupés afin d'économiser de l'argent et garantir des prix stables et équitables.[11] Le fournisseur principal maintiendrait des entrepôts de réserves pleins et vendrait des fournitures aux hôpitaux, aux cliniques privées et aux établissements de soins de longue durée pour fournir des soins courants, ce qui permettrait de garder des fournitures fraîches et d'assurer une provision adéquate pour des interventions d'urgence. Le Gouvernement du Canada pourrait utiliser les données de l'offre et de la demande tirées des ventes afin de mieux coordonner les interventions d'urgence et prévoir des pénuries afin de déclencher des activités manufacturières pour combler des pénuries plus tôt.[10] Les types de fournitures mises en réserve pourraient être révisés de façon régulière pour en assurer la pertinence. Si cette approche s'avère efficace, le fournisseur principal pourrait élargir ses opérations pour inclure des produits de soins intensifs et des produits pharmaceutiques.

Nous reconnaissons que l'approche fournisseur-principal ne résoudra pas les pénuries actuelles[1] ou les problèmes de l'approvisionnement international.[2] Il y aurait des défis, y inclus celui de la sélection de fabricants, celui de l'optimisation de la taille de la réserve, celui de la logistique de la gestion d'inventaires, et celui des obstacles bureaucratiques. Conséquemment, le fournisseur principal pourrait commencer à petite échelle et n'élargir ses opérations que lorsqu'il est prêt à le faire.

L'expiration des fournitures constitue un défi important pour les réserves nationales. En conséquence, il y a un besoin urgent de trouver une nouvelle solution visant une chaîne d'approvisionnement d'ÉPI à long terme. La vente et le réapprovisionnement de fournitures afin de maintenir une réserve minimale pour des urgences pourraient assurer qu'il y ait un approvisionnement adéquat et que le gaspillage de ressources soit réduit au minimum. Le Canada doit agir maintenant afin d'être mieux préparé à affronter la prochaine urgence.

https://www.cmaj.ca/content/192/28/E810

Vous recevez ce courriel parce que vous faites partie du groupe de distribution qui apparaît en haut du présent courriel. Si vous désirez que votre nom soit retiré de ce groupe, veuillez répondre à ce courriel et demander que votre nom soit retiré ou envoyer une demande à HC.media.monitoring-suivi.des.medias.SC@canada.ca.

Merci,

L'Équipe de surveillance des médias

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted] (PHAC/ASPC)
Envoyé : 2020-08-0410:57AM
À : [redacted] (PHAC/ASPC)
Cc : [redacted]
Objet : Updated PPE andNESSWorkplan
Pièces jointes : PPEandNESSWorkplan29July.xlsx

Bonjour [redacted] : voici le plan de travail en matière d'ÉPI et RNSU mis à jour, à noter qu'il est maintenant sur Excel afin d'améliorer les fonctionnalités.

À noter qu'il n'y a pas d'éléments dans le ROUGE.

Merci,

[redacted]
Personal Protective Equipment and National Emergency Strategic Stockpile
Équipement de protection individuelle et Réserve nationale stratégique d'urgence
[redacted]
Publc Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada
Ottawa,Canada K1A0K9

[redacted]
Government of Canada | Gouvernement du Canada

#	Tâche	Calendrier	Santé	Modification	Besoin d'aide de la part de ?	Quoi ?	Quand ?	Action à passer au jaune ou au vert	OPI
1	• Établir une nouvelle solution logistique à court terme avec une tierce partie afin de gérer la logistique, le traitement, l'entreposage et la distribution du volume extraordinaire de fournitures acquises	Q2 2020-21	Jaune	***Bas***				· ***PSPC a complété la négociation du bail pour l'entrepôt de [redacted] à 350 000 $, le contrat est établi avec le Groupe Robert, et l'espace sera opérationnel le 10 août.***	
2	• Établir une nouvelle solution logistique à long terme avec une tierce partie afin de gérer la logistique, le traitement, l'entreposage et la distribution du volume extraordinaire de fournitures acquises	Q2 2020-21	Jaune	Égal				· DDP pour le contrat à long terme pour la logistique publiée le 16-07-20 · Date de fermeture de la DDP prolongée du 27 juillet au 4 août · Suivi des questions de la conférence des soumissionnaires et des amendements de la DDP en traduction / approbations finales	
3	• Compléter TRA sur la chaîne logistique d'ÉPI	Q2 2020-21	Jaune	Égal				· La date de début prévue par Deloitte est le 27 juillet	
4	• Stratégie d'affectation pour l'équipement biomédical. État de préparation de FPT pour une résurgence	Q2 2020-21	Jaune	Égal				· Gérer le manque de réponse des PTs. Tableau de gouvernance approprié ?	
5	• Augmenter la capacité des ressources humaines en matière d'élaboration de programme, d'analyse technique, d'assurance de la qualité, de gestion de la chaîne logistique, de l'engagement des parties prenantes et de la conformité légale	Q2 2020-21	Jaune	Égal				· Élaborer un plan d'embauche RH et combler les postes critiques o ***Directeur logistique confirmé : [redacted]. Date de début semaine du 17 août à confirmer*** o Embauche pour l'équipe logistique en cours o Embauche du directeur des affaires légales en cours	

6	• Mettre en œuvre un programme d'entretien de l'équipement biomédical afin de s'assurer que l'équipement biomédical acquis (p. ex. ventilateurs) répondent aux exigences de qualité à la livraison et est entretenu et prêt à être utilisé lorsque requis	Q2 2020-21	Jaune	Égal				· À confirmer	
7	• Acquérir plus de fournitures et d'équipement pour le test des ÉPI afin de maintenir la réponse et conserver un niveau de stocks minimal à la RNSU	En cours avec un stock cible atteint au Q3 2020-21	Jaune	Égal				· Mémo au ministre 20-109279-396 approuvé · Contrat pour les gants en attente; concours pour les exigences résiduelles · En attente du sondage LAC pour les jaquettes afin de guider la stratégie d'approvisionnement · Discussions supplémentaires requises sur la façon de gérer les autres marchandises	

N°	Tâche	Calendrier	Santé	Modification	Besoin d'aide de la part de ?	Quoi ?	Quand ?	Action à passer au jaune ou au vert	
8	• Acquérir de façon proactive des fournitures de vaccination nécessaires pour l'administration d'un vaccin potentiel contre la COVID afin de réduire les risques de pénurie de produits lorsqu'un vaccin sera disponible	Approvisionnement complété. Réception des produits en cours.	Vert						
9	• Intégrer et améliorer les fonctions de la RNSU en une structure organisationnelle afin de maintenir la réponse	Q2 2020-21	Vert					Examiner et gérer les écarts en matière de ressources critiques créés lors de la mise en œuvre de la nouvelle structure	
10	• RFI pour un nouveau bail d'une durée maximale de 8 ans pour la RNSU régulière. Occupation au cours du Q3 2020-21	Q2 2020-21	Vert					Visites initiales de sites en cours	
11	• Déclencher une analyse des options pour un nouveau système de gestion de l'entrepôt avec un système de gestion des commandes et des outils d'intelligence commerciale intégrés	Q2 2020-21	Vert					Atelier d'exigences de Deloitte en cours	
12	[redacted]	Q2 2020-21	Vert						
13	[redacted]	Q2 2020-21	Vert					[redacted]	

AV2020000020

14	[redacted]	Q2 2020-21	Vert					[redacted]	
15	• Approbation de la lettre de financement pour l'acquisition d'ÉPI supplémentaires et des coûts de logistiques/entreposage	Q2 2020-21	Vert					Ébauche de lettre OCFO en fonction des suggestions de l'équipe d'ÉPI	
16	• Fournir des suggestions pour la demande de financement « intégrité » pour gérer les coûts pour 2021-22 et dans le futur causés par les exigences de la COVID	Q2 2020-21	Vert					Dirigé par OCFO avec suggestions de l'équipe d'ÉPI	
17	• ***Suivi sur les hôpitaux mobiles***	Q2 2020-21	Vert						
18	• ***Soutien à l'audit OAG - résumé du plan d'audit prévu pour septembre 2020 et dépôt en décembre 2020***	Q2 2020-21	Vert						

Menu déroulant

Santé	**Modification**
Vert	Haut
Jaune	Égal
Rouge	Bas

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

Présentation au CCS :

Approvisionnement d'EPI supplémentaires pour renflouer la RNSU en prévision d'une hausse possible du nombre de cas de COVID-19

Le 6 août 2020



Objectifs

- Présenter le plan de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) visant à renflouer la RNSU afin de se préparer à une hausse possible du nombre de cas de COVID-19.

- Obtenir l'assurance des provinces et des territoires (PT) que les préparatifs vont bon train

  au niveau PT à la lumière d'une hausse possible du nombre de cas de COVID-19

Contexte

- Les rôles et les responsabilités FPT sont décrits dans le document intitulé Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé (PCGP) et le Plan d'intervention fédéral-provincial-territorial en matière de santé publique dans les cas d'incidents biologiques.
- Les provinces et les territoires sont chargés d'assurer l'approvisionnement en médicaments, en matériel et en équipement nécessaires pour la prestation des services de santé.
- Le gouvernement fédéral est responsable de ce qui suit :
  - assurer l'approvisionnement en médicaments, en matériel et en équipement pour des groupes et des fonctionnaires fédéraux
    - particuliers qui ont habituellement accès à des services de santé prodigués dans des établissements fédéraux;
  - recourir à du matériel médical de la RNSU comme capacité d'appoint pour appuyer les interventions des provinces et des territoires;
  - faciliter l'acquisition de matériel médical supplémentaire par l'entremise de SPAC, s'il y a lieu.

Plan de l'ASPC pour renflouer la RNSU

- Bien que la RNSU soit renflouée grâce à l'allocation d'approvisionnement en gros de 20 %, les stocks n'augmentent pas considérablement en raison du nombre important de demandes d'aide fédérale (66 jusqu'à maintenant) et du soutien offert à d'autres ministères et organismes, comme les Forces armées canadiennes.

- L'ASPC va de l'avant avec un approvisionnement de huit semaines d'EPI, ce qui représente la moitié de la réserve de 16 semaines recommandée dans le PCGP.

- L'ASPC procède immédiatement à l'approvisionnement du matériel suivant : 50 millions de blouses, 127 millions de masques chirurgicaux et 14 millions de visières de protection.

- L'ASPC a déjà entamé l'approvisionnement de 750 millions de paires de gants, puisqu'on note déjà certains problèmes au sein de la chaîne d'approvisionnement.

- Ce plan s'appuie sur le modèle pancanadien de l'offre et de la demande en EPI (le « modèle EPI ») élaboré par Santé Canada.

Points de discussion

- L'ASPC s'engage à se doter d'une réserve de huit semaines d'EPI qui servira de capacité d'appoint pour appuyer les provinces et les territoires. Les provinces et les territoires adoptent-ils des approches semblables pour se préparer à une hausse possible du nombre de cas de COVID-19?

N°	Catégorie	Sous-catégorie	Tâche	Période	État	Changement	BPR	Situation	Besoin d'aide de?	Quoi?	Quand?
1	1 – Opérations	1A – Entreposage et logistique	• Mettre en place une nouvelle solution à court terme de logistique relevant des services d'un tiers pour gérer la logistique, le traitement, l'entreposage et la distribution du volume exceptionnel de matériel acquis.	T2 20-21	*Vert*	Détérioration		***Le local de 350 000 pieds carrés d[redacted]est opérationnel à un degré minimum et reçoit des livraisons. Les travaux se poursuivent pour mettre en place toutes les commodités nécessaires (étagères, toilettes, postes de travail, etc.).***			
2	1 – Opérations	1A – Entreposage et logistique	• Conclure un nouveau bail à long terme (sept ou huit ans) pour la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) habituelle. Occupation au troisième trimestre (T3) 2020-2021.	T3 2020-2021	Vert	Aucun		***Les premières visites sur place sont terminées. La demande de propositions est en cours.***			
3	1 – Opérations	1A – Entreposage et logistique	• Terminer l'évaluation de la menace et des risques (EMR) concernant la chaîne d'approvisionnement de l'équipement de protection individuelle (EPI).	T2 2020-2021	Vert	Aucun					
4	1 – Opérations	1B – Matériel médical	• ***Donner suite aux hôpitaux mobiles.***	T2 2020-2021	Vert	Aucun		***Nécessité de désigner un respansable.***			
5	1 – Opérations	1E – Gestion des problèmes et autres	• ***Appui de l'audit du Bureau du vérificateur général – Sommaire du plan d'audit prévu en septembre 2020 et dépôt en décembre 2020.***	T2 2020-2021	Vert	Aucun					
6	1 – Opérations	1E – Fournitures et équipements pour les vaccins	• Acquérir de manière proactive les fournitures de vaccination nécessaires à l'administration d'un éventuel vaccin contre la COVID-19 afin de réduire les risques de pénurie de produits lorsqu'il sera disponible.	T2 2020-2021	Vert	Aucun					
7	1 – Opérations	1F – Ressources	[redacted]	T2 2020-2021	Vert	Aucun		[redacted]			
8	1 – Opérations	1F – Ressources	[redacted]	T2 2020-2021	Vert	Aucun		[redacted]			
9	1 – Opérations	1F – Ressources	• Approbation de la lettre de financement pour les acquisitions supplémentaires d'EPI et les coûts de logistique et d'entreposage.	T2 2020-2021	Vert	Aucun		Le Bureau du dirigeant principal des finances (BDPF) rédige une lettre basée sur les commentaires de l'équipe d'EPI.			
10	1 – Opérations	1F – Ressources	• ***Contribuer à la demande de financement « intégrité » pour couvrir les coûts liés à la COVID-19 pendant l'exercice 2021-2022 et les suivants.***	T2 2020-2021	Vert	Aucun		Le BDPF est responsable et tient compte des commentaires de l'équipe d'EPI.			
9	2 – Transformation de la RNSU	2E – Systèmes de TI	• Entamer une analyse des options pour un nouveau système de gestion d'entrepôt avec un système intégré de gestion des commandes et de veille stratégique.	T2 2020-2021	Vert	Aucun		Les ateliers sur les exigences de Deloitte sont en cours.			
10	1 – Opérations	1A – Entreposage et logistique	• Mettre en place une nouvelle solution à long terme de logistique relevant des services d'un tiers pour gérer la logistique, le traitement, l'entreposage et la distribution du volume exceptionnel de matériel acquis.	T2 2020-2021	Jaune	Aucun		***L'évaluation des soumissions est en cours.***			
11	1 – Opérations	1A – Entreposage et logistique	• Terminer l'EMR concernant la chaîne d'approvisionnement de l'EPI.	T2 2020-2021	Jaune	Aucun		Début prévu par Deloitte le 27 juillet.			
12	1 – Opérations	1A – Entreposage et logistique	***Établir un plan d'atténuation des risques à court et à long terme en rapport avec l'EMR de l'entrepôt principal de la RNSU.***	***T3 2020-2021***	*Jaune*						
13	1 – Opérations	1B – Matériel médical	• Stratégie d'attribution du matériel biomédical. Préparation du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires (PT) en vue d'une recrudescence.	T2 2020-2021	Jaune	Aucun		Tableau de gouvernance approprié?			
14	1 – Opérations	1B – Matériel médical	• Mettre en œuvre un programme d'entretien de l'équipement biomédical pour garantir que celui acquis (p. ex. ventilateurs) satisfait au contrôle de l'assurance de la qualité à la livraison, fait l'objet d'un entretien et est prêt à être déployé en cas de besoin.	T2 2020-2021	Jaune	Aucun		***Processus d'assurance qualité pour les grandes cargaisons reçues en cours d'élaboration (p. ex. échantillonnage).*** ***Classification des postes et recrutement de technologues biomédicaux en cours; postes difficiles à pourvoir.***			
15	1 – Opérations	1C – Équipement de protection individuelle	• Acquérir des EPI supplémentaires pour appuyer les mesures d'intervention et maintenir une quantité minimale de produits dans la RNSU.	T3 2020-2021	Jaune	Aucun		Approbation du mémoire à l'intention du ministre 20-109279-396. Contrats de gants en suspens; concours pour les besoins restants. En attente de l'enquête du Comité consultatif de logistique sur les blouses pour préciser la stratégie d'approvisionnement. Nécessité de tenir d'autres discussions sur l'approche à adopter pour d'autres produits.			
16	1 – Opérations	1F – Ressources	• Accroître les effectifs en matière d'élaboration de programmes, d'analyse technique, d'assurance de la qualité, de gestion de la chaîne d'approvisionnement, de mobilisation des parties prenantes et de partenariats, et de conformité réglementaire.	T2 2020-2021	Jaune	Aucun		Élaborer un plan de dotation des ressources humaines et pourvoir les postes essentiels. **Responsable de la politique confirmé :** [redacted] **a commencé.** Responsable de la logistique confirmé : [redacted]. Date de début : semaine du 17 août; à confirmer. **Classification des postes de logistique** et dotation de l'équipe responsable de la logistique en cours.			
17	1 – Opérations	1F – Ressources	• Améliorer les fonctions liées à la RNSU et les intégrer dans une structure organisationnelle unique pour soutenir les mesures d'intervention.	T2 2020-2021	Jaune	Amélioration		Examiner et combler les lacunes importantes en matière de ressources créées lors de la mise en œuvre de la nouvelle structure.			

AV2020000020

18	2 – Transformation de la RNSU	2A – Stratégie	***Élaborer un cadre de haut niveau et une approche proposée paur les discussions du cabinet***	T2 2020-2021	Jaune			***Rédaction par [redacted] recherche d'idée pendant la semaine du 11 août***			

N°	Catégorie	Sous-catégorie	Tâche	Période	État	Changement	BPR	Situation	Besoin d'aide de?	Quoi?	Quand?
19	2 – Transformation de la RNSU	2A – Stratégie	***Élaborer une strotégie globole de transformatian de la RNSU.***								
20	2 – Transformation de la RNSU	2A – Stratégie	***Élaborer un cadre de rendement du programme propre à la RNSU.***								
22	2 – Transformation de la RNSU	2B – Détermination des besoins	***Établir une opproche de planifcotion intégrée des scénorios et définir des optians fondées sur le risque pour les besoins cibles de produits en réserve à lang terme.***								
23	2 – Transformation de la RNSU	2B – Détermination des besoins	***Élaborer des modèles apérationnels cibles et une analyse des options pour les catégories de produit.***								
21	2 – Transformation de la RNSU	2B – Détermination des besoins	***Établir un plan d'investissement à long terme.***								
23	2 – Transformation de la RNSU	2C – Opérations	***Élaborer un plon de gestion du cycle de vie à long terme.***								
24	2 – Transformation de la RNSU	2D – Mobilisation stratégique	***Définir les priorités de mobilisation des PT et établir un plan de mobilisation des PT.***								
22	[redacted]			T2 2020-2021	Jaune	Aucun	[redacted]	[redacted]			
24	2 – Transformation de la RNSU	2F – Ressources	***Déterminer les besoins de financement à long terme***								

N°	Catégorie	Sous-catégorie	Tâche	Période	État	Changement	BPR	Situation	Besoin d'aide de?	Quoi?	Quand?

Éléments de la liste déroulante
Ne pas effacer!

Période	État	Changement	BPR
T2 2020-2021	Vert	Amélioration	
T3 2020-2021	Jaune	Aucun	
T4 2020-2021	Rouge	Détérioration	

Remarque : Alt + Entrée pour le retour de chariot dans une cellule

Catégorie	Sous-catégorie
1 – Opérations	1A – Entreposage et logistique
2 – Transformation de la RNSU	1B – Matériel médical
	1C – Équipement de protection individuelle
	1D – Contre-mesures médicales
	1E – Fournitures et équipements pour les vaccins
	1F – Ressources
	1E – Gestion des problèmes et autres
	2A – Stratégie
	2B – Détermination des besoins
	2C – Opérations
	2D – Mobilisation stratégique
	2E – Systèmes de technologie de l'information (TI)
	2F – Infrastructure
	2F – Ressources
	2G – Système de qualité

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé : 2020-08-09 16 h 36
À : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted]
Objet : Plan de travail à court terme pour l'équipement de protection individuelle (EPI) et la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU)
Pièces jointes : Copy of PPEandNESSWorkplan9Aug.xlsx

Indicateur de suivi : Suivi
État de l'indicateur : Terminé

Bon retour, [redacted]. J'espère que vous avez eu un congé reposant.

Vous trouverez ci-joint le Plan de travail à court terme pour l'EPI et la RNSU aux fins d'examen. Vous remarquerez que le document a été modifié, notamment en ce qui concerne la structure, la catégorisation, les capacités (appuyées par la migration vers Excel) et la portée. Nous nous efforcerons de trouver un moyen de vous présenter une itération ou un aperçu de ce rapport, et nous vous invitons à nous faire part de vos préférences. La colonne « Responsable » inclut désormais le nom de [redacted] le nouveau [redacted] qui remplacera le [redacted] et dont le titre comprendra le mot « logistique ». Nous n'avons toujours pas fixé de date de début pour [redacted]. Il commencera probablement au cours de la semaine du 24 août, car il n'a peut-être pas encore reçu sa lettre d'offre.

Je serai heureux de discuter avec vous lors de notre prochaine discussion sur les EPI.

Cordialement,

[redacted]
Équipement de protection individuelle et Réserve nationale stratégique d'urgence
Personal Protective Equipment and National Emergency Strategic Stockpile
[redacted]
Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada
Ottawa, Canada K1A 0K9

[redacted]
Gouvernement du Canada | Government of Canada

Le 13 août 2020

Version 3 :
Enquête sur l'attribution d'EPI dans l'ensemble du secteur de la santé par gouvernement provincial et territorial

N°	Question	Réponse
1	Nombre de gouvernements ayant participé à l'enquête?	8 : [redacted]
2	Votre ministère ou organisme de la santé provincial ou territorial attribue-t-il des EPI aux milieux suivants du secteur de la santé :	
	▪ Hôpitaux	8/8
	▪ Soins à domicile (publics)	7/8
	▪ Soins à domicile (privés)	4/8
	▪ Établissements publics de soins de santé de longue durée	8/8
	▪ Établissements privés de soins de santé de longue durée	7/8
	▪ Résidences-services pour les personnes âgées / Maisons de retraite	6/8
	▪ Centre de soins palliatifs	5/8
	▪ Services mortuaires (p. ex., salons funéraires; crématoriums; préposés de four crématoire)	2/8 [redacted]
	Prenez-vous en considération les visiteurs essentiels (y compris les membres de la famille et les proches aidants) dans les milieux de soins susmentionnés lorsque vous planifiez l'attribution d'EPI?	8/8
	Prenez-vous en considération les fournisseurs de soins palliatifs dans les milieux de soins susmentionnés lorsque vous planifiez l'attribution d'EPI?	8/8
	▪ Services médicaux d'urgence (p. ex., ambulance)	5/8
	▪ Plan d'intervention d'urgence – Services d'incendie	3/8
	▪ Intervention d'urgence – Forces policières	3/8
	▪ Principal établissement de soins de santé (p. ex., bureau du médecin de famille, clinique médicale)	5/8
	▪ Pharmacies	2/8
	▪ Établissements correctionnels	5/8
	▪ Milieux de soins pour les Autochtones	8/8
	▪ Cliniques de dons de sang	5/8

	▪ Laboratoires de tests sanguins ou autres services de santé	5/8
	▪ Autres milieux de soins (p. ex., santé respiratoire ou sites de dépistage)	6/8
	▪ Maisons d'hébergement (p. ex., pour les itinérants, les réfugiés, les femmes, etc.)	5/8
	▪ Cliniques dentaires	2/8
	▪ Autres milieux de soins de santé alliés qui ne sont pas des hôpitaux (p. ex., physiothérapie, soins psychiatriques, imagerie médicale, services sociaux, etc.)	0/8 Aucune réponse fournie
3	**Comment les EPI sont-ils attribués dans l'ensemble du secteur de la santé dans votre territoire de compétence? Est-ce que cela comprend les attributions à des associations de la santé qui gèrent ensuite des demandes provenant de bureaux individuels (p. ex., bureau de médecin de famille, centre de soins de santé autre qu'un hôpital, etc.)? Si une formule est utilisée pour l'attribution, veuillez fournir des renseignements détaillés.** [redacted]	

	[redacted]
4	**Votre ministère ou organisme provincial ou territorial attribue-t-il des EPI à des milieux à l'extérieur du secteur de la santé (p. ex., corps policiers, services d'incendie, services funéraires, services de garde d'enfants, etc.)? Dans l'affirmative, veuillez fournir des renseignements détaillés.** [redacted]

	[redacted]
5	**Veuillez fournir tout autre commentaire :** [redacted]

	[redacted]

**Les fournisseurs payés comprennent les préposés aux bénéficiaires, le personnel infirmier, les infirmiers auxiliaires, etc.*

Ébauche aux fins de discussion seulement

Transformation de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU)

Contexte

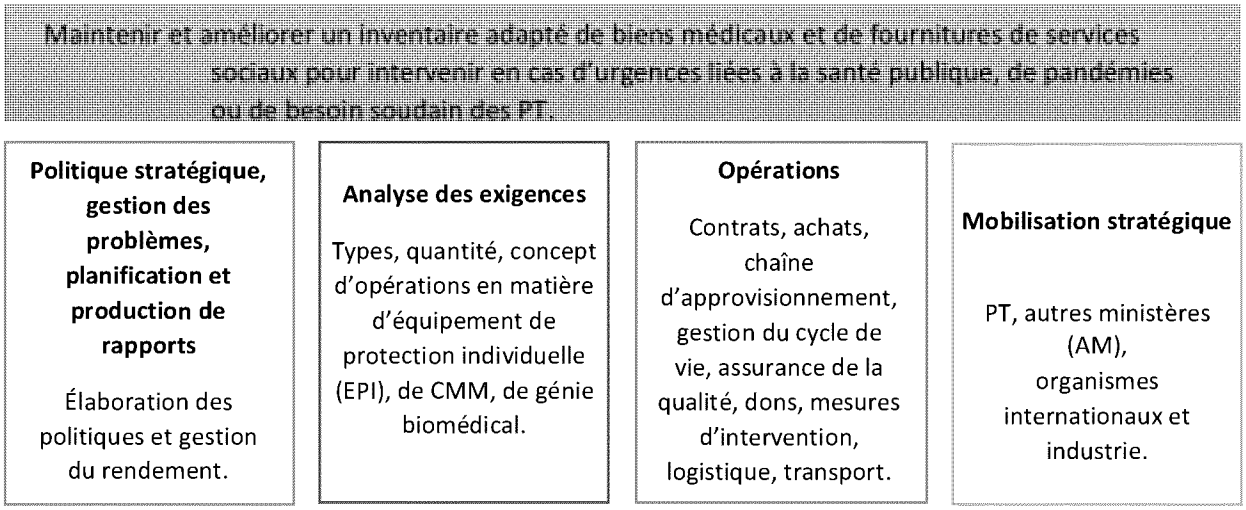
Les autorités de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) permettent l'achat, l'entreposage et la distribution de biens médicaux, de contre-mesures médicales (CMM) et de fournitures de services sociaux aux provinces et territoires (PT) en cas de besoin soudain, d'événement prévu ou de situation d'urgence. Toutefois, comme en témoigne la pandémie de COVID-19, l'intensification et le maintien d'une réponse soutenue se sont avérés difficiles dans le cas de l'obtention de matériel et de ressources humaines.

Le passage des activités courantes au mode d'intervention a permis à la RNSU, ainsi qu'à Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC), d'assumer davantage un rôle d'acquisition pour le pays, car les fournitures sont distribuées directement aux PT pour une utilisation immédiate, ce qui est très différent des anciennes activités de la RNSU. Il convient de noter que certains biens sont entreposés dans des entrepôts, car les PT ne sont pas prêts ou disposés à en recevoir davantage et qu'il faut se préparer à une recrudescence des cas de COVID-19. Il convient également de souligner que la capacité à gérer un seul événement est manifeste, mais que si une autre urgence devait survenir, la capacité supplémentaire de répondre à un besoin soudain serait vraisemblablement limitée.

Pour remplir son rôle et sa responsabilité, la RNSU s'appuie sur la capacité générale du système, des procédures claires et une infrastructure fiable, ainsi que sur la coordination entre les partenaires et les parties prenantes pour soutenir les activités, y compris la logistique et la gestion du cycle de vie.

Schéma de la transformation de la RNSU

- Le cadre ci-dessous pourrait être exploré pour déterminer les lacunes et les points à considérer et ainsi trouver des options relatives à une stratégie à plus long terme de transformation de la RNSU en une réserve à l'épreuve des défis de l'avenir.
- La clarification de l'orientation stratégique, de la portée et des paramètres de l'approche de transformation de la RNSU permettrait de donner le ton à l'élaboration des politiques et des programmes, à la prise de décision et aux investissements liés à la RNSU.
- D'autres liens seraient nécessaires pour faire en sorte que la RNSU cadre avec l'intégrité du programme du Centre de mesures et d'interventions d'urgence et les initiatives globales de réorganisation de l'Agence.



Éléments fondamentaux	Gouvernance : contrôle et direction des ressources et des biens de la RNSU.
	Infrastructure : entrepôts, sécurité, TI.
	Ressources : financières et humaines.

Phase I : Thèmes des séances de recherche d'idées (questions à approfondir)

- Objectif : Comprendre, grâce à une série de discussions, les besoins immédiats pour répondre à la COVID-19 et les efforts à plus long terme nécessaires pour faire en sorte que la RNSU reste prête en tout temps à répondre aux demandes des PT, aux urgences, aux pandémies et aux événements prévus.

<u>Établissement des bases</u>

- *Gouvernance* – Comprendre la structure, les rôles et responsabilités, ainsi que le degré de tolérance au risque (possible pour l'élaboration d'un cadre de tolérance au risque).
- *Infrastructure* – Infrastructure physique, sécurité et exigences en matière de technologie de l'information (TI) (exige la contribution de SPAC, des ingénieurs et des experts en sécurité et en TI).
- *Ressources* – Éventail de compétences, postes pourvus par des employés qualifiés, structure organisationnelle s'adaptant aux besoins changeants, et financement pour soutenir les équivalents temps plein et les activités de la RNSU.

<u>Composantes de la RNSU</u>

- *Politique stratégique, gestion des problèmes, planification et production de rapports* – Soutien continu et activités courantes :
  - [redacted]
  - Gestion des problèmes, planification et production de rapports – Éléments transactionnels, notes pour la période de questions, demande d'accès à l'information et la protection des renseignements personnels, correspondance et contribution continue à la mesure du rendement du ministère.
- *Analyse des besoins* – Analyse fondée sur les évaluations de la menace et des risques et les scénarios afin de déterminer les types et les quantités de biens à conserver dans la RNSU en vue de situations d'urgence ou d'incidents.
- *Opérations* – Point central des activités de la RNSU, y compris la passation de contrats et l'approvisionnement (c'est-à-dire avec SPAC et les entreprises de fabrication, de distribution et d'approvisionnement); la gestion du cycle de vie; l'assurance de la qualité des produits; les dons nationaux et internationaux; les interventions en cas d'urgence, de pandémie et d'incidents; la logistique; le maintien de services de transport et de livraison en tout temps au Canada; et le dessaisissement et l'élimination des biens.
- *Mobilisation stratégique* :
  - PT – Exploitation des mécanismes existants pour mobiliser les homologues des PT à l'égard de questions politiques, logistiques et opérationnelles.
  - Autres ministères – Examen des services de la RNSU pour les groupes relevant du fédéral et partenariat éventuel pour l'acquisition, l'entreposage et le transport

potentiels des produits.
- International – Échange de renseignements et de pratiques exemplaires et éventuelle acquisition coordonnée.
- Industrie – Mobilisation des chaînes pharmaceutiques, de fabrication, d'approvisionnement et de transport en vue de contrats potentiels et de renseignements actualisés sur les produits.

Phase II : Comprendre les lacunes et les besoins – Question vraisemblablement approfondie pendant les séances de réflexion et l'élaboration des politiques.

Phase III : Relever l'ensemble des principaux points de décision – Question à approfondir

- Pénuries de médicaments
- Approvisionnement des autres ministères et des secteurs
- Autorités en matière de don, de réutilisation ou d'élimination des produits
- Questions relatives à la mobilisation des PT, y compris le partage des coûts, la prise de position au préalable et la gestion du cycle de vie
- Gestion des fournisseurs par rapport à l'entreposage

Phase IV : Proposer une voie à suivre – À déterminer [redacted]

Phase V : Mise en œuvre – À déterminer

Version mise à jour le 11 août 2020

CALENDRIER PRÉVU POUR LA LIVRAISON DES VENTILATEURS

Principales mises en garde

- Le tableau a été établi à partir des renseignements les plus récents fournis par les fabricants.
- Le facteur de risque représente la probabilité que la livraison puisse être retardée en raison de la vulnérabilité de la chaîne d'approvisionnement, des processus globaux d'attribution, du rendement en matière de contrôle de la qualité, des retards antérieurs et des autorisations réglementaires.
- Vexos, CAE et CEV attendent l'autorisation de Santé Canada pour lancer la fabrication et la distribution de leurs ventilateurs. Les calendriers sont au mieux provisoires et des dates de livraison révisées seront demandées une fois que l'autorisation de distribuer les ventilateurs sera accordée par l'Arrêté d'urgence de Santé Canada.

Fabricant et modèle	État	Risque	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Reçu	Accepté	Total
Palier 1													
Medtronic – PB980	En cours	Faible		55	200						20	En attente	285
GE – Carescape R860 V1	En cours	Moyen	81	160	160	60					49	4	500
Draeger – Evita V500	Retardé	Moyen	5	5		101		15		70	0	0	200
Draeger – Bayblog VN500	Retardé	Moyen								15	0	0	15
BOMImed – Hamilton C6	Pas commencé	Moyen		10	10	25	5				0	0	50
Trudell – Bellavista 1000	Retardé	Moyen	50	150	100	100					0	0	400
Getinge – Servo I	Pas commencé	Faible				200					0	0	200
Palier 2													
Zoll – EMV+	Terminé	Faible									200	200	200
Thornhill – MOVES SLC	Retardé	Élevé	138	180	240	300	144				24	22	1 020
BOMImed – Mindray SV800	Terminé	Faible									158	En attente	158
Palier 3													
FTI – V4C-560	En cours	Moyen	840	2 640	2 640	3 360	508				12	12	10 000
Vexos – MVM	Retardé	Élevé		900	600	4 000	4 500				0	0	10 000
CEV – Winnipeg Ventilator 2.0	Retardé	Élevé	2 700	3 700	800						0	0	7 500
CAE – Air1	Retardé	Élevé	211	1 400	4 900	3 335					4	0	10 000
Totaux	-	-	**4 025**	**9 200**	**9 652**	**11 468**	**5 168**	**15**	**0**	**85**	**467**	**238**	**40 528**

N°	Catégorie	Sous-catégorie	Tâche	Période	État	Changement	BPR	Situation	Besoin d'aide de?	Quoi?	Quand?
#VALUE!	1 – Opérations	1A – Entreposage et logistique	• Mettre en place une nouvelle solution à long terme de logistique relevant des services d'un tiers pour gérer la logistique, le traitement, l'entreposage et la distribution du volume exceptionnel de matériel acquis.	T2 2020-2021	Jaune	Aucun	[redacted]	***L'évaluation des saumissions est en cours.***			
#VALUE!	1 – Opérations	1A – Entreposage et logistique	• Terminer l'évaluation de la menace et des risques (EMR) concernant la chaîne d'approvisionnement de l'équipement de protection individuelle (EPI).	T2 2020-2021	Jaune	Aucun	[redacted]	***Le résumé des exigences de sécurité liées à chaque fournisseur est terminé; le plan de travail provisaire sera communiqué le 17 août. Achèvement prévu en septembre.***			
#VALUE!	1 – Opérations	1A – Entreposage et logistique	***Établir un plan d'atténuation des risques à court et à long terme en rapport avec l'EMR de l'entrepôt principal de la RNSU.***	***T3 2020-2021***	*Jaune*						
#VALUE!	1 – Opérations	1B – Matériel médical	• Stratégie d'attribution du matériel biomédical. Préparation du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires (PT) en vue d'une recrudescence.	T2 2020-2021	Jaune	Aucun		Tableau de gouvernance approprié?			
#VALUE!	1 – Opérations	1B – Matériel médical	• Mettre en œuvre un programme d'entretien de l'équipement biomédical pour garantir que l'équipement acquis (p. ex. ventilateurs) satisfait à l'examen de l'assurance de la qualité à la livraison, fait l'objet d'un entretien et est prêt à être déployé en cas de besoin.	T2 2020-2021	Jaune	Aucun	[redacted]	***Processus d'assurance qualité pour les grandes cargaisons reçues en cours d'élaboration (p. ex. échantillonnage).*** ***Classification des postes et recrutement de technologues biamédicaux en cours; pastes difficiles à pourvoir.*** ***Besoin potentiel de demander la prolongotion du sautien du MDN et de faire une demande conforme au Cadre de travail opérationnel d'aide mutuelle paur des demandes de capacité de pointe de professionnels de la santé.***			
#VALUE!	1 – Opérations	1C – Équipement de protection individuelle	• Acquérir des EPI supplémentaires pour appuyer les mesures d'intervention et maintenir une quantité minimale de produits dans la RNSU.	T3 2020-2021	Jaune	Aucun	[redacted]	Approbation du mémoire à l'intention du Ministre 20-109279-396. Contrats de gants en suspens; concours pour les besoins restants. En attente de l'enquête du Comité consultatif de logistique sur les blouses pour préciser la stratégie d'approvisionnement. Nécessité de tenir d'autres discussions sur l'approche à adopter pour d'autres produits.			
#VALUE!	1 – Opérations	1F – Ressources	• Accroître les effectifs en matière d'élaboration de programmes, d'analyse technique, d'assurance de la qualité, de gestion de la chaîne d'approvisionnement, de mobilisation des parties prenantes et de partenariats, et de conformité réglementaire.	T2 2020-2021	Jaune	Aucun	[redacted]	Élaborer un plan de dotation des ressources humaines et pourvoir les postes essentiels. **Responsable de la politique confirmé : [redacted] a commencé.** Responsable de la logistique confirmé : [redacted]. Date de début : semaine du 17 août; à confirmer. **Classification des postes de logistique** et dotation de l'équipe responsable de la logistique en cours. **Classification des postes de technologues biomédicaux et dotation en cours.** La dotation au sein des affaires réglementaires est en cours. **Nécessité de doter le poste de directeur de l'équipement médical et des produits pharmaceutiques.** **Nécessité de doter le poste de directeur des opérations de l'entrepôt de la RNSU.**			
#VALUE!	1 – Opérations	1F – Ressources	• Améliorer les fonctions liées à la RNSU et les intégrer dans une structure organisationnelle unique pour soutenir les mesures d'intervention.	T2 2020-2021	Jaune	Amélioration	[redacted]	Examiner et combler les lacunes importantes en matière de ressources créées lors de la mise en œuvre de la nouvelle structure.			
#VALUE!	[redacted]	[redacted]	[redacted]	T2 2020-2021	Jaune			***Rédaction par [redacted] recherche d'idées pendant la semaine du 11 août.***			
#VALUE!	[redacted]	[redacted]	[redacted]	T2 2020-2021	Jaune	Aucun	[redacted]	[redacted]			
1	1 – Opérations	1A – Entreposage et logistique	• Mettre en place une nouvelle solution à court terme de logistique relevant des services d'un tiers pour gérer la logistique, le traitement, l'entreposage et la distribution du volume exceptionnel de matériel acquis.	T2 2020-2021	*Vert*	Détérioration	[redacted]	***Le local de 350 000 pieds carrés à [redacted] est opérationnel à un degré minimum et reçoit des livraisans. Les travaux se poursuivent paur mettre en place tautes les cammadités nécessaires (étagères, taillettes, pastes de travail, etc.).***			
2	1 – Opérations	1A – Entreposage et logistique	• Conclure un nouveau bail à long terme (sept ou huit ans) pour la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) habituelle. Occupation au T3 2020-2021.	T3 2020-2021	Vert	Aucun	[redacted]	***Les premières visites sur place sont terminées. La demande de propositions est en caurs.***			
#REF!	1 – Opérations	1B – Matériel médical	• ***Danner suite aux hôpitaux mobiles.***	T2 2020-2021	Vert	Aucun	[redacted]	***Nécessité de désigner un responsable.***			
#REF!	1 – Opérations	1E – Gestion des problèmes et autres	• ***Appui de l'audit du Bureau du vérificateur général – Sommaire du plan d'audit prévu en septembre 2020 et dépôt en décembre 2020.***	T2 2020-2021	Vert	Aucun	[redacted]	***En caurs avec les respansables désignés des équipes d'EPI et de RNSU.***			

#REF!	1 – Opérations	1E – Fournitures et équipements pour les vaccins	• Acquérir de manière proactive les fournitures de vaccination nécessaires à l'administration d'un éventuel vaccin contre la COVID-19 afin de réduire les risques de pénurie de produits lorsqu'il sera disponible.	T2 2020-2021	Jaune	***Détériaratian***		***Combler les lacunes en matière de personnel et de capacités, en plus de déployer des efforts pour caordonner et soutenir l'acquisition de vaccins.***			

N°	Catégorie	Sous-catégorie	Tâche	Période	État	Changement	BPR	Situation	Besoin d'aide de?	Quoi?	Quand?
#REF!	1 – Opérations	1F – Ressources	[redacted]	T2 2020-2021	Vert	Aucun		[redacted]			
#REF!	1 – Opérations	1F – Ressources	• [redacted]	T2 2020-2021	Vert	Aucun		[redacted]			
#REF!	1 – Opérations	1F – Ressources	• Approbation de la lettre de financement pour les acquisitions supplémentaires d'EPI et les coûts de logistique et d'entreposage.	T2 2020-2021	Vert	Aucun		Le Bureau du dirigeant principal des finances (BDPF) rédige une lettre basée sur les commentaires de l'équipe d'EPI.			
#REF!	1 – Opérations	1F – Ressources	• ***Contribuer à la demonde de financement « intégrité » pour couvrir les coûts liés à la COVID-19 pendant l'exercice 2021-2022 et les suivants.***	T2 2020-2021	Vert	Aucun		Le BDPF est responsable et tient compte des commentaires de l'équipe d'EPI.			
#REF!	2 – Transformation de la RNSU	2E – Systèmes de TI	• Entamer une analyse des options pour un nouveau système de gestion d'entrepôt avec un système intégré de gestion des commandes et de veille stratégique.	T2 2020-2021	Vert	Aucun		Les ateliers sur les exigences de Deloitte sont en cours.			
#REF!	2 – Transformation de la RNSU	2A – Stratégie	***Élaborer une strotégie globole de transformation de la RNSU.***	T2 2020-2021	Jaune						
#REF!	2 – Transformation de la RNSU	2A – Stratégie	***Élaborer un cadre de rendement du programme propre à la RNSU.***	T2 2020-2021	Jaune						
#REF!	2 – Transformation de la RNSU	2B – Détermination des besoins	***Établir une opproche de planification intégrée des scénarias et définir des options fondées sur le risque paur les besoins cibles de produits en réserve à long terme.***		Jaune						
#REF!	2 – Transformation de la RNSU	2B – Détermination des besoins	***Élaborer des modèles opérationnels cibles et une analyse des options pour les catégories de produit.***		Jaune						
#REF!	2 – Transformation de la RNSU	2B – Détermination des besoins	***Établir un plan d'investissement à long terme.***		Jaune						
#REF!	2 – Transformation de la RNSU	2C – Opérations	***Élaborer un plan de gestion du cycle de vie à long terme.***		Jaune						
#REF!	2 – Transformation de la RNSU	2D – Mobilisation stratégique	***Définir les priorités de mobilisation des PT et établir un plan de mobilisation des PT.***		Jaune						
#REF!	2 – Transformation de la RNSU	2F – Ressources	***Déterminer les besoins de financement à long terme.***								

N°	Catégorie	Sous-catégorie	Tâche	Période	État	Changement	BPR	Situation	Besoin d'aide de?	Quoi?	Quand?

Éléments de la liste déroulante
Ne pas effacer!

Période	État	Changement	BPR
T2 2020-2021	Vert	Amélioration	
T3 2020-2021	Jaune	Aucun	
T4 2020-2021	Rouge	Détérioration	

Remarque : Alt + Entrée pour le retour de chariot dans une cellule

Catégorie	Sous-catégorie
1 – Opérations	1A – Entreposage et logistique
2 – Transformation de la RNSU	1B – Matériel médical
	1C – Équipement de protection individuelle
	1D – Contre-mesures médicales
	1E – Fournitures et équipements pour les vaccins
	1F – Ressources
	1E – Gestion des problèmes et autres
	2A – Stratégie
	2B – Détermination des besoins
	2C – Opérations
	2D – Mobilisation stratégique
	2E – Systèmes de TI
	2F – Infrastructure
	2F – Ressources
	2G – Système de qualité

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé : 2020-08-13 16 h 24
À : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted]
Objet : Documents de discussion sur l'équipement de protection individuelle (EPI)
Pièces jointes : NESS Transformation.docx; Anticipated Ventilator Delivery Schedule_August112020_v7.docx; PPEandNESSWorkplan13Aug.xlsx

Bon après-midi, [redacted]. En prévision de la réunion d'aujourd'hui sur les EPI, je vous transmets les documents suivants aux fins d'examen :

- Un *Calendrier prévu pour la livraison des ventilateurs*, qui a été préparé pour éclairer la discussion du sous-ministre sur l'approvisionnement en EPI et en réponse à une question soulevée par [redacted] des projets lors de la réunion à quatre (et présenté à la discussion d'aujourd'hui).

- Un projet de document sur la *Transformation de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU)*, que je présenterai aujourd'hui pour évaluer votre sentiment d'urgence en ce qui concerne le calendrier de l'engagement prévu avec le Ministère et qui nous permettra ainsi d'établir les priorités et de rassembler rapidement les éléments nécessaires.

- Un *plan de travail* révisé, avec l'ajout de contenu et d'une structure. Afin de vous informer, un document plus ciblé devra probablement être créé (le plan révisé est utile pour les délibérations avec mon équipe).

    - Vous remarquerez que la colonne « BPR » a été mise à jour pour inclure le nom de [redacted] en prévision de son arrivée et afin d'obtenir une première idée de l'équilibre de la charge de travail.
    - La première journée de [redacted] sera le 26 août. Le transfert des tâches avec [redacted] est déjà en cours, et [redacted] est en communication avec [redacted] et [redacted]. En fait, il sera sur place demain pour rencontrer l'équipe.

Cordialement,

[redacted]
[redacted]
Équipement de protection individuelle et Réserve nationale stratégique d'urgence
Personal Protective Equipment and National Emergency Strategic Stockpile
[redacted]
Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada
Ottawa, Canada K1A 0K9

[redacted]

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted]
Envoyé le : 2020-08-14 16:15
À : [redacted]
C.c. : [redacted]
Objet : Séance d'information sur les EPI pour le CDI du ministre
Pièces jointes : FPT EPI WG ROD 2020-08-13.docx; FPT PPE Presentation Aug 14 2020.pptx

[redacted], vous trouverez en annexe le résumé de la rencontre FPT d'hier, ainsi que le diaporama utilisé pour faciliter la discussion.

Je réfléchissais à ceci : nous pourrions tirer avantage de ce genre de diaporama pour appuyer la rencontre avec le Cabinet du ministre la semaine prochaine et cela pourrait comprendre les chiffres de 3M pour les N95 et plus de renseignements sur les DDP actuelles que le CPSP a publié pour ces articles, y compris pour les réserves du SNRU. Nous pouvons tirer beaucoup de ces renseignements des fiches d'enjeu que nous préparons pour le tableau d'approvisionnement en EPI du SM en collaboration avec l'ASPC, le CPSP et ISDE.

(Prière de ne pas vous inquiéter à propos des chiffres de N95 – les projections ont grimpé depuis les dernières fluctuations dans les Rt des provinces, mais elles seront réajustées à la baisse la semaine prochaine d'après nos consultations avec l'ICIS à propos des protocoles d'utilisation. À remarquer que [redacted] estimait que nos projections étaient plutôt élevées (ce qui vaut probablement mieux question sécurité)).

Les chiffres des camemberts sont « en commande » uniquement et ne comprennent pas les stocks en mains qui, nous le supposons, font partie de la constitution de la réserve. Les PT ont en main environ 17 millions de N95 et nous en avons encore 150 000 pour le secteur des soins de santé. Les chiffres de 3M ne figurent pas encore, puisqu'ils ne sont pas annoncés, mais nous pourrions les inclure à la séance d'information avec le Cabinet du ministre. Nous voulions être conservateurs pour ce qui est de mettre en lumière l'écart pour les PT, afin de vraiment voir quelle est la situation chez eux.

[redacted]
Groupe de travail du Canada sur la santé et la sécurité
Groupe de travail de la COVID, Santé Canada
[redacted]

-----Original Message-----
De : [redacted] >
Envoyé le : 2020-08-14 15:17
À : [redacted]
C.c. : [redacted]
Objet : Séance d'information pour le CDI du ministre sur les EPI

Parfait, merci [redacted]. Elle souhaite ces renseignements mais aussi une séance d'approfondissement avec des gens compétents, concernant globalement le paysage et le modèle de l'offre et de la demande sur les EPI.

[redacted]
[redacted]
Santé Canada

> Le 14 août 2020, à 15:12, [redacted] a écrit :
>
> Oui, elle a mentionné cela au Cabinet du ministre concernant notre vérification rapide d'aujourd'hui sur les EPI. Je lui ai transmis un bon sommaire de notre rencontre FPT d'hier sur les principaux produits d'EPI et nous lui enverrons une version à jour du diaporama utilisé pour la séance d'information au BPM. L'équipe travaille également à réunir certains renseignements sur ces questions concernant les initiatives d'approvisionnement en cours – nous nous concentrerons sur les produits clés dont il a déjà été question au comité du SM (N95, masques chirurgicaux, gants, blouses).
>
> Juste un indice [redacted] mais [redacted] e assure l'intérim et J[redacted]s et [redacted] connaissent très bien le modèle.
>
> [redacted]
[redacted]
> Groupe de travail du Canada sur la santé et la sécurité
> Groupe de travail sur la COVID, Santé Canada
> [redacted]
[redacted]
>
>
> -----Message d'origine -----
> De : [redacted]
> Envoyé le : 2020-08-14 15:02
> À : [redacted]
[redacted]
> C.c. : [redacted]
[redacted]
[redacted]
> Objet : Séance d'information sur les EPI pour le CDI du ministre
>
> Bonjour, [redacted] souhaiterait une séance d'information détaillée sur notre modélisation de l'offre et la demande d'EPI, les données PT et les secteurs préoccupants, etc. Nous pouvons inclure une démonstration de modèle.
>
> [redacted] et mon bureau le prépareront pour vous deux.
>
> [redacted]
[redacted]
[redacted]
> Santé Canada

Health Canada and the Public Health Agency of Canada | Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

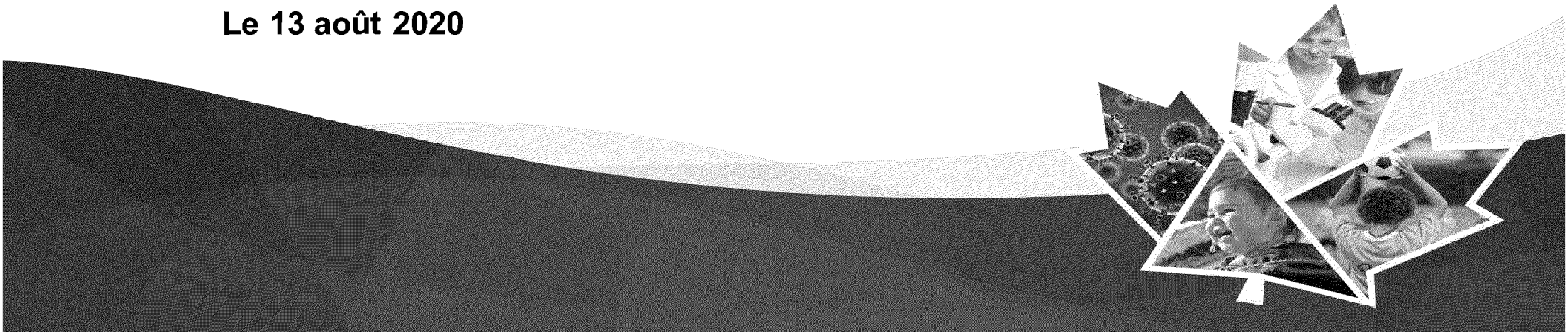
Canada

ÉBAUCHE POUR DISCUSSION INTERNE SEULEMENT

Garantir des fournitures médicales adéquates : *Une conversation à propos des produits clés*

Groupe de travail F-P-T sur l'équipement de protection individuelle

Le 13 août 2020



Contexte et objet

- Garantir une réserve adéquate d'EPI pour le secteur de la santé publique est un aspect dégagé comme critère de réouverture sécuritaire de l'économie dont ont convenu les premiers ministres.

- Les gouvernements fédéral et P-T ont collaboré étroitement pour dégager les besoins et partager l'information sur les stocks existants afin d'éclairer la planification prospective.

- Pour appuyer un redémarrage sécuritaire, il faut une discussion F/P-T aux fins suivantes :
  - Valider les besoins et les plans d'approvisionnement des P-T pour les articles clés d'EPI.
  - Améliorer le partage des données concernant l'offre et la demande d'EPI pour gérer les questions d'approvisionnement.

Forum F-P-T de niveau SMA

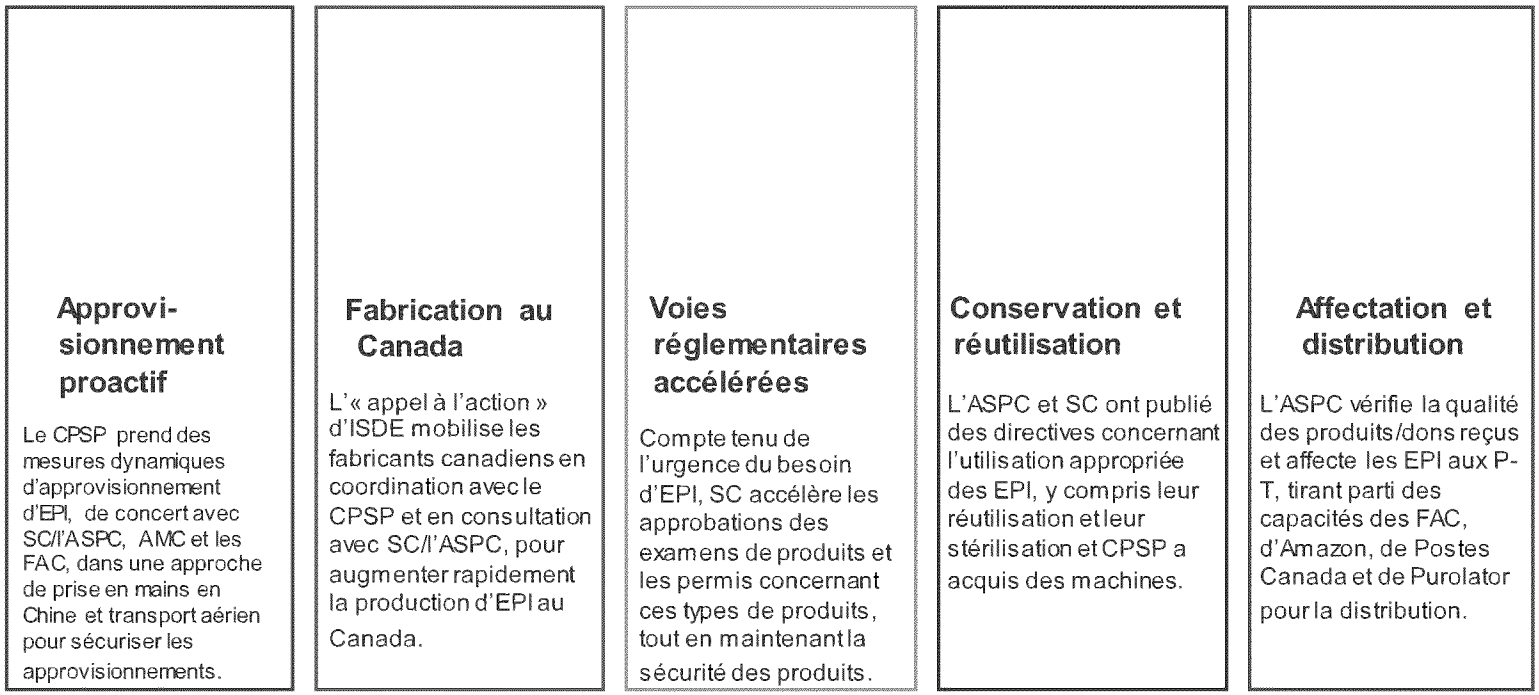
- Prévu comme groupe de travail mixte spécial afin de discuter des enjeux stratégiques concernant les EPI.

- Seront pris en compte les points de vue sanitaire et non médicaux, pour appuyer les mesures de gestion de la santé et de la sécurité des Canadiens en préparation à une résurgence de la COVID-19.

- Se compose de dirigeants des 13 provinces et territoires.

- Dans le respect du fonctionnement des tableaux actuels d'approvisionnement et de logistique (voir l'Annexe A).

Le gouvernement a déployé une stratégie multivolets pour favoriser l'accès du secteur de la santé aux EPI



Obtenir suffisamment d'EPI pour les secteurs de la santé demeure difficile et la demande globale, d'après les prévisions, augmentera à moyen terme pour les produits clés.

Évaluer les besoins d'EPI du système de santé

- **Objectif :** Veiller à ce que le système de soins de santé et les autres services essentiels disposent d'un approvisionnement suffisant d'EPI.
- **Modalités :** En travaillant de concert avec les P-T pour comprendre la demande d'EPI de quatre façons :

Approvisionnement coopératif en quantité	Demandes d'aide	Collecte hebdomadaire des données	Modélisation de la demande et de l'offre
Évaluation initiale des besoins des P-T début mars pour éclairer l'approvisionnement proactif fédéral	Les demandes d'aide des P-T pour un accès urgent aux approvisionnements à partir de la réserve fédérale nous aident à comprendre les besoins urgents du secteur de santé	Santé Canada collecte les données des P-T sur leurs stocks actuels, les taux de consommation et la date estimative d'épuisement de l'inventaire pour les catégories clés d'EPI	Les ministères fédéraux travaillent avec le secteur privé et les experts universitaires pour élaborer un ou des modèles d'offre et de demande d'EPI afin de mieux évaluer les besoins immédiats et à moyen **et long terme**
Aperçu initial des besoins **d'EPI**	Aperçu des pénuries immédiates **d'EPI**	Aperçu des **demandes naissantes d'EPI**	Aperçu des besoins **estimatifs futurs d'EPI** pour le secteur de la santé et l'économie en général

Une vue intégrée pancanadienne peut offrir un éclairage supplémentaire pour appuyer la prise de décisions

Permet de rendre visible l'offre et la demande par région et période

Génère un aperçu éclairant les décisions sur l'approvisionnement à l'étranger comparativement au développement au Canada.

Relève la visibilité de l'offre globale pour favoriser une stratégie plus efficace d'approvisionnement et d'affectation.

Éclairer la politique de santé publique pour gérer / économiser la consommation
Promouvoir la mise en commun de l'apprentissage et des repères entre administrations.

Le modèle pancanadien de l'offre et de la demande d'EPI établit une projection estimative de la demande et de l'offre entre tous les secteurs économiques pour l'an prochain

Modélisation épidémiologique

Le modèle épidémiologique utilisé pour les projections de scénarios différents de progression et de la maladie pour les 12 prochains mois et plus par les P-T (voir Annexe B).

Projections de la demande entre secteurs

On établit une projection non entravée de la demande d'EPI d'après les scénarios épidémiologiques (voir Annexe B), les protocoles d'utilisation* d'EPI et la réouverture progressive de l'économie dans plus de 60 secteurs dans chaque P-T, avec affinage continu par rapport à l'utilisation réelle.

Projections d'inventaire et équilibrage de l'offre

Les données d'approvisionnement d'arrivée en mains en temps presque réel sont recueillies et comparées aux projections de la demande pour dégager les pénuries d'approvisionnement et générer des exigences d'achat échelonnées au cours des 12 prochaines mois et plus dans plus de 60 secteurs dans chaque P-T.

Exemples de secteurs

- Hôpitaux
- Soins en résidence
- Services de police
- Pompiers
- Magasins d'alimentation
- Administration publique
- Vente au détail
- Hébergement
- Secteur public
- Public immuno-déprimé
- Grand public

Liste complète à l'Annexe C

Estimations intersectorielles

Article	Demande du secteur de la santé publique [1]	Demande du secteur public [2]	Demande à l'échelle de l'économie [3]
N-95	99 803 000	3 836 000	195 359 000
Masques chirurgicaux	847 494 000	105 742 000	2 032 093 000
Gants de nitrile (paires)	2 393 315 000	154 391 000	4 574 648 000
Blouses jetables	339 148 000	1 970 000	628 730 000

- La stratégie doit tenir compte de tous les secteurs :
  - les sources d'approvisionnement peuvent être limitées;
  - il est probable que la concurrence pour les mêmes sources sera forte;
  - Le manque d'EPI a des répercussions sur la santé, les services essentiels et les stratégies de réouverture de l'économie.

1) Par secteur de la santé publique, il faut entendre : hôpitaux, hôpitaux publics et établissements de soins en résidence, soins de santé en foyer public, laboratoires médicaux et de diagnostic publics, etc.
2) Le secteur public comprend : les services communautaires de restauration et d'hébergement, les services provinciaux de protection, le transport en commun, les services pédagogiques, les services publics, etc.
3) À l'échelle de l'économie signifie : santé publique et privée, gouvernement fédéral, secteurs privés essentiels, secteur public, secteur public élargi, grand public, etc.

Aperçus préliminaires : Masques respiratoires N-95

Projections d'inventaire de l'offre et de la demande pour le secteur de la santé publique

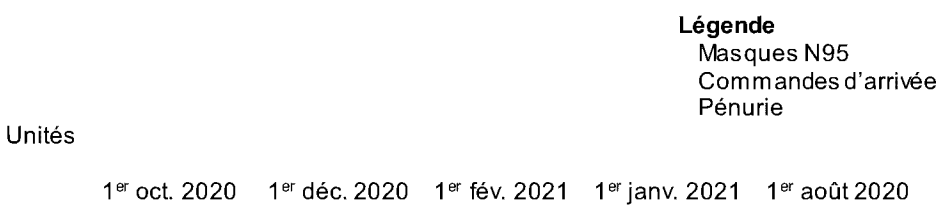
Inventaire projeté : Toutes les commandes

Demande < 80 % des approvisionnements Demande > Approvisionnements

Inventaire projeté y compris les commandes reçues

	0-3 jours	4-7 jours	8-14 jours	15-30 jours	30-60 jours	>60 jours	Rupture de stock prévue
Blouses jetables							11 janv. 2021
Visières							7 juil. 2021
Lunettes protectrices							16 juin 2021
Masques N95							19 mai 2021
Gants de nitrile							6 nov. 2020
Masques chirurgicaux							1er janv. 2021
Masques chirurgicaux avec visière							17 janv. 2021
Gants de vinyle PF							13 mai 2021

Projection d'inventaire au fil du temps : Toutes les commandes



Meilleure estimation du scénario de résurgence, 12 août 2020

Scénarios potentiels offre-demande : Masques respiratoires N95

Santé publique : offre c. demande

(Approvisionnement uniquement « en commande »)

1,8 millions
d'approv. P-T*

24,9 millions
Manque

73,1 millions
Approv. fédéral
80 % de l'approvi.. coopératif fédéral en quantité pour la santé

Demande annuelle totale de la santé publique *(scénario de résurgence)* :
99,8 millions

Points à considérer

- L'offre intérieure de masques respiratoires N-95 arriverait en août (20 millions) et davantage sont attendus dans l'année qui vient; le tableau de l'approvisionnement en inventaire est relativement encourageant.
- Efforts pour fournir l'équivalent canadien de la certification NIOSH afin de faciliter l'utilisation des masques équivalents, pourvu que des efforts soient entrepris au niveau de la gestion du changement
  - Continuer à considérer les endroits où seraient acceptables les produits non certifiés NIOSH
- La conservation et le retraitement favoriseront également la sécurité des approvisionnements pour les procédures à haut risque génératrices d'aérosols dans l'intervalle.
- La réserve doit être gérée soigneusement compte tenu de la durée utile des produits.

Mesures fédérales potentielles :

- Poursuivre le travail pour appuyer la fabrication intérieure, ce qui augmentera l'offre d'arrivée.
- Appuyer les PT par une meilleure connaissance des plans de décontamination et de réutilisation

* Les réserves des P-T sont extrapolées d'après chiffres d'approvisionnement fournis par certaines administrations. Cela tient compte d'un inventaire de deux mois (+ tampon de 20 %) au niveau des P-T.

Aperçus préliminaires : Masques chirurgicaux

Projections d'inventaire de l'offre et de la demande pour le secteur de la santé publique

Inventaire projeté : Toutes les commandes

Demande < 80 % des approvisionnements Demande > Approvisionnements

Inventaire projeté y compris les commandes reçues

	0-3 jours	4-7 jours	8-14 jours	15-30 jours	30-60 jours	>60 jours	Rupture de stock prévue
Blouses jetables							11 janv. 2021
Visières							7 juil. 2021
Lunettes protectrices							16 juin 2021
Masques N95							19 mai 2021
Gants de nitrile							6 nov. 2020
Masques chirurgicaux							1er janv. 2021
Masques chirurgicaux avec visière							17 janv. 2021
Gants de vinyle PF							13 mai 2021

Meilleure estimation du scénario de résurgence, 12 août 2020

Projection d'inventaire au fil du temps : Toutes les commandes



Scénarios potentiels offre-demande : Masques chirurgicaux

Santé publique : offre c. demande
(approv. uniquement en commande))

Demande annuelle totale de la santé publique *(scénario de résurgence)* :
847,4 millions

Approv. estim. P-T*
178 millions

210 millions
Approv. fédéral
80 % de l'approv. fédéral coopératif en quantité pour la santé

460 millions
Manque

Mesures fédérales potentielles :

- Obtenir des masques supplémentaires pour appuyer les réserves (SNRU, RUSE)
- Collaborer avec les PT en matière d'approvisionnement et discuter des besoins (p. ex., tailles, tissus)
- Amplifier les orientations concernant l'utilisation des options réutilisables, le cas approprié.
- Examiner la nécessité d'un approvisionnement de masques transparents pour les handicapés auditifs

Points à considérer

- La demande de masques chirurgicaux est élevée dans le domaine de la santé et d'autres secteurs et devrait demeurer forte.
- L'offre actuelle suffit à répondre à la demande à court terme, et on prévoit que les stocks seront épuisés en décembre.
- Les masques chirurgicaux dépendent de matériaux de fusion-soufflage provenant des chaînes d'approvisionnement étrangères
- Les sources intérieures de production seront en place en août de cette année.

* L'approvisionnement des P-T est extrapolé d'après les chiffres d'approvisionnement fournis par certaines administrations. Cela tient compte d'un inventaire de deux mois (+20 % de tampon) des P-T.

Aperçus préliminaires : Gants

Projections d'inventaire de l'offre et de la demande pour le secteur de la santé publique

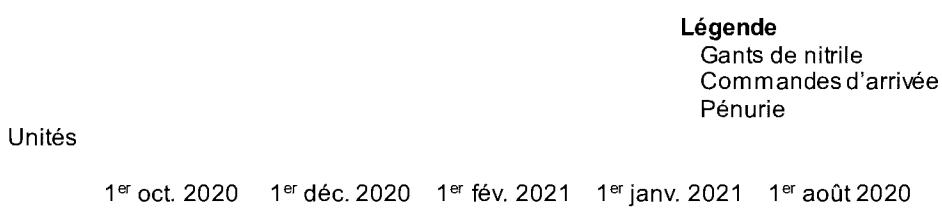
Inventaire projeté : Toutes les commandes

Demande < 80 % des approvisionnements Demande > Approvisionnements

Inventaire projeté y compris les commandes reçues

	0-3 jours	4-7 jours	8-14 jours	15-30 jours	30-60 jours	>60 jours	Rupture de stock prévue
Blouses jetables							11 janv. 2021
Visières							7 juil. 2021
Lunettes protectrices							16 juin 2021
Gants de nitrite							19 mai 2021
Masques N95							6 nov. 2020
Masques chirurgicaux							1er janv. 2021
Masques chirurgicaux avec visière							17 janv. 2021
Gants de vinyle PF							13 mai 2021

Projection d'inventaire au fil du temps : Toutes les commandes



Meilleure estimation du scénario de résurgence, 12 août 2020

Scénarios potentiels offre-demande : Gants de nitrile

Santé publique : offre c. demande

Demande annuelle totale de la santé publique *(scénario de résurgence)* :

2,4 milliards

1,7 milliard
Manque**

193 millions
Approv. estim.
P-T*

719 millions
Approv. fédéral
80 % de l'approv. fédéral coopératif en quantité pour la santé

Mesures fédérales potentielles :

- Prêt à appuyer l'approvisionnement, en complétant les activités des PT
- Étude des options pour la fabrication intérieure
- Recherche d'intrants sur les dimensions, les types et les matériaux

Points à considérer

- La demande est élevée dans le secteur de la santé et le secteur non médical et devrait demeurer forte, car les cabinets dentaires rouvrent et les chirurgies électives reprennent.
- Pas de capacité intérieure actuelle de production.
- Fournisseurs plus nombreux, concurrence élevée
- Matériaux de remplacement difficile à produire (vinyle) et posant des risques d'allergie (latex)

*L'approvisionnement des P-T est extrapolé d'après les chiffres d'approvisionnement fournis par cinq administrations. Cela tient compte de deux mois (+20 % de tampon) d'inventaire des P-T.

**Ajout de 250 millions au manque pour représenter les commandes résiduelles qui devraient intervenir pour les P-T pour qu'ils atteignent un deux mois (+20 % de tampon) d'inventaire.

Aperçus préliminaires : Blouses

Projections d'inventaire de l'offre et de la demande pour le secteur de la santé publique

Inventaire projeté : Toutes les commandes

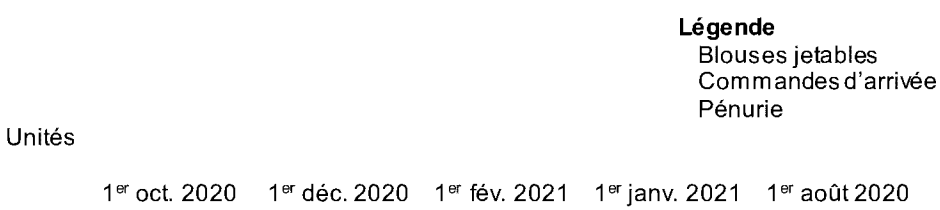
Demande < 80 % des approvisionnements Demande > Approvisionnements

Inventaire projeté y compris les commandes reçues

	0-3 jours	4-7 jours	8-14 jours	15-30 jours	30-60 jours	>60 jours	Rupture de stock prévue
Blouses jetables							11 janv. 2021
Visières							7 juil. 2021
Lunettes protectrices							16 juin 2021
Masques N95							19 mai 2021
Gants de nitrile							6 nov. 2020
Masques chirurgicaux							1er janv. 2021
Masques chirurgicaux avec visière							17 janv. 2021
Gants de vinyle PF							13 mai 2021

Meilleure estimation du scénario de résurgence, 12 août 2020

Projection d'inventaire au fil du temps : Toutes les commandes



Scénarios potentiels offre-demande : Blouses

Santé publique : offre c. demande

Demande annuelle totale

Approv. estim.* **111 millions**

de la santé publique *(scénarios de résurgence)* : **339,1 millions**

375 millions
Manque**

849 millions
Approv. fédéral
80 % de l'approv. fédéral coopératif en quantité pour la santé

Mesures fédérales potentielles :

- Prêt à appuyer l'approvisionnement, en complétant les activités des PT; recherche d'intrants des PT pour les tailles et les types
- Envisager comment mieux faire accepter par les utilisateurs les blouses produites au Canada
- Discuter des stratégies concernant les blouses réutilisables avec les PT

Points à considérer

- La demande de blouses mono-service est animée surtout par le secteur de la santé

  La chaîne d'approvisionnement des produits de fusion-soufflage et composantes à filage constitue un défi
- La production intérieure de blouses connaît une hausse marquée. On règle les problèmes initiaux de qualité
- L'un des points importants à considérer est celui des stratégies comparativement à jetables

* L'approvisionnement des P-T est extrapolé d'après les chiffres d'approvisionnement fournis par cinq administrations. Cela tient compte de deux mois (+20 % de tampon) d'inventaire des P-T.

**Ajout de 36 millions au manque pour représenter les commandes résiduelles qui devraient intervenir pour les P-T pour qu'ils atteignent deux mois (+20 % de tampon) d'inventaire.

Votre intrant : Mesures fédérales d'approvisionnement proposées

- Est-ce que ces articles sont les mêmes que ceux qui vous préoccupent? Y a-t-il d'autres biens qui sont sources de préoccupations?

- Dans quelle mesure vos secteurs de la santé et non médical sont-ils prêts à adopter des articles produits ici et qui sont en commande?

- Est-ce que les approvisionnements fédéraux supplémentaires de ces articles seraient utiles pour compléter vos plans d'approvisionnement? Pour quels secteurs?

Prochaines étapes :

1. **Suivi bilatéral pour confirmer les plans d'approvisionnement PT pour les articles dont il a été question aujourd'hui**

2. **Améliorer le partage de l'information et des données**
   - Les PT obtiendront un accès pour visualiser leurs propres données dans le modèle pancanadien offre-demande d'EPI.
   - Les PT peuvent continuer d'améliorer le partage des données pour affiner les projections offre/demande pour les articles d'EPI clés.
     - Les plans d'approvisionnement pour la prochaine année
     - Les secteurs clés couverts
     - Caractéristiques des EPI nécessaires – tailles, types

3. **Prochain ordre du jour éventuel**

- Approche coopérative à la logistique et à l'entreposage, réserves
- Ventilateurs, bâtiment concernant les discussions antérieures au comité consultatif de la logistique (CCL)
- Stratégies de réutilisation (p. ex. pour les blouses) ou matériaux de remplacement (p. ex. masques de tissu)

Annexes

Annexe A : Structure de gouvernance d'une réponse de santé publique F/P-T coordonnée

Conférence des ministres F/P/T de la Santé

Conférence des sous-ministres F/P/T de la Santé

Appui du CCS, TAO, CCL

Comités consultatifs spéciaux

Secrétariat du CCS F/P/T

Centre des opérations du portefeuille fédéral de la santé (COPS)

Comité consultatif technique

Groupe de communication IPS

Comité consultatif de la logistique

Enquête et surveillance sur les éclosions	Laboratoire	Communication stratégique/ développement des produits	Ressources déployables et aide mutuelle	
MCM	Mesures de santé publique	Diffusion de l'information	Approvisionnement	Communications opérationnelles
Évaluation du risque	Mobilisation des experts techniques	Soutien et coordination des communications d'urgence des risques	Mobilisation des services de garderie	
PCI et santé professionnelle	Recherche et évaluation	Surveillance des communications	Autres	
Frontières	Autres	Autres		

Participation et représentation F/P/T

COU P/T

Annexe B : Modèle pancanadien de l'offre et de la demande : deux scénarios épidémiologiques

Demande de N95 pour la santé publique – Hôpitaux et SLD

Confinement

- Suppose que le Rt demeure dans la même trajectoire qu'actuellement
- Trois lignes représentent les intervalles de confiance, estimations en gris foncé
- Compte tenu de l'utilisation du N95 en environnement de soins de santé, le modèle indique un scénario élevé selon lequel la demande de ce produit augmenterait

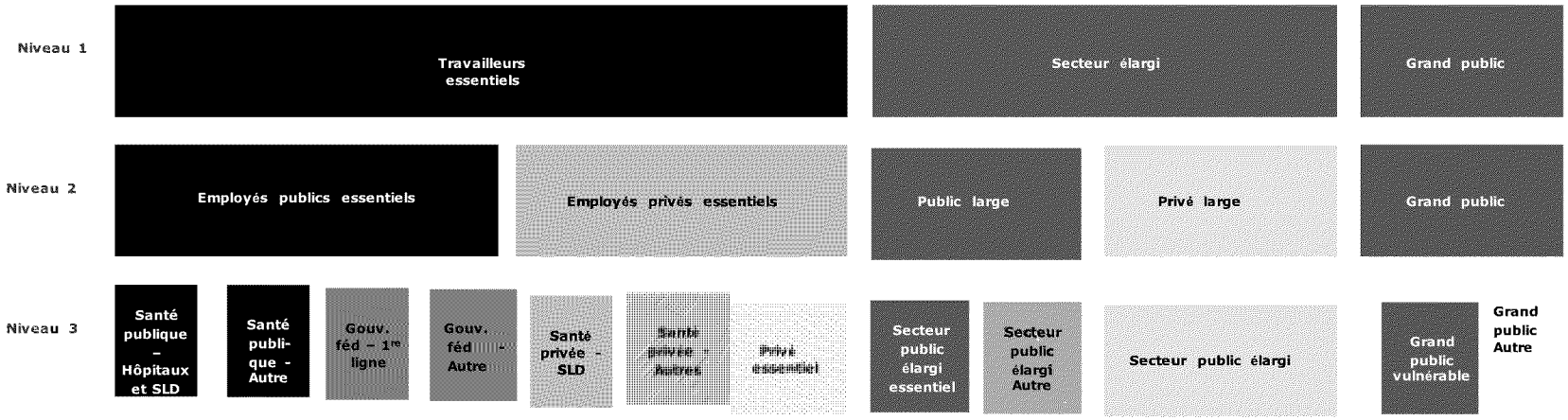
COVID-19 comparatif des scénarios de la demande

Résurgence

- Liée aux scénarios de réouverture économique P-T, le nombre de reproductions de R change au fil du temps, en fonction du pourcentage d'exploitation
- 3 lignes représentent des intervalles de confiance avec estimations optimales en gris foncé

COVD-19 comparatif des scénarios de la demande

Annexe C : Modèle pancanadien d'offre et de demande : secteurs de demande



Niveau 4	. Hôpitaux soins infimiers et soins en résidence (publics)	. Soins de santé à domicile (public) . Laboratoires médicaux et de diagnostic . Cabinets de médecins (publics) . Centres de consultation externe (publics) . autres services de soins ambulatoires	. Services de défense . Services de protection fédéraux	. Main-d'œuvre fédérale, services d'emploi et d'immigration . Affaires étrangères et aide internationale . Autres administrations publiques gouvernement fédéral . Administration publique et extra-territoriale et autre internationale . Service postal	. Établissement de soins infirmier et résidentiels (privés)	. Services de soins à domicile (privés) . Cabinets de dentiste . Cabinets d'autres praticiens de la santé. Cabinets de médecins (privés) . Centres de consultation externe (privés)	. Agriculture, foresterie, pêche et chasse . Transport et soutien par air/ pipeline/ rail / camion / eau . Fabrication de produits du tabac et boissons . Messagers et messageries . Magasins d'alimentation et de boissons	. Services d'alimentation et d'hébergement communautaire et d'urgence et autres services d'appoint . Services individuels et familiaux . Services de protection provinciaux . Administration publique locale, municipale et régionale . Transport en commun et transport passagers terrestre	. Administration publique autochtone . Garderie/ garde d'enfants (public) . Autres administrations publiques territoriales et provinciales . Services pédagogiques . Services provinciaux de la main-d'œuvre et de l'emploi . Services de réadaptation professionnelles	. Services de dépannage . Administration et soutien . Arts, divertissement et loisirs . Activités de construction . Traitement des données, hébergement et services connexes . Garderies/ garde d'enfants (privée) . Finances et assurances . Services de restauration et débits de boissons	. Grand public vulnérable (65 et plus et immuno-déprimé)	. Grand public

. Fabrication d'aliments
. Santé et soins personnels
. Services de gestion et de correction

. Services publics

. Industries de l'information et culturelles
. Gestion d'entreprise et entreprises de fabrication
. Fabrication
. Mines, carrières extraction du pétrole et du gaz
. Autres services (sauf administration publique)
. Services professionnels, techniques et scientifiques
. Immobilier et location
. Commerce de détail
. Transport touristique et panoramique
. Télécommunications
. Non classifié
. Entreposage et stockage
. Commerce de gros

Groupe de travail sur l'EPI / FPT Group on EPI

Compte rendu des décisions

Le 13 août, 1 h 30 à 14 h 30

Participants fédéraux

[redacted] *(Santé Canada) et* [redacted] *(Agence de la santé publique du Canada*

[redacted] *(Services publics et approvisionnement Canada),* [redacted] *(Innovation, science et développement économique Canada),* [redacted] *(Sécurité publique Canada)*

Participants provinciaux / territoriaux

[redacted]

APPEL NOMINAL ET MOT DE BIENVENUE (SC et ASPC)

- L'objectif global est d'éclairer les futurs plans d'approvisionnement et de discuter des enjeux stratégiques tandis que le Canada planifie la résurgence du point de vue sanitaire et non sanitaire, ainsi que les perspectives des différentes administrations.
- L'objet de la rencontre initiale était d'offrir un aperçu des projections de l'offre et de la demande d'EPI d'après le modèle pancanadien de l'offre et de la demande d'EPI, d'examiner quatre biens essentiels (masques respiratoires N-95, masques chirurgicaux, blouses médicales et gants de nitrile) et de dresser la table des discussions futures.

1) **PROJECTIONS DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE POUR LES BIENS EPI CLÉS** (SC)

- SC donne un aperçu des efforts actuels du gouvernement du Canada pour appuyer l'approvisionnement en EPI et du modèle d'offre et de la demande canadien d'EPI, qui offre une projection d'un an de l'offre de la demande d'EPI d'après plusieurs scénarios épidémiologiques.
- Les projections annuelles pour les masques respiratoires N-95, les masques chirurgicaux, les gants de nitrile et les blouses médicales ont fait l'objet d'un débat, axé sur les lacunes, les difficultés d'approvisionnement et autres points à considérer spécifiques à ces produits.
- Certaines administrations ont mentionné que les projections de modélisation semblaient supérieures aux leurs [redacted] tandis que d'autres ont signalé qu'elles se situaient près de ce qu'elles-mêmes avaient modélisé [redacted]
- SC a mentionné que le gouvernement du Canada cherchait à valider toute projection de lacunes d'approvisionnement et prend note des plans d'approvisionnement P-T pour éclairer toute décision fédérale d'approvisionnement.

MESURES :

- SC doit fournir à chaque administration des données pancanadiennes et leurs propres données de modélisation pour validation et suivi bilatéral.

- SC fournira l'accès au modèle pancanadien de l'offre et de la demande d'EPI dans les prochaines semaines.
- SC organisera des discussions bilatérales avec l'Ontario afin de valider les hypothèses.

2) **DISCUSSION SUR LES PLANS D'APPROVISIONNEMENT EN ARTICLES D'EPI CLÉS** (tous)

- SC anime une discussion et demande un intrant sur les masques respiratoires N-95, les masques chirurgicaux, les blouses médicales et les gants de nitrile.
- [redacted] ont mentionné compter plus fortement sur l'approvisionnement fédéral pour tous les articles.
- **Gants :** Les PT étaient généralement intéressés à collaborer avec le gouvernement fédéral concernant l'approvisionnement en gants de nitrile. Les PT ont aussi mentionné qu'il y avait un besoin de gants de 12 po. La longueur des gants a un lien avec le choix des blouses : les gants plus courts (9 po) exigent des blouses à boucles. Les P-T manifestent leur intérêt à participer à la DDP publiée par CPSP concernant des gants de 9 po, et qui se termine la semaine prochaine. On s'intéresse plus particulièrement aux spécifications inscrites dans la DDP, et à la question de savoir si les gants satisferaient aux normes pour les traitements en chimiothérapie.
- **Masques chirurgicaux :** Nombre de P-T ont mentionné avoir des approvisionnements en cours concernant les masques chirurgicaux, mais certaines administrations s'intéressent à une collaboration en matière d'approvisionnement pour cet article. D'autres mentionnent des problèmes de contrôle de la qualité dans leurs propres approvisionnements. On mentionne que le CPSP a une DDP publiée pour des masques non chirurgicaux.
- **Blouses :** La discussion porte sur la stratégie de la majorité des PT de passer à des blouses réutilisables et la difficulté en matière de lessive associée aux matériaux nouveaux (infrastructure de lessive non conçue pour appuyer les nouveaux matériaux). Les PT demandent la confirmation à savoir quelle est la cote de s blouses recommandée pour la COVID. [redacted] mentionne avoir un excédent de réserve de gants jetables qu'elle fournirait à n'importe quelle administration intéressée. Une administration mentionne des difficultés concernant un fabricant canadien qui ne pouvait livrer les produits lorsque nécessaire.
- **N95 :** Les PT conviennent que nous sommes généralement en bonne position, particulièrement compte tenu de l'arrivée de nouveaux fabricants canadiens, mais la discussion porte sur les modèles et sur le fardeau des essais d'ajustement des nouveaux modèles.

MESURES :

- SC fera un suivi avec chaque administration concernant ses propres besoins d'approvisionnement en EPI en ce qui a trait aux biens dont il a été question.
- CPSP doit fournir un lien concernant la DDP actuelle sur les gants de nitrile et les devis pour le processus.
- CPSP doit étudier la possibilité d'un processus DDP coopératif pour les gants de nitrile de 12 po.
- L'ASPC doit faire un suivi et donner des détails sur le niveau des blouses nécessaires pour la COVID-19.
- L'ASPC doit donner des renseignements sur les tailles des masques respiratoires N-95 disponibles dans le SNRU et faire un suivi direct avec les administrations.

PROCHAINES ÉTAPES

- La prochaine réunion aura lieu à propos d'autres biens.
- L'information sera fournie par les SM de la Santé dans les prochains mois.

[redacted] (APSC/PHAC)

De : [redacted] (SC/HC)
Envoyé le : 2020-08-15 10:42
À : [redacted] (SC/HC)
C.c. : [redacted]
Objet : Séance d'information sur les EPI pour le CDI du ministre

Très bien, merci. L'équipe s'en occupe. [redacted] et je consulterai périodiquement mon courriel.

Envoyé de mon iPhone

Le 15 août 2020 à 9 h 38, [redacted] > a écrit :

Bonjour, merci pour cela. Je suis d'accord, le diaporama PPT ferait une bonne base de discussion avec le CDI.

Il faut veiller à ce que le tableau des approvisionnements soit aussi complet que possible – 3M, ses inventaires en mains, plus les commandes fédérales et des PT.

Il reste encore la question des données incomplète des PT, mais notre approche serait de travailler avec eux pour confirmer les lacunes et les éliminer. Nous devrions avoir un plan précis pour combler chaque lacune et si nous décidons de ne la combler que partiellement par des mesures fédérales, il faudrait être transparent à cet égard. Si les PT veulent notre appui pour combler leur part de la lacune dans ce scénario, nous devrions préciser comment y parvenir (c.-à-d. partage des coûts, création d'une nouvelle production intérieure à laquelle ils peuvent avoir accès, etc.).

[redacted]

[redacted]
Santé Canada

Le 14 août 2020 à 16 h 15, [redacted] a écrit :

[redacted] vous trouverez en annexe le résumé de la réunion FPT d'hier, ainsi que le diaporama utilisé pour faciliter la discussion.

Mon idée est que nous pourrions tirer parti de ce type de diaporama pour étayer la séance d'information avec le Cabinet du ministre la semaine prochaine et cela comprendrait les chiffres de 3M pour les N95 et plus de renseignements sur les DDP actuelles du CPSP sur ces articles, y compris les réserves du SNRU. Nous pourrons tirer beaucoup de renseignements des fiches d'enjeu que nous vous avons préparées pour la table des approvisionnements du ministre sur les EPI, en collaboration avec l'ASPC, CPSP et ISED.

(Prière de ne pas vous inquiéter à propos des chiffres sur les N95 – les projections ont grimpé depuis les dernières fluctuations dans les Rt des provinces, mais elles seront réajustées à la baisse la semaine prochaine d'après nos consultations avec l'ICIS à propos des protocoles d'utilisation. À remarquer que [redacted] estimait que nos projections étaient plutôt élevées (ce qui vaut probablement mieux question sécurité)).

Les chiffres des camemberts sont « en commande » uniquement et ne comprennent pas les stocks en mains qui, nous le supposons, font partie de la constitution de la réserve. Les PT ont en mains environ 17 millions de N95 et nous en avons encore 150 000 pour le secteur des soins de santé. Les chiffres de 3M ne figurent pas encore, puisqu'ils ne sont pas annoncés, mais nous pourrions les inclure à la séance d'information avec le Cabinet du ministre. Nous voulions être conservateurs pour ce qui est de mettre en lumière l'écart pour les PT, afin de vraiment voir quelle est la situation chez eux.

[redacted]
Groupe de travail du Canada sur la santé et la sécurité
Groupe de travail de la COVID,
[redacted]

>> -----Message d'origine-----
De : [redacted] >
Envoyé le : 2020-08-14 15:17
À : [redacted]
C.c. : [redacted]
Objet : Séance d'information sur les EPI pour le CDI du ministre

Parfait, merci. Elle souhaite ces renseignements mais aussi une séance d'approfondissement avec des gens compétents, concernant globalement le paysage et le modèle d'offre et de la demande sur les EPI.

[redacted]

[redacted]
Santé Canada

Le 14 août 2020, à 15:12, [redacted] a écrit :

Oui, elle a mentionné cela concernant notre vérification rapide d'aujourd'hui au Cabinet du ministre sur les EPI. Je lui ai transmis un bon sommaire de notre rencontre FPT d'hier sur les principaux produits d'EPI et nous lui enverrons une version à jour du diaporama utilisé pour la séance d'information au BPM. L'équipe travaille également à réunir certains renseignements sur ces questions concernant les initiatives d'approvisionnement en cours – nous nous concentrerons sur les produits clés dont il a déjà été question au comité du SM (N95, masques chirurgicaux, gants, blouses).

Juste un indice : [redacted] mais [redacted] assure l'intérim et [redacted] et [redacted] connaissent très bien le modèle.

[redacted]
Groupe de travail du Canada sur la santé et la sécurité
Groupe de travail de la COVID, Santé
[redacted]

>>> -----Message d'origine -----
De : [redacted]
Envoyé le : 2020-08-14 3:02 PM
À : [redacted]
C.c. : [redacted]
[redacted]
Objet : Séance d'information sur les EPI pour le CDI du ministre

Bonjour, [redacted] souhaite une séance d'information détaillée sur notre modélisation de l'offre et la demande d'EPI, les données des PT, les secteurs préoccupants, etc. Nous pouvons inclure une démonstration du modèle.

[redacted] et mon bureau organiseront cela avec vous deux.

[redacted]

[redacted]
[redacted]
Santé Canada
<FPT PPE WG ROD 2020-08-13.docx>
<FPT PPE Presentation Aug 14 2020.pptx>



Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

COVID-19 – Programme des opérations pour la réalisation des engagements à long terme en matière d'EPI

Plan de transition

Juillet 2020

ÉBAUCHE

AUX FINS DE DISCUSSION SEULEMENT

ÉBAUCHE pour discussion

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Table des matières

Introduction	3
Approche	6
Plan d'action initial	11
Plan d'action des opérations	16

Page: 896 of/de 1,041
AV2020000020

ÉBAUCHE pour discussion

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

INTRODUCTION

Aperçu et objectif

ÉPIDÉMIE DE CORONAVIRUS

En mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que l'épidémie de coronavirus était une urgence de santé publique. Il a donc fallu acheter de l'équipement de protection individuelle (EPI) ainsi que d'autres fournitures médicales.

EPI

L'EPI est essentiel à la sécurité des travailleurs de la santé de première ligne partout au Canada. Durant cette urgence de santé publique, il y a un besoin immédiat en matière d'EPI et d'un stock facilement accessible pour répondre à toute urgence de santé publique potentielle future.

AUGMENTATION DE LA DEMANDE D'EPI À L'ÉCHELLE NATIONALE

La ministre de Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC) a été chargée d'obtenir l'EPI pour l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) afin de répondre à l'augmentation de la demande pour ces produits.

APPROVISIONNEMENT SUR LE MARCHÉ INTERNATIONAL

Le gouvernement du Canada (GC) se procure de l'EPI auprès de fournisseurs nationaux et internationaux. L'EPI acheté est expédié au Canada par divers moyens de transport. Une fois reçu, l'EPI est vérifié et inspecté avant d'être libéré et expédié aux autorités sanitaires provinciales qui veilleront au respect de leurs exigences.

SOLUTION LOGISTIQUE

L'ASPC a auparavant mis en place une solution logistique à court terme pour répondre aux besoins urgents de distribution d'EPI aux autorités sanitaires provinciales et a maintenant établi une solution à plus long terme pour gérer l'EPI acheté par le gouvernement canadien.

Le présent document décrit le plan de transition vers une solution à long terme mise en place pour gérer l'EPI acheté par le GC.

Page: 897 of/de 1,041
AV2020000020

ÉBAUCHE pour discussion

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

INTRODUCTION

Activités sur la chaîne d'approvisionnement de bout en bout en EPI

Le présent document met l'accent sur la logistique et la distribution de l'EPI à l'échelle nationale.

Planification de l'offre et de la demande

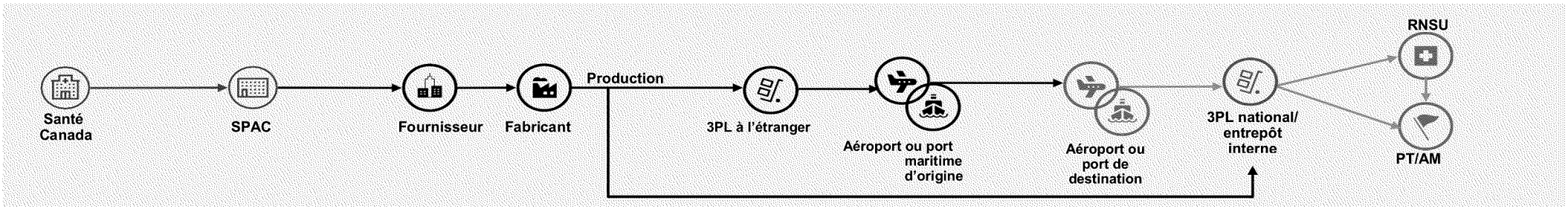
- Surveiller les niveaux de l'offre et de la demande en fonction de divers scénarios de risque
- Surveiller les demandes d'achat restantes et les nouveaux besoins en EPI

Approvisionnement

- Point de consolidation de l'ensemble des demandes d'EPI
- Examiner la situation du marché pour l'ensemble des fournisseurs
- Attribuer des contrats aux fournisseurs
- Gérer les contrats, notamment : mise à jour des dates de livraison et des unités pour chaque élément de la ligne de livraison dans Titan; traitement des échantillons; et gestion des douanes
- Gestion des fournisseurs de logistique de tierce partie (3PL) à l'étranger
- Gestion et prise de décisions sur le mode de transport d'arrivée
- Transmission des factures

Logistique et distribution

- Création de demandes d'achat
- Évaluation technique de l'ensemble de l'EPI entrant
- Stratégie d'attribution et exécution
- Gestion du stock des 3PL nationaux et des entrepôts internes
- Distribution du dernier kilomètre aux PT/autres ministères par l'intermédiaire d'un réseau de services de messagerie de tierce partie
- Exécution de l'appel de demandes et de la RNSU aux PT/autres ministères
- Visibilité future pour les PT/autres ministères par l'intermédiaire du Comité consultatif de la logistique
- Validation des factures et envoi du paiement aux fournisseurs



ÉBAUCHE pour discussion

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

INTRODUCTION

Portée du projet

L'ASPC a conclu un contrat pour une solution d'entrée, d'entreposage et de distribution afin de fournir une méthode complète de chaîne d'approvisionnement qui englobe la gestion du programme, le transport, la réception à l'arrivée, la gestion de l'entrepôt, la livraison à la sortie et l'établissement de rapports.

Activités principales

L'entrepreneur doit assumer le plein contrôle des activités de la chaîne d'approvisionnement pour l'EPI, du point d'entrée au point de livraison, y compris :



- Gérer les envois arrivant par voie aérienne ou maritime aux entrepôts de l'entrepreneur ou à la destination au Canada (dont la coordination du ramassage des envois aux divers points d'arrivée et la fourniture du transport à partir des fournisseurs locaux)
- Récupérer l'EPI auprès des fournisseurs locaux
- Recevoir les envois entrants



- Transporter des échantillons d'EPI vers les sites d'assurance qualité de l'ASPC
- Déplacer l'EPI entre les entrepôts de l'entrepreneur
- Réétiqueter les emballages pour répondre aux exigences réglementaires
- Récupérer et emballer l'EPI en vue de sa distribution



- Assurer la gestion et le contrôle des stocks (y compris l'entreposage des produits, la sécurité, etc.) de l'EPI dans les entrepôts de l'entrepreneur
- Fournir des rapports à l'ASPC
- Transmettre des renseignements aux systèmes du gouvernement fédéral (p. ex. suivi des stocks, exécution, réception, gestion des commandes)

Page: 899 of/de 1,041
AV2020000020

ÉBAUCHE
Pour discussion

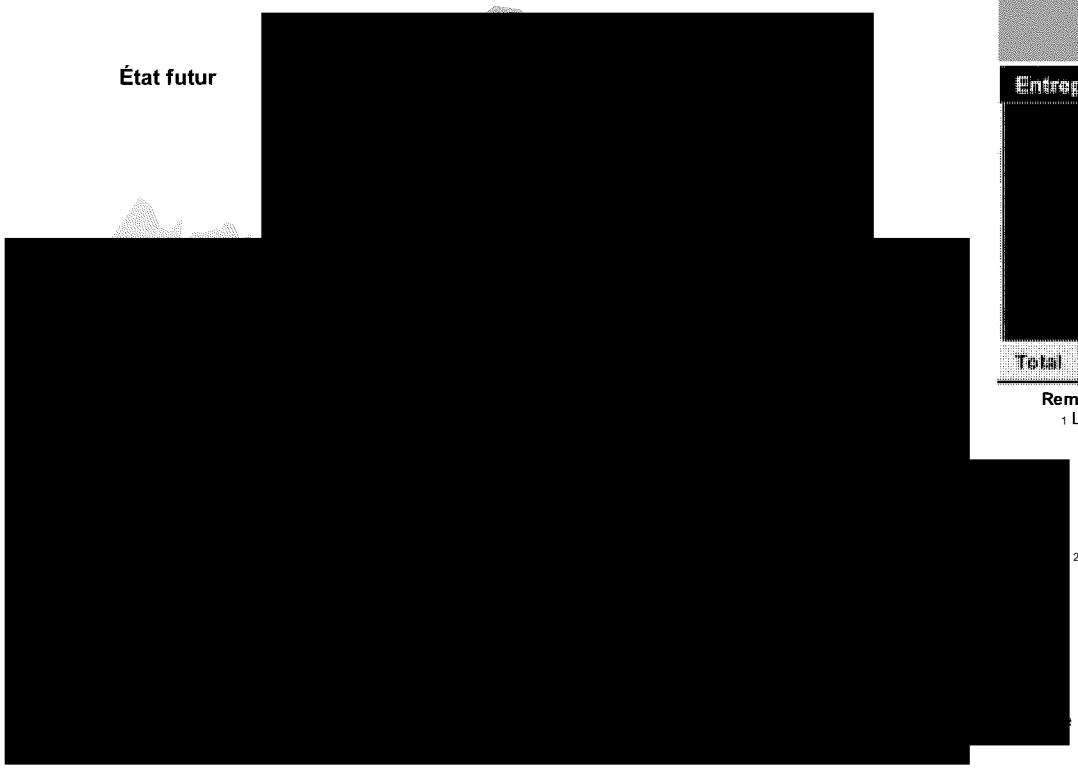
APPROCHE

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Aperçu du réseau

Le réseau actuel utilise plusieurs entrepôts à court terme dans la région du Grand Toronto (RGT), avec un débordement dans les entrepôts de la région métropolitaine de Montréal (RMM).
Le réseau futur décentraliserait les stocks de la RGT dans la RMM et sur la côte Ouest afin de rapprocher les produits de leur destination. L'entrepreneur sera responsable de transférer les stocks détenus dans les entrepôts existants avant le début des opérations régulières.

État futur



	Estimation du réseau (palettes) – en date de juillet 2020	Réseau du futur (palettes)	
Entrepôt	Actuellement[1]	Moyenne	Pointe
[redacted]	11 000	41 000	55 000
	12 000	-	-
	1 000	6 000	13 000
	4 000	-	-
	4 000		
	-	6 000	12 000
Total	32 000[2]		

Remarques :

1 Les entrepôts à court terme actuels comprennent : [redacted]

2 Le stock actuel de 32 000 comprend la RNSU, des fournitures non médicales et des articles en attente d'affectation.

13 000

Les valeurs des tableaux et les descriptions des réseaux changeront après l'attribution du contrat

ÉBAUCHE
Pour
discussion

APPROCHE
Stock de pointe
disponible 12 000

2 installations
Stock de pointe disponible 55 000

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

ÉBAUCHE
Pour discussion

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

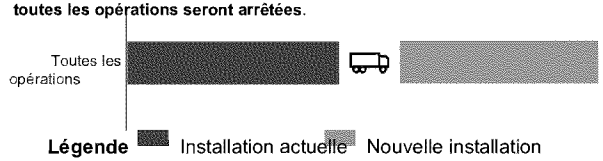
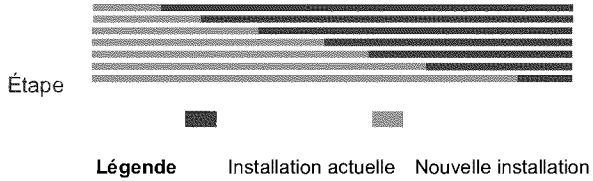
APPROCHE

Approche de transfert des stocks

LÉGENDE

Risque faible | Risque moyen | Risque élevé

Généralement, deux approches sont possibles pour le transfert des stocks vers les installations actuelles : approche « de choc » ou progressive. **On conseille l'approche progressive pour déplacer les stocks des entrepôts actuels vers les entrepôts futurs, vu les risques moins élevés liés à cette stratégie.**

Catégorie	Approche 1 : « De choc »		Approche 2 : Progressive	
Description	Les **opérations passent de l'installation actuelle à une nouvelle installation à un moment donné** (comprend l'ensemble des catégories de produits et des clients). • Lancement simultané de tous les processus • Transfert des stocks pendant une période prédéterminée (de 3 à 7 jours), pendant laquelle **toutes les opérations seront arrêtées**. 		**Les opérations sont transférées par étape de l'installation actuelle à la nouvelle installation** • Transfert progressif des **stocks par catégorie de produits** (selon les besoins). • Transfert des opérations d'exécution des commandes à une date prédéterminée pour chaque catégorie de produits. 	
Stocks	• Pas de constitution de stocks, mais transition très difficile à gérer en raison des niveaux de stocks élevés. • Risque élevé d'erreurs d'inventaire en raison du nombre élevé de transactions effectuées dans une brève période.	●	• Faible constitution de stocks à gérer et à soutenir simultanément. • Réduction du risque d'écarts d'inventaire pendant la transition.	●
Processus et tâches	• Aucune période de stabilisation pour les systèmes et/ou les processus de technologies de l'information (TI). • Exige que tous les employés soient formés dès le premier jour.	●	• Permet la montée en charge des processus ainsi qu'une période de stabilisation des systèmes et/ou processus de TI. • Permet une approche progressive de la formation ainsi que la montée en charge de la main-d'œuvre.	●
En partance	• Aucune consolidation de commande ne sera nécessaire d'un entrepôt à l'autre.	●	• La consolidation des commandes entre les entrepôts (ou le fractionnement des expéditions) peut être nécessaire, de même que la mise en place temporaire d'opérations de transbordement.	●
Coûts	• Coûts de transition élevés en raison du grand nombre de camions et de ressources à mobiliser simultanément dans un bref délai.	●	• Réduction des coûts grâce à la régularisation/à la réduction du volume transféré.	●

Page: 902 of/de 1,041
AV2020000020

APPROCHE			
Autre	• S/O		• Suivi rigoureux des stocks par numéro d'article et par site au besoin. • Complexité accrue des commandes en raison du recours à plusieurs entrepôts/fournisseurs.

Aperçu des étapes

	Étape 0 – 0-2 semaines après l'attribution du contrat	Étape 1 – 3-4 semaines après l'attribution du contrat	Étape 2 – 5-8 semaines après l'attribution du contrat	Étape 3 – 9+ semaines après l'attribution du contrat
Administration générale	• Préparer l'entrepôt et augmenter la capacité pour répondre aux besoins de 4 semaines. • Procéder à un transfert des connaissances.			
Technologies de l'information	• Configurer le système de gestion d'entrepôt (WMS) et le protocole de transfert sécurisé de fichiers (SFTP). • Procéder au transfert des données.	• La responsabilité de la gestion des fiches descriptives d'articles et de la gestion des stocks est partagée entre l'entrepreneur et le Groupe Robert.	• La gestion des stocks est partagée entre l'entrepreneur et le Groupe Robert. • La gestion des fiches descriptives d'articles devient pleinement la responsabilité de l'entrepreneur.	• La gestion des stocks devient pleinement la responsabilité de l'entrepreneur.
Effectuer le transfert	• Organiser des formations pour la réception, l'expédition et l'établissement de rapports. • Processus de test avec l'entrepreneur.			
Réception		• Commencer à recevoir de nouveaux envois entrants (les entrepôts de l'entrepreneur sont la destination à l'arrivée, plutôt que le Groupe Robert). • Entamer la coordination avec les fournisseurs et les courtiers en douane et transporter les envois entrants.	• L'ensemble de la réception se fera dans les entrepôts de l'entrepreneur. • Il n'y a plus de réception dans les entrepôts du Groupe Robert.	• Continuer à recevoir de nouveaux envois entrants. • L'ensemble de la réception se fera dans les entrepôts de l'entrepreneur.
Expédition	• Aucune expédition. • Le Groupe Robert est responsable de 100 % de l'expédition sortante.		• Commencer à expédier les commandes limitées. • Le Groupe Robert est toujours responsable de l'expédition des commandes sortantes restantes. • Expédition limitée à partir des entrepôts de l'entrepreneur.	• Toutes les expéditions sortantes se feront dans les entrepôts de l'entrepreneur. • Il n'y aura plus d'expéditions sortantes en provenance des entrepôts du Groupe Robert (uniquement des transferts).
Transfert des stocks		• Commencer le transport des stocks entre l'entrepôt actuel et celui de l'entrepreneur. • Commencer à recevoir des transferts limités des entrepôts actuels (stock de la RNSU).	• Poursuivre le transport des stocks entre l'entrepôt actuel et celui de l'entrepreneur. • Continuer à recevoir les transferts des entrepôts actuels. • L'ASPC doit assurer une surveillance entre l'arrivée et le transfert pour éviter la surcapacité des entrepôts et de la flotte de l'entrepreneur. • La flotte du Groupe Robert sera utilisée lorsque celle de l'entrepreneur ne suffit pas pour soutenir le taux de transfert visé.	• Poursuivre le transport des stocks entre l'entrepôt actuel et celui de l'entrepreneur. • Recevoir les transferts finaux des entrepôts actuels. • La participation de la flotte du Groupe Robert est minime, voire inexistante.

ÉBAUCHE
Pour discussion

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

APPROCHE

Établissement de rapports	• Uniformiser la conception des rapports et élaborer des rapports.	• Soumettre des rapports.

Page: 905 of/de 1,041
AV2020000020

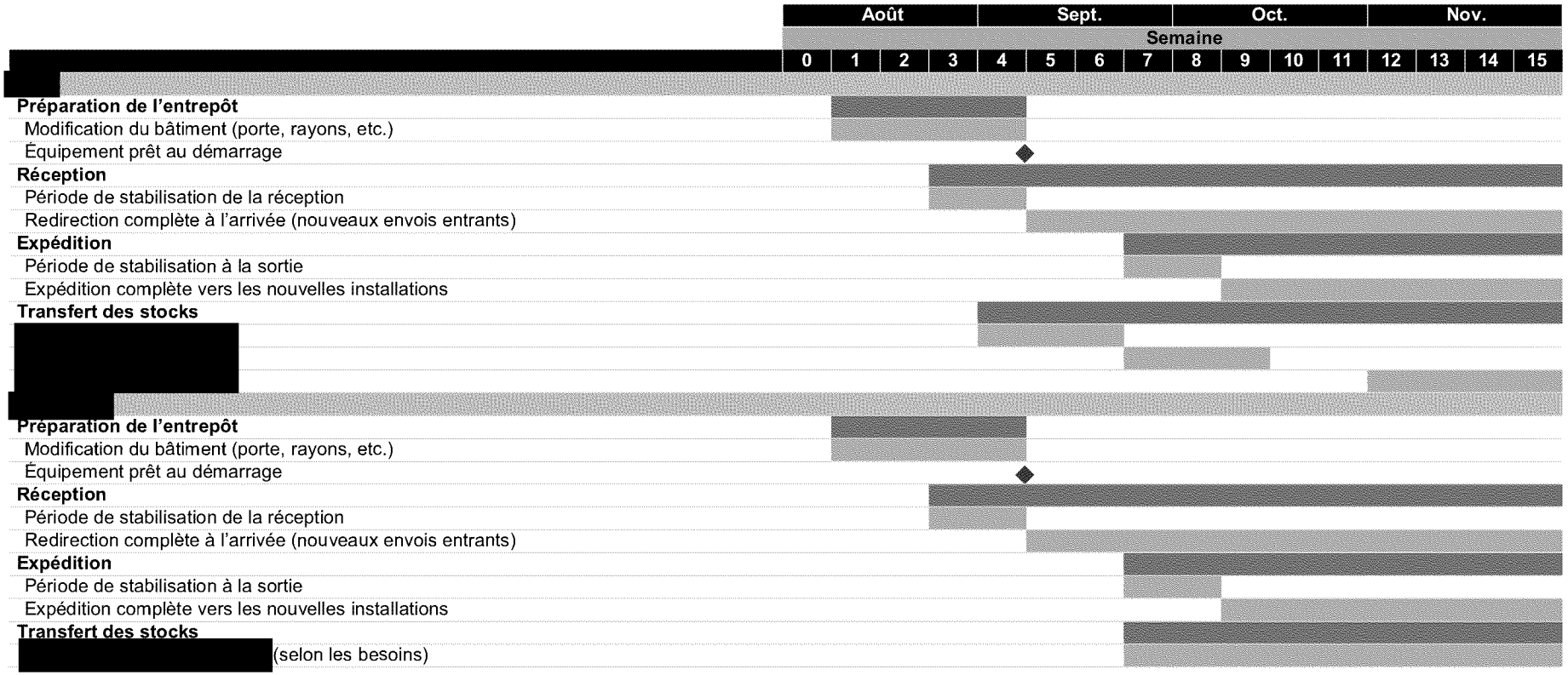
Calendrier



Calendrier à mettre à jour après l'attribution du contrat

APPROCHE

Calendrier



Calendrier à mettre à jour après l'attribution du contrat

Administration générale



Responsable	Date	Mesure
Renseignements généraux		
Entrepreneur		Nommer un gestionnaire de projet.
Entrepreneur		Préparer l'entrepôt pour les opérations (conception et configuration).
ASPC		Envoyer le dossier d'intégration à l'entrepreneur, y compris le guide, le plan de transition, des exemples de rapports et le modèle de formulaire de réception.
Entrepreneur		Établir un réseau de transport.
Transfert des connaissances		
ASPC		Assurer la liaison avec les 3PL actuels et tirer les leçons de l'expérience.
ASPC/Deloitte		Consigner et transmettre les leçons apprises à l'entrepreneur.

Toutes les dates seront ajoutées après l'attribution du contrat.

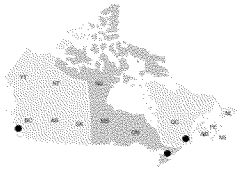
Technologies de l'information



Responsable	Date	Mesure
Configuration et élaboration du WMS et du SGC		
Entrepreneur		Configurer les champs WMS et SGC selon les exigences de l'énoncé des travaux.
Entrepreneur		Envoyer un courriel à l'ASPC en incluant une capture d'écran des champs du WMS et du SGC pour confirmer que l'exigence a été respectée.
Transfert de données		
ASPC		Demander la fiche descriptive de l'article à l'actuel 3PL.
ASPC		Rassembler des données sur les clients.
ASPC		Envoyer les données sur les fiches descriptives d'articles et sur les clients à l'entrepreneur.
Entrepreneur		Télécharger les données des fiches descriptives d'articles dans le WMS.
ASPC		Après l'étape 1, demander la fiche descriptive de l'article avec les nouveaux produits reçus depuis deux semaines dans l'entrepôt du Groupe Robert, et l'envoyer à l'entrepreneur.
Entrepreneur		Mettre à jour de la fiche descriptive de l'article.
Établir et mettre à l'essai le SFTP		
Entrepreneur		Établir un SFTP conformément aux exigences de l'énoncé des travaux.
ASPC		Définir l'architecture du SFTP et la communiquer à l'entrepreneur.
Entrepreneur		Configurer l'architecture du SFTP et télécharger un fichier d'exemple.
ASPC		Confirmer le succès ou l'échec du téléchargement du fichier.

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

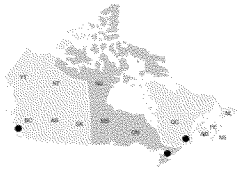
Processus



Responsable	Date	Mesure
Réception		
ASPC/Deloitte		Organiser une formation sur les processus de réception selon le guide.
ASPC		Fournir un formulaire que l'entrepreneur doit remplir à chaque réception.
ASPC		Fournir à l'entrepreneur des échantillons de produits qui tiennent compte de tous les scénarios (p. ex. la langue, le numéro d'article, etc.).
Entrepreneur		Mettre à l'essai les processus de réception des tests, y compris le processus de génération des numéros d'article.
Entrepreneur		Rassembler toutes les données pour les produits échantillons, remplir le formulaire et le télécharger à l'ASPC au moyen du SFTP.
ASPC		Confirmer la réussite ou l'échec du téléchargement de fichiers et confirmer que le formulaire a été rempli correctement.
ASPC		Confirmer que le rendement en matière de création de numéros d'article est conforme aux exigences.

Page: 910 of/de 1,041
AV2020000020

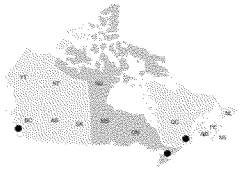
Processus



Responsable	Date	Mesure
Expédition		
ASPC		Organiser une formation sur les processus d'expédition selon le guide.
ASPC		Fournir à l'entrepreneur des échantillons de commandes qui tiennent compte de tous les scénarios (p. ex. palettes, boîtiers, colis, etc.).
Entrepreneur		Mettre à l'essai les processus d'expédition conformément à l'énoncé des travaux (envoi virtuel à l'ASPC).
Entrepreneur		Fournir le préavis d'expédition à l'ASPC pour confirmer la conformité aux exigences.
Entrepreneur		Fournir des renseignements de suivi à l'ASPC pour confirmer la conformité aux exigences.
ASPC		Confirmer le respect des exigences.
Transfert des stocks		
ASPC		Coordonner les transferts de stock.

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Processus



Responsable	Date	Mesure
Établissement de rapports		
ASPC		Travailler avec l'entrepreneur pour concevoir les rapports (y compris l'envoi des rapports actuels à des fins de référence).
Entrepreneur		Configurer le WMS pour générer les rapports automatisés requis par l'énoncé des travaux*.
Entrepreneur		Générer un exemple de rapport pour l'ASPC.
ASPC		Confirmer le respect des exigences.

***Remarque :**

Rapports à remettre quatre semaines après l'attribution du contrat :

- Rapport quotidien de réception
- Rapport quotidien sur la livraison des envois
- Rapport quotidien sur l'état des stocks

Rapports à remettre deux mois après l'attribution du contrat :

- Rapport d'alerte relatif aux expirations prochaines de produits (90 jours avant l'expiration)
- Durée du cycle (de la réception à la livraison)
- Taux de remplissage des commandes
- Pourcentage et nombre de livraisons dans les délais
- Taux de rotation des stocks
- Fin de la durée de conservation

Page: 912 of/de 1,041
AV2020000020

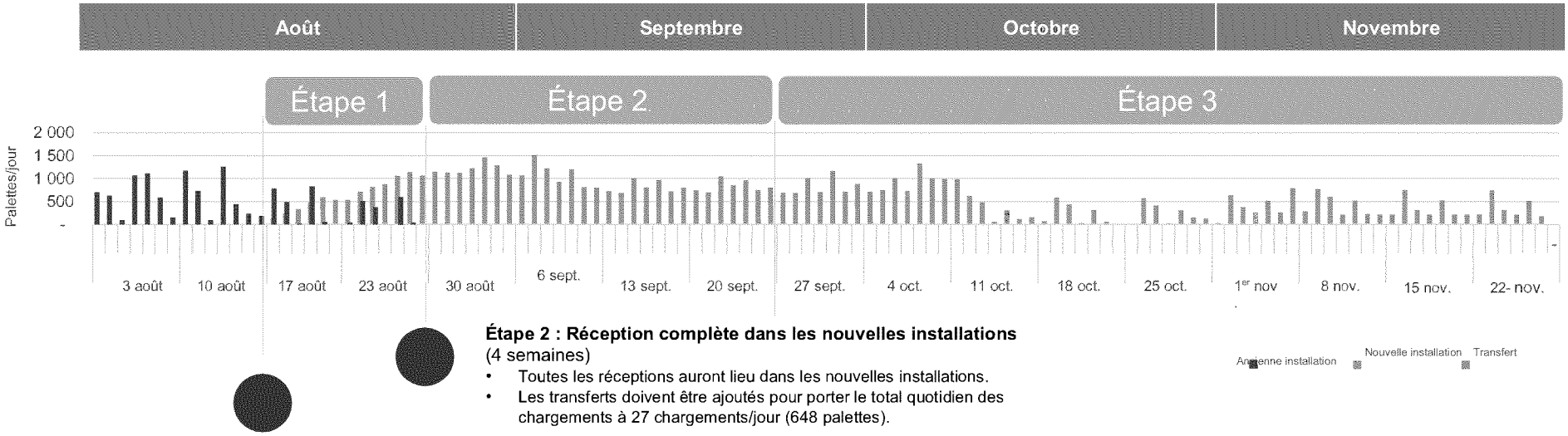
ÉBAUCHE pour discussion

PLAN D'ACTION DES OPÉRATIONS

Réception

Le calendrier sera modifié après l'attribution du contrat en fonction de la capacité de montée en charge des fournisseurs.

Les nouvelles installations commenceraient à recevoir des produits avant le début de l'expédition.
La réception serait une combinaison de nouveaux produits entrants et de transferts de produits existants à partir d'installations à court terme.



Étape 1 : Montée en charge de la réception (2 semaines)

- Durant la première semaine, réception limitée des produits entrants afin d'évaluer et d'adapter les procédures de réception de nouveaux produits, de recevoir des rapports et de suivre les stocks et les capacités d'établissement de rapport.
- La réception de produits à long terme provenant d'installations existantes se fera lors de cette étape afin de compléter le nombre peu élevé de chargements entrants.
  - Le produit transféré a déjà été défini, saisi dans le système et étiqueté. Il suffit de l'inscrire dans l'inventaire et de le ranger.
- Au plus, le total quotidien devrait être de 27 chargements/jour (648 palettes).

Étape 2 : Réception complète dans les nouvelles installations (4 semaines)

- Toutes les réceptions auront lieu dans les nouvelles installations.
- Les transferts doivent être ajoutés pour porter le total quotidien des chargements à 27 chargements/jour (648 palettes).

Étape 3 : Transfert du produit restant

- Le nombre de chargements entrants de nouveaux produits devrait être réduit pendant cette période (selon les livraisons prévues).
- Cela va se poursuivre jusqu'à ce que le produit soit épuisé dans les installations existantes.

[redacted]

Page: 913 of/de 1,041
AV2020000020

ÉBAUCHE
Pour discussion

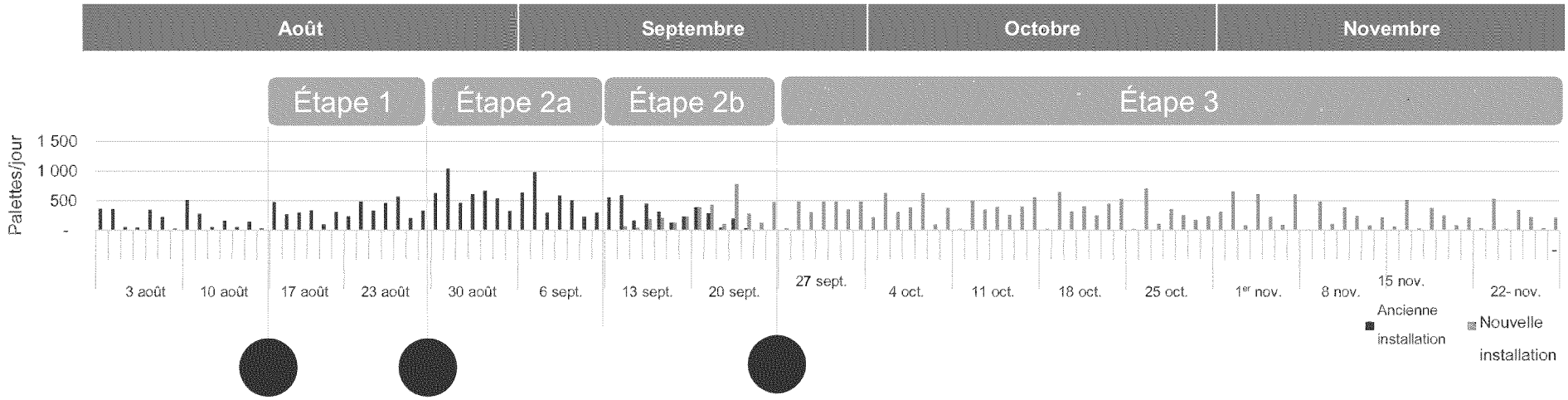
Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

PLAN D'ACTION DES OPÉRATIONS

Expédition

Le calendrier sera modifié après l'attribution du contrat en fonction de la capacité de montée en charge des fournisseurs.

Les expéditions à partir des nouvelles installations ne commenceraient qu'après le premier mois de réception.
Cela permettra aux établissements à court terme de puiser dans leurs stocks existants, ce qui réduira la nécessité d'effectuer des transferts.



Étapes 1 et 2a : Les envois demeurent dans les anciennes installations (4 semaines)
Les anciennes installations poursuivent les expéditions, tandis que les nouvelles installations reçoivent les produits entrants.

Étape 2b : Montée en charge de l'expédition (2 semaines)
- Durant la première semaine, limitation des expéditions sortantes dans la nouvelle installation afin d'évaluer et d'adapter les procédures d'expédition ainsi que les capacités d'établissement de rapports.
- Les anciennes installations continuent à expédier le reste des commandes sortantes.

Étape 3 : Expédition complète dans les nouvelles installations
- Toutes les expéditions sortantes se feront dans les nouvelles installations.

Les commandes seront traitées par l'ASPC selon les priorités établies. Si le produit n'est pas disponible pour répondre à la demande, l'ASPC est responsable d'informer les établissements concernés. La procédure sera précisée à bord de ce calendrier ci-dessus.

Page: 914 of/de 1,041
AV2020000020

ÉBAUCHE
Pour discussion

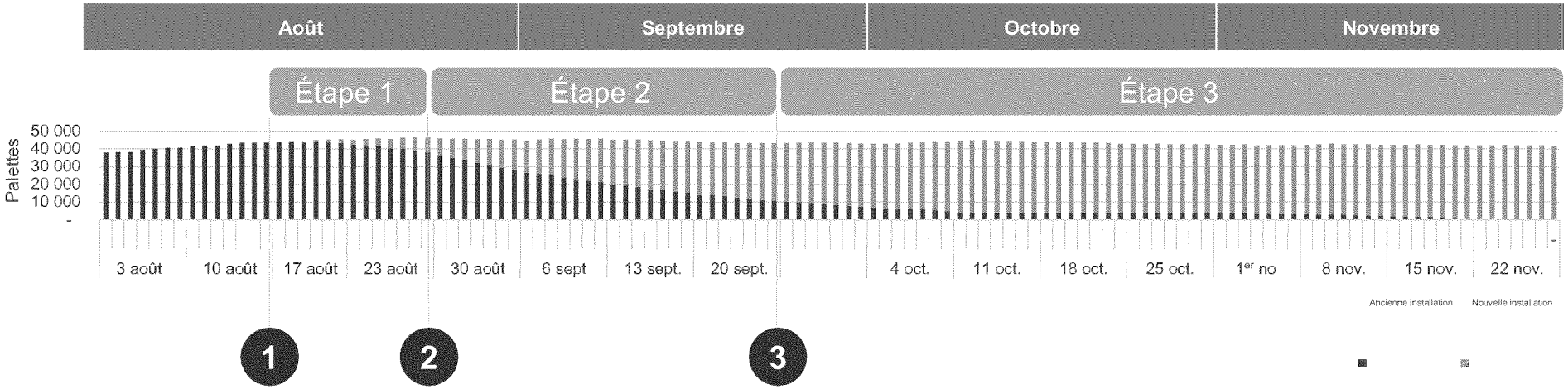
Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

PLAN D'ACTION DES OPÉRATIONS

Transfert des stocks

Le calendrier sera modifié après l'attribution du contrat en fonction de la capacité de montée en charge des fournisseurs.

Les transferts de stocks à long terme seraient effectués au cours des étapes 1 et 2, pendant que les opérations dans les nouvelles installations retrouvent leur rythme. Une fois que toutes les réceptions et expéditions ont lieu dans les nouvelles installations, les stocks restants des anciennes installations seront transférés.



Étapes 1 et 2 : Épuisement des stocks à long terme

- Première priorité : transfert de produits à long terme (stock réservé de la RNSU)
- Deuxième priorité : produits dont les stocks sont élevés
  - Le stock durera plusieurs mois
  - Laisser quatre semaines d'approvisionnement
- Troisième priorité : Déplacer les produits les plus récents en premier pour ce qui est des produits à multiples reçus
  - ***Dernier entré***, premier sorti (dans la catégorie de produits)
  - Tenez pour acquis qu'il sera récupéré/expédié en dernier pour respecter la règle du premier arrivé, premier servi

Étape 3 : Transfert du produit restant

La première priorité concerne les produits requis pour les demandes d'appel d'offres en cours ou à venir.

- La deuxième priorité est celle du ***premier arrivé*** : ces produits seront très probablement expédiés en premier pour respecter la norme du premier arrivé, premier servi.
- La dernière priorité est celle des produits non médicaux.

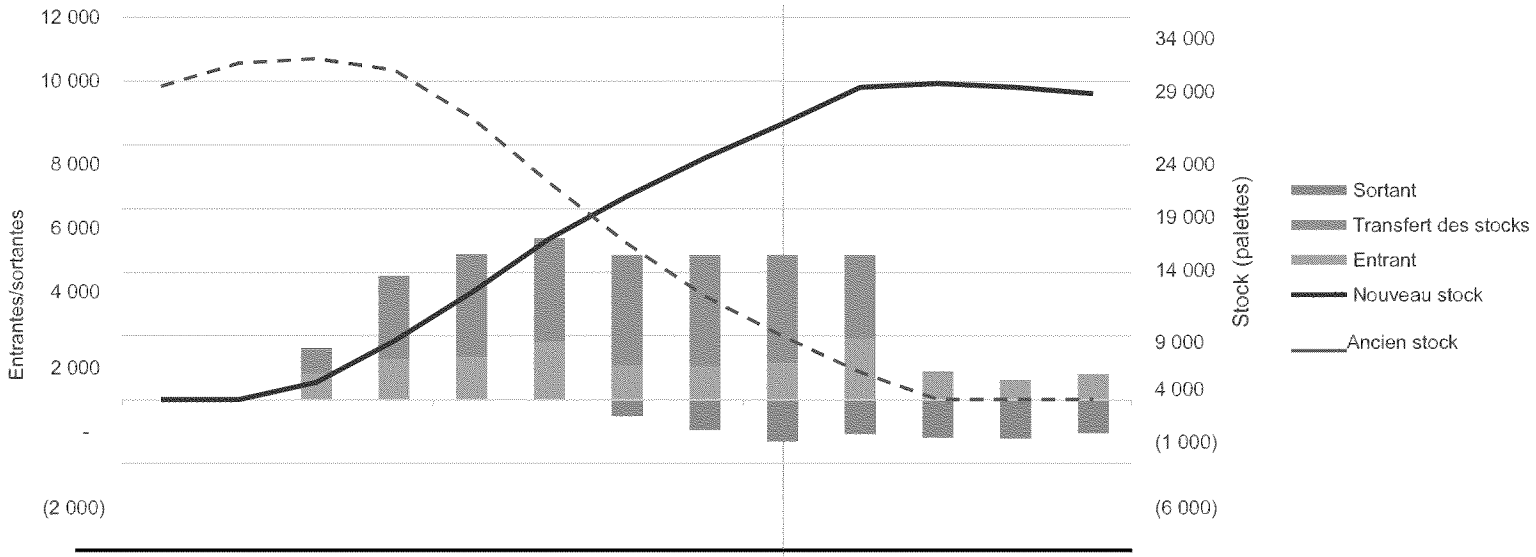
En ce qui concerne les transferts de [redacted] (promis pour la fin décembre), il faudra peut-être attendre que la nouvelle installation de [redacted] ait atteint sa pleine capacité.

[redacted]

Page: 915 of/de 1,041
AV2020000020

Vue d'ensemble et calendrier – [redacted]

Les niveaux de stock agrégés dans les entrepôts actuels et futurs en fonction du temps sont présentés dans l'aperçu graphique ci-dessous.

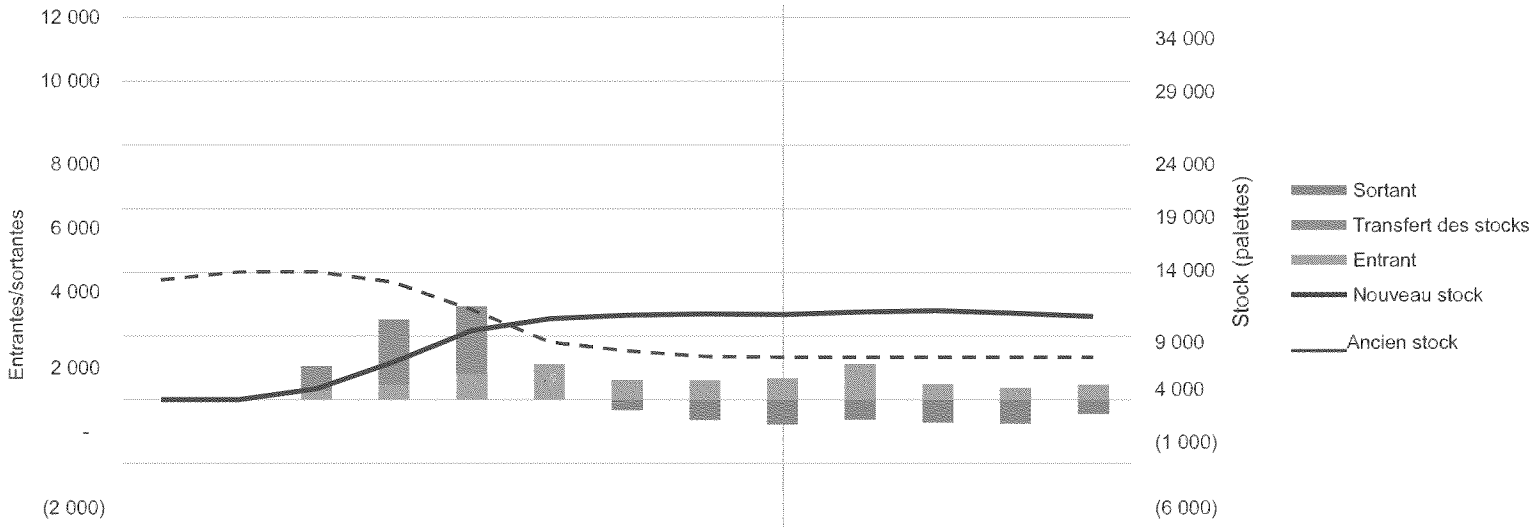


Mois	Août 2020	Septembre 2020	Octobre 2020
Transfert des stocks	3 400	14 400	5 100
Entrant	2 800	5 500	4 300
Sortant	-	2 300	4 800
Stock retenu (palettes)	6 200	23 900	29 800

Page: 916 of/de 1,041
AV2020000020

Vue d'ensemble et calendrier – [redacted]

Les niveaux de stock agrégés dans les entrepôts actuels et futurs en fonction du temps sont présentés dans l'aperçu graphique ci-dessous.

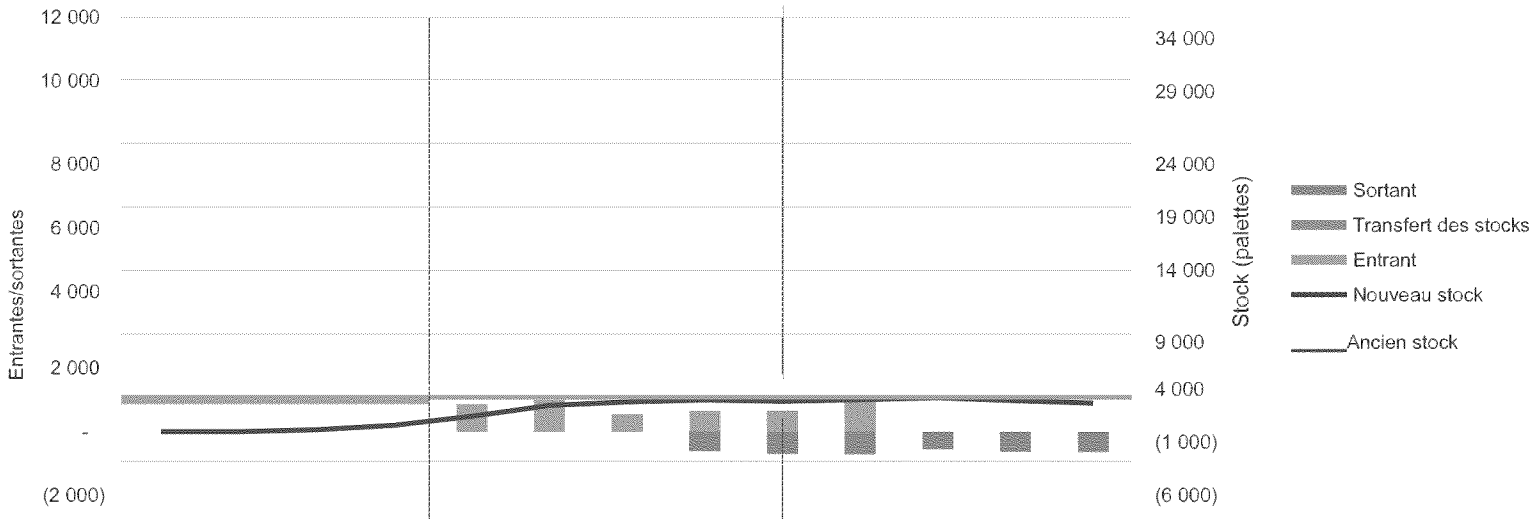


Mois	Août 2020	Septembre 2020	Octobre 2020
Transfert des stocks	3 200	1 800	-
Entrant	800	3 400	2 70
Sortant	-	1 200	3 100
Stock retenu (palettes)	4 000	8 100	8 400

Page: 917 of/de 1,041
AV2020000020

Vue d'ensemble et calendrier – [redacted]

Les niveaux de stock agrégés dans les entrepôts actuels et futurs en fonction du temps sont présentés dans l'aperçu graphique ci-dessous.



Mois	Août 2020	Septembre 2020	Octobre 2020
Transfert des stocks	-	-	-
Entrant	600	3 100	3 000
Sortant	-	1 200	3 100
Stock retenu (palettes)	600	3 000	3 200

Résumé des risques et des mesures d'atténuation

Situation	Solution
Planification entrante inexacte	• Peut nécessiter des transferts entre installations • Établir des relations étroites avec l'ASPC/SPAC pour s'assurer que la planification entrante est communiquée lorsqu'elle est connue
Le WMS de l'entrepreneur n'est pas prêt à temps	• Système sur papier avec saisie manuelle des données • Retarder la mise en service et prolonger la durée de vie actuelle des 3PL à court terme
La flotte de l'entrepreneur est insuffisante pour répondre à la demande entrante et sortante	• Sous-traiter le transport
Rupture de la communication/du flux de renseignements en matière de TI	• Continuer à utiliser les feuilles de calcul Excel et le courriel
Capacité de stock insuffisante	• Sous-traiter la capacité de stock à un autre 3PL • Retarder les envois entrants • Demander aux provinces d'absorber des capacités supplémentaires

Page: 919 of/de 1,041
AV2020000020

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé : 2020-08-19 11 h 33
À : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted]
Objet : Objet : Entreposage et traitement des conteneurs d'équipement de protection individuelle (EPI)
Pièces jointes : Transition Document 20200806.pdf

[redacted], en plus de la note précédente, je ferai référence aux travaux en cours visant à accroître la rigueur et à renforcer la structure du processus de transition vers la collaboration avec le nouveau fournisseur de services d'entreposage et de logistique à long terme (en supposant que l'effort d'approvisionnement en cours soit prospère, ce en quoi nous avons une grande confiance). Le document ci-joint en fait le résumé.

Cordialement,

[redacted]

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé : 2020-08-19 11 h 24
À : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Entreposage et traitement des conteneurs d'équipement de protection individuelle (EPI)

[redacted], en appui à notre réunion sur l'entreposage et le traitement des conteneurs d'EPI prévue à 17 h, et en cas de déplacement de celle-ci, je vous propose le résumé et les figures qui suivent :

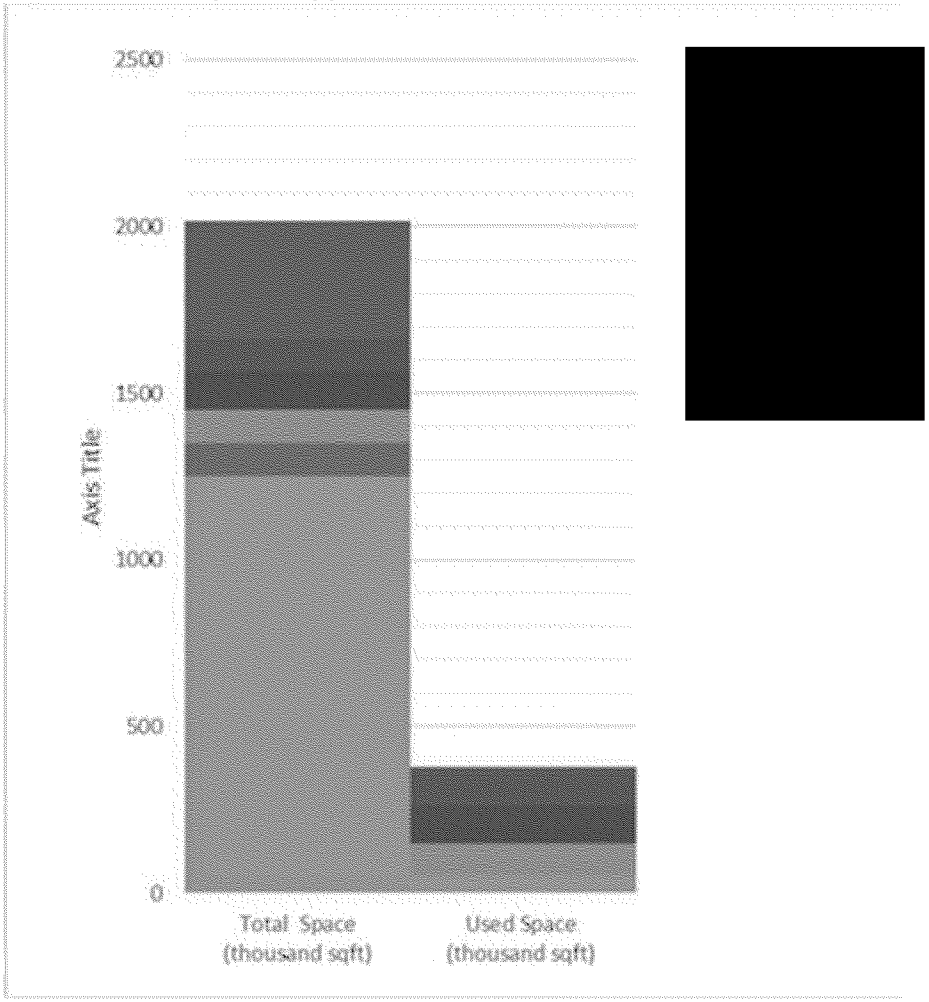
- Le premier tableau est un aperçu de nos entrepreneurs et de notre espace actuels – ce dernier a considérablement augmenté depuis qu'il faisait l'objet d'un point prioritaire du plan de travail avant votre départ en congé.
    - Il est fort probable que nous acquérions l'espace de [redacted] Une évaluation du besoin d'un espace de 50 000 pieds carrés [redacted] est en cours. Il importe de considérer que si nous voulons acquérir cet espace, nous devons prévoir un engagement minimal qui dépasserait probablement nos besoins immédiats.
    - Dans l'ensemble, nous estimons que cet espace et cette capacité logistique permettront de répondre à l'afflux de conteneurs maritimes.

Capacité supplémentaire en matière d'entreposage et de logistique des EPI (sans tenir compte de nos entrepôts de la Réserve nationale stratégique d'urgence [RNSU])

Nom de l'entrepreneur	Emplacements				Changement prévu	
		Total de l'espace (en millier de pieds carrés)	Espace utilisé (en millier de pieds carrés)	Espace disponible (en millier de pieds carrés)	(En millier de pieds carrés)	Description
[redacted]		1250	50	1200		Désinfectant primaire
		0	0	0	(+) 302	Ajout potentiel
		0	0	0	(+) 50	Ajout potentiel
		100	0	100		
		100	100	0		
		115	115	0		
		100	100	0		
		350	14	336		
		50	50	0		
Total		2065	429	1636	[redacted]	

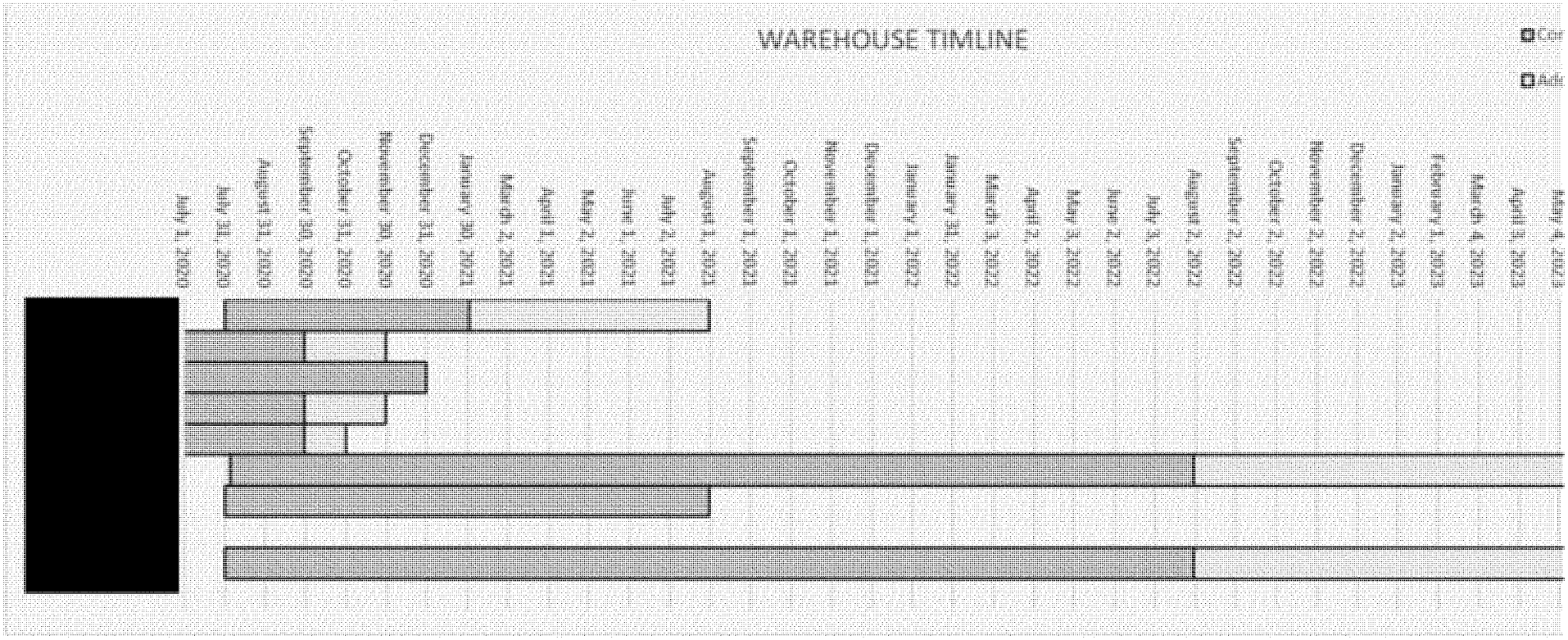
- Ce graphique illustre la croissance et les délibérations en cours sur l'emplacement des produits (p. ex. le désinfectant pour les mains est une substance dangereuse qui exige la présence de gicleurs). La carte annotée au bas de ce message présente plus de détails.

Attribution d'espace supplémentaire



- Dans l'intervalle, le soumissionnaire retenu pour le contrat d'entreposage et de logistique à long terme devra disposer d'un espace disponible dans cet ordre de grandeur, sachant que nous n'aurons pas accès à tout l'espace décrit ci-dessus dans une perspective à long terme.
- Ce point est illustré dans le graphique ci-dessous.

Calendrier des contrats d'entreposage et de services de logistique



Points à considérer pour les douanes

- Nous avons bénéficié d'une coopération et d'un soutien importants de la part de l'Agence des services frontaliers du Canada et nous concevons que notre principal courtier en douane (Livingston) et nos transitaires (OEC et le Groupe Robert) ont la capacité de faire face à l'augmentation des livraisons de conteneurs.

ITHHELD / RETENUE

(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
st(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

Pour votre examen.

Cordialement,

[redacted] et Réserve nationale stratégique d'urgence
Personal Protective Equipment and National Emergency Strategic Stockpile
[redacted]
Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada
Ottawa, Canada K1A 0K9

[redacted]
Gouvernement du Canada | Government of Canada

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé : 2020-08-19 11 h 33
À : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted]
Objet : Objet : Entreposage et traitement des conteneurs d'équipement de protection individuelle (EPI)
Pièces jointes : Transition Document 20200806.pdf

[redacted] en plus de la note précédente, je ferai référence aux travaux en cours visant à accroître la rigueur et à renforcer la structure du processus de transition vers la collaboration avec le nouveau fournisseur de services d'entreposage et de logistique à long terme (en supposant que l'effort d'approvisionnement en cours soit prospère, ce en quoi nous avons une grande confiance). Le document ci-joint en fait le résumé.

Cordialement,

[redacted]

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé : 2020-08-19 11 h 24
À : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Entreposage et traitement des conteneurs d'équipement de protection individuelle (EPI)

[redacted], en appui à notre réunion sur l'entreposage et le traitement des conteneurs d'EPI prévue à 17 h, et en cas de déplacement de celle-ci, je vous propose le résumé et les figures qui suivent :

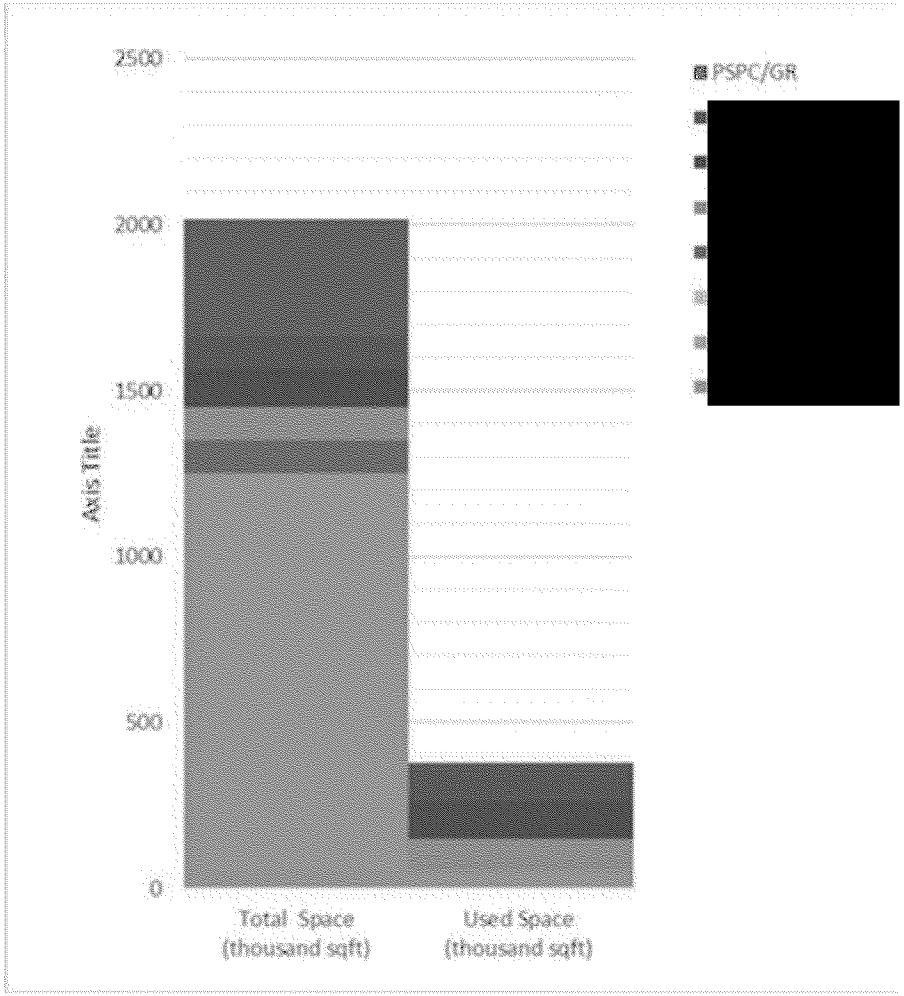
- Le premier tableau est un aperçu de nos entrepreneurs et de notre espace actuels – ce dernier a considérablement augmenté depuis qu'il faisait l'objet d'un point prioritaire du plan de travail avant votre départ en congé.
    - Il est fort probable que nous acquérions l'espace de l'OEC [redacted] (un ancien centre de distribution Walmart). Une évaluation du besoin d'un espace de 50 000 pieds carrés à [redacted] est en cours. Il importe de considérer que si nous voulons acquérir cet espace, nous devons prévoir un engagement minimal qui dépasserait probablement nos besoins immédiats.
    - Dans l'ensemble, nous estimons que cet espace et cette capacité logistique permettront de répondre à l'afflux de conteneurs maritimes.

Capacité supplémentaire en matière d'entreposage et de logistique des EPI (sans tenir compte de nos entrepôts de la Réserve nationale stratégique d'urgence [RNSU])

Nom de l'entrepreneur	Emplacements				Changement prévu	
		Total de l'espace (en millier de pieds carrés)	Espace utilisé (en millier de pieds carrés)	Espace disponible (en millier de pieds carrés)	(En millier de pieds carrés)	Description
[redacted]						
Total		2065	429	1636	[redacted]	

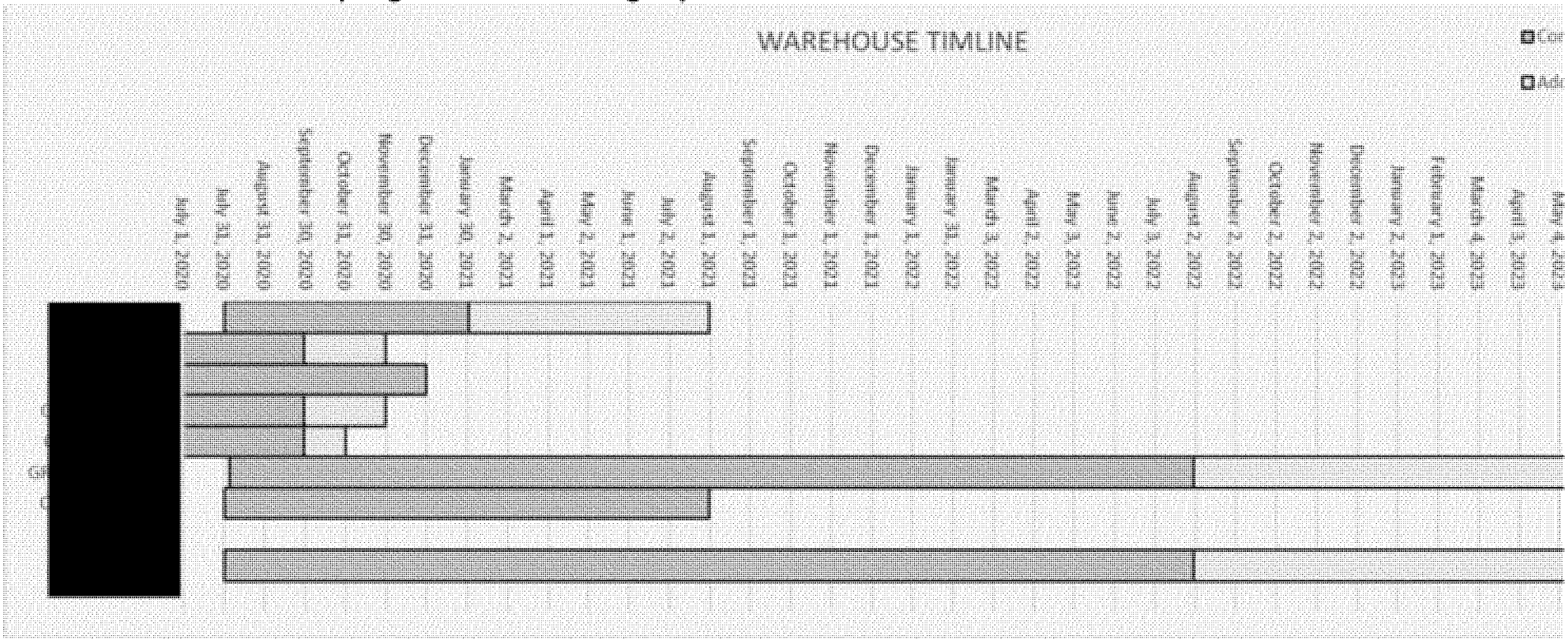
- Ce graphique illustre la croissance et les délibérations en cours sur l'emplacement des produits (p. ex. le désinfectant pour les mains est une substance dangereuse qui exige la présence de gicleurs). La carte annotée au bas de ce message présente plus de détails.

Attribution d'espace supplémentaire



- Dans l'intervalle, le soumissionnaire retenu pour le contrat d'entreposage et de logistique à long terme devra disposer d'un espace disponible dans cet ordre de grandeur, sachant que nous n'aurons pas accès à tout l'espace décrit ci-dessus dans une perspective à long terme.
- Ce point est illustré dans le graphique ci-dessous.

Calendrier des contrats d'entreposage et de services de logistique



Points à considérer pour les douanes

- Nous avons bénéficié d'une coopération et d'un soutien importants de la part de l'Agence des services frontaliers du Canada et nous concevons que notre principal courtier en douane (Livingston) et nos transitaires (OEC et le Groupe Robert) ont la capacité de faire face à l'augmentation des livraisons de conteneurs.

ITHHELD / RETENUE

(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
st(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

Pour votre examen.

Cordialement,

[redacted]
[redacted]
Équipement de protection individuelle et Réserve nationale stratégique d'urgence
Personal Protective Equipment and National Emergency Strategic Stockpile
[redacted]
Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada
Ottawa, Canada K1A 0K9

[redacted]
[redacted]
Gouvernement du Canada | Government of Canada

[redacted] **(ASPC/PHAC)**

Expéditeur : [redacted] (ASPC/PHAC)
Date : 2020-08-19 11 h 33
Destinataire : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted]
Objet : OBJET : Entreposage et traitement des conteneurs d'ÉPI
Pièces jointes : Document de transition 20200806.pdf

[redacted] : En plus de la note précédente, je me référerai au travail présentement effectué pour rehausser la rigueur et la structure de la transition vers un nouvel entreposage à long terme et un nouveau fournisseur de services de logistique (en partant du principe que les activités d'approvisionnement se déroulent bien, et nous sommes très confiants à ce sujet). Tout cela est résumé dans le document ci-joint.

Cordialement,

[redacted]

Expéditeur : [redacted] (ASPC/PHAC)
Date : 2020-08-19 11:24
Destinataire : [redacted]
Objet : Entreposage et traitement des conteneurs d'ÉPI

[redacted] : Dans le but d'étayer la réunion portant sur l'entreposage et le traitement des conteneurs d'ÉPI prévue pour 1700, et au cas où la rencontre serait déplacée, je vous propose la synthèse et les illustrations suivantes :

- Le premier tableau présente un aperçu de notre entrepreneur actuel et une vue d'ensemble de l'espace - qui s'est énormément agrandi depuis l'époque où cet élément était en rouge sur le plan de travail, avant que vous ne partiez en congé.
  - Il est fort probable que nous soyons amenés à prendre [redacted] et nous sommes en train d'évaluer les besoins pour l'espace de 50 000 à [redacted] Un facteur déterminant est le fait que pour avoir accès à cet espace, de quelque manière que ce soit, nous avons besoin d'un engagement minimal qui irait probablement au-delà de notre besoin immédiat.
  - Dans l'ensemble, nous avons le sentiment que cet espace additionnel et la capacité logistique accrue permettront de faire face à la forte augmentation du nombre de conteneurs maritimes.

Entrepôt d'ÉPI additionnel et nouvelle capacité logistique (ne comprend pas les entrepôts de la RNSU existants)

Nom de l'entrepreneur	Emplacements	Espace total (millier de pi²)	Espace utilisé (millier de pi²)	Espace disponible (millier de pi²)	Prévu (millier de pi²)	
[redacted]						

Page: 932 of/de 1,041
AV2020000020

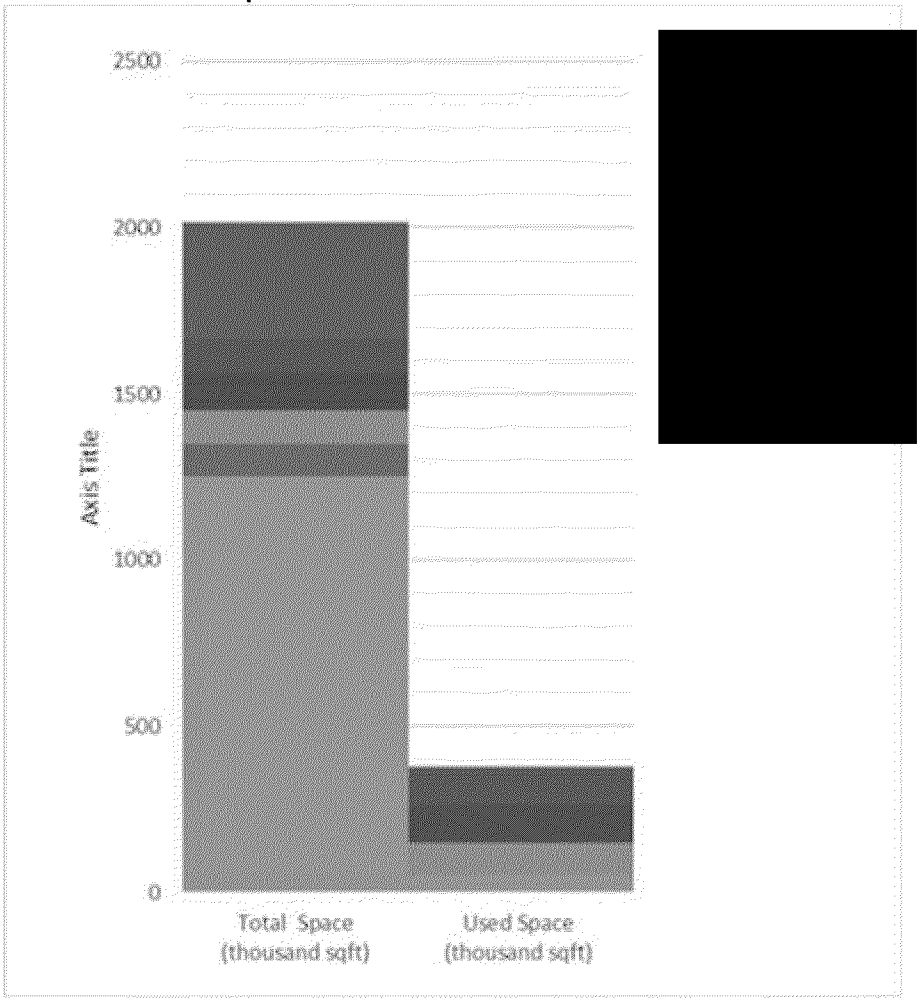
ITHHELD / RETENUE

(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
st(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

Total	2 065	429	1 636

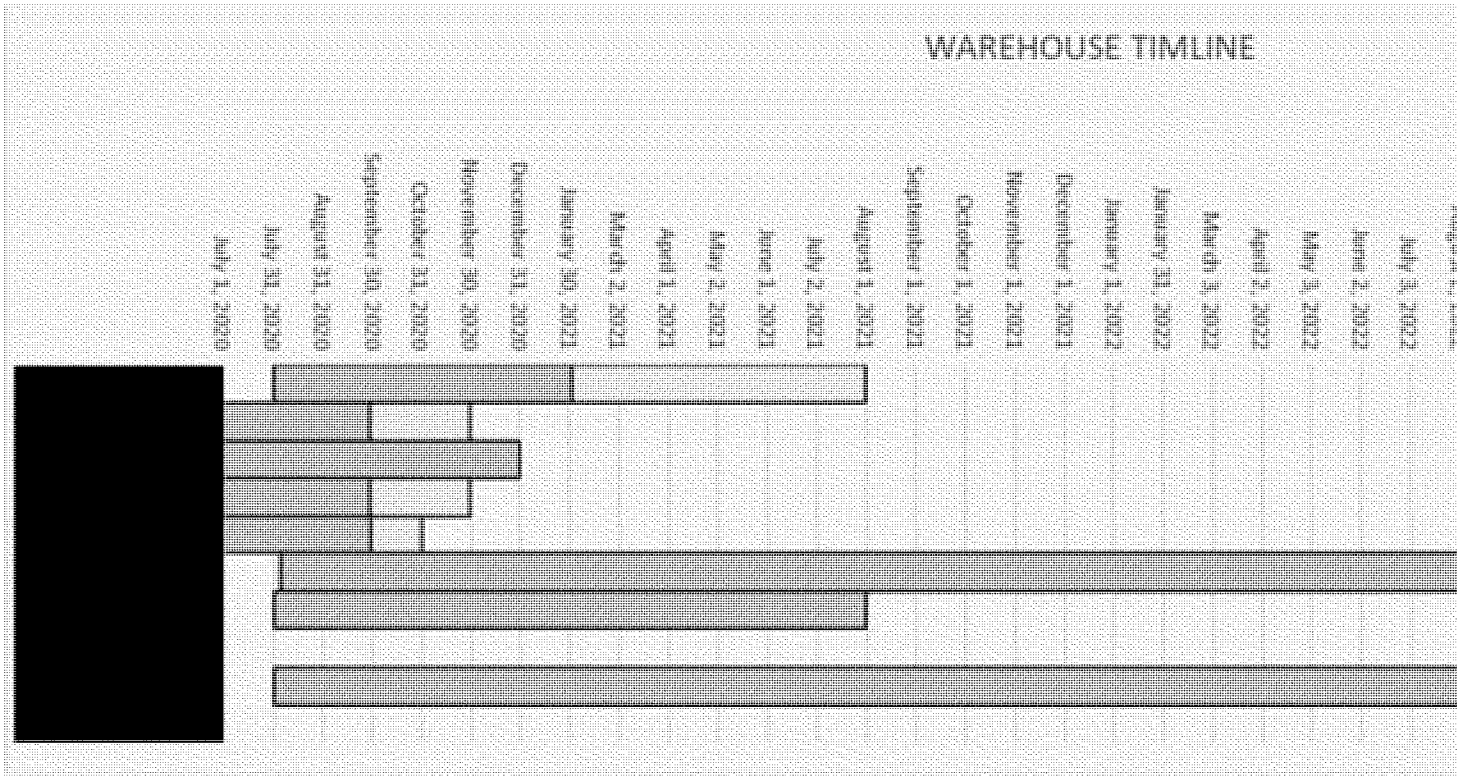
- Ce graphique donne un aperçu de la croissance avec les délibérations en cours relatives au choix de l'emplacement des produits (par ex., le désinfectant pour les mains est une substance dangereuse et requiert donc un système d'extincteurs automatiques à eau), ce qui est plus amplement décrit dans la carte annotée qui figure au bas de ce message.

Attribution de l'espace additionnel.



- Dans l'intervalle, le soumissionnaire retenu pour l'entrepôt à long terme et le contrat de services logistiques est tenu d'avoir cet espace disponible dans cet ordre de grandeur, tout en reconnaissant que nous n'avons pas accès à tout l'espace décrit ci-dessus à long terme.
- Cela est illustré dans le graphique ci-dessous.

Calendrier des contrats d'entreposage et de logistique.



Considérations douanières

- Nous avons bénéficié de l'appui solide et de la coopération de l'ASFC et comprenons que notre principal courtier en douanes (Livingston) et nos commissionnaires de transport (OEC et Groupe Robert) sont à même de faire face à la forte augmentation des livraisons de conteurs.

Une présentation plus détaillée (mentionnée ci-dessus)

ITHHELD / RETENUE

(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
st(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

[redacted] (ASPC/PHAC)

Expéditeur : [redacted] (ASPC/PHAC)
Date : 2020-08-19 11:24
Destinataire : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted]
Objet : Entreposage et traitement des conteneurs d'ÉPI

[redacted] : Dans le but d'étayer la réunion portant sur l'entreposage et le traitement des conteneurs d'ÉPI prévue pour 1700, et au cas où la rencontre serait déplacée, je vous propose la synthèse et les illustrations suivantes :

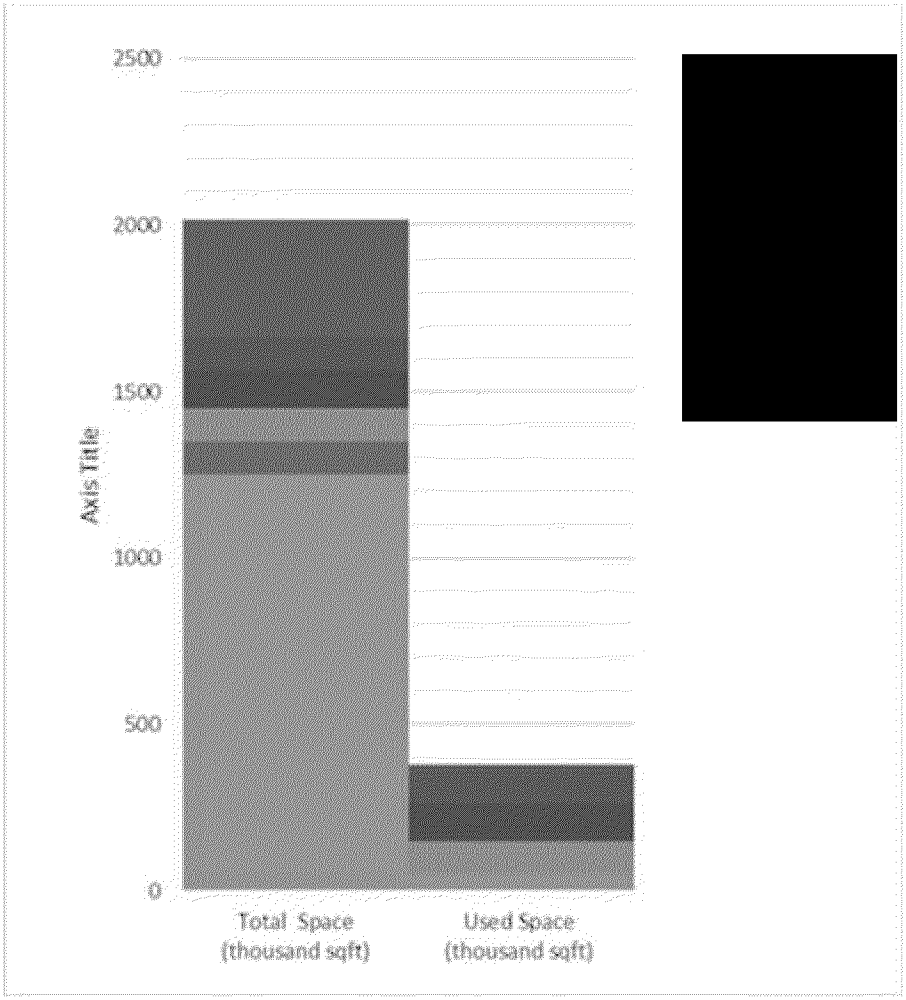
- Le premier tableau présente un aperçu de notre entrepreneur actuel et une vue d'ensemble de l'espace - qui s'est énormément agrandi depuis l'époque où cet élément était en rouge sur le plan de travail, avant que vous ne partiez en congé.
  - Il est fort probable que nous soyons amenés à prendre [redacted] et nous sommes en train d'évaluer les besoins pour l'espace de 50 000 à [redacted] Un facteur déterminant est le fait que pour avoir accès à cet espace, de quelque manière que ce soit, nous avons besoin d'un engagement minimal qui y irait probablement au-delà de notre besoin immédiat.
  - [redacted]

[redacted] d'ÉPI additionnel et nouvelle capacité logistique (ne comprend pas les entrepôts de la RNSU existants)

Nom de l'entrepreneur	Emplacements	Espace total (millier de pi²)	Espace utilisé (milieu de pi²)	Espace disponible (millier de pi²)	Prévu (millier de pi²)
[redacted]		1250	50	1200	
		0	0	0	(+)302
		0	0	0	(+)50
		100	0	100	
		100	100	0	
		115	115	0	
		100	100	0	
		350	14	336	
		50	50	0	
Total		2 065	429	1 636	[redacted]

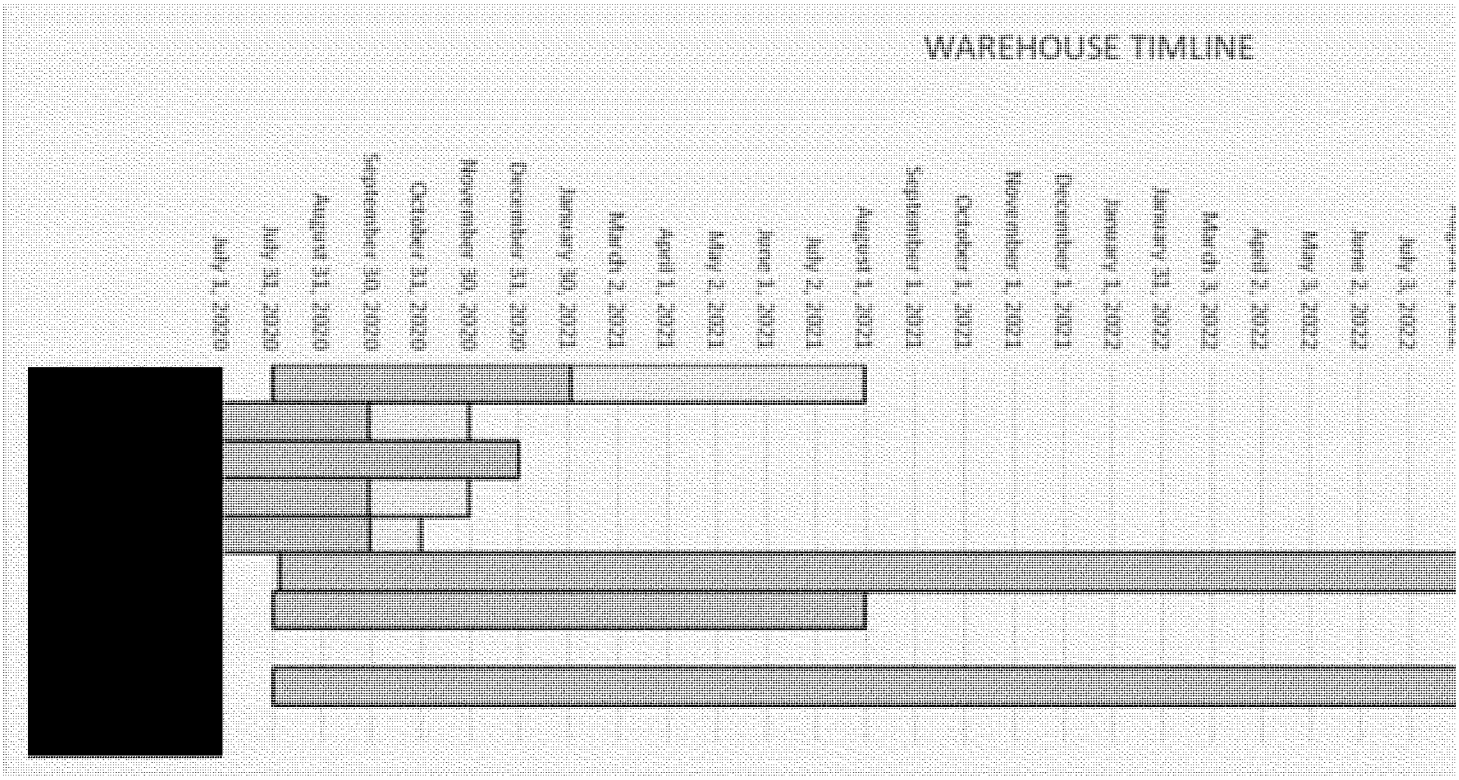
- Ce graphique donne un aperçu de la croissance avec les délibérations en cours relatives au choix de l'emplacement des produits (par ex., le désinfectant pour les mains est une substance dangereuse et requiert donc un système d'extincteurs automatiques à eau) et cela est plus amplement décrit dans la carte annotée qui figure au bas de ce message.

Attribution de l'espace additionnel.



- Dans l'intervalle, le soumissionnaire retenu pour l'entrepôt à long terme et le contrat de services logistiques est tenu d'avoir cet espace disponible dans cet ordre de grandeur, reconnaissant que nous n'avons pas accès à tout l'espace décrit ci-dessus à long terme.
- Cela est illustré dans le graphique ci-dessous.

Calendrier des contrats d'entreposage et de logistique.



Considérations douanières

- Nous avons bénéficié de l'appui solide et de la coopération de l'ASFC et comprenons que notre principal courtier en douanes (Livingston) et nos commissionnaires de transport [redacted] Groupe Robert) sont à même de faire face à la forte augmentation des livraisons de conteurs.

Une présentation plus détaillée (mentionnée ci-dessus)

[redacted]

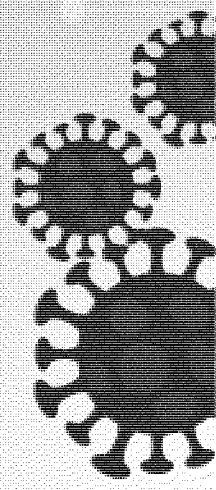
Aux fins d'étude.

Cordialement,

[redacted]
Équipement de protection individuelle et Réserve nationale stratégique d'urgence
Personal Protective Equipment and National Emergency Strategic Stockpile Champion
[redacted]
Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada
Ottawa, Canada K1A 0K9

[redacted]

PLAN D'INTERVENTION FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LA GESTION CONTINUE DE LA COVID-19



19 août 2020

Public Health Agency of Canada | Agence de la santé publique du Canada

Canada

Table des matières

Résumé 3
1. But 5
2. Contexte 6
3. COVID-19 But, objectifs et réponse à ce jour 7
3.1 Objectif 7
3.2 Objectifs 7
3.3 Réponse à ce jour 8
4. Planification à long terme : Hypothèses et facteurs épidémiologiques 9
5. Scénario de la pire éventualité raisonnable 14
6. Composantes de l'intervention FPT en réponse à la COVID-19 20
6.1 Surveillance 20
6.2 Activités de réponse en laboratoire 22
6.3 Mesures de santé publique 23
6.4 Prévention et contrôle des infections (PCI) et conseils en matière de soins cliniques 26
6.5 Vaccination 26
6.6 Mesures internationales en matière de santé des voyageurs et aux frontières 29
6.7 Infrastructure du système de soins de santé 30
6.8 Communication des risques et sensibilisation 32
6.9 Recherche 35
7. Planification avec les collectivités autochtones 37
8. Planification des milieux et des populations à risque élevé 37
9. Évaluation 39
Annexe 1 : Système d'intervention d'urgence en santé publique du Canada et inventaire des ressources, des lignes directrices et des ententes pour éclairer la préparation et l'intervention liées à la COVID-19. 40
_Toc48290846Annexe 2 : Soutien à la modélisation pour la planification à long terme 45
Annexe 3 : Planification de la réponse à la COVID-19 avec les collectivités autochtones 46
Références 50

Page 12 of/de 1041
AV2020000020

Résumé

Le présent plan fédéral-provincial-territorial élaboré en collaboration avec les responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux de la santé publique, les partenaires autochtones et les partenaires du système de santé, à l'intention de ceux-ci et d'autres intervenants, offre une approche commune de planification pour la gestion continue de la COVID-19 au Canada. Le plan reconnaît les rôles et les responsabilités des secteurs de compétence, détermine à quel moment des approches nationales deviennent nécessaires et dans quelles circonstances les provinces et les territoires devraient avoir la souplesse nécessaire pour les personnaliser.

Au nombre des principaux éléments du plan figurent les suivants :

- un énoncé du but;
- les objectifs d'intervention en matière de santé publique;
- les hypothèses de planification;
- un scénario de la pire éventualité raisonnable;
- des résumés des activités d'intervention déjà en cours et prévues pour chaque composante principale de l'intervention en matière de santé publique (c'est-à-dire la surveillance, les activités de réponse en laboratoire, les mesures de santé publique, la prévention et le contrôle des infections et les conseils en matière de soins cliniques, la vaccination, les mesures internationales en matière de santé des voyageurs et aux frontières, l'infrastructure du système de santé, la communication des risques et la sensibilisation, et la recherche).

Le document porte également plus particulièrement sur la planification avec les collectivités autochtones, la planification pour les milieux et les populations à risque élevé, et le rôle de la modélisation dans l'intervention. À l'instar des autres documents de directives techniques, le présent document pourrait devoir être mis à jour à mesure que nos connaissances scientifiques sur l'agent pathogène SARS-CoV-2 augmentent, que le portrait épidémiologique évolue au Canada et à l'échelle mondiale, que les mesures de lutte contre de l'épidémie changent et que de nouvelles contre-mesures médicales deviennent disponibles (p. ex. un vaccin, un traitement efficace).

L'objectif de la réponse à la pandémie est de réduire au minimum le risque de maladie grave et de décès en général tout en atténuant les perturbations sociales pouvant être subies par la population dans le cadre de la pandémie de COVID-19. La réponse à la COVID-19 a été sans précédent compte tenu de la rapidité de la mise en œuvre des mesures de santé publique et de leur adoption par le public. Bien que ces mesures aient permis de réduire l'incidence de la COVID-19 au Canada, la nature restrictive d'un grand nombre de celles-ci a eu des conséquences négatives sur la santé, le bien-être et la société. Bon nombre de ces conséquences ont touché de façon disproportionnée certains segments de la population canadienne. L'énoncé du but et les objectifs tiennent compte de la nécessité d'intervenir de manière à trouver un juste équilibre entre, d'une part, la réduction des répercussions sur la morbidité et la mortalité, et, d'autre part, les perturbations sociales afin d'assurer une intervention durable à long terme.

Page 153 of/de 1041
AV2020000020

Pour faciliter une approche commune et un niveau de préparation approprié partout au Canada, le plan comprend une liste d'hypothèses de planification, un « scénario de la pire éventualité raisonnable » et une liste des capacités et des besoins permettant d'atténuer ce scénario. Ce scénario ne représente pas le scénario le plus probable, mais il fournit plutôt une base de référence pour guider la prise en compte des capacités clés et des problèmes de capacité et déterminer les besoins en ressources qui aideront à cibler les activités de planification. Il s'agit d'un « test de résistance » et non d'une prédiction, et il vise à stimuler la réflexion concernant nos efforts actuels de réponse, les seuils de capacité et la résilience. Le scénario de la pire éventualité raisonnable comprend une courbe épidémique avec un sommet élevé à l'automne ou à l'hiver 2020 suivi de sommets et de creux continus pour les deux à trois prochaines années, tous les pics d'incidence entraînant une demande en ressources dépassant la capacité du système. Ce scénario ne tient pas compte de la disponibilité d'un programme de vaccination généralisé ou d'un traitement efficace.

Au nombre des capacités nécessaires pour atténuer les risques associés à ce scénario et assurer la gestion continue de la COVID-19 de façon générale figurent les suivantes :

- détecter les signaux indiquant la possibilité d'une forte augmentation du nombre de cas;
- prévenir l'atteinte d'un sommet important à l'automne dépassant largement la capacité de réponse du Canada;
- réduire les hausses subites de l'incidence et des hospitalisations;
- augmenter la capacité en matière de soins de santé et de santé publique;
- surveiller la demande de ressources en soins de santé;
- favoriser la vigilance continue du public et le respect des mesures et des recommandations.

Le présent plan, de concert avec d'autres plans d'intervention fédéraux-provinciaux-territoriaux fondamentaux, offre aux dirigeants de la santé publique une approche coordonnée pour régler les problèmes communs et appuyer les mesures prises par les provinces et les territoires relativement à la COVID-19 auprès de la population canadienne. Il contient de l'information sur les priorités actuelles liées à l'intervention de la santé publique et sur les besoins prévus pour assurer la gestion de la COVID-19 à court, à moyen et à long terme, ce qui favorisera la sensibilisation et la coordination tant dans le secteur de la santé qu'au-delà de celui-ci.

Page 14 of/de 41
AV2020000020

1. But

Le Plan d'intervention *fédéral-provincial-territorial en matière de santé publique pour la gestion continue de la COVID-19* vise à fournir aux responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux de la santé publique, aux partenaires autochtones, aux partenaires du système de santé et à d'autres intervenants une approche commune de planification à long terme pour la gestion continue de la COVID-19 au Canada. Le plan préconise une approche à long terme qui couvre les impératifs de planification immédiats pour la période automne-hiver 2020 et par la suite jusqu'à ce que l'immunité collective, sous une forme ou une autre, soit suffisante pour mettre fin à l'activité pandémique au Canada. Il s'agit d'un document évolutif qui pourrait devoir être mis à jour à mesure que nos connaissances scientifiques sur l'agent pathogène SARS-CoV-2 augmentent, que le portrait épidémiologique évolue au Canada et à l'échelle mondiale, que les mesures de lutte contre l'épidémie changent et que de nouvelles contre-mesures médicales deviennent disponibles (p. ex. un vaccin, un traitement efficace).

En s'appuyant sur l'intervention continue en santé publique, le présent document indique les mesures de préparation fédérales, provinciales et territoriales (FPT) en santé publique qui sont nécessaires et déjà en cours pour la gestion à court, à moyen et à long terme de la COVID-19 au Canada. Il fournit une orientation générale qui s'appuie sur les ententes, les accords et les protocoles intergouvernementaux existants traitant de la préparation aux pandémies, de la planification et de la compilation de données en matière d'urgence de santé publique, du partage de l'information et des ressources (voir *l'Annexe 1*) et s'appuie largement sur la ressource Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé (PCGP). Bien que le guide PCGP se veuille un document d'orientation sur la grippe pandémique, une grande partie des lignes directrices qu'il renferme s'applique également à d'autres urgences de santé publique, comme ce fut le cas pour la réponse à la COVID-19. Il est tenu pour acquis qu'une structure d'intervention et des activités continues (mais à l'échelle appropriée) FPT coordonnées, comme elles sont décrites dans le Plan d'intervention fédéral, provincial et territorial (F/P/T) en matière de santé publique pour les événements biologiques, seront nécessaires dans un avenir prévisible.

Pour faciliter une approche commune et un niveau de préparation approprié partout au Canada, le plan comprend un « scénario de la pire éventualité raisonnable ». Bien que ce scénario ne soit pas nécessairement le scénario le plus probable, il fournit une base de référence pour guider la prise en compte des capacités clés et des problèmes de capacité et déterminer les besoins en ressources qui aideront à cibler les activités de planification. À l'instar d'autres plans FPT, le présent document décrit les buts et les objectifs généraux, reconnaît les rôles et les responsabilités des secteurs de compétence, détermine à quel moment des approches nationales deviennent nécessaires et dans quelles circonstances les provinces et les territoires devraient avoir la souplesse nécessaire pour les personnaliser. Le présent document a été élaboré pour faciliter la planification d'une réponse continue à la COVID-19 qui soit non seulement souple et adaptative, mais aussi durable.

Page 5 of/de 41
AV2020000020

2. Contexte

La COVID-19 représente une menace sans précédent pour la santé et le bien-être social et économique des Canadiens, de la société canadienne et de la communauté mondiale. Le 30 janvier 2020, le directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déterminé que la COVID-19 constituait une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) et a déclaré qu'il s'agissait d'une pandémie le 11 mars 2020, en raison de la vaste propagation à l'échelle planétaire. Pour atténuer l'impact de la COVID-19 au Canada, il faut se doter d'une stratégie globale, intégrée et intersectorielle « pansociétale » et « pangouvernementale » qui met l'accent sur ce qui s'inscrit dans la portée du contrôle de notre pays tout en essayant de réduire les risques pour les éléments en dehors de cette portée. Par conséquent, le contexte de notre planification est principalement axé sur le Canada, mais reconnaît que la situation mondiale aura un effet important sur les activités d'intervention.

La mobilisation du secteur de la santé du Canada pour répondre à la COVID-19 demeure un élément essentiel de cet effort global. Le plan et ses composantes plus détaillées qui sont décrites dans le présent document s'appuient fortement sur l'expérience acquise et le travail accompli pendant la réponse à l'introduction et à la première vague subséquente de la COVID-19 au Canada. Les responsables FPT de la santé publique du Canada mènent des travaux de planification en cas de pandémie depuis plusieurs années, mais les plans établis doivent être ajustés et enrichis à mesure que la pandémie évolue, chaque pandémie comportant ses caractéristiques propres. Malgré les efforts remarquables déployés et la rapidité de la réponse à la COVID-19 au Canada à ce jour, nous agissons à partir d'un terrain qui comporte encore d'importants éléments inconnus, aussi, nous devons continuer d'apprendre et de nous adapter à mesure que nous progressons dans nos activités de planification.

Bien que la pandémie ait touché les Canadiens de diverses façons, les Canadiens n'ont pas été touchés individuellement de la même façon. De nouvelles données probantes indiquent que les déterminants sociaux de la santé, dont le faible revenu, les environnements physiques défavorables, les logements précaires et la race et l'origine ethnique, entre autres, sont corrélés avec un risque accru d'infection par la COVID-19[1]. Les données montrent que les taux de décès liés à la COVID-19 ont été plus élevés chez les femmes que chez les hommes vivant au Canada, et que les pertes d'emploi ont été plus nombreuses chez les femmes, les récents rebondissements sur le marché du travail profitant de façon disproportionnée aux hommes[2],[3]. En raison du ralentissement économique déclenché par la pandémie, les minorités visibles ont été particulièrement touchées, et une plus grande partie d'entre elles ont déclaré avoir de la difficulté à respecter leurs obligations financières ou à répondre à leurs besoins essentiels comparativement aux travailleurs blancs[4]. De même, les peuples autochtones, les personnes handicapées et les communautés LGBTQ2IA+, entre autres, ont été touchés de façon disproportionnée par la pandémie[5].

En outre, certaines populations ont été particulièrement touchées par les mesures mises en œuvre pour lutter contre la pandémie; par exemple, l'étendue et la durée sans précédent des fermetures d'écoles qui peuvent avoir des effets à long terme sur le développement de l'enfant, sa santé et son éducation[67]. À mesure que les efforts progressent vers la prochaine étape de la réponse, il est impératif que les besoins de divers groupes de Canadiens soient soigneusement pris en compte afin d'atténuer les conséquences négatives et de réduire les inégalités connues et raisonnablement anticipées.

Page 46 of/de 1,041
AV2020000020

3. COVID-19 But, objectifs et réponse à ce jour

3.1 Objectif

L'objectif du Canada dans sa réponse à la COVID-19 est fondé sur celui établi pour la grippe pandémique dans le document *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé* (mis à jour en août 2018). L'objectif est le suivant :

- réduire au minimum le risque de maladie grave et de décès en général tout en atténuant les perturbations sociales que pourraient subir les Canadiens suite à une pandémie de COVID-19.

Cet objectif a guidé les mesures FPT et a aidé à réduire l'incidence de la COVID-19 au Canada (c.-à-d. aplatissement de la courbe épidémique initiale) et les maladies graves et décès connexes. Il a été extrêmement difficile de réduire l'impact de la COVID-19 sur la santé compte tenu de l'inexistence d'un vaccin ou d'un traitement efficace tout en s'efforçant de réduire au minimum les perturbations sociétales. Les circonstances entourant la pandémie, non seulement au Canada, mais à l'échelle mondiale, ont mené à un déploiement extraordinaire de mesures de santé publique communautaires, vastes et restrictives, et au besoin d'offrir un niveau inégalé de mesures de soutien sociétal (p. ex. soutien du revenu, soutien au logement et expansion des services sociaux comme les services en santé mentale et l'aide alimentaire).

Lorsque l'objectif initial du guide PCGP en cas de pandémie a été élaboré, on pensait que la principale cause de perturbation sociétale serait l'absence des travailleurs essentiels (y compris les fournisseurs de soins de santé) au travail en raison de la maladie, du besoin de prendre soin de membres de la famille malades, des mesures de lutte contre les éclosions en milieu de travail et/ou du refus de travailler. La fermeture des frontières internationales, des entreprises, des écoles et les restrictions sur les rassemblements sociaux ont toujours été reconnues comme une source potentielle de perturbations sociétales en cas de pandémie grave. La réponse à la COVID-19 a été sans précédent compte tenu de la rapidité de la mise en œuvre des mesures de santé publique (MSP) et de l'adoption par le public. Les mesures restrictives qui ont permis d'éviter une interruption généralisée des services essentiels en raison de la maladie ont toutefois eu des répercussions directes et indirectes importantes sur la santé et le bien-être.

3.2 Objectifs

Maintenant que la planification porte davantage sur une intervention durable à long terme, il est temps d'examiner comment établir un équilibre optimal entre la réduction des répercussions sur la santé et les perturbations sociétales. Les objectifs de santé publique suivants visent à atteindre cet équilibre.

Objectifs

Atténuer les répercussions de la pandémie sur la santé et la société en :

- prenant des mesures de santé publique pour réduire l'incidence, la morbidité ou la mortalité de la COVID-19 à un niveau gérable à l'échelle locale;
- protégeant les populations et les collectivités à risque élevé, y compris les collectivités autochtones;
- réduisant les conséquences négatives sur la santé physique et mentale des mesures de réponse à la COVID-19;
- adoptant une approche fondée sur les risques et les données probantes pour l'utilisation de mesures de santé publique restrictives;
- appuyant l'accès aux services de soins de santé (COVID-19 et autres services connexes), aux fournitures et aux options de traitement;
- tirant parti des réseaux de recherche, de surveillance et de laboratoire du Canada;
- collaborant avec d'autres secteurs pour renforcer les politiques et les services sociaux et économiques qui protègent la santé et préviennent les maladies (p. ex. logements adéquats, aide à l'emploi et au revenu);
- travaillant en collaboration avec la communauté internationale.

AV2020000020

3.3 Réponse à ce jour

À ce jour, les mesures d'intervention FPT ont été exhaustives et ont grandement contribué à l'atteinte de ces objectifs nationaux en matière de santé publique. Ces mesures comprennent, sans toutefois s'y limiter, les suivantes :

- la détection, la confirmation et l'isolement rapides des cas pendant la période de transmissibilité;
- la recherche rapide des contacts, l'identification, la communication avec les contacts et la mise en quarantaine de ceux-ci pendant la durée de la période d'incubation;
- l'appui à la prise de décisions fondées sur des données probantes en recueillant, en analysant et en partageant des données de surveillance et d'autres renseignements scientifiques pour éclairer et cibler les interventions;
- des activités rapides de détection et de confinement des éclosions;
- empêcher l'importation de la COVID-19 à la frontière et en imposant des restrictions de voyage;
- la réduction de la propagation de l'infection par des communications cohérentes et fréquentes avec le public afin de promouvoir l'importance des stratégies d'atténuation aux échelles individuelle, familiale, communautaire, organisationnelle et des MSP;
- la promotion de changements dans les activités quotidiennes afin de réduire le plus possible la transmission de la COVID-19 en milieu communautaire;
- la protection des personnes les plus à risque de développer une maladie grave en leur fournissant des ressources, des conseils et des messages publics;
- la protection des personnes les plus à risque de développer une maladie grave dans des milieux collectifs et des établissements de soins de santé par des communications, des directives et des mesures d'intervention ciblées;
- l'établissement d'une capacité de protection par le dépistage au niveau communautaire, la communication d'une orientation et des mesures de quarantaine pour les collectivités nordiques, éloignées et isolées et les populations autochtones;
- l'appui à des interventions sanitaires et sociales communautaires visant à soutenir et à protéger les populations à risque élevé et à atténuer les effets négatifs des interventions de santé publique;
- la prestation de conseils aux partenaires en santé publique, aux intervenants chargés de la prestation des soins de santé et aux secteurs/établissements non liés à la santé qui facilitent une approche fondée sur les risques et sur des données probantes;
- la facilitation d'un accès rapide aux fournitures, à l'équipement et aux ressources de soins de santé, y compris l'évacuation médicale de personnes vivant dans des collectivités éloignées, isolées et mal desservies;
- l'appui à la continuité des soins de santé et d'autres services essentiels;
- la prestation de ressources supplémentaires en santé mentale et des services sociaux;
- la facilitation d'un retour progressif et prudent au fonctionnement de la collectivité dans le contexte de l'activité continue de la COVID-19.

Maintenir la confiance des Canadiens grâce à la communication transparente et en temps opportun des décisions de santé publique éclairées par des données probantes; communiquer des conseils appropriés et en temps opportun (y compris des changements à ces conseils) aux décideurs, aux professionnels de la santé et au public; tenir compte des divers besoins des groupes de population en fonction de la

Page 8 of/de 41
AV2020000020

vulnérabilité, de l'origine ethnique ou de la culture, de la capacité et d'autres facteurs socioéconomiques et démographiques; et appuyer une intervention coordonnée en travaillant en collaboration avec tous les ordres de gouvernement et les intervenants et continuer de jouer un rôle essentiel dans cette réponse continue. Nous devons préparer le public à la réalité de vivre avec la COVID dans un avenir prévisible et aux changements qui surviendront dans les deux ou trois prochaines années. D'ici là, nous espérons avoir un accès généralisé à des vaccins, à un traitement efficace et à des niveaux croissants d'immunité collective.

Afin d'atteindre le but et les objectifs de l'intervention, il est essentiel que l'efficacité des mesures de contrôle de la COVID-19 soit évaluée par rapport aux effets négatifs de la mise en œuvre de ces mesures (y compris la réaffectation d'autres ressources du programme de santé publique) dans le but de réduire l'incidence de la COVID-19 à un niveau gérable à l'échelle locale. Il s'agit de la clé d'une intervention durable à long terme.

Les responsables de la santé publique sont prêts à relever les divers défis que la gestion de la COVID-19 posera à mesure que la pandémie se poursuivra. Les conseils, les mesures recommandées et les interventions ont été fondés sur ces buts et objectifs communs par rapport à la pandémie. À mesure que nos connaissances collectives augmenteront, ces objectifs seront revus et mis à jour au besoin.

4. Planification à long terme : Hypothèses et facteurs épidémiologiques

Ce plan vise à appuyer une planification cohérente, mais souple, de la santé publique à tous les ordres de gouvernement afin de se préparer aux activités de réponse à court, à moyen et à long terme de la COVID-19. Les plans doivent refléter une combinaison d'approches convenues à l'échelle nationale et de mesures adaptables à l'échelle régionale et locale et être harmonisés avec les buts et les objectifs d'intervention en cas de pandémie, en tenant compte des besoins de divers groupes de Canadiens variant selon l'état de santé, l'âge, le sexe, l'origine ethnique ou la culture, la capacité et d'autres facteurs socioéconomiques et démographiques.

Le Tableau 1 présente les hypothèses générales de planification qui visent à fournir une base commune de planification dans le contexte canadien pour les prochains mois et les prochaines années. Les domaines d'incertitude, énumérés dans le tableau, aident à cerner les éléments inconnus actuels. Compte tenu de l'évolution des données probantes et des connaissances, les plans doivent comprendre des éléments flexibles ou des paramètres qui peuvent être mis à jour à mesure que la pandémie progresse et que les connaissances et l'expérience s'enrichissent. Les hypothèses de planification et les domaines d'incertitude doivent être validés et/ou mis à jour et peuvent être des déclencheurs pour la révision et la modification des plans.

Page 129 of/de 1041
AV2020000020

Tableau 1 : Résumé des hypothèses de planification et des domaines d'incertitude

Hypothèses de planification générales

- Comparativement à la grippe, la COVID-19 présente une transmissibilité plus élevée (c.-à-d. un taux de reproduction de base plus élevé ou R_0), est hautement transmissible avant l'apparition des symptômes et a un taux de létalité plus élevé découlant de l'infection.
- Une transmission par des cas asymptomatiques est observée.
- La pandémie ne sera probablement pas enrayée par l'« immunité collective » tant que 60 % de la population ne sera pas immunisé (par une infection naturelle ou la vaccination).
- L'immunité (atteinte par l'infection naturelle ou la vaccination) peut ne pas être forte ou durable.
- Un vaccin ne sera pas largement disponible à court ou à moyen terme (c.-à-d. avant 2021).
- Une fois qu'un vaccin sûr et efficace sera disponible, il sera distribué de façon ciblée.
- On se dotera d'une approche nationale pour établir la priorité de distribution de toute ressource limitée, et la cibler, qui sera fondée sur un cadre d'éthique. L'élaboration de politiques ayant trait à la priorisation des ressources limitées sera également éclairée par d'autres considérations logistiques, épidémiologiques et sociétales, comme par exemple la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.
- La courbe nationale de l'épidémie sera une compilation de l'activité épidémique dans chaque province et territoire, qui sera influencée par les mesures d'intervention en santé publique mises en œuvre localement et le respect de ces mesures par le public.
- Le risque de cas importés entraînant des éclosions localisées est constant.
- Les frontières internationales seront ouvertes graduellement, avec une augmentation des déplacements connexes (pendant la période couverte par le présent plan).
- Les mesures d'intervention mises en œuvre dans une administration pourraient avoir un impact sur les administrations voisines, même si elles ne mettent pas elles-mêmes en œuvre cette mesure.
- Le niveau de réponse à l'échelle du Canada variera en fonction de l'épidémiologie locale (p. ex. il pourrait y avoir une montée en flèche dans plusieurs administrations en même temps, à des moments différents ou des périodes d'accalmie pourraient coïncider).
- La capacité de notre système de santé et de notre système de santé publique a des limites qui pourraient être dépassées pendant les sommets d'activité de la COVID-19.
- Les effets de la circulation simultanée de la grippe et d'autres virus respiratoires s'additionneront et toucheront les soins de santé (y compris les soins de longue durée et d'autres soins communautaires) et la capacité du système de santé publique pendant la période automne-hiver;

Page 150 of 1041
AV2020000020

mais ils pourraient être d'une ampleur moindre que résurgences saisonnières habituelles en raison de l'effet des mesures de santé publique et de prévention et de contrôle des infections liées à la COVID-19.

- L'adoption élevée d'un vaccin efficace (c.-à-d. bien apparié) contre la grippe saisonnière chez les personnes à risque élevé de complications de la grippe atténuera la demande exercée sur les ressources hospitalières pendant la saison de la grippe. Une couverture vaccinale élevée dans la population générale peut également atténuer indirectement la demande de services en réduisant la transmission de la grippe aux personnes à risque élevé.

- La capacité de la santé publique de répondre à d'autres priorités (p. ex. la crise des surdoses et les taux plus élevés de consommation problématique de substances) doit être maintenue. Une capacité afin de rattraper les retards relativement à la prestation de programmes ayant été interrompue peut également être requise.

Domaines d'incertitude

- Déterminer s'il y aura un changement touchant la gravité de la COVID-19, des groupes exposés, les modes de transmission et la dynamique à court, moyen ou long terme (p. ex. en raison d'une mutation virale)
- La durée de l'immunité naturelle (c.-à-d. les cas rétablis), ce qui constitue l'immunité et si l'infection par d'autres coronavirus offre une protection croisée.
- Déterminer si la COVID-19 présentera une tendance saisonnière semblable à celle d'autres infections respiratoires.
- Déterminer si la MSP communautaire restrictive pourrait être mise en œuvre de nouveau avec succès, dans quelle mesure, pendant combien de temps, à quelle étendue et à quel niveau (p. ex. PT contre échelle régionale contre échelle locale).
- Déterminer si les variations possibles de la tolérance au risque au fil du temps et dans différentes régions géographiques auront-elles une incidence sur les mesures d'intervention.
- Déterminer s'il y aura des taux importants de co-infection au SARS-CoV-2 et au virus de la grippe saisonnière ou à un autre agent pathogène respiratoire et si la co-infection aura une incidence importante sur la morbidité ou la mortalité et, par la suite, sur le système de soins et les ressources du secteur de la santé.
- Déterminer si les recommandations pour des seuils précoces/plus bas pour le traitement antiviral contre la grippe réduiront considérablement les hospitalisations associées à la grippe.
- La rigueur des données et des essais internationaux sur la COVID-19.

Trois modèles possibles de courbe épidémique (voir la *figure 1*) ont été proposés par les modélisateurs, les épidémiologistes et d'autres experts à des fins de planification[8] :

1. *Sommets et creux :* La première vague de COVID-19 au printemps 2020 est suivie d'une série de vagues répétitives semblables ou plus petites qui se produisent tout au long de l'été, puis de façon constante sur une période d'un à deux ans, et qui diminuent graduellement à un moment donné en 2021.
2. *Sommet à l'automne :* La vague initiale de COVID-19 au printemps 2020 est suivie d'une vague plus importante à l'automne ou à l'hiver 2020 et d'une ou plusieurs vagues subséquentes plus petites en 2021.

Page 11 of 21 (041)
AV2020000020

3. *Combustion lente :* La première vague de COVID-19 au printemps 2020 est suivie d'une « combustion lente » de transmission continue et d'occurrences de cas, mais sans une typologie claire de vague.

Le scénario de la combustion lente est notre objectif, car il est plus susceptible de maintenir l'incidence, la morbidité et la mortalité à un niveau gérable à l'échelle locale.

Figure 1 : Tendances possibles de la courbe épidémique

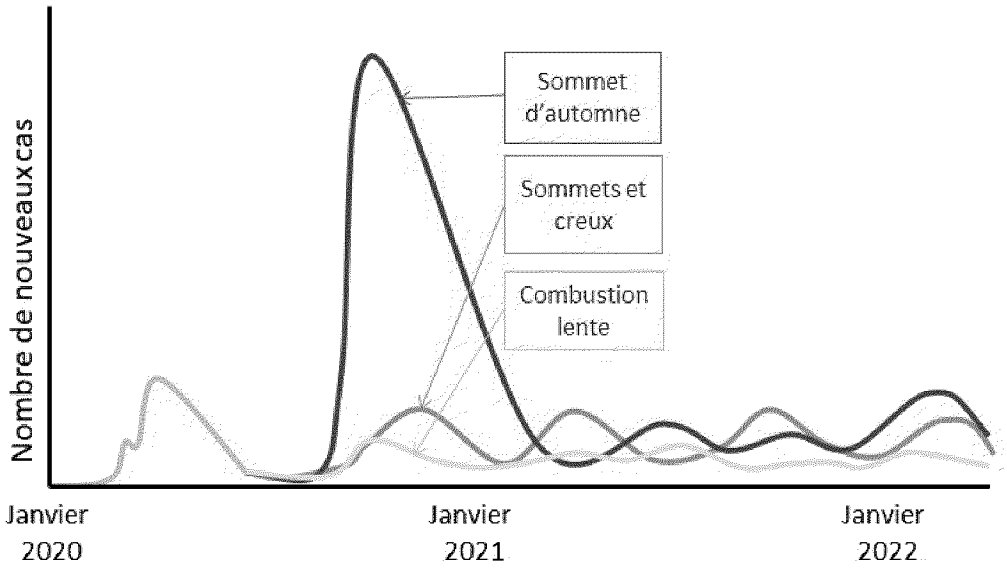


Figure 1 – Description
La figure est un graphique se composant d'un axe des X (horizontale) sur laquelle figurent trois points dans le temps : Janvier 2020, Janvier 2021 et Janvier 2022, et d'un axe des Y (verticale) sur laquelle ne figure aucune échelle, mais qui représente le nombre de nouveaux cas de COVID-19. Ensemble, ces axes brossent un portrait de la courbe épidémique générale. La courbe commence par une ligne orange qui illustre la vague initiale des cas de COVID-19 au Canada. Cette courbe commence avec zéro cas au début du mois de janvier 2020, suivi par une augmentation relativement stable de nouveaux cas au fil du temps, pour finalement atteindre un sommet en avril 2020, suivi par une diminution plus graduelle jusqu'en juillet 2020. Le reste du graphique comprend trois lignes (en différentes teintes de bleu), qui débutent là où s'arrête la ligne orange (ce qui correspond à juillet 2020). Ces trois lignes illustrent les trois potentielles tendances de la courbe épidémique décrites dans le texte précédant la figure. Conformément au texte, les lignes ont été intitulées « Sommet d'automne », « Sommets et creux » et « Combustion lente ». Les trois potentielles courbes épidémiques se terminent après le point final de l'axe X, soit janvier 2022, ce qui correspond approximativement à mars 2022.

Ces schémas supposent différents niveaux de mesures d'atténuation en cours ou imposées temporairement et n'incluent pas un scénario où il y a absence de mesures de santé publique. Elles ne représentent pas un programme de vaccination généralisé avec un bon taux de participation.

La modélisation et les évaluations des capacités facilitent la planification appropriée en examinant comment les fourchettes possibles de paramètres pertinents par rapport à ces questions influent sur l'étendue et l'impact de l'épidémie. Les modèles de prévision se prêtent mieux à prévoir ce qui pourrait se produire sur un horizon de deux à trois mois; par conséquent, le rôle de la modélisation dans la

Page 12 of 41
AV2020000020

planification à long terme est axé sur la communication d'information supplémentaire aux décideurs concernant l'incidence potentielle des mesures de contrôle par opposition au taux d'incidence lui-même.

La modélisation mathématique appuie la planification de notre réponse aux épidémies et aux éclosions, et l'épidémie de COVID-19 a démontré le rôle important et le besoin de disposer de la gamme complète d'outils de modélisation nécessaires pour appuyer la prise de décisions pendant une crise de santé publique complexe. Ce rôle et les types de modèles actuellement utilisés sont décrits à l'*Annexe 2 : Soutien à la modélisation pour la planification à long terme.*

Il est important de reconnaître que la courbe nationale de l'épidémie représentera probablement une combinaison des tendances de la courbe de l'épidémie de chaque province et territoire, qui, à leur tour, dépendront de l'effet des facteurs d'augmentation et de réduction dans chaque administration. La *Figure 2* présente les facteurs épidémiologiques qui influeront sur le nombre et le moment des nouveaux cas et, par conséquent, sur la « typologie des vagues » de la courbe épidémique que nous observerons au Canada à l'avenir.

Figure 2 : Facteurs épidémiologiques

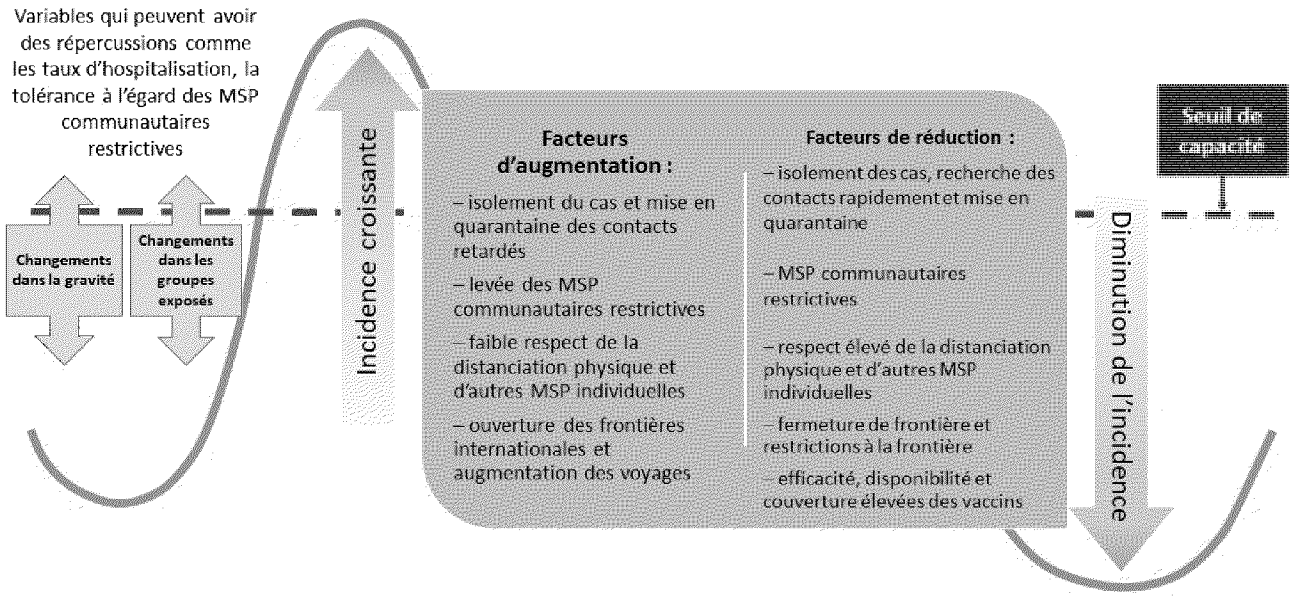


Figure 2 – Description
Ce graphique illustre comment les facteurs épidémiologiques influencent l'incidence de la COVID-19 et par conséquent, la tendance de la courbe épidémique (illustrée par une ligne orange qui monte puis redescend). Les facteurs d'augmentation (qui entraîneraient davantage de nouveaux cas et qui sont illustrés par une flèche bleue intitulée « Incidence croissante », qui pointe vers le haut, soit vers le plus haut point de l'arc) sont décrits dans l'encadré comme suit : isolement du cas et mise en quarantaine des contacts retardés, levée des MSP communautaires restrictives, faible respect de la distanciation physique et d'autres MSP individuelles, ouverture

Page 1243 of 1041
AV2020000020

des frontières internationales et augmentation des voyages. Les facteurs de réduction (qui entraîneraient un moins grand nombre de nouveaux cas et sont par conséquent illustrés par une flèche intitulée « Diminution de l'incidence », qui pointe vers le bas, soit vers le point le plus bas de la courbe) sont décrits dans l'encadré comme suit : isolement des cas, recherche des contacts rapidement et mise en quarantaine, MSP communautaires restrictives, respect élevé de la distanciation physique et d'autres MSP individuelles, fermeture de frontière et restrictions à la frontière, efficacité, disponibilité et couverture élevées des vaccins. Ce graphique contient également le concept de « Seuil de capacité », qui transmet l'idée d'une limite maximale de la capacité d'intervention qui pourrait être dépassée par un nombre élevé de cas au fil du temps. Ce seuil est illustré par une ligne pointillée horizontale rouge qui traverse le point le plus élevé de la ligne orange (ce qui suggère une courbe épidémique dans laquelle le nombre de nouveaux cas a atteint un plateau). Finalement, les variables pouvant avoir une incidence sur les répercussions, comme les taux d'hospitalisation et la tolérance à l'égard des MSP communautaires restrictives, sont regroupées sous deux grandes catégories, soit « Changements dans la gravité » et « Changements dans les groupes exposés », qui sont illustrées par des encadrés avec des flèches ascendantes et descendantes pour illustrer que ces variables peuvent avoir une incidence sur le seuil de la capacité d'intervention.

Un modèle de courbe épidémique est une partie d'un scénario de planification, car il reflète les changements potentiels dans le nombre de nouveaux cas qui se présentent sur une période donnée. Pour assurer une planification optimale, il est important de tenir compte non seulement du nombre de cas, mais aussi des variables qui peuvent modifier les répercussions sur la santé et la société de ces nouveaux cas (comme l'illustre le côté gauche de la figure 2) et, par la suite, d'éventuelles pointes qui dépassent les seuils actuels de capacité en matière de soins de santé et de santé publique. Ces variables comprennent, sans toutefois s'y limiter, les changements dans la gravité de la maladie dans la majorité des cas, les changements dans les groupes à risque élevé (c.-à-d. les caractéristiques démographiques de la personne qui devient gravement malade et la détermination de nouveaux facteurs de risque de développer une maladie grave), la disponibilité d'un traitement et/ou d'un vaccin efficaces, la durée de l'immunité acquise naturellement et les pressions concurrentes imposées au système de santé et au système de santé publique qui ont une incidence sur la capacité de gérer de nouveaux cas. La manifestation de ces variables influera également sur la perception du risque par le public et, par conséquent, d'une manière quelque peu circulaire, sur les facteurs épidémiologiques comme le respect des MSP.

5. Scénario de la pire éventualité raisonnable

Pour faciliter la planification dans le contexte d'un degré élevé d'incertitude et des nombreux scénarios possibles, un « scénario de la pire éventualité raisonnable » a été élaboré. Il est basé sur une combinaison tendances « Sommet d'automne » et « Sommets et creux » des courbes épidémiques décrites précédemment. Voir la *Figure 3*. Ce scénario ne doit pas être considéré comme une prédiction ni même comme très probable, mais plutôt comme un ensemble commun de caractéristiques qui appuieront une planification à long terme robuste (voir l'encadré).

Page 14 of/de 41
AV2020000020

Figure 3 : Courbe épidémique pour le scénario de la pire éventualité raisonnable

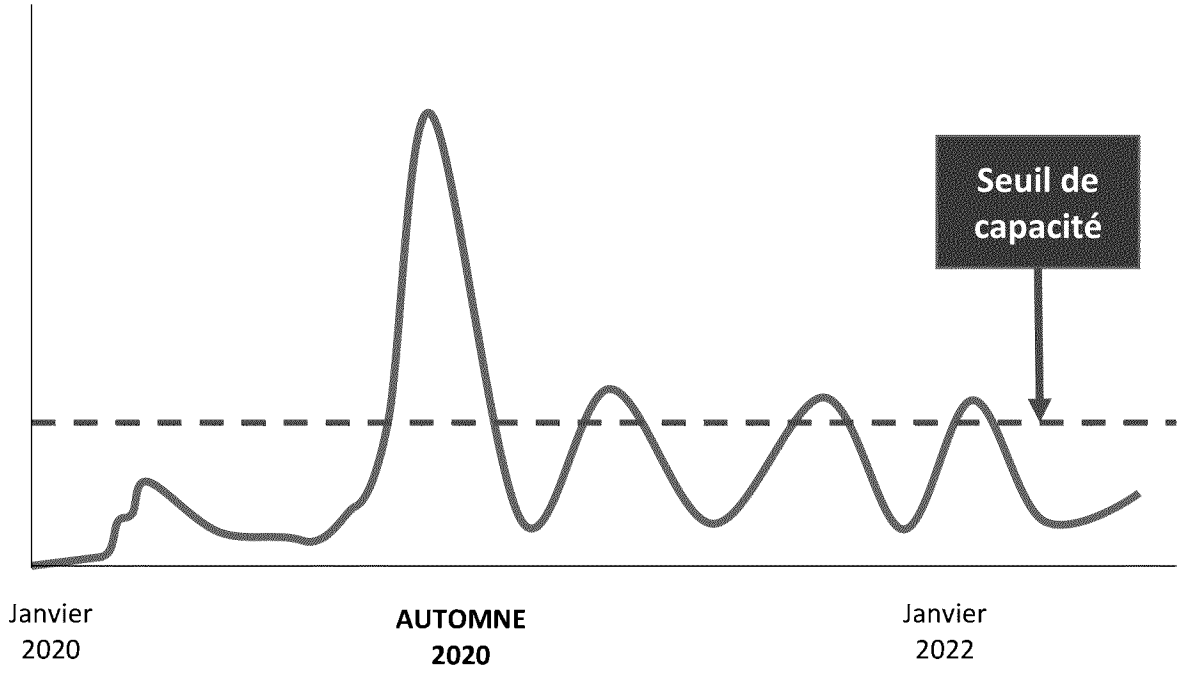


Figure 3 –Description
La figure est un graphique se composant d'un axe des X (horizontale) sur laquelle figurent trois points dans le temps : Janvier 2020, Automne 2020 et Janvier 2022 et d'un axe des Y (verticale) sur laquelle ne figure aucune échelle, mais qui représente le nombre de nouveaux cas de COVID-19. Ensemble, ces axes brossent un portrait de la courbe épidémique générale. La tendance de courbe épidémique pour le scénario du cas le plus défavorable (qui est une combinaison des scénarios « Sommet d'automne » et « Sommets et creux » précédemment décrits dans le texte) est illustrée par une ligne bleue ondulant horizontalement à travers le graphique. Cette ligne illustre la vague initiale de cas de COVID-19 au Canada et commence avec zéro cas au début du mois de janvier 2020, suivi par une augmentation relativement stable de nouveaux cas au fil du temps, pour finalement atteindre un sommet en avril 2020, suivi par une diminution plus graduelle jusqu'en juillet 2020. La ligne demeure relativement plate, puis monte pour former un sommet qui correspond à l'automne 2020 et est de deux à trois fois plus élevé que la vague initiale. Ce sommet est suivi par un déclin relativement marqué, pour compléter le portrait d'une vague automnale assez importante. Cette ligne se poursuit ensuite en creux et sommets, pour se conclure au printemps 2022. Ce graphique contient également le concept de « Seuil de capacité », qui transmet l'idée d'une limite supérieure de la capacité d'intervention qui pourrait être dépassée par un nombre élevé de cas au cours d'une courte période. Ce seuil est illustré par une ligne pointillée horizontale rouge. Dans la courbe épidémique de ce scénario du cas le plus défavorable, les sommets rencontrent tous la ligne du seuil de la capacité – ce qui illustre une situation dans le cadre de laquelle l'augmentation des cas entraîne une demande accrue de la capacité d'intervention qui excède le seuil de la capacité.

Page 35 of/de 041
AV2020000020

Caractéristiques du scénario de la pire éventualité raisonnable :

- Courbe épidémique avec un sommet élevé à l'automne 2020 suivi de sommets et de creux continus pour les deux à trois prochaines années.
- Le pic automne/hiver se produit en 2020 et est 2 à 3 fois plus élevé que l'incidence observée au pic de la vague initiale, avec une augmentation correspondante de la mortalité. (Note : l'amplitude du pic d'automne au niveau provincial/territorial ou au niveau régional dans ce scénario sera influencée par l'incidence subie au pic de la vague initiale).
- La demande de ressources en soins de santé (hospitalisations, lits de soins intensifs, ventilateurs, équipement de protection individuelle, places en soins de longue durée, etc.) dépasse la capacité du système (pendant toutes les périodes de pointe).
- Pénurie de fournisseurs de soins de santé (p. ex. en raison de la maladie, de l'épuisement professionnel, du refus de travailler, de la concurrence internationale).
- La demande de ressources de laboratoire et de santé publique dépasse la capacité (pendant toutes les périodes de pointe)
- Les sommets de COVID-19 surviennent en même temps que la saison de l'influenza et d'autres pathogènes respiratoires graves.
- Périodes de pointe semblables à l'échelle du pays (chaque secteur de compétence connaît des périodes de pointe en même temps).
- Faible niveau de conformité aux mesures de santé publique.
- Infiltration de renseignements erronés ou de désinformation dans la société canadienne.
- Immunité post-infection faible/non durable (les cas rétablis peuvent redevenir vulnérables).
- Aucun traitement efficace largement disponible.
- Aucun vaccin efficace disponible.

Au niveau national, l'incidence était d'environ 31/100 000 habitants, soit 11 849 nouveaux cas signalés pendant la semaine de pointe de la vague initiale. Il y avait un degré élevé de variation entre les Provinces et Territoires, les plus peuplés ayant le plus grand impact sur la courbe épidémique nationale. Le scénario le plus pessimiste raisonnable devrait inclure la planification d'un pic d'automne ou d'hiver de 2 à 3 fois l'amplitude de la vague initiale dans les Provinces et Territoires ou les régions qui ont connu un pic d'incidence élevé pendant la vague initiale, et jusqu'à 100 fois le pic d'incidence dans les régions qui ont eu une incidence plus faible lors de la vague initiale.

Ce scénario de la pire éventualité raisonnable peut être utilisé pour cerner tout besoin ou problème nouveau ou en suspens en matière de préparation et d'intervention qui exigerait un effort FPT coordonné si le Canada devait faire face à ce scénario, ou en profiterait. Il s'agit d'un « test de résistance » et non d'une prédiction, et il vise à stimuler la réflexion concernant nos efforts actuels de réponse, les seuils de capacité et la résilience.

Plus précisément, le scénario présente un ensemble de risques, chacun exigeant des stratégies d'atténuation fondées sur une évaluation des besoins en matière de capacité et de notre capacité collective à gérer les risques. La *Figure 4* indique les capacités de haut niveau qui doivent être en place pour faire face à ce scénario et le Tableau 2 indique les besoins connexes qui devraient être pris en compte par tous les ordres de gouvernement.

Page 145 of/de 1041
AV2020000020

Figure 4 : Capacités de gestion du scénario de la pire éventualité raisonnable

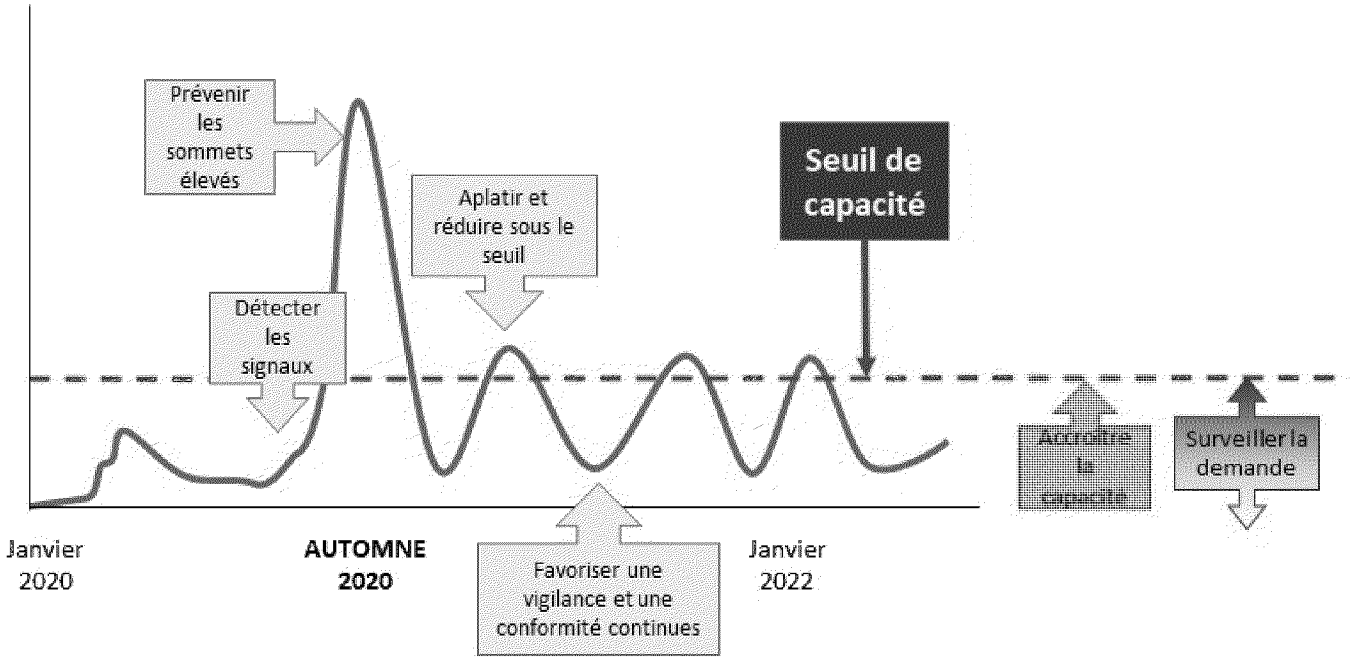


Figure 4 – Description
Cette figure est semblable à la figure 3, mais comprend des encadrés qui indiquent les capacités requises pour la gestion du scénario du cas le plus défavorable. Plusieurs des encadrés sont munis de flèches pointant vers des emplacements de la courbe dans lesquels il est particulièrement important qu'une capacité soit en place. Toutefois, l'intention est que ces capacités soient requises sur une base permanente pendant toute l'intervention. Ce graphique illustre également le concept de « Seuil de capacité », qui transmet l'idée d'une limite supérieure de la capacité d'intervention qui pourrait être dépassée par un nombre élevé de cas au cours d'une courte période. Ce seuil est illustré par une ligne pointillée horizontale rouge. Dans la courbe épidémique de ce scénario du cas le plus défavorable, les sommets rencontrent tous la ligne du seuil de la capacité – ce qui illustre une situation dans le cadre de laquelle l'augmentation des cas entraîne une demande accrue de la capacité d'intervention qui excède le seuil de la capacité. Deux encadrés rouges indiquent la nécessité d'augmenter la capacité d'intervention et de surveiller la demande. Quatre encadrés pointent vers la courbe épidémique. Le premier encadré contient le texte « Détecter les signaux » et pointe vers la courbe épidémique (illustrée par une ligne bleue), juste avant une augmentation du nombre de nouveaux cas (illustrée par une hausse et un sommet dans la courbe), ce qui correspond à une importante vague à l'automne 2020. L'encadré suivant contient le texte « Prévenir les sommets élevés » et pointe vers la courbe épidémique à l'endroit où un important sommet à l'automne 2020 est illustré. Là où un autre sommet se produit (plus petit que celui de la vague à l'automne 2020) et dépasse la ligne du seuil de capacité, un encadré souligne le besoin de capacités afin de réduire les demandes qu'entraîne l'augmentation des cas par le texte « Aplatir et réduire sous le seuil ». Finalement, dans un « creux » de la courbe composée de creux et de sommets du scénario du cas le plus défavorable, un encadré indique le besoin continu de « Favoriser une vigilance et une conformité continues », particulièrement lors le nombre de nouveaux cas semble bas ou est en diminution.

Page 17 of/de 41
AV2020000020

Tableau 2 : Besoins pour la gestion du scénario de la pire éventualité raisonnable

Capacité	*Besoins pour la gestion des risques*
DÉTECTER – signaux indiquant la possibilité d'une forte augmentation du nombre de cas	➢ données de surveillance en temps opportun (locales, PT, nationales et internationales); ➢ ressources de laboratoire pour faire rapidement la distinction entre la COVID-19 et d'autres virus respiratoires; ➢ analyse/enquête rapide pour évaluer le risque d'un sommet important (dépassement de la capacité de réponse), à partir de données locales précises/granulaires; ➢ un avertissement rapide de l'augmentation de la demande de ressources et des activités d'intervention; ➢ allocation rapide des ressources pour réduire et/ou gérer les répercussions; ➢ communication proactive des risques; ➢ vigilance/mobilisation continues à l'égard de la réponse à la COVID-19.
PRÉVENIR – un sommet élevé à l'automne qui dépasse largement la capacité de réponse	➢ ressources pour veiller à ce que les mesures d'intervention en cours soient adéquates pour freiner la propagation actuelle et prévenir de nouveaux cas; ➢ collaboration du public aux activités de surveillance et de gestion des cas et des contacts (c.-à-d. pour faciliter l'identification en temps opportun et l'isolement/la quarantaine); ➢ déclencheurs localisés cohérents et clairs pour la nouvelle mise en œuvre des MSP restrictives; ➢ déploiement rapide de ressources ciblées pour la maîtrise et le confinement des éclosions (y compris la mise en œuvre de mesures de « confinement » locales); ➢ « réouverture » graduelle et contrôlée des établissements et reprise graduelle des activités (avec modifications) qui sont connues pour être associées à un risque accru de transmission; ➢ conformité élevée aux modifications/mesures en cours mis en place au fur et à mesure que les MSP restrictives sont levées; ➢ respect élevé des mesures de protection individuelle; ➢ mesures proactives de contrôle frontalier international; ➢ efforts accrus de communication de messages et d'éducation du public au sujet des mesures de protection individuelle à mesure que de plus en plus d'interactions sociales recommencent à se dérouler à l'intérieur pendant la saison automnale; ➢ capacité accrue du système de soins de santé (en particulier dans les milieux à risque élevé comme les établissements de soins de longue durée) et examen de la façon de fournir les soins de santé nécessaires (p. ex. à d'autres endroits, en faisant appel à des travailleurs à la retraite, à des étudiants ou à d'autres fournisseurs de soins).

Page 1038 of 1041
AV2020000020

RÉDUIRE – hausses subites de l'incidence et des hospitalisations	➢ ressources adéquates pour assurer des mesures d'intervention continues afin de freiner la propagation actuelle et de prévenir les nouveaux cas, les hospitalisations et les décès; ➢ accent sur la détection et l'isolement rapides des cas, ainsi que sur l'identification et la mise en quarantaine rapides des contacts; ➢ détection rapide des éclosions et déploiement de ressources pour la maîtrise et le confinement des éclosions; ➢ examen de la façon de mettre à nouveau en œuvre la MSP communautaire restrictive et détermination de la MSP à mettre en œuvre de nouveau en fonction de déclencheurs locaux clairs; ➢ utilisation accrue des mesures de protection individuelle et respect de celles-ci; ➢ mesures internationales de contrôle frontalier en cours, avec possibilité d'une nouvelle imposition de restrictions.
AUGMENTER — capacité en matière de soins de santé et de santé publique	➢ capacité d'appoint en laboratoire pour assurer rapidement un diagnostic et la notification des cas; ➢ disponibilité de ressources en santé publique pour les besoins accrus en matière de gestion des cas et des contacts dans la collectivité (y compris l'isolement des cas et la mise en quarantaine des contacts à domicile/autres sites désignés), élaboration de nouveaux produits d'orientation et prestation de conseils d'experts fondés sur l'évolution de la littérature scientifique; ➢ ressources (c.-à-d. les ressources humaines et l'équipement/les fournitures), planification et formation pour les activités de lutte contre les éclosions dans les milieux à risque élevé, y compris des points de contact d'urgence de rechange clairs; ➢ capacité d'appoint pour assurer la disponibilité des ressources en soins de santé, y compris l'équipement (p. ex. ventilateurs, équipement de protection individuelle) pendant les périodes de pointe, et accès à celles-ci; ➢ disponibilité d'un nombre suffisant de fournisseurs de soins de santé pour répondre à la demande accrue; ➢ capacité d'accéder à des traitements pharmaceutiques efficaces et de les distribuer; ➢ surveillance continue de la documentation scientifique, réseaux et conseils d'experts pour éclairer les pratiques exemplaires pour le traitement et pour l'identification des produits pharmaceutiques efficaces, de manière à réduire les besoins d'hospitalisation et/ou la durée d'hospitalisation; ➢ politiques et mesures de rétablissement (p. ex. congé pour rétablissement à la maison ou à un autre endroit) afin d'éviter d'éventuels arriérés dans le système hospitalier.
SURVEILLER — demande de ressources en soins de santé	➢ surveillance des indicateurs précoces que d'autres maladies peuvent causer une augmentation subite de la demande de ressources en soins de santé (p. ex. grippe saisonnière, autres pathogènes respiratoires); ➢ liens entre la prestation des soins de santé et la santé publique afin d'assurer l'établissement en temps opportun de centres de soins de rechange et d'appoint; ➢ surveillance accrue des chaînes d'approvisionnement mondiales qui pourraient déclencher des pénuries de médicaments et détermination de solutions de

Page 19 of/de 41
AV2020000020

	rechange et de stratégies pour établir les priorités et maintenir l'approvisionnement (p. ex. réserve d'approvisionnement critique, etc.).
FAVORISER – vigilance continue du public et respect des mesures et des recommandations	➢ confiance continue du public envers les autorités de santé publique; ➢ produits de communication et d'éducation pour appuyer l'adhésion générale continue du public aux mesures de protection individuelle et de santé publique communautaire; ➢ recherche sur les connaissances, les attitudes et le comportement du public pour éclairer des changements comportementaux efficaces et durables.

6. Composantes de l'intervention FPT en réponse à la COVID-19

La planification à long terme sera également éclairée par une réflexion continue sur ce qui a bien fonctionné, ce que nous avons appris et ce que nous pouvons adapter en fonction des données probantes et de l'expérience acquises. À l'aide des composantes de réponse indiquées dans le guide PCGP, en mettant l'accent sur celles qui exigent un leadership et une consultation FPT en santé publique, la présente section fournit des détails sur les activités prévues ou déjà en cours à l'échelle nationale qui faciliteront et accéléreront la planification complémentaire dans chaque ministère, province et territoire du gouvernement fédéral.

6.1 Surveillance

Les activités de surveillance et d'évaluation des risques visent à fournir aux décideurs l'information épidémiologique et sur les risques dont ils ont besoin en temps opportun pour prendre des mesures éclairées. À l'instar de la surveillance nationale de la grippe (programme Surveillance de l'influenza), la surveillance de la COVID-19 est une initiative pancanadienne qui intègre de nombreux flux de données, y compris les systèmes de surveillance existants, à des sources de données nouvelles et non traditionnelles.

Situation/point de mire actuel

Actuellement, les sources de données suivantes facilitent le suivi dans l'ensemble du spectre de la maladie (c.-à-d. des cas légers dans la collectivité selon la surveillance sentinelle aux maladies graves selon les données sur les hospitalisations).

- Données au niveau des cas déclarées par les PT : Ensemble de données national révisé comprenant plus d'information sur les cas, des données sur les facteurs de risque, de meilleures données sur les professions et l'ajout de données sur la race et l'origine ethnique, qui figurent en tête des priorités.
- Données agrégées des résultats de laboratoire : Les laboratoires provinciaux de santé publique et le Laboratoire national de microbiologie de l'ASPC signalent le nombre de personnes ayant subi des tests de dépistage du SARS-CoV-2.
- Données de surveillance syndromique : Les résidents canadiens atteints d'une maladie assimilable à la grippe et les personnes qui signalent une maladie assimilable à la grippe aux praticiens de la surveillance sentinelle participant au programme Surveillance de l'influenza de l'ASPC.

Page 1 30 of/de 1041
AV2020000020

- Applications : Données sur les utilisateurs provenant de l'application COVID-19 du Canada et d'autres applications de suivi des symptômes.
- Données sur la mobilité : Partenariat avec BlueDot Inc. et d'autres sources qui pourraient devenir disponibles, pour surveiller les indicateurs de mouvement de la population comme mesure de substitution de la conformité aux MSP, et les niveaux de mouvement interprovincial.
- Enquête spéciale : Impact de la COVID-19 sur des populations particulières, p. ex. les travailleurs de la santé.
- Réseaux de surveillance sentinelle :
    - Réseaux d'hôpitaux – Plusieurs flux de données sur les hôpitaux mesurent l'incidence de la COVID-19 dans les hôpitaux canadiens et recueillent des renseignements détaillés sur les cas les plus graves.
    - Programme canadien de surveillance pédiatrique – Présence du syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants (SIM-E)
    - Systèmes/réseaux communautaires – Évaluer le niveau de transmission dans la collectivité et les caractéristiques épidémiologiques des cas de patients externes.
- Données accessibles au public : source de données supplémentaires pour accroître la connaissance de la situation sur la transmission de la COVID-19 dans les administrations.

Préparatifs/planification à long terme

Des préparatifs sont en cours pour améliorer la qualité, l'exhaustivité et la rapidité des données de surveillance avant une résurgence possible de l'automne. Cela comprend le soutien F/P/T/autochtone à la gestion des données dirigées par les Premières Nations/les Inuits/les Métis. D'une façon générale, les multiples flux de données sont en cours de configuration afin de repérer les signaux et de cerner les changements épidémiologiques. Ces préparatifs et les activités en cours en fonction des échéances à court, à moyen ou à long terme prévues sont indiqués ci-dessous.

À court terme :

- Travailler avec le Groupe de travail d'experts en surveillance (GTES) à l'opérationnalisation d'un nouvel ensemble de données nationales.
- Collaborer avec le Centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS) de l'ASPC pour assurer la production de rapports et la mise en correspondance harmonieuses avec les données existantes.
- Mise à jour et élaboration d'un dictionnaire de données, d'un formulaire de rapport de cas, d'un guide de métadonnées (c.-à-d. une description des processus de collecte de données dans chaque secteur de compétence) et d'une orientation en matière de surveillance.
- Mise en œuvre de l'infrastructure de base de données mise à jour.
- Travailler par l'entremise du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada (RLSP) pour déterminer quelles données démographiques sur les tests de dépistage de la COVID-19 seraient disponibles à l'échelle nationale et pour améliorer les données de surveillance des laboratoires.
- Poursuivre le travail avec les représentants provinciaux et territoriaux afin d'accroître la normalisation de la déclaration des éclosions (y compris l'établissement d'un ensemble de données hebdomadaires sur les éclosions) par l'entremise du système national de renseignements sur la santé publique du Canada.

De moyen à long terme :

- Envisager l'utilisation d'une nouvelle base de données en nuage pour le COPS et pour soutenir de multiples flux de données.

Page 54 of/de 1 041
AV2020000020

Variables ou signaux influant sur la planification
Il est possible qu'un nouveau syndrome ou un événement rare exige l'élaboration d'une nouvelle stratégie de surveillance ou des ajustements à cette stratégie, comme cela s'est produit pour le syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants (SIM-E).

La surveillance des éclosions (ou la collecte de renseignements sur les éclosions) pourrait faire état de nouveaux contextes ou de nouvelles populations touchés par les éclosions, ce qui pourrait précipiter l'émergence de nouveaux besoins en données, l'exécution d'activités de surveillance supplémentaires ou le besoin de compiler des données sur de nouvelles variables pour éclairer les mesures. Par exemple, les éclosions chez les travailleurs étrangers temporaires ont fait ressortir le besoin d'être prêt à mettre en œuvre rapidement des mécanismes précis de surveillance et de coordination, et ont attiré l'attention sur la façon dont les déterminants sociaux de la santé (p. ex. logements surpeuplés, travail précaire, accès aux services médicaux) peuvent avoir une incidence sur la transmission et la maîtrise de la COVID-19.

6.2 Activités de réponse en laboratoire

La surveillance en laboratoire fait partie intégrante de la surveillance de l'activité des virus respiratoires. Comme il existe de nombreux virus respiratoires qui circulent en même temps, surtout pendant l'automne et l'hiver, les essais en laboratoire à l'aide de tests validés sont essentiels pour diagnostiquer la COVID-19. Depuis le début de l'éclosion de COVID-19, le Laboratoire national de microbiologie (LNM) du Canada fait preuve de leadership en ce qui a trait aux tests de dépistage de la COVID-19 et à la mobilisation d'une capacité d'appoint pour les laboratoires de santé publique provinciaux et territoriaux. Le LNM a également contribué aux efforts nationaux et internationaux visant à mieux comprendre les caractéristiques de la COVID-19 qui peuvent éclairer l'élaboration de contre-mesures médicales.

Situation/point de mire actuel
Les activités de réponse des laboratoires de santé publique du Canada sont actuellement axées sur les éléments suivants :

- optimiser les essais moléculaires pour réduire la consommation de réactifs en étudiant la façon de réduire les gènes cibles du PCR, en regroupant des échantillons, en évaluant des types optimaux d'échantillons, d'écouvillons et de milieux de transport, par l'entremise du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada (RLSPC);
- travailler à l'évaluation des trousses de dépistage sérologique et à l'élaboration d'outils sérologiques d'urgence à l'interne comme le test de dépistage ELISA, les essais de neutralisation et les tests au point de prestation de soins (le travail sérologique appuie les travaux de la communauté plus générale de l'immunologie au Canada);
- appuyer le travail effectué par le réseau canadien de génomique COVID-19 pour séquencer 150 000 génomes;
- travailler en étroite collaboration avec les collectivités nordiques, éloignées et autochtones pour leur permettre d'avoir un meilleur accès aux outils de diagnostic en laboratoire (p. ex. plateformes de diagnostic, réactifs, formation, gestion de la chaîne d'approvisionnement et resserrement des exigences relatives à l'expédition d'échantillons pour le transport des

Page 1042 of/de 1043
AV2020000020

marchandises dangereuses [TMD]) afin de relever les défis posés par la pandémie dans ces collectivités et dans toutes les collectivités canadiennes;
- entreprendre (par l'entremise du LNM) des recherches sur les animaux qui aideront à comprendre les caractéristiques des pathogènes.

Préparatifs/planification à long terme

Le LNM et le RLSPC entreprennent les activités suivantes afin de se préparer à une résurgence possible à l'automne en fonction du scénario de la pire éventualité raisonnable, mais aussi dans le cadre de la vision à long terme de la préparation des laboratoires.

À court terme :

- Optimisation des tests moléculaires pour être en mesure de distinguer la COVID des infections respiratoires non associées à la COVID pendant la prochaine saison de la grippe.
- Maintien d'une solide communication entre les partenaires en santé publique du Canada par l'entremise du RLSPC pour assurer des stratégies de réponse de laboratoire harmonisées et appropriées.

À moyen terme :

- Optimiser les tests sérologiques pour être en mesure de déterminer si les personnes ont déjà été infectées, en particulier pour les fournisseurs de soins de santé et d'autres fournisseurs de services comme la police, les pompiers, les travailleurs des établissements de soins de longue durée, entre autres.
- Simplifier les tests moléculaires et sérologiques, y compris resserrer la gérance des réactifs afin qu'ils soient conservés à mesure que la demande en matière de tests augmente.
- Élaborer et valider des outils de diagnostic plus rapides comme les tests au point de service, et permettre un meilleur accès à ceux-ci (accorder la priorité aux collectivités nordiques, éloignées, isolées et autochtones).
- Collaborer avec les fabricants pour améliorer l'approvisionnement en fournitures de laboratoire essentielles qui satisfont aux normes appropriées.
- Travailler avec les PT et d'autres intervenants pour éclairer l'utilisation des tests dans des établissements spécialisés (comme les frontières)

Variables ou signaux influant sur la planification

Bien que le pourcentage de cas positifs ait diminué récemment, un changement d'inflexion de cette courbe (c.-à-d. le passage à une tendance à la hausse) est un signal immédiat qu'une deuxième vague a été déclenchée et peut donc avoir une incidence sur les calendriers, la stratégie ou l'ordre de priorité de ces activités.

6.3 Mesures de santé publique

Les MSP sont des activités mises en œuvre par les autorités de la santé publique pour aider les personnes et les collectivités à prévenir, à retarder ou à atténuer la transmission des maladies infectieuses. Ces mesures comprennent des mesures axées sur les personnes (c.-à-d. pratiques personnelles, dépistage des cas et recherche des contacts, autosurveillance, isolement et quarantaine) pour se protéger et protéger les autres, et des mesures communautaires comme des campagnes d'éducation du public et des recommandations générales pour des interventions non pharmaceutiques.

Page 23 of/de 041
AV2020000020

(p. ex. hygiène des mains, distanciation physique et utilisation de masques non médicaux) pour protéger les groupes et la collectivité en général. Les mesures communautaires devraient être éclairées par une évaluation des risques adaptée à chaque contexte. Certaines mesures sont qualifiées de « restrictives » si elles comprennent la limitation des déplacements, des activités ou de l'accès aux ressources/installations/institutions, au niveau de la collectivité plutôt qu'au niveau individuel (p. ex. fermeture d'école, annulation de rassemblements de masse, accès limité aux lieux de travail, aux entreprises ou aux lieux d'événements). Bon nombre de ces mesures ont des conséquences importantes au-delà du contexte de la gestion de la COVID-19, ce qui exige un examen attentif et l'établissement de priorités au regard d'autres déterminants de la santé, comme le développement de l'enfant.

Depuis le début de l'éclosion de COVID-19, l'intervention en santé publique FPT a consisté à travailler en étroite collaboration avec des partenaires multilatéraux, d'autres ministères, des intervenants des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour élaborer, mettre à jour et diffuser des directives appropriées en matière de santé publique à l'intention d'un éventail de publics cibles sur la façon de détecter, de signaler, de prévenir et de gérer l'infection par la COVID-19. Par exemple, le Groupe de travail de la santé publique des collectivités autochtones éloignées, isolées ou nordiques travaille à adapter les lignes directrices sur les mesures de santé publique aux besoins, au contexte et aux considérations uniques de ces collectivités par rapport à la réponse.

Situation/point de mire actuel

Les MSP FPT actuelles comprennent les suivantes :

- Mettre l'accent sur l'isolement de tous les cas, ainsi que la recherche et la mise en quarantaine de tous les contacts, et ce, en temps opportun.
- Surveiller l'évolution de la situation nationale et internationale, mettre à jour les conseils et rajuster les MPS en conséquence (p. ex. conseils sur l'utilisation de masques non médicaux).
- Levée progressive des MSP restrictives par les PT tout en surveillant les signaux préoccupants (p. ex. augmentation du nombre de cas sans lien) et en protégeant les populations à risque élevé.
- Promouvoir des approches fondées sur les risques pour l'utilisation des MSP en fonction du contexte et de la prise en compte des répercussions générales des MSP sur la santé et le bien-être.
- Soutenir les milieux de travail et les entreprises en travaillant avec le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail afin de fournir des conseils pour des milieux de travail sains et sécuritaires.
- Élaborer et mettre à jour les directives nationales à mesure que l'information devient disponible.

Préparatifs/planification à long terme

En ce qui concerne les préparatifs FPT, l'accent est mis sur l'élaboration, l'ajustement et la mise à jour des lignes directrices et des ressources relatives aux MSP existantes, au besoin, en fonction des nouvelles connaissances, de l'expérience et des éventualités (y compris la planification du scénario de la pire éventualité raisonnable).

Il est important que ces activités en cours continuent d'être aussi adaptées et déployées en temps opportun que possible et qu'elles tiennent compte des besoins particuliers des populations à risque élevé en fonction de facteurs sociaux, économiques et démographiques. Les MSP communautaires sont

Page 154 of/de 1 041
AV2020000020

plus efficaces lorsqu'elles sont mises en œuvre le plus tôt possible en réponse aux déclencheurs épidémiologiques préoccupants. Par conséquent, les préparatifs comprennent la préparation à mettre en œuvre de nouveau les MSP communautaires restrictives au besoin, tout en les modifiant, si possible, pour éviter les effets négatifs sur la santé, le bien-être et la société. Les activités de communication qui continuent de renforcer la confiance du public seront essentielles pour faciliter la compréhension et la coopération du public en ce qui a trait aux MSP recommandées.

Ces préparatifs et les activités continues basées sur les calendriers à court, à moyen ou à long terme prévues sont indiqués ci-dessous.

À court terme :

- Mettre à jour sur une base continue les directives nationales existantes à mesure que les données probantes évoluent.
- Élaborer de nouvelles directives (p. ex. directives pour les établissements postsecondaires).
- Mettre à jour les produits de communication et d'éducation destinés au public et aux professionnels de la santé.
- Développer une capacité PT suffisante en matière de santé publique pour isoler les cas, retracer et mettre en quarantaine les contacts, notamment par l'utilisation d'outils numériques.
- Établir un processus de prestation de conseils complets aux milieux de travail et aux entreprises.

À moyen terme :

- Surveillance continue de la situation de la COVID-19 et des répercussions plus vastes des MSP et des recommandations, mise à jour des conseils et ajustement des MSP en conséquence.
- Mise à jour continue des directives.
- Surveiller la conformité du public aux MSP; ajuster les messages et appliquer la loi, au besoin.
- Réinstituer les MSP dans les différentes compétences, s'il y a résurgence.
- Tenir compte des MSP dans les plans pour les cliniques de vaccination (grippe et COVID-19).
- Réévaluer les plans FPT de stockage des fournitures (p. ex. désinfectant pour les mains, gants, masques, désinfectants) en tenant compte des MSP.

À long terme :

- Évaluer la stratégie à long terme pour les MSPet élaborer et mettre à jour les plans FPT.
- Éduquer le public afin d'inscrire les MSP comme pratiques essentielles qui deviendront les nouvelles normes selon l'efficacité des mesures (examen des données probantes).
- Collaborer avec d'autres secteurs pour renforcer les services sociaux afin de protéger la santé et d'atténuer les risques.

Variables ou signaux influant sur la planification

Les préparatifs et la planification à long terme tiendront compte des adaptations aux activités, aux recommandations et aux directives actuelles, p. ex. s'il y a des changements importants dans l'activité liée aux maladies, dans les groupes à risque élevé ou dans l'adhésion du public à la MSP recommandée, et l'incidence que ces changements peuvent avoir sur divers groupes de population.

Page 155 of/de 1 041
AV2020000020

6.4 Prévention et contrôle des infections (PCI) et conseils en matière de soins cliniques

Bien qu'elle ait une incidence sur l'intervention FPT en santé publique, la prestation d'une orientation et de conseils d'experts en matière de PCI et de soins cliniques visait principalement à informer les professionnels de la santé actifs. Par conséquent, la mobilisation des intervenants de l'extérieur du secteur de la santé publique, en particulier les travailleurs de première ligne en soins de santé, est un élément clé du soutien à la préparation.

Situation/point de mire actuel

Les activités d'intervention liées à la PCI et aux soins cliniques sont actuellement axées sur ce qui suit :

- S'assurer que les documents de prévention et de contrôle des infections liés à la COVID-19 déjà publiés continuent de fournir des conseils pertinents et fondés sur des données probantes.
- Mettre à jour (en fonction des nouveaux renseignements) les lignes directrices provisoires pour la prise en charge clinique des patients qui représente un cas de COVID-19 de modéré à grave.
- Fournir des conseils cliniques sur la présentation, les complications, les facteurs de risque et les résultats en évolution de la COVID-19.
- Achever tous les produits d'orientation encore non achevés.
- Planifier des webinaires conjoints de l'ASPC et de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI) portant sur des enjeux cliniques clés courants, lesquels se tiendront une fois par mois à compter de juillet 2020, peut-être jusqu'en mars 2021.
- Examiner et résumer les principaux articles de revues cliniques aux tables FPT sur la santé publique.

Préparatifs/planification à long terme

Tous les documents d'orientation en matière de soins cliniques et de prévention et de contrôle des infections font l'objet d'un examen continu afin de s'assurer qu'ils reflètent l'information la plus à jour sur les soins cliniques et la PCI. Cela comprend les principales constatations cliniques dans la littérature, en réponse à des données scientifiques nouvelles et/ou changeantes.

Variables ou signaux influant sur la planification

Si d'autres renseignements cliniques ou sur la prévention et le contrôle des infections émergent (p. ex. un changement de mode de transmission ou des groupes de risque supplémentaires ou inconnus), il peut être nécessaire de réviser ou d'élaborer d'autres documents d'orientation sur la PCI ou les soins cliniques. De même, la détermination et la disponibilité d'un traitement efficace exigeront la mise à jour des conseils en matière de soins cliniques.

6.5 Vaccination

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) fournit de l'information sur les progrès relatifs à plus de 150 vaccins candidats contre la COVID-19[9]. À l'heure actuelle, 21 vaccins candidats font l'objet d'une évaluation clinique et 139 vaccins candidats d'une évaluation préclinique. Il est nécessaire de commencer dès maintenant à planifier la mise en œuvre d'une stratégie de vaccination contre la COVID-

Page 26 of/de 41
AV2020000020

19 pour le Canada, mais à des fins de planification, il est tenu pour acquis qu'un vaccin efficace ne deviendra pas disponible avant 2021, au plus tôt.

La réduction des hospitalisations attribuables à la grippe saisonnière et à l'infection pneumococcique envahissante grâce à l'augmentation de la couverture vaccinale peut préserver à la fois les ressources de santé publique (p. ex. diagnostic/dépistage, intervention en cas d'éclosion) et la capacité de soins de santé (c.-à-d. visites en consultation externe et séjour à l'hôpital)[10]. Pour ces raisons, il s'agit d'un élément de la planification.

Situation/point de mire actuel

L'ASPC participe à la planification du vaccin contre la COVID-19 au moyen de discussions stratégiques avec l'organisme de réglementation et les fabricants potentiels. L'ASPC a également demandé au Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) d'élaborer un cadre équitable, éthique, réalisable et accessible décrivant les principes d'établissement des priorités qui optimiseront les bienfaits pour la santé publique de la vaccination contre la COVID-19 pendant la pandémie. Le CCNI a également publié des lignes directrices sur les priorités de recherche sur la COVID-19.

Préparatifs/planification à long terme

Comme on prévoit qu'il faudra du temps pour fabriquer des stocks suffisants d'un nouveau vaccin contre la COVID-19 et que les envois pourraient être échelonnés, les Canadiens doivent savoir que le vaccin ne sera pas offert à tous les Canadiens en même temps. De plus, l'approche traditionnelle de vaccination contre la pandémie de grippe (c.-à-d. vacciner tout le monde immédiatement) peut ne pas être recommandée ou appropriée pour un nouveau vaccin contre le coronavirus alors que l'expérience de son innocuité et de son efficacité est limitée.

On s'attend à ce que l'ASPC dispose d'un cadre provisoire éclairé par le CCNI à la fin de l'été 2020, à la suite d'examens approfondis des données probantes et d'une mobilisation FPT pour déterminer les groupes cibles pour les premières doses disponibles du vaccin contre la COVID-19 et les stratégies du programme de vaccination. En l'absence d'un vaccin contre la COVID-19, la planification générale (décrite dans l'Annexe sur les vaccins du guide PCGP) est en cours, par exemple, l'amélioration des systèmes de suivi des effets indésirables après l'immunisation (EIAI), l'évaluation de l'efficacité du vaccin (EV) et son adoption, l'allocation, l'entreposage et la manipulation; les stratégies d'administration des vaccins, autant d'éléments qui sont tous pris en compte dans la stratégie de vaccination contre la COVID-19 au Canada. Si le vaccin provient de fabricants qui ne sont pas déjà présents au Canada, l'ASPC pourrait également conclure des contrats pour des centres d'entreposage et de distribution du vaccin. De plus, le gouvernement du Canada achète proactivement des fournitures essentielles (p. ex. aiguilles, seringues, épinéphrine, etc.) au nom des PT par l'entremise de la Réserve nationale stratégique d'urgence afin d'atténuer les pénuries potentielles d'approvisionnement lorsqu'un vaccin contre la COVID deviendra disponible pour utilisation au Canada.

Un nouveau Groupe de travail sur le vaccin contre la COVID-19 du gouvernement du Canada se penchera sur les investissements stratégiques dans la recherche, le développement et la biofabrication de vaccins au pays afin de faciliter l'approvisionnement national en vaccins. De plus, un forum de discussion sur les essais cliniques du vaccin contre la COVID-19 réunit des partenaires du milieu universitaire, du gouvernement et de l'industrie pour discuter des défis liés aux essais cliniques portant sur le vaccin et de la conception optimale.

Page [illegible] of/de [illegible]
AV2020000020

Bien qu'un vaccin contre la COVID-19 ne soit pas prévu à temps pour répondre à une résurgence automnale, les délais relatifs aux produits d'orientation sont les suivants :

À court terme :

- Orientation provisoire du CCNI (cet automne) sur les stratégies de vaccination contre la COVID-19 et les groupes cibles pour les premiers vaccins.

À moyen terme :

- Adaptation du contenu de l'Annexe sur le vaccin du guide PCGP au contexte de la COVID-19.

À long terme :

- Améliorations/préparatifs pour le suivi et l'analyse des EIAI;
- Orientation fonctionnelle définitive du CCNI sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 autorisés;
- Planification logistique de la chaîne d'approvisionnement, y compris le transport, le stockage et l'utilisation des vaccins dans les régions nordiques, éloignées et isolées et dans les collectivités autochtones.

Vaccins contre la grippe et programmes courants

Les intervenants FPT en santé publique sont préoccupés par les interruptions des programmes de vaccination de routine en raison des MSP liées à la COVID-19 et de l'éloignement physique, et surveillent les tendances. À cette fin, l'ASPC a publié des directives sur l'importance de la continuité du programme d'immunisation, en particulier pour atténuer le risque de rougeole et d'autres éclosions de maladies évitables par la vaccination une fois que les voyages à l'étranger reprendront.

La convergence possible de la COVID-19 et de la grippe à l'automne 2020 est également préoccupante, car cela pourrait exacerber les pressions sur le système de santé. En réponse, l'ASPC prend des mesures pour commander un vaccin antigrippal spécialisé (Fluzone® – Haute dose) au nom des PT pour la saison de la grippe de 2020 afin d'appuyer la prévention de la transmission de la grippe et d'éclosions dans les foyers de soins de longue durée (SLD). L'ASPC a commandé suffisamment de vaccins pour tous les adultes de plus de 65 ans en établissement de SLD. L'objectif est de réduire le fardeau de la grippe sur le système de santé et les foyers/établissements de SLD qui pourraient faire face à des éclosions simultanées de COVID-19.

En prévision de l'augmentation ou du maintien de la transmission de la COVID-19 au cours du déploiement des programmes de vaccination contre la grippe (automne 2020), l'ASPC prépare également des directives sur l'administration du vaccin contre la grippe en présence de la COVID-19. Les lignes directrices seront axées sur d'autres modèles de prestation, l'établissement de cliniques, des changements aux pratiques et aux processus de vaccination, la prévention et le contrôle des infections et l'équipement de protection individuelle dans les cliniques de vaccination contre la grippe.

Variables ou signaux influant sur la planification

Il est important, aux fins de la planification, de reconnaître que la stratégie définitive de vaccination au Canada ne peut être conçue tant qu'on n'en saura pas plus sur les caractéristiques du nouveau vaccin contre la COVID-19 (p. ex. efficacité, innocuité, schéma posologique), sur l'efficacité des vaccins candidats dans différentes populations (p. ex. personnes âgées), et la situation de l'offre. La planification doit tenir compte des variations dans l'acceptabilité des vaccins et de la réponse aux rapports ou aux signalements d'EIAI. Cela exigera une expertise en matière de surveillance, de promotion de la santé, d'éducation et de communication des risques.

Page 28 of/de 1,041
AV2020000020

6.6 Mesures internationales en matière de santé des voyageurs et aux frontières

Depuis le début de la pandémie, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a considérablement modifié ses programmes de santé des voyageurs et à la frontière pour axer ses efforts sur l'atténuation du risque d'importation de la COVID-19 et, avec d'autres mesures d'intervention, protéger la capacité des provinces et des territoires d'offrir des services de santé aux Canadiens. Avant la pandémie, il n'était pas prévu que d'importantes fermetures de la frontière internationale seraient mises en œuvre comme mesure d'intervention en cas de pandémie.

Situation/point de mire actuel

Plusieurs mesures nouvelles et améliorées en matière de santé des voyageurs et à la frontière essentielles à la réponse à la COVID-19 ont été élaborées et mises en œuvre, notamment les suivantes :

- une capacité accrue pour l'ASPC d'entreprendre des évaluations des risques pour la santé et de fournir des conseils aux voyageurs et d'autres mesures pour réduire au minimum le risque d'exposition des Canadiens à la maladie, y compris des mesures relatives aux moyens de transport (aérien, maritime, terrestre);
- tirer parti des dispositions de la *Loi sur la mise en quarantaine*, ainsi que de la création d'un nouveau régime de conformité et d'application de la loi, afin de limiter l'entrée d'étrangers et d'imposer de nouvelles exigences en matière de quarantaine et d'isolement aux voyageurs qui arrivent au Canada;
- l'établissement d'une présence de la santé publique plus forte à la frontière (c.-à-d. que des agents de santé publique sont affectés à 36 points d'entrée à volume élevé) ainsi que l'amélioration de la capacité de l'ASPC d'effectuer des évaluations virtuelles de la santé liées à la COVID-19 par un accès à un système central de notification disponible en tout temps;
- l'établissement d'installations de quarantaine temporaires administrées par le gouvernement fédéral partout au pays et leur gestion continue pour appuyer l'application des mesures de santé publique imposées;
- l'amélioration des partenariats avec les autorités sanitaires provinciales et territoriales et d'autres intervenants clés pour appuyer le partage de données, la conformité, l'application de la quarantaine et la sensibilisation à la COVID-19 (p. ex. au moyen de l'application ArriveCan);
- des messages et des outils de communication pour le public voyageur.

Préparatifs/planification à long terme

Dans le cadre de la planification d'une éventuelle résurgence de la maladie, l'ASPC continuera de maintenir un niveau élevé de préparation pour répondre à la COVID-19 grâce à une combinaison de mesures relatives aux frontières et aux voyages qui sont calibrées en fonction de ce qui suit :

- l'évolution de la situation de la COVID-19 à l'échelle nationale et des considérations provinciales et territoriales;
- des modélisations mises à jour et des analyses des risques d'autres pays et des expériences internationales afin d'assurer l'utilisation des leçons apprises;
- la capacité opérationnelle à la frontière, avant et après le passage de celle-ci, pour faire face à l'augmentation prévue des volumes de voyages entrants et sortants;
- la prise en compte de la capacité du système de santé et de santé publique à gérer l'augmentation possible des cas importés (dépistage, recherche et déclaration des contacts, capacités des provinces et des territoires en matière de soins de santé);

Page 1 539 of/de 1 041
AV2020000020

- des volumes que les différentes classes et différents secteurs ou modes d'arrivée apportent au Canada.

Variables ou signaux influant sur la planification

Si le contexte international et/ou national changeait, signalant le besoin pour le Canada d'envisager à nouveau de prendre des mesures relatives aux frontières et aux voyages, diverses approches pourraient être examinées :

- **Restrictions globales :** Resserrer/imposer des restrictions mondiales pour toutes les destinations, contrôle au moyen de mesures liées à la santé. Exclusion possible des pays à risque élevé, en fonction de l'évaluation des risques par pays.
- **Restrictions nationales spécifiques :** Supprimer l'avis général/l'interdiction d'entrée, mais maintenir/imposer des restrictions visant des destinations particulières sur la base d'exception, en fonction du risque d'importation.
- **Restrictions relatives à des secteurs et à des classes :** Réduire les exemptions aux mesures relatives aux voyages à la lumière d'une analyse sectorielle.
- **Réciprocité :** Maintenir l'avis et l'interdiction d'entrée à l'échelle mondiale, éliminer ou assouplir les restrictions en fonction d'accords de réciprocité avec des États individuels (ou des régions, p. ex. les Caraïbes) et évaluer les situations liées à la COVID au cas par cas.
- **Modal :** Assouplir les mesures relatives à l'entrée par voie aérienne/maritime, dans un premier temps, et celles relatives à l'entrée par voie terrestre dans un deuxième temps.

6.7 Infrastructure du système de soins de santé

Un sommet d'activité pandémique supérieur à la première vague de la COVID-19 dans n'importe quelle administration peut avoir une incidence importante sur la capacité des services de soins de santé et la capacité des organisations de soins de santé de maintenir la sécurité des personnes qui fournissent ou reçoivent des services de soins de santé.

Situation/point de mire actuel

L'intervention FPT en santé publique sur le plan de l'infrastructure du système de soins de santé a consisté à établir des liens avec les partenaires responsables de la surveillance, de l'anticipation et de la planification des renforcements ponctuels de la capacité du système de soins de santé afin d'accroître les connaissances mutuelles et la connaissance de la situation, et d'appuyer les activités d'intervention relatives à la prestation de soins de santé aux patients atteints de la COVID-19 au Canada. Pour appuyer ce travail :

- le gouvernement du Canada et les PT ont pris des mesures pour appuyer la capacité d'appoint des hôpitaux et assurer un accès rapide à l'équipement et aux fournitures essentiels;
- un financement a été accordé pour l'élaboration, l'expansion et le déploiement d'outils virtuels de soins et de services en santé mentale à l'appui des services offerts par les PT;
- la modélisation a été mise à contribution pour établir des projections de la demande;
- le partage de données hospitalières (sur les taux d'admission, la capacité actuelle et l'utilisation de l'équipement, des fournitures et des ressources) a été inclus dans les produits de surveillance;
- le Comité consultatif de la logistique (CCL) a été convoqué pour faciliter l'acquisition de ressources.

Page 30 of/de 41
AV2020000020

Préparatifs/planification à long terme

En ce qui concerne la planification à long terme, le gouvernement du Canada continuera d'effectuer ce qui suit :

- consulter les provinces et les territoires et utiliser la modélisation pour évaluer le besoin d'acquérir davantage d'équipement de protection individuelle (EPI), de fournitures essentielles et d'équipement médical permettant de sauver des vies pour appuyer les systèmes de soins de santé des provinces et des territoires et accroître la capacité de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU);
- explorer les possibilités de renforcer la capacité de production nationale d'EPI et d'autres fournitures essentielles;
- surveiller les pénuries possibles de médicaments liés au traitement de la COVID et collaborer avec les PT et les intervenants pour élaborer et mettre en œuvre de façon proactive des stratégies de gestion de ces risques;
- fournir de l'EPI aux collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis afin d'assurer la sécurité des travailleurs de la santé et d'autres intervenants qui appuient la prestation des services de santé par l'entremise de la Réserve d'EPI de Services aux Autochtones Canada (SAC) et de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) de l'ASPC;
- faciliter le partage des pratiques exemplaires sur les établissements de soins de rechange, le triage et la gestion de la prestation de services de santé non liés à la COVID-19, examiner les plus récentes données scientifiques disponibles afin d'éclairer l'orientation des milieux de santé et d'élaborer des approches adaptées pour les collectivités ayant des besoins particuliers en matière de soins de santé, comme les collectivités éloignées, nordiques et isolées, ainsi que les peuples autochtones en milieu urbain.

Les établissements de soins de santé, dont bon nombre fonctionnent déjà presque à plein rendement, doivent planifier la façon dont ils s'adapteront à un afflux potentiellement important de patients, y compris planifier l'établissement de cadres relatifs à l'éthique aux fins de l'affectation de ressources rares comme les lits de soins intensifs et les ventilateurs. Dans les collectivités éloignées, nordiques et isolées, il est également essentiel de planifier en fonction d'éventuelles interruptions de la chaîne d'approvisionnement et des évacuations médicales en raison de conditions météorologiques.

La planification doit tenir compte des répercussions et des changements qui se sont produits au cours de la première vague de la COVID-19 au Canada. Plus précisément, il faut se préparer à ce qu'une réduction imprévue des visites à l'urgence pour des problèmes de santé graves, le virage des soins primaires vers des soins virtuels et un arriéré des interventions chirurgicales entraînent des répercussions sur le plan du rattrapage et déclenche le besoin de planifier les vagues futures de façon à ne pas paralyser le système de soins de santé inutilement.

Variables ou signaux influant sur la planification

Si les établissements de soins de santé commencent à constater une augmentation du nombre de cas ou un changement des caractéristiques (p. ex. démographie, problèmes médicaux sous-jacents) des patients traités pour la COVID-19, le gouvernement du Canada collaborera avec les PT pour surveiller la disponibilité et l'utilisation d'EPI, de ventilateurs, de lits aux unités de soins intensifs (USI) et d'autres fournitures essentielles, afin de permettre une gestion efficace et axée sur la collaboration des éclosions. On examine également la capacité d'appoint en ce qui concerne les travailleurs de la santé et d'autres ressources humaines.

Page 1041 of 1043
AV2020000020

6.8 Communication des risques et sensibilisation

La communication d'information et de conseils en situation d'urgence en santé publique est une intervention essentielle de santé publique qui aide à protéger la santé publique, à sauver des vies et à réduire au minimum les répercussions sociales et économiques globales. À l'aide d'une approche de communication des risques, l'Agence de la santé publique du Canada, de concert avec d'autres ministères et homologues provinciaux et territoriaux, s'est efforcée de fournir aux fournisseurs de soins de santé, aux Canadiens et aux intervenants clés l'information complète, fiable, accessible, fondée sur des données probantes et communiquée en temps opportun dont ils ont besoin pour se protéger, protéger leur famille, protéger leur collectivité et protéger leur entreprise.

Situation/point de mire actuel

L'accent est actuellement mis sur la communication de messages clairs, concis et concrets qui trancheront avec la fatigue, la confusion et la fragilité de la conformité actuelles, afin : de veiller à ce que les Canadiens disposent de l'information dont ils ont besoin pour se protéger et protéger les autres du virus et pour réduire ses répercussions sur la santé personnelle, le système de santé, la vie sociale et l'économie, alors que les Canadiens s'ajustent à la transition vers la nouvelle réalité de « Vivre avec la COVID-19 »; et d'aider les Canadiens à prendre une décision en toute connaissance de cause et éclairée au sujet des activités auxquelles ils participeront à l'extérieur de leur foyer et de la façon dont ils le feront, dans le souci de se protéger, ainsi que de protéger leur famille et leur collectivité.

Les principales activités à ce jour comprennent les suivantes :

- la mobilisation des réseaux FPT et autochtones pour assurer l'uniformité des messages et le partage des pratiques exemplaires (et des leçons apprises) entre les administrations;
- des séances d'information données par des médecins hygiénistes en chef et des médecins hygiénistes locaux dans les provinces et territoires et, à l'échelle nationale, par l'administrateur en chef de la santé publique et l'administrateur en chef adjoint de la santé publique, y compris des mises à jour sur la modélisation et l'épidémiologie;
- des communications ciblées sur l'amélioration des mesures à la frontière;
- l'utilisation de tous les leviers de communication (publicité, Web, médias sociaux, séances d'information régulières, envois postaux à l'échelle nationale, partenariats, collaboration PT, sensibilisation communautaire, etc.) pour joindre les intervenants (y compris le public canadien);
- la mise en œuvre d'une stratégie de communication des risques liés à la COVID-19 en quatre étapes comportant différents objectifs (p. ex. confinement et retard, outils et habilitation, atténuation et collaboration pour « aplatir la courbe », persévérance et vigilance continue dans le contexte de la réduction des maladies et de la réouverture de la société);
- la collaboration FPT et autochtone pour partager les pratiques exemplaires et les leçons apprises et veiller à ce que les messages à venir soient harmonisés et cohérents (par l'entremise du service de communications du Réseau de santé publique et du Comité consultatif spécial).

Défis et facteurs à considérer :

Les messages de la première phase de la pandémie étaient clairs : restez à la maison, lavez-vous les mains; maintenant l'environnement est beaucoup plus complexe :

- Il y a différentes épidémies au pays, de sorte que des mesures de santé publique varient d'une administration à l'autre. Les messages et leur diffusion doivent être clairs et fermes pour éviter toute confusion.

Page 32 of 1041
AV2020000020

- Il y a encore beaucoup d'incertitude, ce qui influe sur la précision et la certitude de nos messages. À mesure que les connaissances scientifiques évoluent et que nous en apprenons davantage, les conseils aux Canadiens peuvent changer, ce qui alimente la confusion et les accusations de contradiction par rapport à des messages antérieurs.

La communication devient de plus en plus complexe à mesure que l'économie rouvre et que les Canadiens participent à des activités sociales et économiques après une période prolongée de perturbation de leur vie :

- Les Canadiens sont encouragés à participer à l'économie en cette période de reprise. Nous devons aider les gens à prendre une décision éclairée et en toute connaissance de cause chaque fois qu'ils quittent leur domicile pour les aider à se protéger et à protéger les autres.
- Les Canadiens doivent évaluer leur activité, leur tolérance au risque, le risque qu'ils représentent pour les autres et l'importance de leur propre comportement pour réduire ce risque. Nos efforts de communication doivent leur fournir l'information nécessaire pour le faire facilement et avec exactitude.

La perception du risque (et la conformité) des Canadiens variera en fonction de leurs expériences individuelles et de leur réalité unique.

- Nous devons maintenir le niveau actuel de conformité et trouver des façons de continuer à encourager et à renforcer positivement les personnes qui suivent les directives de santé publique tout en s'attaquant à la perception de faible risque et à la faible conformité chez des groupes particuliers.

Préparatifs/planification à long terme

Il est maintenant important de modifier le message à mesure que nous aidons les Canadiens à faire la transition vers la réalité de « vivre avec la COVID » et effectuer la transition, à l'échelle nationale, d'une réponse vive à l'assouplissement des mesures publiques à divers degrés à l'échelle du pays. L'imposition et l'assouplissement des MSP doivent être contrebalancés par le message selon lequel certaines mesures doivent demeurer en place afin de maintenir le niveau de transmission à un rythme gérable à l'échelle locale. Tous les ordres de gouvernement doivent faire savoir aux Canadiens qu'ils doivent se préparer à un recul ou à un resserrement des MSP, au besoin.

Les principes suivants sous-tendent l'approche de planification des communications :
Fournir des messages et des conseils clairs, cohérents, concis et concrets avec des exemples et des outils pertinents pour les Canadiens :

- Appliquer la science du comportement pour mettre à l'essai divers messages et outils de santé publique.
- Donner des conseils pour aider le public à réduire au minimum les risques lorsqu'il s'aventure dans les espaces publics.
  - Des listes de contrôle avant de sortir de son domicile
  - Des outils d'aide à la prise de décisions

Prêcher par l'exemple, et non par la parole :

- La meilleure façon de renforcer le comportement que nous attendons des Canadiens est de le démontrer.
- Mettre en valeur les membres, les organismes et les porte-parole de la collectivité qui « font les choses correctement ».

Page 1043 of 1041
AV2020000020

- Tirer parti d'un plus grand nombre de récits pour motiver le comportement (témoignages de jeunes, etc.).
- Reconnaître et célébrer ceux qui ont fait une différence.

Communiquer avec empathie et honnêteté

- Les efforts déployés par les Canadiens au cours de la première phase ont fort probablement sauvé des milliers de vies. Il faut le reconnaître et encourager tout le monde à continuer de le faire.

Cette approche sera appuyée par les stratégies, le contenu et les plans de mise en œuvre FPT qui comprennent :

- suffisamment de recherches sur l'opinion publique (ROP) et de renseignements sur le comportement (au sujet des comportements, des vaccins, des mesures de santé publique, de la rentrée scolaire) pour cerner les priorités, les valeurs et les préoccupations de tous les Canadiens et saisir les variations régionales;
- des campagnes d'éducation du public;
- des campagnes de préparation à la vaccination (grippe saisonnière et COVID-19);
- des campagnes sur la façon de se préparer à des voyages;
- des activités de communication liées à la recherche des contacts;
- une collaboration FPT pour partager les pratiques exemplaires et les leçons apprises et veiller à ce que les messages à venir soient harmonisés et cohérents (par l'entremise du Réseau de communications du RSP et du CCI).

Cela sera fait principalement au moyen de la sensibilisation et de la mobilisation stratégiques, par l'entremise de l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP), de l'administrateur en chef adjoint de la santé publique (ADPSP), des porte-parole provinciaux et territoriaux, des campagnes de sensibilisation du public, des relations avec les médias et de la gestion des enjeux, des médias sociaux et des mises à jour du site Web. La sensibilisation et la mobilisation importantes d'un éventail d'intervenants de la santé et d'autres intervenants ont été un élément essentiel de la réponse nationale à la COVID-19. Ces activités de sensibilisation et de mobilisation ont évolué tout au long de la pandémie, passant de la mise en commun proactive des derniers développements et des dernières ressources en santé publique à la détermination des besoins et des points de vue des intervenants en matière d'information, en passant par la collaboration à l'élaboration d'orientations et de messages de communication communs. Divers intervenants ont été mobilisés au moyen de séances d'information régulières, de téléconférences et de webinaires sur la COVID-19, notamment les suivants : Forum des professionnels de la santé de l'ACSP (organisations nationales de professionnels de la santé), organisations nationales paramédicales, médecins hygiénistes locaux, intervenants du secteur des infrastructures essentielles, intervenants du secteur de l'agriculture et de l'agroalimentaire, les groupes d'affaires et les intervenants du secteur des services de garde et d'éducation.

Il a été particulièrement important (et il continue de l'être) de mobiliser les dirigeants communautaires des collectivités autochtones, des communautés racialisées, des communautés de couleur et des organismes confessionnels pour aider à fournir de l'information essentielle[11].

Page 34 of 41
AV2020000020

Variables ou signaux influant sur la planification

Les augmentations subites des cas qui exigent des changements ou la mise en œuvre d'une MSP communautaire restrictive, ainsi que tout changement dans les connaissances scientifiques (p. ex. de nouveaux renseignements sur la COVID-19 qui exigent un changement dans la réponse du Canada en matière de santé publique ou dans les directives à l'égard de populations particulières), les changements aux mesures aux frontières, les indicateurs de l'hésitation à se faire vacciner et la disponibilité du vaccin sont autant de facteurs qui exigeront une mise à jour de la stratégie et des produits de communication FPT actuels.

6.9 Recherche

Le gouvernement du Canada a mobilisé les milieux de la recherche et des sciences du Canada en réponse à la propagation du nouveau coronavirus (COVID-19). Les domaines de recherche prioritaires comprennent les contre-mesures médicales (vaccins, thérapies et diagnostics), la recherche en gestion clinique, ainsi que la recherche sociale et politique.

Situation/point de mire actuel

Actuellement :

- le gouvernement du Canada a établi des mécanismes pour mobiliser des interventions rapides en recherche pour ce type d'urgence, qui ont été activés pour accélérer l'élaboration de contre-mesures médicales, afin d'appuyer la recherche prioritaire sur la transmission et la gravité de la COVID-19, et pour comprendre les avantages et les limites possibles des contre-mesures médicales, sociales et stratégiques;
- Santé Canada a établi un certain nombre de mesures temporaires novatrices et souples pour aider à prioriser et à accélérer l'examen réglementaire des produits de santé liés à la COVID-19 sans compromettre les normes élevées du Canada en matière d'innocuité, d'efficacité et de qualité (ces mesures ont été mises en place pour faciliter l'accès sécuritaire et rapide aux produits dont les Canadiens et les travailleurs de la santé ont besoin);
- il existe plusieurs programmes fédéraux visant à mobiliser l'industrie et les secteurs de l'innovation et de la recherche pour répondre à la COVID-19;
- la capacité des installations de recherche fédérales est mise à profit, et les organismes subventionnaires fédéraux sont stratégiquement alignés pour appuyer la capacité de recherche du Canada;
- le secteur privé canadien (R-D, fabrication) est mis à contribution pour apporter des solutions en recherche-développement;
- le gouvernement du Canada appuie également diverses stratégies visant à présenter aux décideurs, de façon utile et en temps opportun, les conclusions importantes découlant de ces efforts de recherche.

Préparatifs/planification à long terme

Afin de se préparer à une résurgence automnale fondée sur le scénario de la pire éventualité raisonnable, les besoins suivants ont été cernés :

- Il faut établir des priorités et poursuivre un vaste éventail **d'activités d'essais cliniques** pour les produits thérapeutiques et les vaccins.
- Il faut renforcer notre capacité de réaliser des **travaux de modélisation pertinents de la COVID-19** : L'épidémie de COVID-19 a démontré le rôle important et la nécessité d'une capacité

Page 1045 of/de 1045
AV2020000020

accrue et continue de mettre en œuvre la gamme complète d'outils de modélisation nécessaires pour appuyer la prise de décisions pendant une crise complexe de santé publique. Les modèles aident à prédire où et quand les infections à la COVID-19 peuvent émerger ou ressurgir, et ils peuvent être utilisés pour examiner les meilleures combinaisons d'approches pour contrôler la progression de la maladie et protéger la santé des Canadiens.

- Il faut **poursuivre les recherches et les études de surveillance** visant à mieux comprendre les mécanismes des infections et l'immunité contre le virus de la COVID-19. Il faut étudier et surveiller la diversité génétique du SARS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19, partout au Canada afin de mieux réagir à sa propagation; évaluer et établir des méthodes d'analyse sanguine (sérologique) pour déterminer l'état immunitaire des populations canadiennes et mener de la recherche et coordonner la recherche avec des partenaires pour élaborer des modèles animaux relatifs à la COVID-19 et des contre-mesures médicales.
- Il faut investir dans les connaissances en sciences sociales, et les utiliser, comme la sociologie, l'anthropologie et la psychologie. Plus précisément, la **science du comportement et la recherche ethnique** peuvent guider les futures mesures stratégiques et réglementaires.
- Il faut renforcer notre capacité d'effectuer un **examen rigoureux et rapide des données probantes** afin de produire des examens des données probantes et de répondre à des questions précises de manière à fournir les données scientifiques les plus à jour pour une prise de décisions optimale.
- Il faut explorer la valeur épidémiologique de nouvelles méthodes novatrices pour suivre la propagation dans la collectivité, comme le **dépistage du SARS-CoV-2 dans les eaux usées** pour fournir une capacité d'alerte rapide à l'échelle des collectivités (municipalité, établissements spéciaux comme les établissements de soins de longue durée, les prisons, les hôpitaux et les collectivités éloignées).

De court à moyen terme :

De court à moyen terme, l'approche à l'égard de ces préparatifs consiste à :

- travailler en collaboration avec les partenaires nationaux, les gouvernements FPT et les groupes d'intervenants (y compris les organisations autochtones nationales, les chercheurs et les universitaires autochtones, le National Collaborating Centre for Indigenous Health), et la communauté scientifique fédérale pour appuyer le travail des groupes de travail clés mandatés pour appuyer la réponse du Canada à la COVID-19 (Groupe de travail sur l'immunité, Groupe de travail sur les vaccins, Groupe de travail sur les thérapies) et la recherche autochtone fondée sur la culture;
- travailler en collaboration avec les ministères à vocation scientifique du gouvernement fédéral avec une mobilisation ciblée précise avec les IRSC et le conseiller scientifique en chef du Canada;
- poursuivre l'engagement auprès du Réseau pancanadien de santé publique (par l'entremise du Comité consultatif technique et du Comité consultatif spécial). Les activités comprennent l'échange des résultats de recherche, des données et de l'expérience locale qui orienteront une planification accrue conformément à nos objectifs et buts de santé publique (p. ex. quantifier les conséquences négatives et positives des MPS qui ont été mises en œuvre lors de l'intervention initiale afin d'être en mesure de mieux gérer les inégalités qui ont été soulevées).

À long terme :

À plus long terme, les efforts comprendront la recherche d'investissements pour renforcer la capacité des laboratoires dans le domaine de l'innovation génomique et de la bio-informatique.

Page 376 of 1041
AV2020000020

Variables ou signaux influant sur la planification

Comme c'est le cas d'autres composantes de la réponse, plusieurs facteurs, notamment la preuve d'une augmentation importante du taux de mortalité, les données d'essais cliniques de vaccins et de traitements, les données sur la protection immunologique des Canadiens, les connaissances nouvelles et rigoureuses sur l'incidence de la COVID-19 sur des groupes à risque élevé particuliers, un changement important dans le schéma génomique du SRAS-CoV2 (qui mène à l'examen d'un changement possible de virulence ou d'infectiosité) et une connaissance nouvelle/rigoureuse de l'importance d'un mode de transmission non respiratoire, pourraient avoir une incidence sur les préparatifs en vue de la réponse continue à la COVID-19.

7. Planification avec les collectivités autochtones

Les collectivités autochtones ont reçu du soutien pour mettre à jour et activer leurs plans de lutte contre la pandémie. Plus de 30 organisations autochtones ont été mobilisées et ont collaboré pour appuyer l'intervention en santé publique par l'entremise du groupe de travail sur la santé publique dans les collectivités autochtones éloignées et isolées du CCS. Services aux Autochtones Canada (SAC) et les organisations autochtones nationales (OAN) ont dirigé les travaux avec l'ASPC, Statistique Canada et le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations pour combler les lacunes dans les données concernant les répercussions de la COVID-19 sur les peuples autochtones.

Grâce aux efforts d'intervention soutenus par la collectivité, les taux d'infection dans les réserves et dans le Nord sont demeurés inférieurs à ceux du reste de la population canadienne. Cependant, il est important de noter que les écarts pour les populations urbaines, métisses, inuites et des Premières Nations hors réserve persistent et qu'il faut accroître les liens pour soutenir ces populations. Un résumé des activités d'intervention qui ont été soutenues à ce jour en plus de la stratégie/approche, des mesures et des produits livrables pour ces préparatifs à court, à moyen et à long terme (c.-à-d. avant septembre, de septembre à décembre, et 2021 et au-delà, respectivement) sont inclus dans l'*Annexe 3 : Planification de la réponse à la COVID-19 avec les collectivités autochtones.*

8. Planification des milieux et des populations à risque élevé

Un milieu particulier peut être considéré comme « à risque élevé » pour les raisons suivantes :

- la possibilité de taux plus élevés de maladie grave ou de décès chez les personnes de ce milieu comparativement à la population générale (en raison du regroupement de personnes ayant des problèmes médicaux sous-jacents, du regroupement de personnes du groupe d'âge à risque élevé ou des deux);
- la possibilité de taux de transmission élevés (en raison de l'encombrement inévitable en milieu confiné, avec une capacité limitée d'utiliser les mesures de protection ou un manque d'uniformité dans leur utilisation).

Les enquêtes épidémiologiques sur les éclosions dans ces contextes sont essentielles pour améliorer notre compréhension de la dynamique de transmission et des risques propres à chaque milieu. Il peut être difficile d'atténuer considérablement ces risques; ainsi, les activités de planification doivent tenir compte des circonstances particulières de chaque milieu et des mesures améliorées qui peuvent être

Page 37 of/de 1,041
AV2020000020

mises en place pour prévenir et gérer les éclosions de COVID-19 dans ces milieux très variables. Celles-ci devraient comprendre des mesures pour empêcher l'introduction du virus dans ces milieux (p. ex. par le dépistage des employés et des visiteurs, la restriction des visites, les efforts pour empêcher le travail à plus d'un endroit à risque élevé, la mise en œuvre d'une période de quarantaine pour les personnes qui entrent dans le milieu en question).

Comme on l'a observé au cours de la première vague de COVID-19, les milieux à risque élevé qui tireraient parti de considérations spéciales en matière de planification comprennent les suivants :

- les établissements de soins de longue durée;
- les lieux de travail exigeant une proximité étroite avec des collègues (p. ex. transformation de la viande) ou avec des logements communautaires (p. ex. travailleurs étrangers temporaires vivant dans des fermes de travail, camps de travail éloignés ou accessibles par avion comme les mines du Nord);
- les populations en régions éloignées qui n'ont pas facilement accès à des services de santé évolués (p. ex. collectivités accessibles uniquement par avion) et présentant des taux potentiellement élevés de problèmes médicaux sous-jacents ou d'autres disparités préexistantes;
- les refuges pour sans-abri;
- les prisons.

Bien que des directives aient été élaborées et que des mesures aient été mises en place pour prévenir d'autres éclosions dans ces milieux, la planification du scénario de la pire éventualité raisonnable exige que nous entreprenions des activités à court terme pour renforcer la capacité de prendre des mesures de prévention et d'intervention en cas d'éclosion, ainsi que pour surveiller ces mesures sur une base continue et les adapter au besoin. Par exemple :

- S'il devait y avoir un niveau élevé d'activité pandémique dans les régions géographiques environnantes, les plans d'intervention pour ces milieux seraient-ils applicables et suffisants?
- Quelles sont les lacunes actuelles en matière d'orientation, de mesures ou de ressources, et comment peut-on les combler avant une résurgence possible à l'automne?
- Les mesures de prévention mises en œuvre au cours de la première vague de COVID-19 sont-elles durables et réalistes en vue d'une résurgence à l'automne et/ou du scénario de la pire éventualité raisonnable?
- Quel impact ces mesures pourraient-elles avoir sur les populations à risque élevé?

Ce travail de collaboration visant à planifier et à soutenir les milieux et les populations à risque élevé se poursuivra à tous les ordres de gouvernement, dans de multiples secteurs et avec des intervenants en santé publique des secteurs des soins de santé, de l'éducation, de l'agriculture et de l'agroalimentaire, de l'immigration et du développement économique, des services correctionnels, des services sociaux/de logement, des sciences et de la recherche et du travail.

À mesure que les travaux se poursuivent, il est important de tenir compte de l'incidence que ces mesures peuvent avoir sur les divers groupes sociodémographiques les plus vulnérables. Les considérations relatives aux travailleurs à faible revenu, aux aînés, aux travailleurs migrants, aux personnes vivant dans des logements surpeuplés, aux personnes sans abri et aux détenus, entre autres, devront demeurer une pierre angulaire de tous les plans d'intervention.

Page 1 : 3 of 1 041
AV2020000020

9. Évaluation

L'évaluation des efforts de réponse à la pandémie pendant les périodes où le rythme d'intervention est relativement faible aidera à cerner les points à améliorer et à prioriser les efforts de planification futurs. Il est également essentiel, sur une base continue, de déterminer si les activités d'intervention ont été efficaces et mises en œuvre de façon efficiente afin d'atteindre les résultats escomptés et si les domaines d'incertitude (voir la section 4) ont été abordés ou peuvent l'être. La structure de gouvernance de la réponse FPT à la COVID-19 (voir l'Annexe 1), qui comprend le Comité consultatif spécial (CCS), le Comité consultatif technique (CCT) et le Comité consultatif de la logistique (CCL), offre de multiples tribunes pour ces discussions et des occasions de partager l'expérience, les leçons apprises et les pratiques exemplaires dégagées. Des processus d'évaluation plus structurés, y compris des examens pendant l'action et après l'action, devraient être envisagés à tous les échelons de gouvernement pour éclairer la planification et les préparatifs futurs en cas de pandémie.

Maintenant que la première vague de COVID-19 s'estompe et que nos connaissances collectives sur cette maladie et ses répercussions se sont enrichies, les conséquences directes et indirectes plus vastes de la COVID-19 sur le plan des résultats en matière de santé physique et mentale ainsi que sur la société et l'économie doivent être reconnues et évaluées afin que des mesures de réduction des effets négatifs puissent être prises en compte dans les efforts globaux de planification à long terme.

Pour ce faire, il faut tenir compte de l'incidence que les mesures d'intervention peuvent avoir sur la santé et le bien-être physiques, sociaux, mentaux et émotionnels des personnes, y compris la façon dont cela peut influer sur l'adoption de mesures de contrôle. Il faut évaluer l'incidence plus vaste des MSP communautaires restrictives sur la santé, le bien-être, le développement et le bien-être de l'enfant, et mettre en œuvre des plans pour prévenir d'autres préjudices immédiats à la santé et l'augmentation des inégalités en santé pour les populations à risque élevé. Elles peuvent être à l'origine d'autres répercussions directes sur la santé, y compris le risque de retard de procédures sanitaire, la violence familiale, le bien-être/la négligence d'enfants, la réduction de l'accès aux services de réduction des méfaits ou à l'approvisionnement en drogues sûres et aux services de santé mentale. Il pourrait aussi s'agir de s'attaquer aux risques indirects pour la santé et le bien-être associés à la COVID-19, comme les logements collectifs, les normes d'emploi peu élevées, le manque d'accès aux soutiens éducatifs pour les étudiants ayant des besoins élevés et le risque lié aux politiques de restriction des visiteurs (p. ex. les aidants familiaux dans les foyers de soins de longue durée).

Des ressources et une orientation pour appuyer la santé mentale sont en cours d'élaboration, mais il faut tenir compte du besoin d'autres ressources. De plus, l'amélioration des conditions (comme les conditions de logement et d'emploi) qui augmentent les risques associés à la COVID-19 pourrait aussi aider à réduire les répercussions des pandémies futures sur la santé et la société.

Page [illegible] du dossier 041
AV2020000020

Annexe 1 : Système d'intervention d'urgence en santé publique du Canada et inventaire des ressources, des lignes directrices et des ententes pour éclairer la préparation et l'intervention liées à la COVID-19.

Le « système » d'intervention d'urgence en santé publique du Canada comprend une série de plans, d'ententes, de protocoles et de réseaux complémentaires qui se renforcent mutuellement et qui intègrent les leçons tirées des éclosions antérieures comme le SRAS, la pandémie de grippe H1N1 de 2009 et le virus Ebola, qui sont régulièrement mis à jour pour tenir compte des dernières données probantes et des progrès scientifiques. Ensemble, ils couvrent les réalités aux échelles locale, provinciale, territoriale, pancanadienne, nord-américaine et internationale et fournissent un cadre solide et éprouvé pour la réponse du Canada à la COVID-19.

Comme la santé publique au Canada est un domaine de compétence partagée, les fonctionnaires et les experts fédéraux, provinciaux et territoriaux de la santé travaillent de concert par l'entremise du *Comité consultatif spécial* (CCS) *sur la COVID-19* et ses divers comités d'experts et groupes de travail afin d'assurer une intervention coordonnée et efficace à la suite de l'éclosion de COVID-19, conformément au *Plan d'intervention fédéral-provincial-territorial en matière de santé publique dans les cas d'incidents biologiques.* Le Plan, qui comprend un résumé des rôles et responsabilités FPT en situation d'urgence en santé publique, est accessible à https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/mesures-interventions-urgence/plan-intervention-matiere-sante-publique-cas-incidents-biologiques.html.

Le CCS s'inspire de la structure du Réseau de santé publique (RSP) pancanadien. Créé en 2005, le RSP tient compte des leçons tirées de l'éclosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), qui a mis en évidence le besoin d'adopter une approche proactive et axée sur la collaboration en matière de planification et d'intervention dans les situations d'urgence en santé publique au Canada. Le RSP a depuis démontré sa valeur et son efficacité en tant que mécanisme de leadership de collaboration au cours des épisodes de la grippe H1N1 de 2009, du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (CoV-SRMO) et de l'éclosion de la Zika.

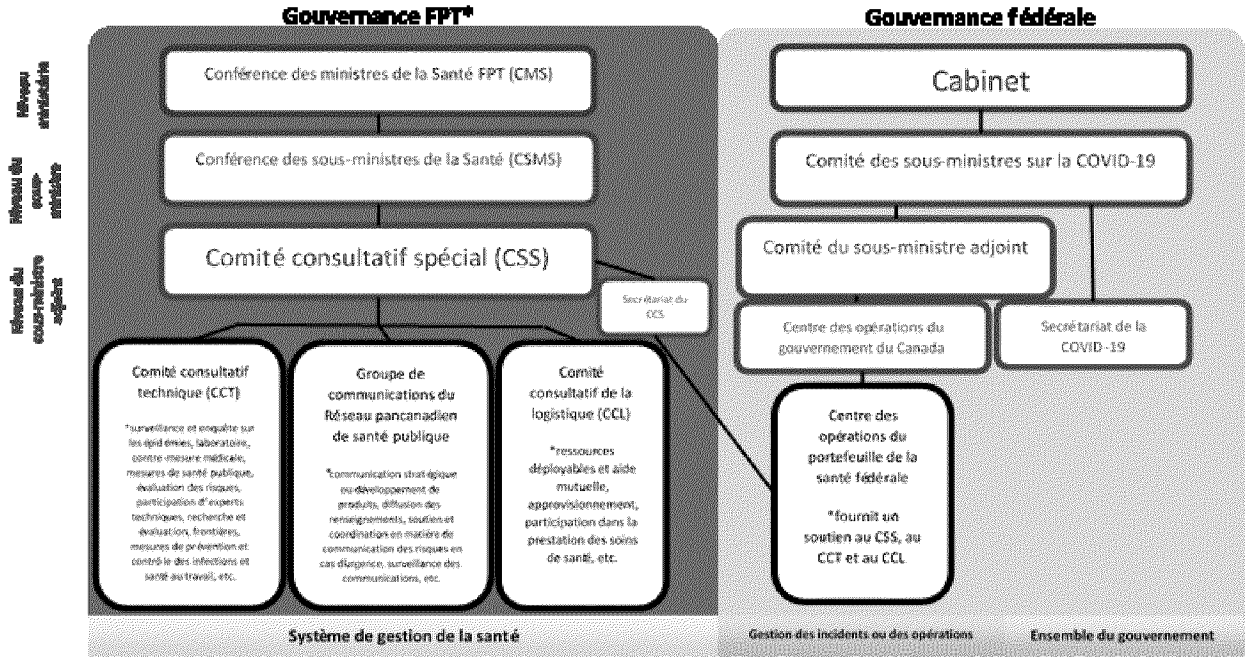
Le CCS est composé de membres du Conseil du RSP et du Conseil des médecins hygiénistes en chef (CMHC). Trois groupes d'experts composés de hauts fonctionnaires FPT et d'experts en santé publique de partout au pays appuient le CCS :

- Le Comité consultatif technique (CCT) surveille l'épidémiologie de la COVID-19, échange de l'information et donne des conseils sur des questions techniques par l'élaboration de recommandations, de lignes directrices et de protocoles.
- Le Comité consultatif de la logistique (CCA) appuie la logistique (p. ex. fournitures, approvisionnement conjoint, ressources rares), échange de l'information et donne des conseils sur les questions logistiques par l'élaboration de recommandations, de lignes directrices et de protocoles.
- Le Groupe des communications du Réseau de santé publique appuie des communications et des messages publics cohérents et coordonnés sur la COVID-19 dans l'ensemble des administrations.

Page 230 of/de 643
AV2020000020

- Le Groupe de travail sur la santé publique dans les collectivités éloignées et isolées appuie les interventions en santé publique dans les collectivités autochtones éloignées et isolées.

Graphique 1 : Structure de gouvernance de la COVID-19



***Ne décrit pas la gouvernance FPT permanente de la gestion générale de la gestion des urgences**

Graphique 1 – Description

Ce graphique illustre deux grandes structures hiérarchiques de gouvernance et les liens entre elles, particulièrement au niveau opérationnel. La structure de gauche sur le fond turquoise illustre la structure de gouvernance fédérale, provinciale et territoriale (FPT) qui a été activée dans le cadre de la réponse à la COVID-19 conformément au Plan d'intervention FPT en matière de santé publique dans les cas d'incidents biologiques. Un astérisque a été ajouté pour rappeler au lecteur que la structure ne décrit pas la gouvernance FPT permanente de la gestion générale et de la gestion des urgences. Au haut de la structure, on retrouve la Conférence des ministres de la Santé FPT (CMS), qui mène ses activités au niveau ministériel. La Conférence des sous-ministres de la Santé (CSMS), qui mène ses activités au sous-ministre, se trouve tout juste en dessous de la CMS. En dessous de la CSMS, on retrouve le Comité consultatif spécial (CCS), qui opère au niveau du sous-ministre adjoint. Sous le CCS, on retrouve trois comités et groupes ainsi qu'une brève description des types d'activités qu'ils réalisent dans le cadre de l'intervention de santé publique FPT. Le Comité consultatif technique (CCT) relève du CCS et se concentre sur les domaines suivants : surveillance et enquête sur les épidémies, laboratoire, contre-mesures médicales, mesures de santé publique, évaluation des risques, participation d'experts techniques, recherche et évaluation, frontières, mesures de prévention et contrôle des infections et santé au travail, etc. Le Groupe de communications du Réseau pancanadien de santé publique, qui relève également du CCS, se concentre sur les domaines suivants : communication stratégique ou développement de produits, diffusion des renseignements, soutien et coordination en matière de communication des risques en cas d'urgence, surveillance des communications, etc. Le Comité consultatif de la logistique (CCL) est le troisième grand groupe qui relève du CCS. Ce comité se concentre

Page 31 of/de 1041
AV2020000020

sur ce qui suit : ressources déployables et aide mutuelle, approvisionnement, participation dans la prestation des soins de santé, etc. L'ensemble de cette structure de gouvernance FPT est axée sur un système de gestion de la santé, comme l'indique une barre jaune au bas de la structure.

La structure de droite sur fond gris illustre la structure de gouvernance fédérale, qui repose davantage sur la gestion des incidents et des opérations et est axée sur l'ensemble du gouvernement (fédéral). Le cabinet se trouve au haut de la structure, qui est similaire à la CMS dans la structure de gauche. Celui-ci mène ses activités au niveau ministériel. Le Comité des sous-ministres sur la COVID-19 relève du cabinet et mène ses activités au niveau du sous-ministre. Il est directement appuyé par le Comité du sous-ministre adjoint (qui supervise la gestion fédérale des événements et la politique et la coordination de la COVID-19 dans l'ensemble du gouvernement) et le Secrétariat de la COVID-19. Ces deux groupes, ainsi que le Centre des opérations du gouvernement du Canada, mènent leurs activités au niveau du sous-ministre adjoint. Le Centre des opérations du portefeuille de la santé fédérale (COPS), qui est lié au COG, appuie le CCS, le CCT et le CCL en plus de l'intervention fédérale. Le COPS est officiellement lié au CCS par l'entremise du secrétariat du CCS, qui agit en tant qu'agent de liaison entre les deux structures de gouvernance. Au niveau opérationnel, la Structure de gestion des incidents du COPS comprend des groupes qui élaborent des produits FPT d'intervention et appuient le CCT, le CCL, le Groupe de communications du RPSP et le CCS.

Le gouvernement du Canada a également mis sur pied un Comité du Cabinet chargé de la réponse fédérale à la maladie du coronavirus (COVID-19) qui se réunit régulièrement pour assurer le leadership, la coordination et la préparation à l'échelle pangouvernementale en vue d'une réponse aux répercussions du virus sur la santé et l'économie.

Ententes de collaboration FPT : Entraide, échange d'information et fournitures d'urgence

Plan d'intervention fédéral-provincial-territorial en matière de santé publique dans les cas d'incidents biologiques : il s'agit d'un document d'orientation fédéral-provincial-territorial (FPT) qui fournit un cadre de gouvernance global pour assurer une réponse intergouvernementale coordonnée du secteur de la santé à des événements de santé publique de nature biologique et d'une gravité, d'une portée ou d'une ampleur qui exigent une intervention FPT coordonnée de haut niveau.

Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé : Il s'agit d'un document d'orientation FPT qui décrit comment les administrations collaboreront pour assurer une approche coordonnée et cohérente du secteur de la santé en matière de préparation et d'intervention en cas de pandémie. Bien que le guide soit propre à la pandémie de grippe, la plupart de ses lignes directrices s'appliquent également à d'autres urgences en santé publique. Le Guide se compose d'une section principale qui décrit les principes généraux, les concepts et les objectifs communs, ainsi que d'une série d'annexes techniques qui fournissent des conseils opérationnels et techniques, ainsi que des outils et des listes de vérification sur des éléments précis de la planification en cas de pandémie. Il est mis à jour régulièrement pour tenir compte des nouvelles données probantes et des pratiques exemplaires.

Cadre de travail opérationnel d'aide mutuelle pour des demandes de capacité de pointe de professionnels de la santé : Document d'orientation qui propose une approche pancanadienne uniforme et en temps voulu pour la prestation d'aide mutuelle aux professionnels de la santé en cas d'urgence sanitaire. Le cadre définit les rôles et les responsabilités et fournit des processus normalisés

Page 1042 of/de 1041
AV2020000020

pour guider les administrations qui présentent des demandes et des offres d'aide mutuelle et de mobilisation/démobilisation des professionnels de la santé. Il éclaire également un protocole d'entente complémentaire, le *Protocole d'entente (PE) fédéral, provincial et territorial sur la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique*.

Entente multilatérale sur l'échange d'information (EMEI) : il s'agit d'un accord juridique qui établit des normes sur le partage, l'utilisation, la divulgation et la protection des renseignements sur la santé publique dans le cas des maladies infectieuses et des urgences de santé publique d'intérêt international. L'EMEI précise quels renseignements sur la santé publique doivent être communiqués et comment ils seront utilisés. Il permet de cerner plus rapidement les tendances ou les événements urgents en santé publique et de réduire le dédoublement des demandes d'information. L'EMEI est également à la base d'un *protocole d'entente FPT sur l'échange de l'information pendant les urgences en santé publique*. Le protocole d'entente (PE) fournit un cadre pour l'échange d'information entre ses signataires pendant les urgences en santé publique.

Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) : contient des fournitures que les provinces et les territoires peuvent demander en cas d'urgence, comme en cas d'éclosions de maladies infectieuses, de catastrophes naturelles et d'autres événements de santé publique, lorsque leurs propres ressources ne sont pas suffisantes. Celles-ci comprennent une variété d'articles comme du matériel et des fournitures médicales, des produits pharmaceutiques et des fournitures destinées aux services sociaux, comme des lits et des couvertures.

Cadre d'éthique en santé publique : Guide pour la réponse à la pandémie de COVID-19 au Canada *:* il s'agit d'un cadre destiné aux décideurs et aux professionnels de la santé publique qui prennent des décisions en matière de santé publique dans le contexte de la COVID-19. La Section 1 énonce les principes d'éthique et les valeurs que les autorités de la santé publique doivent prendre en considération, et la Section 2 établit un cadre pour aider à clarifier les enjeux, à analyser et à évaluer les facteurs à considérer pertinents, et à évaluer les options, afin d'appuyer la prise de décisions dans des situations réelles.

Plans fédéraux d'intervention d'urgence

Plan fédéral d'intervention d'urgence (PFIU) *:* il s'agit du plan d'intervention tous risques du gouvernement du Canada. Le PFIU décrit les processus et les mécanismes nécessaires pour faciliter une intervention pangouvernementale en cas d'urgence. Le PFIU vise à harmoniser les efforts d'intervention d'urgence du gouvernement fédéral avec ceux des gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations non gouvernementales (ONG) et du secteur privé.

Politique fédérale en matière de gestion des urgences *:* Elle préconise une approche pangouvernementale intégrée et résiliente en matière de planification de la gestion des urgences, qui encourage une prévention, une atténuation, une préparation, une intervention et un rétablissement améliorés en cas d'urgence. Elle fournit des directives aux institutions fédérales sur la détermination et la gestion de tous les risques propres à un mandat précis dans le domaine de responsabilité des institutions fédérales.

Page 1 of 3 of 041
AV2020000020

Plans et protocoles d'intervention internationaux

Plan nord-américain contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza : Il décrit comment le Canada, les États-Unis et le Mexique ont l'intention de renforcer leurs capacités d'intervention en cas d'urgence, ainsi que leur collaboration et leurs capacités trilatérales et intersectorielles, afin de s'entraider et d'assurer une réponse plus rapide et mieux coordonnée aux éclosions de grippe animale ou à une pandémie d'influenza. Ce plan complète les plans nationaux de gestion des urgences de chacun des trois pays.

Global Health Security Initiative (GHSI) : il s'agit d'un partenariat international informel entre des pays et des organisations aux vues similaires pour échanger de l'information et coordonner les pratiques dans le secteur de la santé afin de renforcer la préparation et l'intervention en matière de santé publique à l'échelle mondiale, y compris en cas de pandémie d'influenza.

Règlement sanitaire international (RSI) : il s'agit d'un accord international entre tous les États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) visant à renforcer les capacités de détection, de prévention, d'évaluation, de notification et d'intervention en cas d'événements de santé publique. Le Canada a l'obligation légale de respecter les capacités de base en santé publique établies par le RSI.

World Health Organization (WHO) Strategic Response Plan : Ce plan décrit les mesures de santé publique que la communauté internationale est prête à fournir pour aider tous les pays à se préparer à la COVID-19 et à y réagir. Le document (publié le 3 février 2020 et mis à jour le 14 avril 2020) compile les leçons apprises jusqu'à maintenant au sujet du virus SARS-CoV-2 et traduit ces connaissances en mesures stratégiques qui peuvent guider les efforts de tous les partenaires nationaux et internationaux lorsqu'ils établissent des plans opérationnels nationaux et régionaux adaptés à leur contexte.

Page 1134 of/de 1341
AV2020000020

Annexe 2 : Soutien à la modélisation pour la planification à long terme

La modélisation recrée les composantes essentielles des cycles de transmission des pathogènes à partir de notre compréhension de la biologie des pathogènes et de leurs interactions avec leurs hôtes. Les modèles aident à prédire où et quand les maladies infectieuses peuvent émerger ou ressurgir, et ils peuvent être utilisés pour explorer les meilleures méthodes ou combinaisons de méthodes pour contrôler les éclosions de maladies ou les épidémies et protéger la santé des Canadiens. Pour répondre à la COVID-19, trois grands types de modèles sont utilisés :

1. Modèles de compartimentation déterministes. Il s'agit de modèles dynamiques de type « Susceptible-Exposed-Infectious-Recovered (SEIR) » (vulnérable-exposé-infectieux-rétabli) dans lesquels la population est divisée dans les classes « vulnérable », « exposé », « infectieux » et « rétabli ». Après avoir été infectés, les membres d'une population passent d'un état à l'autre. Cette structure de base comprend des éléments pour modéliser le SARS-CoV-2 et les répercussions des mesures de santé publique, avec plus de réalisme. Ces éléments comprennent les compartiments pour les cas isolés et les contacts « exposés » mis en quarantaine à partir desquels la transmission vers les personnes vulnérables est limitée ou inexistante, des compartiments pour les cas asymptomatiques qui peuvent ou non être détectés par la surveillance, ainsi que les flux vers les compartiments « isolement » et la « mis en quarantaine » qui permettent des variations selon les différents niveaux d'effort de santé publique. Ces modèles sont utilisés pour éclairer les politiques générales à l'échelle nationale, y compris i) l'estimation du nombre de cas, d'hospitalisations et de décès; ii) l'estimation des effets des interventions non pharmaceutiques (INP) (distanciation physique, détection et isolement des cas, recherche des contacts et mise en quarantaine); iii) la conception de programmes de vaccination; iv) la conception de programmes visant à améliorer l'« immunité collective » par l'utilisation d'antiviraux ou de thérapies si les vaccins se révèlent inefficaces.

2. Modèles basés sur l'agent. Il s'agit également de modèles de type SEIR, qui peuvent également être utilisés pour éclairer l'élaboration de stratégies nationales. Toutefois, étant donné qu'ils permettent de simuler la transmission de la maladie de façon assez détaillée, à l'intérieur d'un domicile, d'un lieu de travail, d'un espace de loisirs, entre autres, et entre eux, ils sont particulièrement utiles pour la prise de décisions au niveau communautaire individuel concernant les besoins en INP et les stratégies pour assouplir les fermetures restrictives.

3. Modèles de ramification. Il s'agit d'un ajout plus récent aux types de modèles utilisés pour la COVID-19. Ces modèles évaluent simplement les facteurs qui provoquent l'expansion ou l'extinction d'une chaîne de transmission unique. Ils servent à évaluer les besoins en matière de contrôle de la transmission dans les lieux de travail et les établissements.

L'ASPC a élaboré des modèles qui peuvent être partagés, et elle recourt invariablement à la modélisation pour appuyer ses décisions. Le groupe d'experts externe sur la modélisation de la COVID-19 de l'ASPC a été mis sur pied en février 2020 et réunit actuellement 33 membres provenant de 21 universités canadiennes, ainsi que 43 membres d'autres ministères et organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux de santé publique. Il réunit la majorité des chefs des groupes de modélisation des maladies infectieuses dans les universités canadiennes et permet d'appuyer les besoins en modélisation aux fins de la prise de décisions.

Page 1235 of/de 1241
AV2020000020

Annexe 3 : Planification de la réponse à la COVID-19 avec les collectivités autochtones

Voici un résumé des activités de réponse pour les collectivités autochtones, y compris des travaux du Groupe de travail FPTA sur la santé publique dans les collectivités éloignées et isolées du CCS, qui ont été appuyés par Services aux Autochtones Canada (SAC) et les partenaires d'intervention FPT à ce jour :

- **Préparation :** Ressources pour appuyer les mises à jour et l'activation de la planification en cas de pandémie; accès aux fournitures médicales et à l'EPI; formation; lignes directrices.
- **Ressources humaines en santé :** Ressources pour appuyer la capacité d'appoint des ressources humaines de la santé, y compris le soutien du personnel infirmier, médical et paramédical, ainsi que les services d'affrètement pour amener les ressources humaines de la santé dans les collectivités en réduisant le service aérien commercial.
- **Infrastructure :** Ressources pour fournir des solutions d'hébergement temporaire et pour appuyer les collectivités dans leurs efforts de réaménagement des espaces existants afin d'offrir des espaces d'évaluation et d'appoint sécuritaires; et mesures de soutien d'appoint supplémentaires pour les composantes de la chaîne d'approvisionnement en aliments, en eau et autres.
- **Prévention et contrôle des infections (PCI) :** Échange d'information (c.-à-d. mesures de santé publique et promotion de mesures sanitaires personnelles pour les personnes et les fournisseurs de soins de santé), formation et augmentation de la capacité d'appuyer l'intervention communautaire, y compris des messages d'intérêt public dans les langues autochtones. Formation des travailleurs communautaires et des fournisseurs de soins de santé sur la PCI. Financement des collectivités et des fournisseurs de services pour accroître leur capacité de prévention et de contrôle des infections, y compris les écoles gérées par les Premières Nations, les foyers d'hébergement, les refuges pour victimes de violence familiale et les centres d'amitié.
- **Transport pour raison médicale :** Appuyer le transport médical ou adapter ses politiques (c.-à-d. utiliser des modes de transport privés, dans la mesure du possible, pour les personnes présentant des facteurs de risque plus élevés) afin de réduire au minimum la transmission; et offrir un soutien en matière de PCI aux fournisseurs de services comme les maisons d'hébergement.
- **Gouvernance :** Collaboration avec des partenaires autochtones, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Santé Canada, le Centre des opérations du gouvernement de Sécurité publique Canada et d'autres ministères, ainsi que leurs homologues provinciaux et territoriaux, pour se doter d'une approche canadienne coordonnée et uniforme en réponse à la COVID-19 afin de protéger la santé et la sécurité des collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis.
- **Communications et surveillance :** Élaboration et diffusion à grande échelle de messages au moyen du guichet unique de communications sur la COVID-19 du Ministère pour les réseaux en produisant des messages d'intérêt public dans plusieurs langues autochtones. Utilisation des médias numériques pour joindre plus largement les intervenants au moyen de communications comme des mesures de santé publique. Appels multilatéraux avec des partenaires aux niveaux national et régional.
- **Surveillance :** Nous avons adapté l'outil de surveillance de la grippe du Ministère pour faire le suivi de la COVID-19 dans les collectivités des Premières Nations et élaboré un outil de suivi pour élaborer des tableaux de bord sur les indicateurs clés de la COVID-19.

D'après les connaissances et la rétroaction acquises jusqu'à maintenant, les préparatifs continus nécessaires pour aider les populations autochtones à réagir à une résurgence possible à l'automne

Page 136 of/de 041
AV2020000020

comprennent la planification et la logistique continues qui appuient la sécurité alimentaire, la distribution des fournitures médicales, y compris l'EPI et la connaissance des besoins des collectivités et des organisations autochtones hors réserve qui fournissent des services essentiels. Accès continu à des fournitures de dépistage en temps opportun, à des laboratoires PT pour le traitement et la communication de résultats, y compris des tests au point de prestation pour les collectivités nordiques, éloignées et isolées. Il faut aussi planifier des horaires de vol réduits, ce qui peut créer des problèmes dans la chaîne d'approvisionnement en ce qui concerne les aliments, les fournitures médicales et les ressources humaines de la santé qui se rendent dans les collectivités et planifier un mécanisme permettant aux collectivités d'envoyer les échantillons prélevés dans des laboratoires PT à des fins d'analyse.

Une formation de recyclage supplémentaire sur la prévention des infections est nécessaire pour appuyer les professionnels de la santé et les collectivités, par exemple, sur la façon de revêtir et retirer l'EPI et les pratiques de nettoyage afin de réduire la propagation de la COVID-19. En plus d'appuyer la formation des ressources humaines de la santé qui travaillent dans les collectivités, il faut accroître le financement pour la télémédecine et les fournisseurs de soins de santé virtuels afin d'appuyer la prestation continue de services de santé et d'éviter un éventuel arriéré dans les nominations à la suite d'une pandémie ou d'une détérioration des conditions sanitaires.

L'accès à des soins pour traiter les symptômes plus graves de la COVID-19 dans les collectivités éloignées et isolées exige également que des ententes permanentes, ou de nouvelles ententes, soient conclues pour assurer un nombre suffisant de lits dans les hôpitaux au sud du 60e parallèle, afin d'appuyer le traitement des Autochtones vivant dans des collectivités nordiques, éloignées et/ou isolées sans ce type de service. Dans les collectivités où il y a des établissements de soins de longue durée ou des résidences pour personnes âgées, il est important d'avoir accès à des ressources adéquates pour appuyer leur planification visant à assurer la sécurité et la santé des Aînés – cela comprend le financement pour prendre des mesures de base de prévention des infections (EPI, vaccin antigrippal à forte dose, matériel de nettoyage, etc.) et plus de mesures de santé publique techniques et administratives.

Le gouvernement fédéral a adopté une approche fondée sur les distinctions pour veiller à ce que les droits, les intérêts et la situation uniques des Premières Nations, des Métis et des Inuits soient reconnus, confirmés et mis en œuvre. Dans ce contexte, il tient compte des particularités culturelles et socioéconomiques de chacune des nations autochtones concernées. Il est nécessaire de procéder à une analyse dirigée par les Autochtones, et fondée sur les distinctions, de cette information pour faire progresser des approches culturellement appropriées et fondées sur la science pour les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis. En prenant appui sur les leçons tirées de la grippe H1N1, nous savons que les écarts de longue date en matière de santé publique et les disparités en matière de santé entre les Premières Nations et les Canadiens non autochtones augmentent la probabilité et la gravité potentielle d'une éclosion de coronavirus dans les collectivités autochtones. Ces disparités sont souvent exacerbées dans les collectivités éloignées ou accessibles uniquement par avion, où l'accès aux fournitures et aux services de soins de santé nécessaires est limité comparativement aux collectivités non autochtones. Nous savons également que les données sur la grippe H1N1 pour les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis n'ont pas été saisies de façon uniforme ou d'une façon qui permet de soutenir les collectivités dans leurs efforts de préparation et d'intervention.

Les activités de surveillance sont essentielles pour éclairer les interventions de santé publique en cas de pandémie. Elles appuient la détection précoce et la description des menaces pour la santé au Canada, y

Page 47 of/de 1,041
AV2020000020

compris dans les collectivités des Premières Nations dans des réserves. Pour être en mesure de prendre des décisions éclairées, les décideurs et les dirigeants de l'ensemble du système ont besoin de données fiables sur la santé publique. Les données existantes sur la qualité et les lacunes des services en ce qui concerne les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis vivant dans des réserves et hors réserve, sont essentielles pour répondre efficacement aux futures vagues de COVID-19 touchant cette population et protéger leur santé et leur sécurité en leur donnant l'accès aux soins requis.

La stratégie/approche, les mesures et les produits à livrer pour ces préparatifs à court, à moyen et à long terme (c'est-à-dire avant septembre, de septembre à décembre, et 2021 et au-delà, respectivement) comprennent les suivants :

À court terme : À court terme, il faut poursuivre le travail pour continuer à obtenir des fournitures médicales et de l'EPI, à la fois pour répondre aux futures vagues de COVID-19 et pour appuyer le retour des services dans les collectivités (c.-à-d. vaccination, surveillance de l'eau, traitement des toxicomanies, etc.). L'accès à des tests au point de prestation est essentiel pour appuyer la réouverture sécuritaire des collectivités nordiques, éloignées et/ou isolées. Le travail pour promouvoir l'accès aux cartouches de test disponibles ou aux appareils GeneXpert, et aux nouvelles technologies au point de prestation, lorsqu'elles seront approuvées, se poursuivra. La planification des vaccins contre la grippe et le pneumocoque, qu'il s'agisse d'obtenir des vaccins, de travailler avec les provinces et les territoires sur les stratégies de vaccination, les cliniques mobiles, entre autres, ainsi que de planifier des stratégies de vaccination massive contre la grippe dans le contexte de la COVID-19 et des limites possibles de l'espace dans les collectivités, jusqu'à l'exploitation de cliniques à heures prolongées pour permettre une distance physique appropriée, une désinfection régulière des espaces, entre autres. Surveillance continue des feux de forêt dans le contexte d'éventuelles évacuations et planification à la lumière de la COVID-19 au cours de l'été et de l'automne.

À moyen terme : L'accès continu au financement pour appuyer la sécurité alimentaire, en collaboration avec Transports Canada et Agriculture et Agroalimentaire Canada, est essentiel. Accès à l'EPI requis pour les organisations inuites, métisses et des Premières Nations hors réserve fournissant de nouveaux services, comme mesure provisoire, pour répondre à la COVID-19 et liens avec les autorités locales de la santé publique et l'Agence de la santé publique du Canada nécessaires pour appuyer ces services et la population. Accès aux soins et planification de la disponibilité des lits d'hôpital nécessaires pour appuyer l'afflux possible de patients autochtones ayant besoin de soins pour traiter des symptômes plus graves de la COVID-19. Ressources nécessaires pour soutenir les soins de longue durée dans les collectivités et mesures de soutien au mieux-être mental afin de contrer les répercussions associées à la pandémie et à l'isolement, ainsi que la consommation continue de substances (c.-à-d. opioïdes, méthamphétamine en cristaux, etc.). Établissement des priorités pour le vaccin contre la COVID et planification de la stratégie de déploiement pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

À long terme : Il est essentiel d'avoir des ressources pour appuyer la collecte, la gouvernance et l'infrastructure de données dirigées par les Autochtones afin d'optimiser l'utilisation des données à long terme au Canada. Il faut des ressources pour renforcer le soutien et le travail en santé publique dirigés par la collectivité, ainsi que de la formation pour appuyer ces fonctions. Pour appuyer l'accès aux soins des patients, ainsi que le travail des travailleurs communautaires et du personnel infirmier dans les collectivités nordiques, éloignées ou isolées, il est nécessaire d'augmenter le financement pour la télémédecine et les fournisseurs de soins de santé virtuels. Cela permettra d'éviter un arriéré dans les

Page 48 of/de 1041
AV2020000020

nominations de médecins ou de spécialistes après la COVID-19 et facilitera l'accès à des soins en temps opportun qui favoriseront de meilleurs résultats pour la santé.

Les signaux de haut niveau qui exigeraient un changement aux calendriers ou à la stratégie ou l'approche, ainsi que les mesures et les produits livrables subséquents, comprennent les suivants :

- cas actifs continus et prolongés – soit lents, soit dans un scénario d'éclosion dans une réserve;
- les signaux et les risques de propagation dans la collectivité, où les collectivités peuvent être plus à risque en raison de leur emplacement géographique;
- accès à des soins de santé pour traiter des symptômes plus graves;
- pressions exercées sur le système pour les évacuations sanitaires en cas de besoin accru dans les PT;
- changements du taux d'hospitalisation, du taux d'admission aux soins intensifs, du taux de mortalité des cas;
- taux de reproduction;
- éclosions en établissement de soins de longue durée (SLD);
- changement de la répartition âge/sexe des cas.

Page 1159 of/de 1041
AV2020000020

Références

[1] Abrams, E.M. et Szefler, S.J., 2020. COVID-19 and the impact of social determinants of health. *The Lancet. Respiratory Medicine*.
[2] Maladie à coronavirus de 2019 (COVID-19) : Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie Disponible à : https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html
[3] Statistique Canada, Enquête sur la population active, mai 2020. Disponible à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200605/dq200605a-fra.htm
[4] Statistique Canada, Répercussions économiques de la COVID-19 chez les groupes de minorité visible Disponible à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00042-fra.htm?HPA=1
[5] Commission canadienne des droits de la personne. Déclaration – Les inégalités amplifiées par la crise de la COVID-19. Disponible à : https://www.chrc-ccdp.gc.ca/fra/contenu/declaration-les-inegalites-amplifiees-par-la-crise-de-la-covid-19
[6] Santé publique Ontario, Examen rapide : Mesures communautaires de santé publique en situation de pandémie (dont la COVID-19) : répercussions négatives sur les enfants et les familles. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/cong/2020/06/covid-19-negative-impacts-public-health-pandemic-families.pdf?la=fr
[7] Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Conséquences de la fermeture des écoles. Disponible à: https://fr.unesco.org/covid19/educationresponse/consequences
[8] Moore, K., Lipsitch, M., Barry, J. et Osterholm, M., Part 1 : The Future of the COVID-19 Pandemic: Lessons from Pandemic Influenza. COVID-19 : The CIDRAP Viewpoint. 30 avril 2020. https://www.cidrap.umn.edu/sites/default/files/public/downloads/cidrap-covid19-viewpoint-part1_0.pdf
[9] Organisation mondiale de la Santé. Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines. 6 juillet 2020. https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines
[10] Li, Q., Tang, B., Bragazzi, N. L., Xiao, Y. & Wu, J. Modeling the impact of mass influenza vaccination and public health interventions on COVID-19 epidemics with limited detection capability. Math. Biosci. 325, 108378 (2020).
[11] Krishnan, L., Ogunwole, S. M., & Cooper, L. A. (2020). Historical Insights on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), the 1918 Influenza Pandemic, and Racial Disparities: Illuminating a Path Forward. Annals of Internal Medicine. https:// doi:10.7326/M20-2223

Page 100 of 641
AV2020000020

[redacted] (PHAC/ASPC)

De : [redacted] (PHAC/ASPC)

Envoyé le : 2020-08-25 22:08

À : [redacted] (PHAC/ASPC)

Cc : [redacted]

Objet : RE: Pouvez-vous me remettre

Bonjour[redacted]

>

> Il n'y a pas encore de réponse définitive puisque nous devons tenir compte de deux facteurs : 1) la part du SRNU dans les achats en grandes quantités, et 2) les commandes des deux mois additionnels pour le SRNU.

>

> [redacted] et son équipe s'efforcent de confirmer la vitesse à laquelle la réserve du SRNU va croître d'après les achats actuels en grandes quantités. Cette analyse devrait être prête cette semaine.

>

> Cela dépend des calendriers de livraison qui seront déterminés en conséquence des diverses demandes de propositions (DP) pour les produits de base. Les calendriers de livraison dépendront de la capacité de l'industrie. Toutefois, les DP offriront une flexibilité maximale en vue de diversifier les contrats dans la mesure nécessaire (p. ex., incluant une gamme de fournisseurs, le pays d'origine, les préférences en matière de produits, les calendriers de livraison).

>

> Certains des principaux points :

>

> - Nos efforts précédents en matière d'achat en grandes quantités contribueront grande ment à l'approvisionnement en ÉPI en cas de recrudescence. Nous avons commandé plus de 2 G de pièces d'ÉPI et d'autres fournitures et avons reçu moins de 25 % des commandes à ce jour. De grandes quantités de produits continuent d'arriver chaque jour ou son t en transit.

> - Contrairement au début de la COVID, pour ce qui est de nos 5 produits principaux, il existe dorénavant des sources nationales d'approvisionnement pour 4 de ces produits : respirateurs N95, visières, blouses et masques chirurgicaux.

> - Il n'y a aucune capacité nationale pour ce qui est des gants. Par conséquent, nous avons commandé de façon proactive 750 M de paires pour établi[redacted] dans le cadre de notre approvisionnement proactif additionnel. La DP est terminée, et nous collaborerons avec SPAC sur les contrats du SRNU à octroyer plus tard dans le processus. Lors d'un appel d'approvisionnement fédéral/provincial/territorial animé par [redacted] aujourd'hui, les provinces et les territoires ont confirmé que les gants les préoccupaient peu, et nous prévoyons de revoir les gants en détail avec eux lors de la prochaine réunion.

> - D'autres DP pour une réserve additionnelle de 8 semaines du SRNU pour d'autres produits de base en sont à diverses étapes. Ces DP seront aussi flexibles afin de permettre aux provinces et aux territoires de tirer profit de nos efforts d'approvisionnement en leur permettant de se servir des résultats des DP pour se procurer leurs propres fournitures au-delà des quantités du SRNU. Les dates de livraison sont à déterminer d'après les résultats de la DP.

> - Nous avons utilisé la réserve actuelle du SRNU de façon à prépositionner de façon proactive 3 mois de fournitures d'ÉPI pour chaque territoire.

-----Original Message-----

De : [redacted]

Envoyé le : 2020-08-25 21:20

À : [redacted]

Cc : [redacted]

Objet : Pouvez-vous me remettre

> Un petit mot avant 10 h concernant la réserve de deux mois du SRNU. Ce que nous avons commandé, quand nous pensons le recevoir par catégorie. Merci. [redacted]

>

> Envoyé de mon iPhone

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé le : 2020-08-26, 6:56
À : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted] (ASPC/PHAC)
Objet : TR : documents pour la réunion de demain du SM sur les EPI
Pièces jointes : ASPC ANNOTÉ – Approvisionnement en EPI – SM – Ordre du jour (26 août 2020).docx
Importance : Élevée

Bonjour [redacted],

En plus des points vignettes d'analyse sommaire des produits clés, pour votre information, nous essayons également de surmonter certains défis sous-jacents en matière de données avec SC et le CPSP et qui ont des répercussions sur le modèle d'offre et de demande.

En plus des lacunes de données sur les commandes des PT, nous avons des préoccupations concernant le traitement des envois « en souffrance » dans le modèle (c.-à-d. exclus totalement, même s'ils peuvent être au Canada ou en transit), et concernant également la présentation de l'inventaire en possession du fédéral et les répercussions éventuelles des hypothèses intégrées dans le modèle et la question de savoir si elles demeurent raisonnables. Nous travaillons collectivement sur certains de ces aspects, car ils peuvent avoir des répercussions importantes sur les résultats.

J'ajouterai que toute idée de maintien des approvisionnements en quantité doit faire l'objet de discussions plus poussées et, le cas échéant, doit être extrêmement ciblée. Les approvisionnements en quantité sont à l'origine de grands défis logistiques pour les PT car, comme nous-mêmes, les PT, pour la plupart, ont manifestement la capacité de s'approvisionner eux-mêmes; les PT n'ont pas présenté la moindre commande récente d'approvisionnement en quantité; on continue d'apprendre qu'il y a de nouvelles sources de capacité au Canada et nous sommes dans une situation très différente de celle du printemps pour ce qui est des réserves FPT et des options, pour les PT, de s'approvisionner eux-mêmes.

Merci,

- [redacted]

De : [redacted] >
Envoyé le : 2020-08-25 19:39
À : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : TR : documents pour la réunion de demain des SM sur les EPI
Importance : Élevée

Bonjour [redacted],

Conformément à l'approbation de [redacted], vous trouverez en annexe l'ordre du jour annoté de [redacted] pour la réunion de demain.

Cordialement,

[redacted]

De : [redacted]
Envoyé le : 2020-08-25 19:15
À : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : TR : documents pour la réunion de demain des SM sur les EPI

Merci. Vous pouvez l'envoyer à [redacted].

De : [redacted]>
Envoyé le : 2020-08-25 18:59
À : [redacted]>
Cc : [redacted]
Objet : TR : documents pour la réunion de demain des SM sur les EPI
Importance : Élevée

Bonjour [redacted]

Vous trouverez en annexe l'ordre du jour annoté revu par Stacey.

À remarquer que la réunion des SM sur l'approvisionnement en EPI a lieu demain à 10 h 15, de sorte que si cela vous convient, nous pourrons envoyer l'ordre du jour à [redacted] DQP

Cordialement,

[redacted]

De : [redacted]>
Envoyé le : 2020-08-25 10:18
À : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : TR : documents pour la réunion de demain des SM sur les EPI

Pouvez-vous rédiger des notes pour la discussion?

De : [redacted]>
Envoyé le : 2020-08-25 10:11
À : [redacted]
Cc : [redacted]>
Objet : documents pour la réunion de demain des SM sur les EPI

Bonjour,

Veuillez préciser s'il y a des renseignements/points à considérer pour [redacted]

Merci

[redacted]
Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada [redacted]

[redacted] (PHAC/ASPC)

De : [redacted] (PHAC/ASPC)

Envoyé le : 2020-08-26 15:13

À : [redacted]

Objet : TR: Demande de renseignements du CM– portrait de 2 mois

Pièces jointes : MO Request-2MonthSDPicture Aug26.docx

À titre informatif. Suivi de la demande du Cabinet du ministre de la semaine dernière.

De : [redacted] >

Envoyé le : 2020-08-26 15:02

À : [redacted]

Cc : [redacted]

Objet : Demande de renseignements du CM – portrait de 2 mois

Bonjour [redacted], vous trouvez ci-joint le document demandé par [redacted] lors de la séance d'information du Cabinet du ministre la semaine dernière concernant l'ÉPI. Elle a demandé un « portrait de 2 mois ». Nous avons conçu ce document de 2 pages en collaboration avec l'ASPC [redacted] est en copie conforme). Pour approbation du [redacted] avant d'acheminer au Cabinet du ministre.

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Santé et sécurité de la main-d'œuvre au Canada

Groupe de travail sur la COVID, Santé Canada

[redacted]

[redacted]

Données exactes en date du 20 août 2020

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS DU CABINET DU MINISTRE

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS :

Fournir des données tirées du modèle pancanadien d'offre et de demande en ÉPI en lien avec la demande et l'approvisionnement fédéral au cours des deux prochains mois pour les principaux équipements de protection individuelle.

RÉPONSE :

Comparaison de la demande et de l'approvisionnement fédéral pendant 2 mois pour les produits de base

Product	Produit
Next 2-Month Public Health Demand (Aug 20 to Oct 18, 2020)	Demande de la santé publique pour les 2 prochains mois (du 20 août au 18 oct. 2020)
Total Federal Supply over next 2 months (Sum of current NESS and federal bulk procurement expected to arrive and be allocated to NESS or PTs over next 2 months)	Approvisionnement fédéral total au cours des 2 prochains mois (total de la réserve actuelle du SRNU et de l'approvisionnement fédéral en grandes quantités à recevoir et à allouer au SRNU ou aux provinces et territoires au cours des 2 prochains mois)
Supply gap to meet demand forecasted over the next 2 months	Écart dans l'approvisionnement pour répondre à la demande prévue au cours des 2 prochains mois
Ongoing actions to address potential supply gaps	Mesures en cours pour remédier aux écarts potentiels d'approvisionnement
N95 Masks	Masques N95
Nitrile Gloves[2]	Gants en nitrile[2]
Disposable Gowns	Blouses jetables
Surgical Masks	Masques chirurgicaux
10M	10 M
390M	390 M
51M	51 M
139M	139 M
14M	14 M
170M	170 M
51M	51 M

204M	204 M
Surplus of 4M	Surplus de 4 M
219M	219 M
0.5M	0,5 M
Surplus of 65M	Surplus de 65 M
Domestic manufacturing capacity to come online with Medicom (August 2020) and 3M (2021).	Capacité de fabrication nationale à prévoir avec Medicom (août 2020) et 3M (2021).
PHAC has done additional procurement via sole source contracts and currently has an active Request for Proposal on the PSPC Buy and Sell website.	L'ASPC a procédé à un approvisionnement additionnel au moyen de contrats à fournisseur unique, et une demande de propositions est présentement active sur le site Web Achats et ventes de SPAC.
PHAC is working with PSPC to post a Request for Proposal on the PSPC Buy and Sell website.	L'ASPC collabore avec SPAC pour publier une demande de propositions sur le site Web Achats et ventes de SPAC.
Domestic manufacturing capacity coming online with Medicom (August 2020). PHAC is also working with PSPC to post a Request for Proposal on the PSPC Buy and Sell website.	Capacité de fabrication nationale à prévoir avec Medicom (août 2020). L'ASPC collabore aussi avec SPAC pour publier une demande de propositions sur le site Web Achats et ventes de SPAC.

· Dans le modèle, tous les chiffres de la demande font partie d'un scénario épidémiologique de recrudescence.

o Il existe en fait 2 scénarios épidémiologiques dans le modèle :

§ Une recrudescence, qui présente le pire scénario possible si le Canada connaissait une autre période significative de cas de COVID; et

§ Un confinement, qui présente un scénario où nous continuons de limiter au minimum la propagation de la COVID.

· Le tableau ci-dessus concerne la demande pour les deux prochains mois (du 20 août 2020 au 19 octobre 2020) en fonction du scénario de recrudescence dans le modèle des ÉPI. Note : le modèle ne prévoit pas la recrudescence maximale qui pourrait survenir d'ici 2021, donc la demande pour les deux prochains mois est stable. Pour comparaison, les deux mois lors desquels la demande est à son plus fort sont aussi illustrés à la fin de cette réponse.

Resurgence Scenario (N95 Healthcare Demand)	Scénario de recrudescence (demande de N95 en soins de santé)
Next two months	Deux prochains mois
Two months peak	Deux mois en période de pointe

L'analyse du tableau ne comprend pas l'inventaire ni les fournitures en commande des provinces et des territoires, qui peuvent être considérables dans certains cas.

· Les articles en retard ne sont pas compris dans le portrait d'approvisionnement, jusqu'à ce qu'un nouveau calendrier soit établi. Présentement, les fournitures suivantes sont en retard : 15,8 M de masques N95, 118,3 M de gants en nitrile, 24,6 M de blouses jetables et 4,6 M de masques chirurgicaux. Ces fournitures pourraient arriver et être réparties au cours des deux prochains mois, et seraient donc comprises dans le modèle, mais il est plus prudent de ne pas les compter dans l'approvisionnement jusqu'à une confirmation de leur réception.

· Les chiffres concernant les masques N95 ne comprennent pas les commandes à 3M, puisque le premier envoi provisoire de 3M (environ 750 K) n'est pas prévu avant octobre (date précise à confirmer, donc pourrait tomber en dehors des 2 mois en question). 3M pourra livrer directement aux provinces et aux territoires.

· Étant donné que la demande en période de pointe n'est pas prise en compte dans le modèle d'offre et de demande jusqu'en hiver 2021, le tableau ci-dessous montre deux mois de demande en période de pointe selon le modèle des ÉPI. La demande devrait être semblable pour la plupart des produits si la période de pointe survenait avant (p. ex., à l'automne 2020). L'inventaire prévu au fil du temps suggère que, si on inclut l'approvisionnement des provinces et des territoires, il y aurait suffisamment de fournitures à l'échelle nationale pour répondre à cette demande de pointe.

· Pour certains articles (p. ex., les masques chirurgicaux et les gants en nitrile), une hausse considérable de la demande attribuable à une recrudescence de la COVID n'est pas prévue, puisque ces articles sont utilisés à une fin prophylactique dans le contexte de soins de santé, sans égard au nombre de cas de COVID. Ainsi, les prévisions de la demande au cours des deux prochains mois et les prévisions de la demande au cours de deux mois au plus fort de la résurgence sont presque identiques.

Product	Produit
Next 2-Month Public Health Demand (Aug 20 to Oct 18, 2020)	Demande de la santé publique pour les 2 prochains mois (du 20 août au 18 oct. 2020)
Estimated 2-Month Peak Demand[2] Peak Demand is currently not forecasted in PPE Model until 2021, however this provides a theoretical picture of demand if the peak where to hit earlier then anticipated (e.g. fall 2020)	La demande prévue des deux mois en période de pointe[2] n'est pas prise en compte dans le modèle des ÉPI jusqu'en 2021; cependant, cela offre un aperçu théorique de la demande si la période de pointe survenait plus tôt que prévu (p. ex., à l'automne 2020)
N95 Masks	Masques N95
Nitrile Gloves[2]	Gants en nitrile[2]
Disposable Gowns	Blouses jetables
Surgical Masks	Masques chirurgicaux
9,929,825	9 929 825
390,086,520	390 086 520

51,393,771	51 393 771
138,816,950	138 816 950
30,630,589	30 630 589
398,798,770	398 798 770
66,793,008	66 793 008
139,623,025	139 623 025
1 All nitrile glove numbers are in pairs	1 Tous les chiffres concernant les gants en nitrile représentent des paires.
2 The two month peak demand for N95 masks is anticipated between January 19-March 19, 2021; Nitrile gloves January 22-March 22, 2021; Gowns January 22-March 22, 2021; Surgical masks January 23 - March 23, 2020	2 La demande pour deux mois en période de pointe pour les masques N95 est prévue du 19 janvier au 19 mars 2021; pour les gants en nitrile, du 22 janvier au 22 mars 2021; pour les blouses, du 22 janvier au 22 mars 2021; et pour les masques chirurgicaux, du 23 janvier au 23 mars 2020.

[redacted] (ASPC/PHAC)

Expéditeur :	[redacted] (ASPC/PHAC)
Date :	2020-08-26 (21 h 06)
Destinataire :	[redacted] (ASPC/PHAC)
Cc :	[redacted]
Objet :	Note sur une question soulevée - Adjuvant GSK AS03
Pièces jointes :	NOTE SUR UNE QUESTION SOULEVÉE - Allocation d'AS03 du 26 août (final).docx

Veuillez consulter la note finale sur une question soulevée.

[redacted]

Page: 1,001 of/de 1,041
AV2020000020

26 août 2020

NOTE SUR UNE QUESTION SOULEVÉE

Approvisionnement de l'adjuvant AS03, propriété exclusive de GSK pour une utilisation dans les vaccins contre la COVID-19.

QUESTION SOULEVÉE :

GSK a convenu de fournir au Canada 52 millions de doses de l'adjuvant AS03 dont il a la propriété exclusive à des fins d'utilisation, à la discrétion du Canada, pour la production de vaccins contre la COVID-19. [redacted]

CONSIDÉRATIONS :

- Le groupe de travail sur les vaccins (GTV) a recommandé que Sanofi ait accès au gros de l'approvisionnement en adjuvant AS-03 de GSK, [redacted]. Une fois l'achat effectué, le but recherché est de procéder à l'approvisionnement et de le répartir en fonction de l'état des préparatifs de [redacted] Sanofi en vue de la production. Des décisions d'allocation spécifiques seront prises au cours des prochaines semaines tandis que les APA avec ces compagnies sont finalisés.

- [redacted]

- Cette approche n'a pas d'incidence sur l'approvisionnement du Canada en vaccin contre la grippe pandémique, puisque le réapprovisionnement de l'adjuvant AS-03 aura lieu après la fin du contrat relatif au vaccin contre la grippe pandémique. L'ASPC travaille en collaboration avec SPAC afin d'atténuer les risques de grippe pandémique du Canada au cours de la période durant laquelle GSK n'est pas en mesure de fournir le vaccin contre la grippe pandémique (c'est-à-dire entre la date d'expiration du contrat actuel et la date à laquelle un nouveau contrat (qui reste à négocier) entrera en vigueur). Les efforts d'atténuation des risques se tourneront notamment vers

l'augmentation de l'accès au vaccin contre la grippe pandémique produit à l'étranger.

.../2

RECOMMANDATION :

Allouer les 68,5 millions de doses de l'adjuvant AS03 disponibles en 2021 comme suit :

- [redacted]
- 48,5 millions de doses à Sanofi : cette allocation suit le conseil du GTV selon lequel le vaccin traditionnel de Sanofi devrait bénéficier en priorité de l'allocation d'adjuvant AS03.
- Poursuivre les négociations auprès de GSK à propos d'un approvisionnement additionnel : œuvrer pour faire passer l'allocation d'AS-03 du Canada au-delà des 68,5 millions de doses présentement offertes [redacted] et 23,5 doses supplémentaires pour Sanofi.

[redacted] (PHAC/ASPC)

De : [redacted] (PHAC/ASPC)

Envoyé le : 2020-08-26 9:38

À : [redacted] (PHAC/ASPC)

Cc : [redacted]

Objet : RE: Pouvez-vous me remettre

Bonjour[redacted],

Voici la réserve de produits de base pour 3 mois pour chaque territoire. Il peut y avoir quelques variations en fonction des efforts déployés pour la livraison.

Cela repose principalement sur ce qu'ils ont demandé et, dans la plupart des cas, peut surpasser l'exigence de 3 mois actuelle/prévue.

TNO :

[redacted]

Nunavut :

[redacted]

Yukon :



----- Message original -----

De : [redacted]

Envoyé le : 2020-08-25 22:52

À : [redacted]

Cc : [redacted]

[redacted]

Objet : Re: Pouvez-vous me remettre

Pouvez-vous me remettre la répartition de la réserve de 3 mois par territoire dont il est question à la fin de la note? En ce qui concerne les fournitures pour deux mois, une analyse sera réalisée cette semaine. [redacted]

2

Envoyé de mon iPhone

> Le 25 août 2020, à 22:07, [redacted] > a écrit :

>

> Bonjour [redacted]

>

> Il n'y a pas encore de réponse définitive puisque nous devons tenir compte de deux facteurs : 1) la part du SRNU dans les achats en grandes quantités, et 2) les commandes des deux mois additionnels pour le SRNU.

>

> [redacted] et son équipe s'efforcent de confirmer la vitesse à laquelle la réserve du SRNU va croître d'après les achats actuels en grandes quantités. Cette analyse devrait être prête cette semaine.

>

> Cela dépend des calendriers de livraison qui seront déterminés en conséquence des diverses demandes de propositions (DP) pour les produits de base. Les calendriers de livraison dépendront de la capacité de l'industrie. Toutefois, les DP offriront une flexibilité maximale en vue de diversifier les contrats dans la mesure nécessaire (p. ex., incluant une gamme de fournisseurs, le pays d'origine, les préférences en matière de produits, les calendriers de livraison).

>

> Certains des principaux points :

>

> - Nos efforts précédents en matière d'achat en grandes quantités contribueront grandement à l'approvisionnement en ÉPI en cas de recrudescence. Nous avons commandé plus de 2 G de pièces d'ÉPI et d'autres fournitures et avons reçu moins de 25 % des commandes à ce jour. De grandes quantités de produits continuent d'arriver chaque jour ou sont en transit.

> - Contrairement au début de la COVID, pour ce qui est de nos 5 produits principaux, il existe dorénavant des sources nationales d'approvisionnement pour 4 de ces produits : respirateurs N95, visières, blouses et masques chirurgicaux.

> - Il n'y a aucune capacité nationale pour ce qui est des gants. Par conséquent, nous avons commandé de façon proactive 750 M de paires pour [redacted] dans le cadre de notre approvisionnement proactif additionnel. La DP est terminée, et nous collaborerons avec SPAC sur les contrats du SRNU à octroyer plus tard dans le processus. Lors d'un appel d'approvisionnement fédéral/provincial/territorial animé par [redacted] aujourd'hui, les provinces et les territoires ont confirmé que les gants les préoccupaient peu, et nous prévoyons de revoir les gants en détail avec eux lors de la prochaine réunion.

> - D'autres DP pour une réserve additionnelle de 8 semaines du SRNU pour d'autres produits de base en sont à diverses étapes. Ces DP seront aussi flexibles afin de permettre aux provinces et aux territoires de tirer profit de nos efforts d'approvisionnement en leur permettant de se servir des résultats des DP pour se procurer leurs propres fournitures au-delà des quantités du SRNU. Les dates de livraison sont à déterminer d'après les résultats de la DP.

> - Nous avons utilisé la réserve actuelle du SRNU de façon à prépositionner de façon proactive 3 mois de fournitures d'ÉPI pour chaque territoire.

>

>

>

> ----- Message original -----

> De : [redacted]

> Envoyé le : 2020-08-25 21:20

> À : [redacted]

> Cc : [redacted]

> Objet : Pouvez-vous me remettre

>

> Un petit mot avant 10 h concernant la réserve de deux mois du SRNU. Ce que nous avons commandé, quand nous pensons le recevoir par catégorie. Merci.

>

> Envoyé de mon iPhone

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted]
Envoyé : 26 août 2020, 22 h 30
À : [redacted] (PHAC/ASPC)
Cc : [redacted] (PHAC/ASPC)
Objet : Note thématique – Adjuvant AS03 de GSK

Il est très utile d'avoir confirmé qu'il n'est pas nécessaire que la réserve d'adjuvants AS03 soit disponible avant l'expiration du contrat pour le vaccin contre la grippe pandémique.

Cela met en relief l'autre défi, comme vous le soulignez, au sujet de la période entre l'expiration du contrat et la conclusion du prochain contrat, ce dont on a bien pris note.
La prochaine étape est logique, mais je vais laisser [redacted] la commenter.

Envoyé de mon iPhone

Le 26 août 2020 à 21 h 29, [redacted] a écrit :

Compte tenu de la clarté de l'information que nous obtenons de GlaxoSmithKline (GSK) concernant son adjuvant, je propose de partager la note à jour, jointe pour la discussion sur le vaccin avec le sous-ministre demain soir. Compte tenu de la clarté de la position de GSK, nous pouvons dissocier les considérations relatives au contrat pour le vaccin contre la grippe pandémique de la discussion de demain. Cela dit, nous devons maintenant mener une stratégie concernant ce que nous devons faire pour être prêts lorsque le contrat existant prendra fin, [redacted]. Nous pouvons peut-être demander à nos sous-ministres adjoints (SMA) de proposer des options dont nous pourrions discuter à court terme.

Laissez-moi savoir si vous avez des commentaires sur la pièce jointe. Êtes-vous d'accord avec la première étape concernant le prochain contrat pour le vaccin contre la grippe pandémique? [redacted]
Envoyé de mon iPhone

Commencer le message transféré :

De : [redacted]
Date : Le 26 août 2020 à 17 h 40 (HAE)
À : [redacted]
Cc : [redacted]
[redacted]
Objet : Note thématique – Adjuvant AS03 de GSK

Veuillez consulter la note thématique

finale ci-jointe. [redacted]

<ISSUE NOTE - AS03 Allocation Aug 26 (final).docx>

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted] (HC/SC)
Envoyé : 27 août 2020, 14 h 6
À : [redacted] (PHAC/ASPC)
Cc : [redacted]
Objet : Ajouter les données de la RNSU au tableau de bord des rapports de l'EPI

Nous organiserons une téléconférence pour ce lancement.

[redacted]
Santé Canada

Le 27 août 2020 à 13 h 36, [redacted]

[redacted] a écrit : Nous devons en discuter. Il y a quelques considérations importantes non mentionnées ci-dessous.

Envoyé de mon iPhone

Le 27 août 2020 à 12 h 39, [redacted] a écrit :

Bonjour [redacted],

Je vous écris pour confirmer que vous convenez que nous devons inclure les données de la RNSU dans le tableau de bord des rapports de l'EPI. Le tableau de bord recueille des données de l'ASPC, de SPAC et de l'ISDE afin de fournir des mises à jour quotidiennes au gouvernement fédéral et aux PT sur l'approvisionnement fédéral et le déploiement aux PT. Les PT ont pleinement accès au tableau de bord, ce qui les incite à partager régulièrement leurs données d'inventaire et de progression avec nous. Nous avons tiré parti de cette bonne foi et des données des PT pour alimenter le modèle de l'offre et de la demande d'EPI, comme vous le savez.

Actuellement, le tableau de bord des rapports de l'EPI ne comprend pas les données de la RNSU en raison de certaines préoccupations selon lesquelles cette information était de nature trop délicate au départ pour la partager avec les PT. Je comprends maintenant que les préoccupations concernent davantage les contremesures médicales plutôt que l'EPI.

Je crois que la transparence envers les PT nous a bien servis jusqu'à maintenant dans le dossier de l'EPI et nous aidera grandement dans la planification collective avec les PT concernant l'approvisionnement et la réserve, comme nous en avons discuté ce matin, à la réunion avec le SM sur l'approvisionnement en EPI. Le succès de notre travail dans ce dossier dépend largement de la volonté des PT à nous faire part de données supplémentaires sur l'EPI, y compris leurs propres activités d'approvisionnement. La réciprocité dans le partage des données avec les PT sera un facteur important pour obtenir leur soutien. Elle donnera également un portrait plus complet au Bureau du Conseil privé dans ses rapports quotidiens et nous aidera à simplifier les rapports quotidiens de l'EPI.

À cet égard, je propose que nous partagions ces données de nature moins délicate sur l'EPI de la RNSU avec les PT au moyen du tableau de bord de l'EPI (elles sont déjà dans le modèle de l'offre et de la demande d'EPI). [redacted] en ont discuté il y a quelques semaines et on a généralement convenu que la transparence envers les PT serait avantageuse. Si vous êtes d'accord, [redacted] peut travailler à cette mise en œuvre avec votre équipe et Statistique Canada.

Merci,
[redacted]

Page: 1,010 of/de 1,041
AV2020000020

PAN-CANADIAN PUBLIC HEALTH NETWORK

RÉSEAU PANCANADIEN DE SANTÉ PUBLIQUE

Priorités relatives à la planification stratégique : Intervention FPT en matière de santé publique concernant la gestion continue de la COVID-19

CCS FPT sur la COVID-19 – le 27 août 2020

Contexte

- **Le Plan d'intervention FPT en matière de santé publique concernant la gestion continue de la COVID-19 comprend ce qui suit :**
  - Les objectifs pour la gestion continue de la COVID-19
  - Les capacités requises pour gérer le risque d'un des pires scénarios raisonnables
  - Situation actuelle et activités prévues par volet d'intervention
- **Nous devons maintenant réfléchir aux éléments suivants :**
  - ce qui exige une mesure coordonnée FPT
    - les nouvelles mesures ou activités
    - les lacunes en matière de capacité et les secteurs qui doivent faire l'objet d'améliorations immédiates
  - les secteurs où une cohérence nationale est nécessaire ou souhaitable
  - quelles sont les priorités
- L'objectif d'aujourd'hui : fournir des commentaires pour orienter les mesures coordonnées FPT prioritaires pour le pire des scénarios raisonnables

Capacités requises pour la gestion des risques associés au pire scénario raisonnable

- DÉPISTER – des signes qui indiquent une hausse importante du nombre de cas pourraient être présents
- PRÉVENIR – une période d'intensification importante à l'automne qui dépasse considérablement la capacité d'intervention
- RÉDUIRE – hausses des nombres de cas et d'hospitalisations
- AUGMENTER – capacité relative aux soins de santé et à la santé publique
- SURVEILLER – demande pour des ressources dans le domaine des soins de santé
- ENCOURAGER – vigilance continue de la population et respect des mesures et des recommandations
- MINIMISER – répercussions négatives sur la santé qui ne sont pas liées à la COVID-19 et conséquences sur les déterminants de la santé

Qu'est-ce qui exige une mesure coordonnée FPT?

Extrait du Plan d'intervention FPT de santé publique en cas d'événements biologiques :

Si au moins l'un des besoins suivants est cerné lors de la première évaluation, une intervention FPT coordonnée pourrait être recommandée.

- **Capacité d'appoint du gouvernement fédéral ou planification centralisée** parce que plusieurs gouvernements sont touchés par l'incident de santé publique (p. ex., un approvisionnement problématique du vaccin, un incident exigeant une planification ou une préparation poussée et rapide) ou ont été mis à risque, et les besoins de coordination dépassent les capacités habituelles ou actuelles.
- **Documents de référence, recommandations ou activités, qu'ils soient nouveaux ou révisés**, pour les interventions en matière de santé publique (p. ex., si une éclosion découle d'un agent pathogène inconnu ou nouveau et qu'il y a un risque élevé de transmission de personne à personne, ou on note une nouvelle maladie au Canada pour laquelle aucun programme n'existe à l'heure actuelle).
- Des données recueillies tous les jours ou de manière urgente sur le nombre de cas au Canada (p. ex., pour satisfaire aux exigences de production de rapports du Règlement sanitaire international).
- **Analyse des données épidémiologiques provenant de plusieurs gouvernements** afin d'orienter les interventions.
- **Achat en gros** de contre-mesures médicales ou d'équipement médical.
- **Utilisation cohérente de ressources limitées** (p. ex., contre-mesures médicales) **au sein des divers gouvernements**.
- **Approche cohérente pour les contrôles aux frontières, l'identification des contacts et le suivi, et les communications publiques et professionnelles** (p. ex., en raison d'une urgence de santé publique de portée internationale [USPPI)] se produisant à l'extérieur du Canada).

Où et quand une cohérence nationale est-elle nécessaire ou souhaitable?

- Messages publics de haut niveau
- Paramètres épidémiologiques
- **Concepts d'orientation en santé publique**
- Approche relative aux ressources prioritaires (p. ex., groupes cibles pour la vaccination)
- Hypothèses et approches concernant la planification stratégique

Établissement des priorités pour les besoins en matière de gestion de risques (pire scénario raisonnable)

- **Quoi?**
  - Exige une nouvelle mesure
  - Nécessite une amélioration ou une adaptation
- **Quand?**
  - Période avant l'exigence (courte – avant toute période d'intensification de l'automne, moyenne – pendant une période d'intensification, longue – pour une intervention continue, pour un système de santé publique optimal)
  - Temps avant la disponibilité des ressources attendues (p. ex., vaccin)
  - Les données de la modélisation suggèrent que des modifications soient apportées aux interventions
  - De nouvelles études ou données exigent un changement aux interventions
- **Autres facteurs à prendre en considération :**
  - Disponibilité du financement
  - Priorités politiques

Exigences concernant la gestion des risques associés au pire scénario raisonnable

Capacité	Exigences relatives à la gestion des risques
DÉPISTER – Des signes indiquent qu'une hausse importante du nombre de cas pourrait se produire 1.1 à 1.7	➢ surveillance des données en temps utile (locales, PT, nationales et internationales) ➢ ressources des laboratoires pour faire rapidement la distinction entre la COVID-19 et d'autres virus respiratoires ➢ analyse ou enquête rapide afin d'évaluer le risque d'une période d'intensification importante(qui dépasse la capacité d'intervention) en fonction des données précises ou granulaires au niveau local ➢ avertissement précoce d'une demande accrue concernant les ressources et les activités d'intervention ➢ attribution rapide des ressources afin de réduire ou de gérer les répercussions ➢ communication proactive des risques ➢ vigilance continue et engagement concernant les interventions pour lutter contre la COVID-19
PRÉVENIR – Une période d'intensification importante à l'automne qui dépasse considérablement la capacité d'intervention 2.1 à 2.10	➢ Ressources pour s'assurer que les mesures d'intervention continues permettent de contrôler la propagation actuelle et d'empêcher l'apparition de nouveaux cas ➢ coopération publique avec les activités de surveillance et de gestion des cas et des contacts (c.-à-d. pour faciliter l'identification en temps opportun et l'isolement ou la quarantaine) ➢ déclencheurs localisés constants et clairs pour la nouvelle mise en œuvre de mesures de santé publique restrictives ➢ déploiement rapide de ressources ciblées pour contrôler ou contenir l'éclosion (y compris la mise en œuvre de « fermetures » locales) ➢ « réouverture » progressive et contrôlée de lieux et reprise progressive d'activités (modifiées) qui sont associées à un risque accru de transmission ➢ niveau élevé de conformité aux modifications ou contrôles continus mis en place alors que les mesures de santé publique restrictives sont levées ➢ niveau de conformité élevé aux mesures de protection individuelle ➢ mesures proactives pour contrôler les frontières internationales ➢ un plus grand nombre de messages et une meilleure sensibilisation de la population concernant les mesures de protection individuelle alors que les interactions sociales se déroulent de plus en plus à l'intérieur à l'automne ➢ une plus grande capacité du système de soins de santé (particulièrement dans les milieux à risque élevé comme les établissements de soins de santé de longue durée) et une réflexion sur les façons d'offrir les services et les soins de santé nécessaires (p. ex., dans des sites de service alternatifs, en ayant recours à des travailleurs à la retraite, des étudiants ou d'autres fournisseurs de soins)
RÉDUIRE – Flambée du nombre de cas et d'hospitalisations 3.1 à 3.6	➢ ressources adéquates pour s'assurer que les mesures d'intervention continues peuvent contrôler la propagation actuelle et empêcher l'apparition de nouveaux cas, de nouvelles hospitalisations et de décès supplémentaires ➢ priorité au dépistage rapide et à l'isolement des cas, ainsi qu'à l'identification rapide et à la quarantaine des contacts ➢ détection rapide des éclosions et déploiement des ressources pour contrôler ou contenir les éclosions ➢ réflexion sur les façons de mettre de nouveau en œuvre les mesures de santé publique restrictives au sein des communautés, ainsi que les mesures à imposer de nouveau en fonction des déclencheurs clairs au niveau local ➢ utilisation accrue des mesures de protection individuelle et respect de ces dernières ➢ mesures continues de contrôle des frontières internationales avec la réintroduction possible des restrictions

Exigences relatives à la gestion des risques associés au pire scénario raisonnable (suite)

Capacité	Exigences relatives à la gestion des risques
AUGMENTER – Capacité dans le domaine des soins de santé et de la santé publique 4.1 à 4.8	➢ capacité d'appoint des laboratoires pour des diagnostics rapides et la notification des cas ➢ disponibilité de ressources en santé publique pour les périodes d'intensification dans le nombre de cas et la gestion des contacts dans la communauté (y compris l'isolement des cas et la quarantaine des contacts à la maison ou dans d'autres milieux désignés), élaboration de nouveaux documents d'orientation et prestations de conseils d'experts fondés sur les données scientifiques en évolution ➢ ressources (p. ex., humaines et équipement ou matériel), planification et formation pour les activités de contrôle des éclosions dans des milieux à risque élevé, y compris les points de contact clairs en cas d'urgence ➢ capacité d'appoint pour assurer la disponibilité et l'accès à des ressources en soins de santé, y compris à de l'équipement (p. ex., ventilateurs, équipement de protection individuelle) pendant les périodes d'intensification ➢ disponibilité d'un nombre suffisant de fournisseurs de soins de santé afin de pouvoir répondre à la demande lors des périodes d'intensification ➢ capacité d'avoir accès à des traitements pharmaceutiques efficaces et de les distribuer ➢ surveillance continue des données scientifiques, des réseaux et des conseils d'experts pour déterminer les pratiques exemplaires en matière de traitement et d'identification de médicaments efficaces qui réduisent le besoin d'hospitaliser ou la durée de l'hospitalisation ➢ politiques et mesures relatives à la récupération (p. ex., congé pour guérir à domicile ou dans un autre lieu) afin d'éviter les engorgements possibles dans le système hospitalier
SURVEILLER – Demande pour des ressources dans le domaine des soins de santé 5.1 à 5.3	➢ surveillance d'indicateurs précoces d'autres maladies qui pourraient causer une augmentation de la demande pour des ressources en santé (p. ex., grippe saisonnière, autres agents pathogènes respiratoires) ➢ liens entre la prestation de soins de santé et la santé publique afin de mettre sur pied en temps utile des milieux de soins différents ou des lieux en cas de débordement ➢ surveillance accrue des chaînes d'approvisionnement mondiales qui pourraient entraîner des pénuries de médicaments et des solutions de rechange et stratégies cernées pour prioriser et conserver le matériel (p. ex., réserve essentielle, etc.)
ENCOURAGER – Vigilance continue de la population et respect des mesures et des recommandations 6.1 à 6.3	➢ maintien de la confiance de la population envers les autorités de santé publique ➢ produits de communication et d'éducation pour appuyer une adoption à grande échelle par la population des mesures de protection individuelle ➢ mesure de santé publique reposant sur la communauté

Exigences relatives à la gestion des risques qui nécessitent une mesure coordonnée FPT

Exigences relatives à la gestion des risques : THÈME : DE LA SURVEILLANCE		Exige-t-on une NOUVELLE mesure ou une mesure améliorée et coordonnée sur le plan FPT ?	Une cohérence à l'échelle nationale est-elle nécessaire ou souhaitable?	Priorité FPT
1.1	•surveillance des données en temps utile (locales, PT, nationales et internationales)	Améliorée – travail en cours pour améliorer les données relatives aux cas et à d'autres volets des données de surveillance	Oui	Élevée – particulièrement pour les éléments de données spécifiques
1.2	•ressources en laboratoire pour faire rapidement la distinction entre la COVID-19 et d'autres virus respiratoires	Nouvelle– plusieurs plateformes de dépistage pour optimiser le dépistage	Oui	Moyenne – travail en cours, mais il faut réfléchir davantage aux ressources humaines et aux cibles de dépistage

Exigences relatives à la gestion des risques qui nécessitent une mesure coordonnée FPT

Exigences relatives à la gestion des risques : Thème 3 : La gestion des éclosions		Exige-t-on une NOUVELLE mesure ou une mesure AMÉLIORÉE et coordonnée sur le plan FPT?	Une cohérence à l'échelle nationale est-elle nécessaire ou souhaitable?	Priorité FPT
3.3	•dépistage rapide des éclosions et déploiement de ressources pour contrôler ou contenir les éclosions	Améliorée – valeur d'ajouter des données épidémiologiques aux données génomiques	Oui	Élevée – nécessité de déterminer le rôle de la génomique dans les éclosions
4.3	•ressources (p. ex., humaines et équipement ou matériel), planification et formation pour les activités de contrôle des éclosions dans les milieux à risque élevé, y compris des points de contact clairs pour les urgences	Nouvelle– orientation concernant les enquêtes sur les éclosions, ressource de l'équipe d'intervention rapide, partage de renseignements	Oui	Élevée – occasion, avec la réouverture, d'analyser les données sur les éclosions afin de mieux orienter les interventions et d'étoffer les données épidémiologiques

Exigences relatives à la gestion des risques qui nécessitent une mesure coordonnée FPT

Exigences relatives à la gestion des risques : THÈME DE LA COMMUNICATION		Exige-t-on une NOUVELLE mesure ou une mesure AMÉLIORÉE et coordonnée sur le plan FPT?	Une cohérence à l'échelle nationale est-elle nécessaire ou souhaitable?	Priorité FPT
1.6	communication proactive des risques	Nouvelle ou améliorée – Groupe de travail sur les communications du Réseau de la santé publique	Oui	Élevée – mais nécessité de « réinitialiser le message » pour reconnaître une mesure par rapport à des conséquences imprévues et aux interventions à long terme
6,2	produits de communication et d'éducation pour appuyer une adoption continue à grande échelle des mesures de protection individuelle et des mesures de santé publique reposant sur la communauté	Nouvelle – mise à jour	Oui	Moyenne – nécessité de « nouvelles » mesures continues, qui se fondent idéalement sur des données probantes, nécessité de penser à la promotion de l'acceptation du vaccin contre la COVID-19 lorsqu'il sera disponible.

Exigences relatives à la gestion des risques qui nécessitent une mesure coordonnée FPT

Exigences relatives à la de gestion des risques : THÈME DES PÉRIODES D'INTENSIFICATION ET DE L'APPROVISIONNEMENT		Exige-t-on une NOUVELLE mesure ou une mesure AMÉLIORÉE et coordonnée sur le plan FPT?	Une cohérence à l'échelle nationale est-elle nécessaire ou souhaitable?	Priorité FPT?
4.4	•capacité d'appoint pour assurer la disponibilité ou l'accès aux ressources en soins de santé, y compris à l'équipement (p. ex., ventilateurs, équipement de protection individuelle) pendant les périodes d'intensification	Amélioré – Ressources de la RNSU, mobilité des ressources, partage du matériel	Oui	Élevé – assurer la disponibilité en cas de pire scénario
5.3	• meilleure surveillance des chaînes d'approvisionnement mondiales qui pourraient entraîner des pénuries de médicaments et des solutions de rechange et stratégies cernées pour prioriser et conserver le matériel (p. ex., réserve essentielle, etc.)	Amélioré – coordination avec SC et d'autres partenaires	Oui	Élevé – particulièrement pour les traitements possibles contre la COVID-19

Thèmes et enjeux communs :

- Atténuation du pire scénario raisonnable :
  - SURVEILLANCE
  - GESTION DES ÉCLOSIONS
  - COMMUNICATION
  - PÉRIODES D'INTENSIFICATION ET MATÉRIEL
-
- Tiré du reste du plan :
  - Cibler le plus possible des mesures de santé publique restrictives – éviter une nouvelle mise en œuvre à grande échelle.
  - Une reconnaissance et plus de mesures pour rectifier ou prévenir les effets négatifs disproportionnés de la COVID-19 et des mesures d'intervention restrictives sur la santé des sous-populations ou des sous-groupes.
-
- Autres enjeux liés à la capacité?

Prochaines étapes :

- Examen PT des exigences relatives à la gestion des risques associés au pire scénario raisonnable
  - Vérifier la liste actuelle
  - Cerner d'autres enjeux qui exigent des mesures coordonnées FPT ou une cohérence entre les gouvernements, ou qui en bénéficieraient
  - Cerner d'autres exigences relatives à la gestion des risques qui ne figurent pas dans le plan

- Approche pour rectifier ou prévenir les effets négatifs disproportionnés de la COVID-19 et des mesures d'intervention restrictives sur la santé des sous-populations ou des sous-groupes.
  - p. ex., NOUVEAU – Capacité : Pour minimiser les effets négatifs sur la santé qui n'ont pas de lien avec la COVID-19 et les conséquences sur les

  - déterminants de la santé
  - Cerner les exigences relatives à la gestion des risques, les évaluer pour déterminer si une mesure FPT est nécessaire et les prioriser
    - analyse des impacts des mesures de contrôle de la COVID-19 sur la population (locale), y compris l'identification de sous-groupes qui sont touchés de manière disproportionnelle
    - analyse et identification en temps utile d'une période d'intensification (au-dessus de la base de référence autre que la COVID-19) dans les effets négatifs sur la santé (p. ex., décès par surdose)
    - affectation de ressources humaines et autres ressources en quantité suffisante aux programmes et activités visant à prévenir et à réduire les effets négatifs sur la santé
    - évaluation des risques possibles des mesures de contrôle de la COVID-19 et déterminer ou planifier des mesures d'atténuation des risques.

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted] (PHAC/ASPC)
Envoyé le : 2020-08-3 03:46 PM
À : [redacted] (PHAC/ASPC)
CC : [redacted] (PHAC/ASPC)
Objet : Objet : On nous demande d'être prêts à faire une analyse approfondie avec le ministre sur la RNSU cette semaine-possiblement avant mercredi je crois

Reçu.

Salutations

[redacted]

Envoyé depuis mon iPhone

>Le 30 août 2020, à 15 h 38, [redacted] a écrit :
>
>K. Je veux juste m'assurer que SC n'en fait pas un de son côté. Ce cas-ci, je crois, devrait certainement être le nôtre.
>
>Envoyé depuis mon iPhone
>
>> Le 30 août 2020, à 15 h 35, [redacted] a écrit :
>>
>> [redacted] : Nos équipes se réuniront dans la matinée pour mettre au point davantage le dossier de présentation. C'est la position par défaut que de collaborer avec [redacted] et son équipe.
>>
>> Salutations
>>
>> [redacted]
>>
>> Envoyé depuis mon iPhone
>>
>>>> Le 30 août 2020 à 15 h 24, [redacted] a écrit :
>>>
>>>Parfait. Ce sera bon de discuter avec [redacted] pour veiller à ce que nous ne travaillions pas à contre-courant
>>>
>>>Envoyé depuis mon iPhone
>>>
>>>>Le 30 août 2020 à 15 h 18, [redacted] a écrit :
>>>>
>>>> [redacted] Un dossier de présentation est en cours d'élaboration et j'aurai une ébauche pour vous demain matin.
>>>>
>>>> Salutations
>>>>
>>>> [redacted]
>>>>
>>>> Envoyé depuis mon iPhone

>>>>

>>>>>>Le 30 août 2020, à 11 h 23, [redacted] > a écrit :
>>>>>
>>>>> Votre équipe a été chargée de produire un dossier de présentation. Nous aurons besoin de voir le produit proposé le plus rapidement possible. Vous pouvez discuter avec [redacted] également. Le niveau de détail demandé tombe exactement dans nos cordes.
>>>>>
>>>>> Envoyé depuis mon iPhone

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé le : 30-08-2020 16h10
Envoyé à : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Réserve actuelle et fourniture entrante de la part des achats en gros en plus de la réserve de huit semaines
Pieces jointes : PPE Supply and Stockpile Status_Aug 2020-v2-kw.docx

Bonjour[redacted] et [redacted]

Nous continuons de travailler avec Santé Canada sur l'état de préparation pour les ÉPI pour préparer les données du modèle d'offre et de demande de SC.

Cependant, en réponse aux questions précédents, voici une analyse de haut niveau de l'état actuel de la RNSU du stock de ÉPI et de la réserve de huit semaines.

Veuillez noter que le nettoyage des données continue et il existe plusieurs hypothèses lesquelles pourraient avoir une incidence sur les données dans les deux cas.

Merci,

[redacted]

Approvisionnement d'équipements individuels de protection (ÉPI) – état actuel (août 2020)

- Sur les 2,3 milliards d'ÉPI et de dispositifs médicaux commandés par l'entremise des efforts fédéraux pour l'approvisionnement en gros, environ 32% ont été reçus et ASPC reçoit un volume important de fournitures sur une base régulière.
- Au mois de juillet, le Ministre a approuvé l'achat d'une fourniture additionnelle de huit semaines d'ÉPI pour la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU).
- Voici le stock actuel (en millions):

	Réserve ciblée	Réserve actuelle	Pourcentage estimé de la réserve actuelle de la RNSU	Pourcentage estimé de la réserve actuelle des provinces/territoires (P/T)
Blouses	[redacted]	26,0	[redacted]	
Masques chirurgicaux		121,0		
Respirateurs N95		9,4		
Gants (pairs)		67,9		
Masques de protection		29,6		

- Selon les fournitures entrantes de l'approvisionnement en gros actuel et les commandes planifiés pour un approvisionnement de huit semaines, voici les dates approximatives pour réaliser une réserve complète de huit semaines pour la RNSU :
  - Blouses, février 2021
  - Masques chirurgicaux, février 2021
  - Respirateurs N95, décembre 2020
  - Gants, décembre 2020
  - Masques de protection, décembre 2020
- Les tableaux ci-bas fournissent un aperçu détaillé de l'approvisionnement actuelle et anticipée pour les ÉPI ainsi que le délai anticipé pour réaliser les cibles d'approvisionnement pour une réserve de huit semaines approuvées par le Ministre.

Considérations :

- Cette analyse ne prend pas en considération les réserves actuelles d'ÉPI dans les P/T ou les commandes envoyées par les P/T.
- Les délais de livraison pour les commandes actuelles sont fondés sur les meilleures estimations fournies par les fournisseurs et peuvent être modifiés.
- Les délais de livraison pour l'approvisionnement additionnel pour une réserve de huit semaines pour la RNSU sont fondés sur les livraisons mensuelles égales entre octobre et

mars. Les livraisons actuelles dépendent des résultats des appels d'offres (AO) et la capacité industrielle pour produire et livrer les produits. Les OA fournissent la souplesse maximum pour diversifier les contrats tel que requis (liste de fournisseurs, pays d'origine, préférences de produits, délais de livraison).

- Les répartitions estimatives pour les P/T et la RNSU sont basés sur la formule de répartition 80/20.
- L'ASPC a augmenté la logistique and et les capacités d'entreposage afin de gérer les grands volumes d'ÉPI en voie de livraison. Cependant, le déploiement aux P/T est limité par la capacité ou l'intérêt des P/T de recevoir certains produits. Par conséquent, la RNSU peut accroître plus rapidement que prévu en vertu des arrêts de commande de la part des P/T. Par exemple :
    - [redacted] a demandé une annulation pour la livraison de tous ÉPI à l'exception des gants et trois versions spécifiques du respirateur N95 et par conséquent son allocation de [redacted] sera absorbée par la RNSU.
- Malgré les obstacles du point de vue logistique et capacité d'entreposage, le stock de l'ASPC peut être organisé pour un déploiement rapide si nécessaire.
- Les blouses jetables et réutilisables ont été incluses et on s'est servi d'un multiplicateur conservateur de 5x pour les blouses réutilisables pour tenir compte de la réutilisation.
- Des sources nationales d'approvisionnement existent maintenant pour les respirateurs N95, les masques chirurgicaux, les masques de protection et les blouses. On continue de développer de nouvelles sources d'approvisionnement au niveau national.

Annexe A

Approvisionnement de Blouses

Réserve [redacted] Approvisionnement de 8 semaines Allocation P/T Réserve fédérale ciblée

État actuel

Total Blouses

Approvisionnement de Masques Chirurgicaux

Allocation RNSU Approvisionnement additionnel RNSU de 8 sem. Allocation P/T Cible

Approvisionnement actuel

Approvisionnement de Masques de Protection

Allocation RNSU Approvisionnement additionnel RNSU de 8 sem. Allocation P/T Cible

Approvisionnement actuel

Approvisionnement de Respirateurs N95

Allocation RNSU Allocation P/T Cible

Approvisionnement actuel

Approvisionnement de Gants

Allocation RNSU Approvisionnement additionnel RNSU de 8 sem. Allocation P/T Cible

Approvisionnement actuel

[redacted] **(PHAC/ASPC)**

De : [redacted] (PHAC/ASPC)
Envoyé : 31 août 2020, 14 h 18
À : [redacted] (PHAC/ASPC)
Cc : [redacted] (PHAC/ASPC)
Objet : Voici une note au dossier sur le ventilateur Thornhill qui doit s'ajouter à nos dossiers. Toutes mes excuses, je devais en parler plus tôt, mais la note s'est perdue dans le brouhaha.
Pièce jointe : Ventilator overview - April 9 2020 t(003)t.docx

Aperçu du ventilateur pour la COVID-19 – note au dossier - 9 avril 2020

Réserve actuelle de la RNSU

Avant le début de la COVID-19, la RNSU comptait [redacted] ventilateurs, notamment [redacted]

[redacted]

Commandes

Avant l'annonce publique sur l'acquisition de 1 900 ventilateurs de Thornhill, l'ASPC avait déjà commandé 550 ventilateurs. En fonction de cette commande, SPAC a conclu des contrats pour les 550 ventilateurs suivants :

- 200 ventilateurs Zoll (transport); les 50 premiers ventilateurs devaient être disponibles la première semaine d'avril et au cours des semaines suivantes.
- 200 ventilateurs Evita V500.
- 15 ventilateurs Babylog VN500.
- 85 ventilateurs Medronic PB980.
- 50 ventilateurs Hamilton C6.

Après l'annonce du gouvernement sur l'achat de ventilateurs de Thornhill, le 22 mars 2020, SPAC a conclu un premier contrat pour [redacted] unités MOVES SLC de Thornhill. Essentiellement, pour toutes les unités en stock [redacted]

L'ASPC a donné l'instruction par courriel de commander 1 900 ventilateurs de Thornhill. Au cours des discussions concernant le contrat, en tenant compte de la capacité de l'entreprise à produire les ventilateurs dans un bref délai, le 26 mars 2020, l'ASPC a passé une commande pour [redacted] unités Thornhill au départ. Cette commande a été modifiée par la suite en y ajoutant [redacted] unités de plus, avec l'option d'en acheter davantage.

À noter, le 19 mars, le personnel de l'ASPC a exprimé ses préoccupations par écrit à Innovation, Sciences et Développement économique (ISDE) Canada concernant l'achat des ventilateurs de Thornhill, car il s'inquiète qu'ils aient une capacité suffisante pour la ventilation en cas de COVID-19, ainsi que du coût du produit. Avant l'octroi du contrat, l'équipe d'évaluation technique de l'ASPC a communiqué l'information au [redacted] responsable de [redacted], à l'ISDE et à SPAC, remettant en question l'utilité du produit Thornhill dans une unité de soins intensifs (USI) et sa capacité de ventilation à long terme. Le [redacted] (auquel fait renvoi le courriel du 19 mars) s'inquiétait de retarder l'achat, déjà fait par les États-Unis et se demandait si les spécifications de l'ASPC étaient « trop exigeantes ». Dans la discussion entre [redacted] e [redacted], les deux ont convenu de procéder à l'achat, compte tenu du nombre limité de ventilateurs dans la RNSU, de la difficulté à se procurer des ventilateurs, de l'engagement de Thornhill à accroître sa capacité nationale, du besoin possible d'un nombre important de ventilateurs et qu'il est préférable d'avoir le produit de Thornhill plutôt que rien du tout. Ils ont également reconnu que le produit de Thornhill pourrait aussi servir à ventiler des patients atteints d'autre chose que la COVID-19, comme moyen de libérer d'autres ventilateurs de l'USI pour ces patients qui pourraient avoir besoin d'une ventilation à plus long terme. Néanmoins, le personnel de l'ASPC a soulevé des préoccupations à savoir si ces ventilateurs pourraient être utilisés en milieu hospitalier, notamment pendant les discussions interministérielles. Le 21 mars, [redacted] a confirmé que les ventilateurs avaient été utilisés dans divers hôpitaux militaires. Le personnel de l'ASPC a également souligné qu'il serait possible d'octroyer des contrats à d'autres fournisseurs. Le 21 mars, [redacted] a chargé TPSGC de passer une commande, selon la discussion préalable avec le [redacted]. Le 21 mars, l'équipe technique de l'ASPC a transmis une évaluation détaillée au [redacted] qui lui avait demandé s'il pourrait y avoir une marge de manœuvre pour demander des modifications au produit Thornhill. À l'issue de cette discussion, [redacted] a discuté avec le personnel de direction de Thornhill. L'entreprise a indiqué qu'elle ne disposait pas d'une telle marge de manœuvre. L'entreprise a donc accepté un engagement facilité avec les représentants de la Société canadienne de soins intensifs pour obtenir la rétroaction d'une tierce partie au sujet de son produit. Elle a reçu cette rétroaction le 22 mars. Celle-ci a confirmé que le produit « semble une bonne option pour les patients soignés dans des milieux inhabituels, soit dans un hôpital ou en dehors de l'ISU ou du milieu hospitalier traditionnel... [redacted] C'est donc une bonne option… » [traduction] À noter, en plus de l'achat fédéral des ventilateurs de Thornhill, [redacted] Celle-ci a été passée avant toute autre commande auprès de fabricants nationaux.

Le 24 mars 2020, l'ASPC a également commandé [redacted] ventilateurs GE CARESCAPE R860.

Le 24 mars 2020, l'ASPC a commandé 1 300 ventilateurs de plus. SPAC continue de chercher des options d'achat.

Le 2 avril 2020, l'ASPC a soumis une demande de 300 ventilateurs VG70 de la Chine. SPAC a été chargé d'acheter 2 000 ventilateurs de plus. Cette commande a été annulée par la suite en raison de préoccupations relatives à la légitimité du fournisseur.

L'ASPC a soumis des demandes de 30 000 ventilateurs « fabriqués au

Canada ». Déploiement des ventilateurs dans la RNSU

Le 7 avril 2020, l'ASPC avait déployé 214 des [redacted] ventilateurs en réponse aux demandes d'aide des PT et pour distribuer proactivement les ventilateurs dans les PT comme suit :

Provinces et	PB840	HT50	Total
Colombie-Britannique	6	55	61
Alberta	6		6
Saskatchewan			0
Manitoba	6	10	16
Ontario	7	55	62
Québec	7	56	63
Nouveau-Brunswick			0
Nouvelle-Écosse			0
Terre-Neuve-et-Labrador			0
Île-du-Prince-Édouard			0
Yukon			0
Territoires du Nord-Ouest	6		6
Nunavut			0
SRNU			0
	38	176	214

Le 8 avril 2020, le [redacted] ont approuvé l'approche pour le déploiement de 235 autres ventilateurs [redacted] pour répondre aux besoins urgents et immédiats des PT.

Le 9 avril 2020, les expéditions des ventilateurs suivants étaient en bonne voie :

Provinces et territoires				
Colombie-Britannique	0	0	0	
Alberta	0	50	50	Expédition le 11 avril
Saskatchewan	5	25	30	Expédition le 11 avril
Manitoba	0	18	18	Expédition le 11 avril
Ontario	0	38	38	Expédition et réception le
Québec	0	5	5	Expédition le 9 avril
Nouveau-Brunswick	1	21	22	Expédition le 11 avril
Nouvelle-Écosse	2	22	24	Expédition le 11 avril
Terre-Neuve-et-Labrador	2	16	18	Expédition le 11 avril
Île-du-Prince-Édouard	1	9	10	Expédition le 11 avril
Yukon	1	5	6	Expédition le 11 avril
Territoires du Nord-Ouest	0	0	0	
Nunavut	0	4	4	Expédition le 11 avril
Total des PT	12	213	225	

[redacted] **(ASPC/PHAC)**

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé : 2020-08-31 12 h 59
À : [redacted]na (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted]
Objet : Objet : Stock actuel et approvisionnement provenant de l'achat en grandes quantités plus le stock de huit semaines

Je suis d'accord.

De : [redacted]
Envoyé : 2020-08-31 12 h 57
À : [redacted]
Cc : [redacted]
Objet : Objet : Stock actuel et approvisionnement provenant de l'achat en grandes quantités plus le stock de huit semaines.

Lors de notre discussion, nous avons assurément parlé de la préparation pour l'automne. Février n'est pas en automne.

Envoyé de mon iPhone

> Le 31 août 2020, à 12 h 55, [redacted] a écrit :
>
> [redacted], la note d'information qui a été signée par la ministre ne précisait pas quand nous aurions le stock en main. Il s'agit donc de la première fois que nous disposons d'une prévision aussi claire. Nous élaborerons certains scénarios pour les éventualités afin d'envisager un approvisionnement plus précoce.
>
> Il importe de noter que dans le cas des blouses et des masques chirurgicaux, le délai serait février 2021, tandis que dans le cas des
>
> respirateurs N95, des gants et des écrans faciaux, le délai serait décembre 2020.
>
> Cordialement,
>
> [redacted]

De : [redacted]>
Envoyé : 2020-08-31 12 h 49
À : [redacted]>
Cc : [redacted]>
Objet : Objet : Stock actuel et approvisionnement provenant de l'achat en grandes quantités plus le stock de huit semaines.

Sans consulter le document, mon instinct me dit qu'il ne serait pas acceptable d'attendre aussi longtemps.

Envoyé de mon iPhone

Le 31 août 2020, à 12 h 46, [redacted]> a écrit :

Merci, [redacted] Ces précisions fournissent des réponses importantes, en particulier le calendrier pour l'approvisionnement de huit semaines. Elles permettront de déterminer s'il est acceptable ou non d'attendre jusqu'en février 2021 pour disposer de la totalité du stock de huit semaines.

Bonne journée,

[redacted]

De : [redacted]>
Envoyé : 2020-08-30 16 h 10
À : [redacted]
[redacted]>
Cc : [redacted]>
Objet : Stock actuel et approvisionnement provenant de l'achat en grandes quantités plus le stock de huit semaines

Bonjour, [redacted] et [redacted].

Nous continuons de collaborer avec Santé Canada pour la création du dossier complet relatif à l'état de préparation en matière d'équipement de protection individuelle (EPI) pour l'automne, en tirant parti des données en approvisionnement de Santé Canada et des modèles de demande.

Toutefois, à la suite des questions soulevées précédemment, voici une analyse de haut niveau de l'état actuel du stock d'EPI

de la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) et du stock cible de huit semaines.

Il convient de noter que le nettoyage de données se poursuit et que diverses hypothèses peuvent avoir une incidence sur les chiffres dans les deux cas.

Merci.

– [redacted]

[redacted] (ASPC/PHAC)

De : [redacted] (ASPC/PHAC)
Envoyé le : 31-08-2020 13h00
Envoyé à : [redacted] (ASPC/PHAC)
Cc : [redacted] (ASPC/PHAC)
Objet : Réserve actuelle et fourniture entrante de la part des achats en gros en plus de la réserve de huit semaines

Il faut considérer un approvisionnement global continu et non seulement la réserve étant donné que des quantités massives de produits sont envoyées aux P/T en parallèle.

C'est un aperçu conservateur fondé sur l'hypothèse que nous allons continuer l'approvisionnement en gros 80/20 (sans considérer les arrêts de livraison).

De : [redacted]
Envoyé le : 31-08-2020 12h56
Envoyé à : [redacted]
Cc : [redacted]
[redacted]
Objet : Réserve actuelle et fourniture entrante de la part des achats en gros en plus de la réserve de huit semaines

[redacted] : La note de breffage signé par le Ministre n'indique pas la date à laquelle on aurait la réserve en main donc ceci est la première fois qu'on nous a donné une prévision claire. Nous allons développer des scénarios possibles pour prendre en considération un approvisionnement anticipé.

Veuillez noter que les blouses et les masques chirurgicaux ont été poussé à février 2021 tandis que les gants and les masques de protection ont été poussé à décembre 2020.

Bonne journée,

[redacted]

De : [redacted]
Envoyé le : 31-08-2020 12h49
Envoyé à : [redacted]
Cc : [redacted]
[redacted]

Objet : Réserve actuelle et fourniture entrante de la part des achats en gros en plus de la réserve de huit semaines

Sans avoir vu le document, mon intuition me dit non. C'est inacceptable d'attendre si longtemps.

Envoyé de mon iPhone

Le 31 août 2020 a 12h46, [redacted] a écrit :

Merci [redacted] Cela nous donne des réponses importantes, surtout au sujet des délais pour l'approvisionnement de huit semaines. Cela nous aidera avec la question de suffisance pour savoir si oui ou non c'est acceptable d'attendre à février 2021 pour avoir la réserve complète de huit semaines en main.

Bonne journée,

[redacted]

De : [redacted]
Envoyé le : 30-08-2020 16h10
Envoyé à : [redacted])
Objet : Réserve actuelle et fourniture entrante de la part des achats en gros en plus de la réserve de huit semaines

Bonjour [redacted] et [redacted]

Nous continuons de travailler avec Santé Canada sur l'état de préparation pour les ÉPI pour préparer les données du modèle d'offre et de demande de SC.

Cependant, en réponse aux questions précédents, voici une analyse de haut niveau de l'état actuel de la RNSU du stock de ÉPI et de la réserve de huit semaines.

Veuillez noter que le nettoyage des données continue et il existe plusieurs hypothèses lesquelles pourraient avoir une incidence sur les données dans les deux cas.

Merci,

[redacted]