

**RAPPORT**  
**de vérification du**  
**Système de management environnemental**



Secteur de l'évaluation du rendement  
Service correctionnel du Canada

## TABLE DES MATIÈRES

	<u>PAGE</u>
1- <b>RÉSUMÉ</b>	i
2. <b>INTRODUCTION</b>	1
<b>1<sup>re</sup> PARTIE – Constatations des vérificateurs et recommandations</b>	
3. <b>CONSTATATIONS</b>	
○ <b>Objectif 1.</b> Évaluer les procédures des établissements concernant l'exploitation de leur système de management environnemental.	4
○ <b>Objectif 2.</b> Évaluer les procédures de l'établissement concernant la conservation de l'énergie et la mesure de la consommation énergétique réelle.	7
○ <b>Objectif 3.</b> Évaluer si l'établissement possède les procédures et l'équipement requis pour répondre aux urgences environnementales.	8
○ <b>Objectif 4.</b> Évaluer les procédures de l'établissement concernant la gestion globale des hydrocarbures halogénés.	9
○ <b>Objectif 5.</b> Évaluer les procédures de l'établissement concernant le stockage, la mesure, l'inventaire et la gestion de la production des déchets dangereux.	11
○ <b>Objectif 6.</b> Vérifier si l'analyse de la qualité du système de traitement des eaux usées requise est effectuée et si les dossiers sont tenus à jour comme il se doit.	16
○ <b>Objectif 7.</b> Évaluer les procédures de l'établissement concernant la réduction et la gestion des déchets solides.	17
○ <b>Objectif 8.</b> L'établissement gère la consommation d'eau de manière efficace et responsable.	19
<b>Conclusions générales</b>	20
<b>2<sup>e</sup> PARTIE – Analyse des résultats des OSG</b>	
Renseignements généraux sur les Outils de surveillance de la gestion (OSG)	22
Comparaison des résultats recueillis pour les OSG et par l'équipe de vérification pour les neuf établissements visités	23
Résultats nationaux des OSG pour tous les autres établissements	25
Annexe A – Établissements visités	27
Annexe B – Objectif, critères et éléments de pondération pour la vérification	28
Annexe C – Taux de conformité pour chaque objectif	36
Annexe D – Taux de conformité obtenus dans l'ensemble de la vérification pour chaque établissement visité	37
Annexe E – Résumé des bonnes pratiques	38
Annexe F – Plan d'action de la direction	39

## RÉSUMÉ

En 2003, le Service Correctionnel du Canada (SCC) a instauré une directive et des lignes directrices afin de régulariser une approche nationale uniforme pour la mise en oeuvre de normes environnementales dans l'ensemble du Service correctionnel du Canada. Ces documents visent à promouvoir l'usage d'un système de management environnemental en fournissant aux gestionnaires et aux membres du personnel une compréhension claire de leurs rôles et responsabilités en ce qui concerne :

- une conduite illégale ou inacceptable;
- les principales responsabilités;
- la surveillance des pratiques utilisées en vue d'assurer la conformité à la politique ainsi que le maintien de l'efficacité et de l'intégrité du SME.

La vérification du Système de management environnemental (SME) a été effectuée dans le cadre du calendrier de vérification de 2004-2005 du Service correctionnel du Canada. L'étape de la vérification a été réalisée en janvier et en février 2005, période au cours de laquelle l'équipe de vérification a visité neuf établissements, soit un établissement dans la région de l'Atlantique et deux établissements dans chacune des quatre autres régions.

Les objectifs de la vérification étaient formulés comme suit :

Objectif 1 : Évaluer les procédures des établissements concernant l'exploitation de leur système de management environnemental.

Objectif 2 : Évaluer les procédures de l'établissement concernant la conservation de l'énergie et la mesure de la consommation énergétique réelle.

Objectif 3 : Évaluer si l'établissement possède les procédures et l'équipement requis pour répondre aux urgences environnementales.

Objectif 4 : Évaluer les procédures de l'établissement concernant la gestion globale des hydrocarbures halogénés.

Objectif 5 : Évaluer les procédures de l'établissement concernant le stockage, la mesure, l'inventaire et la gestion de la production des déchets dangereux.

Objectif 6 : Vérifier si l'analyse de la qualité du système de traitement des eaux usées requise est effectuée et si les dossiers sont tenus à jour comme il se doit.

Objectif 7 : Évaluer les procédures de l'établissement concernant la réduction et la gestion des déchets solides.

Objectif 8 : L'établissement gère la consommation d'eau de manière efficace et responsable.

Les critères de vérification bien précis établis pour chacun des objectifs ci-dessus figurent à l'annexe B.

Il ressort de la vérification que, d'une manière générale, le personnel connaît les politiques établies par le Service correctionnel du Canada et le Conseil du Trésor en matière de gestion de l'environnement, mais qu'on n'a apparemment pas maintenu un degré élevé de priorité depuis la dernière vérification portant sur l'examen de la Stratégie de développement durable réalisée par le Secteur de l'évaluation du rendement, en 1999.

Les résultats bien précis de la vérification sont résumés ci-dessous.

- Un comité de l'environnement et un sous-comité permanent avaient récemment été établis dans tous les établissements visités.
- Seulement deux des neuf établissements visités avaient établi un système de classement permanent.
- La plupart des établissements visités n'émettent pas de rapport annuel faisant état de leur performance environnementale globale au cours de l'année écoulée. Les deux seuls établissements qui avaient dressé un tel rapport ne l'avaient pas présenté à l'agent régional en environnement de l'AC, comme l'exigent les Lignes directrices.
- Six des neuf établissements visités ont pu montrer des documents indiquant que le chef des Travaux et services d'entretien avait procédé à un examen annuel des systèmes énergétiques de son établissement pour s'assurer qu'ils étaient entretenus comme il se doit.
- En général, les établissements visités n'avaient pas de Plan d'urgence environnementale.
- La plupart des établissements visités tenaient un inventaire approprié des hydrocarbures halogénés.
- Les vérificateurs ont observé un certain nombre de lacunes concernant la gestion des déchets dangereux, notamment en ce qui a trait au conditionnement, au stockage, au marquage et à l'inspection des matières.
- Les gestionnaires et les opérateurs responsables du traitement des eaux usées ne présentent pas au Comité de gestion de l'environnement de rapports périodiques sur l'efficacité des installations de traitement des eaux usées de leur établissement.
- Certains établissements n'ont pas mis en place un système permettant de mesurer les quantités mensuelles de déchets solides envoyées à l'enfouissement ou à l'incinération, de matières récupérées à des fins de recyclage et de résidus compostés.
- Les établissements n'ont pas tous déterminé quels sont leurs systèmes et sous-systèmes qui utilisent la plus grande quantité d'eau potable et ils ne sont pas tous en mesure d'exercer une surveillance à cet égard.

L'équipe de vérification a en outre établi qu'il fallait améliorer la surveillance à l'échelon tant régional que national, afin d'assurer un plus grand respect des Lignes directrices

environnementales. D'autres problèmes à résoudre notés par l'équipe de vérification sont, notamment :

- la nécessité d'accroître le niveau de priorité des programmes environnementaux au sein du SCC;
- le manque de ressources (financières, matérielles et humaines) des établissements;
- le roulement du personnel (les personnes ayant reçu une formation structurée concernant le SME n'occupent plus les postes pour lesquels elles ont reçu cette formation et beaucoup de directeurs adjoints des Services de gestion (DASG) et de chefs des Travaux et services d'entretien (CTSE) occupent ces postes à titre intérimaire);
- la nécessité d'examiner les Lignes directrices environnementales sur le SME actuelles, afin de s'assurer que les attentes qui en découlent sont réalistes et que le matériel et les ressources requis sont disponibles.

De plus, l'équipe de vérification a relevé et noté de bonnes pratiques. Certaines se trouvent à l'annexe E.

Dans le cadre du processus des Outils de surveillance de la gestion (OSG) mis au point par le Secteur de l'évaluation du rendement, trois trousse de surveillance ont été élaborées en 2004. La première trousse s'applique aux programmes de gestion et de conservation de l'environnement. Les deux autres portent sur la gestion des déchets et le Plan d'urgence environnementale. Le volet concernant la gestion de la qualité de l'eau potable sera intégré à une des trousse plus tard cette année.

Les échéances fixées aux établissements pour achever la mise au point des trousse de surveillance étaient les suivantes :

- Programmes de gestion et de conservation de l'environnement : 31 janvier 2005 (les résultats de la présente évaluation concernant les objectifs 1, 2 et 8 ont été utilisés pour analyser la validité des résultats présentés dans la trousse de l'OSG).
- Gestion des déchets : 31 mai 2005.
- Plan d'urgence environnementale : 31 décembre 2005.

Il est important de noter que le présent rapport fait aussi état des résultats du processus des Outils de surveillance de la gestion du Service exécuté en janvier 2005. Ce processus ne s'applique qu'aux objectifs 1, 2 et 8, les autres objectifs ayant été traités dans le cadre du processus des OSG après la phase de vérification. D'une manière générale, les faibles taux de conformité observés dans les régions au moyen des OSG concordent avec les constatations de la présente vérification et confirment que tous les établissements (et pas uniquement ceux visités dans le cadre de la vérification) doivent faire davantage pour satisfaire aux exigences des lignes directrices.

Les conclusions et les recommandations présentées dans le présent rapport de vérification interne sont fondées sur une évaluation des constatations en regard d'objectifs préétablis avec l'accord du Secteur de l'évaluation du rendement (AC) et des Services d'ingénierie, Programmes de protection environnementale (AC). Elles cadrent en outre avec le travail de vérification accompli en janvier et en février 2005 pour un échantillon de neuf établissements du SCC. Les résultats de la présente vérification ont par ailleurs été analysés en regard des résultats de la première évaluation du Système de management environnemental (SME) au moyen de l'OSG, diffusés le 31 janvier 2005.

Le Secteur de l'évaluation du rendement est d'avis que le travail de vérification accompli est suffisant et que les éléments probants recueillis permettent d'étayer de façon satisfaisante les conclusions présentées dans le présent rapport. Les équipes de vérification ont présenté leurs constatations dans le cadre de réunions tenues à l'échelon local, régional et national et elles en ont alors discuté avec les intéressés. Dans bon nombre de cas, les responsables locaux, régionaux ou nationaux ont fait – ou sont sur le point de faire – le nécessaire pour apporter les améliorations requises dans les domaines où elles s'imposent.

## INTRODUCTION

À la suite des modifications apportées à la *Loi sur le vérificateur général* de 1995, Loi dans laquelle le gouvernement s'engage explicitement à l'égard du « développement durable », le SCC a établi la « Stratégie de développement durable » en décembre 1997. La Stratégie apporte des précisions au « plan vert de 1992 » ainsi qu'aux « engagements du SCC en matière d'environnement » et aux « Lignes directrices pour la conception des projets de construction » du SCC publiées en 1993. Le SCC a procédé à un examen de sa Stratégie de développement durable (SDD) dans le cadre de son calendrier de vérification de 1998-1999. Cet examen visait essentiellement à évaluer les progrès réalisés quant à l'atteinte de chaque objectif ainsi qu'à mieux comprendre le rendement offert et les progrès réalisés par le Service en matière d'environnement. Par la suite, l'AC a publié des lignes directrices nationales et a diffusé divers éléments de correspondance portant sur des sujets liés à l'environnement.

Le Système de management environnemental (SME) a été mis en place en juin 2003, parallèlement à l'entrée en vigueur de la Directive du commissaire 318 – Programmes environnementaux. Les neuf premières *Lignes directrices environnementales* (LDE) ci-dessous ont aussi été adoptées; une dixième s'y est ajoutée en février 2005. Les lignes directrices en vigueur incluent :

- LDE 318-1, Système de management environnemental (SME)
- LDE 318-2, Mesure et conservation de l'énergie
- LDE 318-3, Plan d'urgence environnementale
- LDE 318-4, Gestion des halocarbures
- LDE 318-5, Gestion des déchets dangereux
- LDE 318-6, Gestion des systèmes de traitement des eaux usées
- LDE 318-7, Mesure et gestion des déchets solides
- LDE 318-8, Gestion des réserves de produits pétroliers
- LDE 318-9, Mesure et conservation de l'eau
- LDE 318-10, Gestion de la qualité de l'eau potable

Le but premier de cette directive et de ces lignes directrices est de contribuer, grâce à des systèmes de management environnemental (SME) efficaces, à préserver les ressources naturelles, à réduire la pollution sous toutes ses formes et à mettre en œuvre puis maintenir des mesures préventives axées sur la protection de l'environnement.

### Étendue et objectifs de la vérification

Les vérificateurs ont examiné les mécanismes mis en place pour surveiller la mise en application de la Directive du commissaire n° 318 – Programmes environnementaux et des Lignes directrices environnementales au cours de l'exercice 2003-2004. Ils ont notamment déterminé quels étaient les secteurs à risque élevé, avec l'aide du gestionnaire des politiques environnementales et de développement durable, et ils ont examiné les lignes directrices s'y appliquant, qui traduisent les exigences :

- de la *Loi sur le vérificateur général* (1995);

- de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* (1999) et du Règlement s'y rattachant;
- de la *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale* (1992) (modifiée en 2003, projet de loi C-9);
- de la *Loi sur les pêches* (1985).

Les Lignes directrices environnementales sur la « Gestion des réservoirs de stockage du pétrole » ne faisaient pas partie de la vérification parce que des inspections de ces installations par des experts-conseils qualifiés doivent avoir lieu en 2005 et/ou en 2006.

Les huit objectifs de la vérification étaient formulés comme suit :

- Objectif 1 : Évaluer les procédures des établissements concernant l'exploitation de leur système de management environnemental.
- Objectif 2 : Évaluer les procédures de l'établissement concernant la conservation de l'énergie et la mesure de la consommation énergétique réelle.
- Objectif 3 : Évaluer si l'établissement possède les procédures et l'équipement requis pour répondre aux urgences environnementales.
- Objectif 4 : Évaluer les procédures de l'établissement concernant la gestion globale des hydrocarbures halogénés.
- Objectif 5 : Évaluer les procédures de l'établissement concernant le stockage, la mesure, l'inventaire et la gestion de la production des déchets dangereux.
- Objectif 6 : Vérifier si l'analyse de la qualité du système de traitement des eaux usées requise est effectuée et si les dossiers sont tenus à jour comme il se doit.
- Objectif 7 : Évaluer les procédures de l'établissement concernant la réduction et la gestion des déchets solides.
- Objectif 8 : L'établissement gère la consommation d'eau de manière efficace et responsable.

Le présent rapport mentionne aussi l'importance du cadre de gestion et de la surveillance du Système de management environnemental.

### Méthode et stratégie de vérification

Les équipes de vérification se sont rendues dans les établissements visés, où elles ont examiné des dossiers ainsi que procédé à des entrevues et à des observations directes. Durant ces visites, elles ont examiné :

- les dossiers d'inventaire, les plans de l'établissement et autres documents pertinents;



- les calendriers d'inspection et d'élimination et autres documents semblables;
- le Plan d'urgence environnementale;
- les dossiers du Système de management environnemental.

Des outils de vérification ont été mis au point pour évaluer la mesure dans laquelle les établissements se conformaient aux politiques et aux procédures pertinentes dans les secteurs de risque établis, comme il est défini dans les objectifs mentionnés ci-dessus. Le contenu de ces outils était essentiellement fondé sur les secteurs visés dans l'OSG sur le développement durable.

L'équipe de vérification a procédé à un essai préalable des outils de vérification dans la région du Québec, puis on a examiné les résultats avec le gestionnaire des Politiques en matière d'environnement et de développement durable et le coordonnateur national, Programme de protection de l'environnement, des Services techniques des Services d'ingénierie de l'AC. On a ensuite apporté toutes les modifications requises aux outils avant d'entreprendre l'étape suivante de la vérification, soit les visites sur les lieux. L'équipe de vérification s'est rendue dans les neuf établissements de l'échantillon. La liste de ces établissements est présentée à l'annexe A. Aucun centre correctionnel communautaire ni aucun établissement fédéral pour femmes n'a fait partie de la vérification.

En raison de la spécificité de la vérification, les équipes de vérification étaient composées d'un membre du Secteur de l'évaluation du rendement et d'un spécialiste de l'environnement, choisi en collaboration avec le Secteur de l'environnement, à l'administration centrale. Il était entendu dès le départ que les spécialistes de l'environnement choisis ne devaient pas participer à des vérifications dans leur propre région.

Les constatations de la vérification ont été présentées aux directeurs d'établissement et au sous-commissaire régional de chaque région. À chaque séance, on a remis aux intéressés un rapport faisant état des observations et des constatations préliminaires de l'équipe de vérification. À la fin des visites sur les lieux, des séances de compte rendu ont aussi été présentées aux représentants de la Division des programmes environnementaux, à l'AC, et au commissaire adjoint des Services corporatifs.

## 1<sup>re</sup> PARTIE

### Constatations des vérificateurs et recommandations

**Objectif 1.** Évaluer les procédures des établissements concernant l'exploitation de leur système de management environnemental (SME).

Un SME est défini de la façon ci-dessous dans les Lignes directrices environnementales sur le « Système de management environnemental (n° 318-1) ».

« Un Système de management environnemental est un outil qui permet à un établissement de se conformer à toutes les lois sur l'environnement et à toutes les exigences de rendement envers lesquelles le directeur de l'établissement est imputable. Aux termes de la norme ISO 14004, un SME fournit le cadre qui aide une organisation à gérer son programme environnemental ainsi qu'à documenter, à évaluer et à communiquer sa performance environnementale. Un SME aide les organisations fédérales à s'assurer que les principaux risques et atteintes environnementales sont dûment déterminés, réduits et gérés. À tout le moins, un SME aide les établissements à s'assurer que les opérations sont menées en conformité avec les lois sur l'environnement. »

Afin d'évaluer la mesure dans laquelle cet objectif avait été atteint, l'équipe de vérification a examiné les éléments ci-dessous :

- un comité de gestion de l'environnement est actif au sein de l'établissement;
- l'établissement tient à jour l'information et la documentation requises pour le Système d'information sur l'environnement;
- les rapports sur la performance environnementale sont établis suivant les exigences.

**Constatation n° 1 – Un comité de l'environnement et un sous-comité permanent ont été établis récemment dans tous les établissements visités.**

Les Lignes directrices environnementales établissent un certain nombre d'exigences concernant les comités de gestion de l'environnement des établissements, parmi lesquelles les exigences ci-dessous.

- Le directeur de l'établissement doit constituer un comité de gestion de l'environnement (CGE) permanent pour l'établissement et il peut également former un sous-comité permanent du CGE.
- Le CGE doit normalement être composé du directeur de l'établissement (président), du directeur adjoint des Services de gestion (vice-président), du sous-directeur ou du directeur adjoint des Programmes correctionnels (ou des deux), du directeur des Opérations de CORCAN, du chef des Travaux et services d'entretien et du chef des Services d'alimentation. Le directeur de l'établissement peut aussi demander la présence d'autres personnes.

- Le sous-comité serait normalement composé du directeur adjoint des Services de gestion (président), du directeur des Opérations de CORCAN, du chef des Travaux et services d'entretien ainsi que de tout autre participant requis par le directeur adjoint des Services de gestion.
- Le CGE complet, présidé par le directeur de l'établissement, doit tenir au moins une réunion par année, de préférence en avril. Le sous-comité devrait se réunir tous les trois mois.

L'équipe de vérification a constaté que le parachèvement des OSG des systèmes de management environnemental en janvier 2005 avait contribué à régénérer le SME. Dans tous les établissements visités, un comité de gestion environnemental et un sous-comité permanent avaient été établis vers le mois de janvier 2005, et des réunions avaient eu lieu ou étaient prévues avant la fin de l'exercice financier. L'équipe de vérification a toutefois constaté que, dans certains cas, la composition des comités ne satisfaisait pas aux exigences des Lignes directrices. L'équipe a profité des réunions qu'elle a tenues pour présenter les résultats de son travail aux responsables de tous les établissements visités et pour préciser ses exigences, mais les responsables des services environnementaux régionaux devraient tout de même communiquer avec tous les établissements pour leur rappeler que la composition du CGE et du sous-comité permanent doit être conforme aux exigences.

Constataion n° 2 – Seulement deux des neuf établissements visités avaient établi un système de classement permanent.

Les Lignes directrices sur le Système de management environnemental (n° 318-1) précisent la nature et les documents requis pour le SME et indiquent qu'il incombe au chef des Travaux et services d'entretien (CTSE) de mettre en place le Système d'information sur l'environnement (SIE) de l'établissement et d'en assurer le fonctionnement. Le SIE est composé essentiellement d'un système de classement des dossiers et de fichiers informatiques. Le SIE doit être complet et contenir des dossiers ou des groupes de dossiers tout au moins sur les sujets suivants :

- un ensemble de dossiers sur toutes les Lignes directrices environnementales;
- des dossiers environnementaux, les lois, les règlements, les lignes directrices, etc. du gouvernement fédéral ainsi que ceux des gouvernements provinciaux et des administrations municipales qui visent les activités environnementales de l'établissement;
- les réunions du CGE ainsi que les procès-verbaux et les rapports sur les mesures de suivi;
- des dossiers décrivant l'organisation, les fonctions et les affectations temporaires à l'égard des agents responsables de diverses activités environnementales;
- des dossiers d'évaluation de la performance environnementale;
- des dossiers sur d'autres questions, par exemple la formation, les vérifications, les examens ou les révisions (internes et externes) qui s'appliquent au programme environnemental de l'établissement dans son ensemble.

Seulement deux des neuf établissements visités respectaient intégralement les exigences ci-dessus. Dans les autres établissements, les vérificateurs ont constaté l'absence de certains ou de la totalité des éléments suivants : une structure harmonisée pour la tenue des dossiers environnementaux; une description de l'organisation; des dossiers décrivant les fonctions et les affectations temporaires à l'égard des agents responsables d'activités environnementales. Ici encore, l'équipe de vérification a observé que des améliorations avaient été apportées à la suite de l'application récente du processus de l'OSG.

#### **Recommandation n° 1**

**Que les sous-commissaires régionaux (SCR) s'assurent que tous les établissements ont mis en place un système de classement du SME conforme aux exigences des paragraphes 1 et 3 des Lignes directrices environnementales n° 318-1.**

**Suivi : les SCR.**

Constatation n° 3 – La plupart des établissements visités n'établissent pas de rapport annuel faisant état de leur performance environnementale globale au cours de l'année écoulée. Les deux seuls établissements qui avaient dressé un tel rapport ne l'avaient pas présenté à l'agent régional en environnement et au gestionnaire de l'environnement de l'AC, comme l'exigent les Lignes directrices environnementales.

Les Lignes directrices sur le Système de management environnemental (n° 318-1) établissent les exigences que les établissements doivent observer en matière de rapports, à savoir « qu'une fois l'an, un rapport préliminaire est préparé pour résumer la performance environnementale globale de l'établissement au cours de l'année précédente ». L'équipe de vérification a constaté que seulement deux des neuf établissements visités avaient dressé le rapport en question, mais que ces derniers ne l'avaient pas envoyé suivant les exigences des Lignes directrices. Ce rapport est essentiel parce qu'il forme la partie principale du document d'information qui est examiné à la réunion annuelle du CGE.

++++++

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'équipe de vérification a constaté que, dans l'ensemble, le fait que le processus des OSG devait être achevé pour janvier 2005 avait remis le SME au centre des préoccupations. Le premier objectif de la vérification était d'examiner les procédures d'utilisation des systèmes de management environnemental des établissements; les résultats à cet égard ne sont pas concluants, mais le parachèvement des deux derniers OSG pour le SME devrait faire prendre davantage conscience des exigences relatives au SME et assurer une meilleure observation de ces exigences par les établissements.

Comme on le voit à l'annexe C, les divers essais réalisés pour cet objectif ont abouti à un résultat global de 42 p. 100 pour les neuf établissements visités. Les huit éléments vérifiés qui ont servi à établir la note pour cet objectif se trouvent à l'annexe B.

**Objectif 2.** Évaluer les procédures de l'établissement concernant la conservation de l'énergie et la mesure de la conservation énergétique réelle.

Suivant les Lignes directrices sur la Mesure et la conservation de l'énergie (n° 318-2), le principal engagement du SCC à cet égard est de favoriser la gestion responsable et efficace de la consommation d'énergie dans tous les établissements du SCC au moyen du protocole de mesure de la consommation d'énergie du SCC, un programme de vérification périodique de la consommation d'énergie. Pour évaluer ce secteur, l'équipe de vérification s'est concentrée sur les éléments ci-dessous.

- L'établissement a mis en place un processus d'examen et de consignation de données sur la consommation d'énergie. À cet égard, l'équipe a vérifié si les données étaient entrées dans le protocole national de mesure de la consommation d'énergie par le CTSE.
- L'établissement a élaboré et met en œuvre un plan d'économie d'énergie. L'évaluation était fondée sur deux éléments : l'existence de documents montrant qu'on avait procédé à un examen annuel des systèmes énergétiques de l'établissement afin de s'assurer qu'ils sont bien entretenus (examen qui peut être consigné au moyen du système Angus ou d'un système semblable; et le fait qu'on ait tenu compte de la question de l'efficacité énergétique aux différentes étapes de la réalisation des projets d'immobilisations de l'établissement.

Constatation n° 4 – Six des neuf établissements visités ont pu montrer des documents indiquant que le chef des Travaux et services d'entretien avait procédé à un examen annuel des systèmes énergétiques de son établissement pour s'assurer qu'ils étaient entretenus comme il se doit.

Le seul élément non conforme observé à l'égard de cet objectif était l'absence, dans trois des établissements visités, de documents indiquant que le chef des Travaux et services d'entretien avait procédé à un examen annuel des systèmes énergétiques de l'établissement pour s'assurer qu'ils étaient entretenus correctement. Dans les deux établissements de la région des Prairies et dans un des établissements de la région de l'Ontario, les documents se trouvant dans le système Angus ou un système semblable et en provenant ne suffisaient pas à assurer le respect des exigences applicables.

En ce qui a trait aux responsabilités du CTSE concernant le protocole de mesure de la consommation d'énergie et l'obligation de tenir compte de la question de l'efficacité énergétique aux différentes étapes de la réalisation des projets d'immobilisations des établissements, les exigences étaient intégralement respectées.

+++++

Comme on le voit à l'annexe C, les divers essais réalisés pour l'objectif 2 aboutissent à un résultat global de 88 p. 100 pour les neuf établissements visités. Dans l'ensemble, l'équipe de vérification n'a pas découvert de problèmes graves à l'égard des éléments examinés pour cet objectif. Il faudrait toutefois que les examens annuels soient mieux étayés par les documents

requis. Les trois éléments vérifiés qui ont servi à établir la note pour cet objectif se trouvent à l'annexe B.

**Objectif 3.** Évaluer si l'établissement possède les procédures et l'équipement requis pour répondre aux urgences environnementales.

Les Lignes directrices sur le Plan d'urgence environnementale (n° 318-3) établissent les exigences particulières applicables au Plan d'urgence environnementale (PUE), lequel a les objectifs ci-dessous.

- S'assurer d'être prêt à réagir en cas de déversements accidentels de matières dangereuses en conformité avec les règlements et les obligations en matière de prévention de la pollution.
- Mettre en place des procédures d'intervention méthodiques de manière à réduire les dommages pouvant être causés par des déversements accidentels de matières dangereuses.
- Intervenir en cas de déversements accidentels de matières dangereuses, offrir une formation spécialisée et organiser des exercices, afin d'assurer une gestion préventive et responsable en matière de protection de l'environnement.
- Préparer le personnel et les détenus à réagir rapidement et avec efficacité en cas de bris d'équipement, d'accident, de sabotage ou autre incident pouvant causer des dommages à l'environnement (répercussions).

Constatation n° 5 – D'une manière générale, les établissements visités n'avaient pas de Plan d'urgence environnementale.

« Préparation d'un plan d'urgence environnementale :

Bien que des pannes d'équipement, des accidents ou du sabotage soient possibles dans toute organisation, un établissement du SCC risque davantage de faire l'objet d'actes malveillants causant des dommages environnementaux, même si ces méfaits sont généralement de moins grande envergure. Le CTSE devrait d'abord essayer de relever tous les types d'incidents qui peuvent se produire dans l'établissement et entraîner des dommages environnementaux considérables. L'importance relative de ces incidents devrait ensuite être évaluée car les préparatifs d'intervention sont accaparants et coûteux. Le CTSE devrait déterminer si un scénario d'incident est pertinent selon la probabilité qu'il surviendra, et dans ce cas, selon la nature de l'incident (important ou mineur), puis selon la gravité des dommages environnementaux qui en découleraient. »<sup>1</sup>

Seulement trois des neuf établissements visités avaient établi un Plan d'urgence environnementale. De plus, l'équipe de vérification a remarqué que ces plans étaient périmés

<sup>1</sup> *Lignes directrices environnementales – Plan d'urgence environnementale*, n° 318-3, 11-06-2003, page 9.

et qu'ils devaient être mis à jour en tenant compte des nouvelles façons de faire. Dans un cas, il manquait en outre la signature d'approbation du directeur.

L'équipe de vérification a été en mesure d'évaluer certains critères dans les établissements où il n'y avait pas de PUE, mais où elle a eu accès à des documents connexes. Les principales lacunes observées concernaient :

- la planification des interventions;
- la formation pertinente;
- les exercices (simulations).

++++++

Comme on le voit à l'annexe C, les divers essais réalisés pour l'objectif 3 ont abouti à un résultat global de 23 p. 100 pour les neuf établissements visités. Cette faible performance globale s'explique du fait que la plupart des établissements n'avaient pas de Plan d'urgence environnementale et que, dans certains cas, les plans étaient périmés. L'OSG relatif aux PUE devrait être achevé en décembre 2005. Les discussions à ce sujet au cours des diverses séances de présentation des résultats (dans les établissements, aux administrations régionales et à l'AC) devraient offrir à la gestion supérieure une occasion de réagir à cette situation et d'assurer un haut niveau de conformité aux exigences applicables pour l'OSG de décembre. Les 12 éléments vérifiés qui ont servi à établir la note pour cet objectif se trouvent à l'annexe B.

#### **Recommandation n° 2**

**Que les sous-commissaires régionaux (SCR) s'assurent qu'un Plan d'urgence environnementale opérationnel est en place dans tous leurs établissements.**

**Suivi : les SCR.**

**Objectif 4.** Évaluer les procédures de l'établissement concernant la gestion globale des hydrocarbures halogénés.

L'objectif principal des Lignes directrices sur la Gestion des halocarbures (n° 318-4) est de protéger la couche d'ozone stratosphérique et, plus concrètement :

- d'éliminer les émissions d'hydrocarbures halogénés, c'est-à-dire les substances appauvrissant la couche d'ozone qui proviennent d'installations fédérales (notamment les systèmes de réfrigération et de climatisation qui fonctionnent au moyen d'hydrocarbures halogénés) sur les territoires domaniaux;
- de systématiser les pratiques liées à la gestion des hydrocarbures halogénés de telle manière que les procédures et responsabilités soient clairement établies,

qu'elles soient conformes aux exigences fédérales et/ou provinciales et mises en œuvre uniformément.

Constatation n° 6 – La plupart des établissements visités tenaient un inventaire approprié des hydrocarbures halogénés.

Dans quatre des cinq régions, les établissements visités respectaient les exigences des Lignes directrices concernant l'inventaire des hydrocarbures halogénés. Seuls les deux établissements de la région des Prairies ne respectaient pas entièrement ces exigences. À un de ces établissements visités dans la région des Prairies, ni le nom du responsable ni la quantité d'hydrocarbures contenue dans chaque unité n'étaient indiqués. À l'autre, seize systèmes de conditionnement d'air n'étaient pas inscrits dans le système Angus, dont deux systèmes de plus de 19 kW. Dix-huit systèmes de réfrigération n'étaient pas non plus consignés dans le système Angus utilisé pour ce genre d'installations.

Les Lignes directrices sur la gestion des halocarbures exigent par ailleurs qu'on appose un avis (étiquette) sur chaque système ayant été réparé, mis à l'essai pour détecter des fuites, désassemblé, mis hors service ou détruit et qu'on conserve une copie de cet avis sur place. L'examen visuel de l'équipe de vérification a révélé que les avis permanents requis avaient été apposés dans un seul des établissements visités. Il convient de signaler que, dans la plupart des cas, cette tâche est accomplie par une personne engagée à contrat plutôt que par un membre du personnel du SCC. Cependant, même dans les cas où il incombe à l'entrepreneur d'apposer les avis permanents nécessaires, l'équipe de vérification estime que le SCC a la responsabilité de s'assurer que ces avis sont effectivement apposés, qu'ils sont à jour et qu'on en conserve une copie dans les dossiers. En raison de l'absence d'un système de classement approprié, absence signalée précédemment dans le présent rapport, l'équipe de vérification a eu du mal à trouver une trace écrite de la circulation de l'information prouvant que la tâche avait été accomplie par une personne engagée à forfait conformément aux exigences des Lignes directrices, étant donné que les avis permanents (étiquettes) étaient absents dans huit des neuf établissements visités.

++++++

Depuis l'adoption du *Règlement fédéral sur les halocarbures* (RFH) en 1999 et le remaniement de ce même Règlement en 2003, le SCC a reçu, au cours des trois dernières années, plusieurs avertissements (avis d'infraction) d'Environnement Canada pour non-respect de diverses exigences du RFH. Afin d'assurer le respect des prescriptions du RFH concernant la gestion des hydrocarbures halogénés, l'unité de l'AC du SCC responsable des programmes environnementaux a pris plusieurs mesures, parmi lesquelles l'envoi de lettres, la présentation de séances de formation et la diffusion des Lignes directrices applicables en la matière. Les résultats montrent que le SCC fait des efforts pour atteindre cet objectif. Des améliorations ne s'en imposent pas moins dans certains secteurs. Comme la gestion des hydrocarbures halogénés est importante pour la protection de la couche d'ozone stratosphérique, il faut faire le nécessaire pour assurer correctement cette gestion et le suivi qui s'y rattache.



Comme on le voit à l'annexe C, les divers essais réalisés pour l'objectif 4 ont abouti à un résultat global de 64 p. 100 pour les neuf établissements visités. Les 12 éléments vérifiés qui ont servi à établir la note pour cet objectif se trouvent à l'annexe B.

### **Recommandation n° 3**

**Que les SCR s'assurent que tous les établissements de leur région dressent un inventaire des hydrocarbures halogénés, que cet inventaire soit exact et qu'une procédure de mise à jour de cet inventaire soit mise en place.**

**Suivi : les SCR**

**Objectif 5.** Évaluer les procédures de l'établissement concernant le stockage, la mesure, l'inventaire et la gestion de la production des déchets dangereux.

Ce volet de la vérification a pris la forme d'une inspection visuelle des lieux de stockage des déchets dangereux destinée à s'assurer qu'on avait mis en place (conformément aux Lignes directrices environnementales n° 318-5 sur la Gestion des déchets dangereux) les procédures requises pour :

- prévenir le rejet de déchets dangereux persistants dans l'environnement en réduisant les quantités de matières dangereuses utilisées;
- éviter la contamination de l'environnement et les répercussions écologiques nuisibles attribuables à de mauvaises méthodes d'élimination des déchets dangereux;
- respecter les exigences de la réglementation fédérale, provinciale et locale concernant la gestion des déchets dangereux;
- mettre en œuvre un système d'inventaire et de mesure des déchets dangereux produits et/ou entreposés afin de collecter, comptabiliser et conserver des données fiables et vérifiables à ce sujet et permettre ainsi un suivi continu des résultats.

Constatation n° 7 – La gestion des matières dangereuses n'est pas assurée conformément aux Lignes directrices.

### **Emballage**

Suivant les Lignes directrices sur la Gestion des déchets dangereux (n° 318-5), les déchets dangereux doivent être contenus dans un emballage :

- a) scellé à l'épreuve des fuites;
- b) construit avec des matériaux appropriés par rapport à la nature des déchets dangereux;

c) ayant une structure qui assure suffisamment d'intégrité pour rester intact durant la manutention, l'entreposage, le transport et l'élimination, le tout dans le but de prévenir les fuites, déversements ou blessures.

L'équipe de vérification a constaté que dans six des emplacements visités, les déchets dangereux n'étaient pas emballés conformément aux Lignes directrices. Elle a aussi constaté durant ses visites que certains de ces déchets étaient laissés à l'extérieur, exposés aux intempéries et sans bassins de captage appropriés pour confiner et prévenir les fuites ou déversements et n'étaient pas placés dans des aires de stockage distinctes. Certains contenants étaient en outre dépourvus de couvercles. De plus, les établissements où ces anomalies ont été observées stockaient des matières dangereuses à divers endroits et plusieurs personnes intervenaient dans le processus.

Par ailleurs, tous les établissements visités respectaient intégralement l'exigence des Lignes directrices environnementales n° 318-5 suivant laquelle toutes les surfaces de plancher des aires d'entreposage de déchets dangereux doivent être imperméables et sans fissure de sorte que ces surfaces servent de barrière physique aux rejets possibles en provenance des emballages de déchets dangereux.

### **Étiquetage**

L'équipe de vérification a constaté que les contenants et récipients utilisés n'étaient pas conformes aux exigences des Lignes directrices environnementales n° 318-5 suivant lesquelles tous les contenants, conteneurs ou récipients qui contiennent des déchets dangereux doivent être clairement étiquetés afin d'identifier sans ambiguïté le contenu, la quantité (si possible) et la date d'entreposage du déchet dangereux.

Dans les établissements visités dans trois régions, les déchets dangereux n'étaient pas identifiés conformément à ces exigences, l'équipe de vérification ayant notamment constaté les anomalies ci-dessous.

- Les contenants à déchets étaient placés à l'extérieur et ils n'étaient pas clairement étiquetés ou la date d'entreposage n'était pas indiquée.
- La date d'entreposage n'était pas indiquée sur tous les contenants. Toute l'information était toutefois consignée dans un registre.

### **Signalisation**

Les inspections matérielles des vérificateurs ont révélé que dans cinq des neuf établissements visités, les endroits (bâtiments, remises, armoires, etc.) où des déchets dangereux sont entreposés n'étaient pas conformes aux exigences des Lignes directrices environnementales n° 318-5, lesquelles prévoient que les bâtiments, remises ou armoires où des déchets dangereux sont entreposés doivent être signalés par des affiches appropriées informant les gens de la présence de matières dangereuses.

## **Plans des établissements**

Suivant les Lignes directrices environnementales n° 318-5, les bâtiments, remises, armoires et autres endroits où des déchets dangereux sont entreposés doivent être indiqués dans les plans des installations. L'équipe de vérification a constaté que les bâtiments et divers lieux où des déchets dangereux sont entreposés n'étaient pas tous signalés dans les plans des établissements.

Les vérificateurs ont notamment observé les anomalies ci-dessous.

- Dans trois des établissements visités, il n'y avait pas de plan de l'établissement.
- Dans un établissement, il y avait un plan, mais certains des bâtiments et endroits où des déchets dangereux étaient entreposés n'y étaient pas indiqués.
- Dans un autre établissement, il y avait un Plan d'urgence environnementale, mais il n'était pas accompagné d'un plan d'emplacement indiquant les lieux d'entreposage de déchets dangereux.

## **Instruments de contrôle technique**

Suivant les Lignes directrices techniques n° 318-5, les aires d'entreposage doivent posséder les instruments de contrôle technique requis par la législation, les codes et les directives applicables selon les matières dangereuses qui y sont entreposées. Ces instruments de contrôle peuvent inclure :

- a) des éléments intérieurs de confinement, de répression du feu ou de résistance au feu;
- b) de la ventilation externe;
- c) des équipements de confinement secondaire, des bassins de captage ou d'interception en cas de déversement, des bouche-drains;
- d) des matériaux absorbants (trousse d'intervention en cas de déversement), des extincteurs, une trousse de premiers soins, etc.;
- e) des installations, accessoires et appareils électriques à l'épreuve des explosions (matériel électrique antidéflagrant);
- f) le cas échéant, une capacité de réfrigération.

L'équipe de vérification a constaté que les aires d'entreposage ne possédaient pas tous les instruments de contrôle technique requis par la législation, les codes et les directives applicables pour l'entreposage des matières dangereuses. Les lacunes ci-dessous ont notamment été observées.

- Les établissements visités dans les régions de l'Atlantique et de l'Ontario n'avaient pas mis en place tous les instruments de contrôle technique requis pour l'entreposage des matières dangereuses. À titre d'exemple, il n'y avait pas d'éléments intérieurs de résistance au feu ou de confinement du feu, de ventilation externe, d'équipements de confinement secondaire et d'installations à l'épreuve des explosions.

- Dans un des établissements visités de la région du Pacifique, des matières inflammables étaient entreposées. Le bâtiment où ces matières étaient entreposées respectait le règlement relatif aux incendies, mais il n'y avait pas d'installation d'extincteurs à eau de type sprinkleur. Il n'y avait pas non plus de matériaux absorbants dans les lieux d'entreposage.

## **Inspections**

Pour ce volet de la vérification, les vérificateurs ont examiné les documents pertinents pour s'assurer que l'on procédait à des inspections régulières des lieux d'entreposage de déchets dangereux. Ils ont aussi procédé à un examen visuel des lieux d'entreposage pour déterminer si ces lieux étaient sans danger et bien entretenus.

Les Lignes directrices sur la Gestion des déchets dangereux, exige que les établissements établissent et mettent en œuvre un calendrier d'inspections régulières des lieux d'entreposage de déchets dangereux (pièces ou bâtiments). L'équipe de vérification a constaté que les établissements visités dans trois régions n'avaient pas établi ou mis en œuvre de processus pour assurer l'inspection régulière de leurs lieux d'entreposage de déchets dangereux. De plus, les inspections, lorsqu'elles sont effectuées, ne sont pas toujours étayées par des documents.

## **Élimination**

Les Lignes directrices sur la Gestion des déchets dangereux exigent que les déchets dangereux soient éliminés au moins une fois par année. Afin de déterminer s'il y avait conformité à cette exigence, l'équipe de vérification a examiné les documents pertinents de l'exercice financier 2003-2004.

L'équipe de vérification a constaté que sept des neuf établissements visités n'éliminaient pas leurs déchets dangereux au moins une fois par année. Plus précisément, les vérificateurs ont observé les anomalies ci-dessous.

- Dans la région de l'Atlantique, on a trouvé un manifeste d'élimination pour 2003, mais on n'en a pas trouvé pour 2004.
- Dans la région de l'Ontario, un établissement a éliminé ses déchets dangereux en 2003. Cet établissement avait prévu éliminer à nouveau ses déchets dangereux à l'automne 2004 mais, faute de fonds, il a fallu remettre l'opération à avril 2005. L'autre établissement de la région n'avait pas établi de calendrier d'élimination. De plus, les vérificateurs n'ont pas été en mesure de déterminer les quantités de déchets dangereux éliminées ni les lieux d'élimination étant donné que diverses personnes interviennent dans le processus. Enfin, les personnes interrogées ont indiqué qu'on n'avait pas demandé de manifeste d'élimination parce que cela occasionne des frais supplémentaires.
- Dans la région du Pacifique, on n'a trouvé dans les établissements visités aucun document indiquant que les déchets dangereux avaient été éliminés.

- Un des établissements visités de la région des Prairies n'avait pas éliminé ses déchets dangereux depuis 2001.
- Les deux établissements visités dans la région du Québec respectaient intégralement les exigences concernant l'élimination des déchets dangereux.

Tous les établissements visités sauf un se conformaient à l'exigence des Lignes directrices sur la gestion des déchets dangereux qui leur impose de n'avoir recours qu'à des entrepreneurs/transporteurs licenciés et expérimentés pour manipuler et transporter le genre de déchets dangereux à éliminer. À l'exception d'un établissement où le chef des Travaux et services d'entretien transportait les huiles de rebut à une aire de dépôt adéquate. L'équipe de vérification a signalé à l'établissement concerné qu'il fallait faire appel à une entreprise professionnelle externe de transport de déchets dangereux pour le transport de tous les déchets dangereux (en vertu de la *Loi sur le transport des marchandises dangereuses*). De plus, les vérificateurs n'ont pas été en mesure, à cet établissement, de trouver des documents démontrant que les déchets dangereux avaient été transportés dans des aires de dépôt réservées à cette fin.

#### **OBSERVATION GÉNÉRALE**

*Comme on le voit à l'annexe C, les deux établissements visités dans la région du Québec ont obtenu, en ce qui concerne la gestion des déchets dangereux, des résultats nettement supérieurs à toutes les autres régions (85 % par rapport à une moyenne de 46 % pour l'ensemble des régions visitées). Il est ressorti des entretiens avec les intéressés que ces excellents résultats pourraient être le fruit d'une initiative de la région qui, il y a quelques années, a engagé deux étudiants dans le domaine de l'environnement pour faire la tournée de tous les établissements, afin de les aider à organiser comme il se doit la gestion de leurs déchets dangereux.*

++++++

Comme on le voit à l'annexe C, les différents essais effectués pour l'objectif 5 ont abouti à un résultat de 46 p. 100 pour les neuf établissements visités. Le taux de conformité pourra être amélioré si les établissements font le nécessaire pour s'assurer que les déchets dangereux sont placés dans des emballages appropriés, que tous les contenants sont étiquetés comme il se doit et portent une date d'entreposage, que les bâtiments, remises ou armoires où des déchets dangereux sont entreposés sont signalés par des affiches appropriées, que tous les bâtiments et autres endroits où des déchets dangereux sont entreposés sont indiqués dans les plans des établissements, que les instruments de contrôle technique requis pour l'entreposage sécuritaire des déchets dangereux sont en place, que des inspections sont effectuées régulièrement et qu'il existe des documents pour en attester. Les 11 éléments vérifiés qui ont servi à établir la note pour cet objectif se trouvent à l'annexe B.

**Objectif 6.** Vérifier si l'analyse de la qualité du système de traitement des eaux usées requise est effectuée et si les dossiers sont tenus à jour comme il se doit.

**NOTA.** Seulement quatre des neuf établissements visités étaient responsables de leurs installations de traitement des eaux usées, à savoir l'Établissement de Springhill (région de l'Atlantique), l'Établissement de Joyceville (région de l'Ontario) ainsi que les Établissements de Cowansville et de La Macaza (région du Québec). Les 5 autres établissements sont raccordés sur le système de la municipalité.

L'équipe de vérification a observé que, lorsqu'il y avait lieu, tous les établissements visités se conformaient aux exigences ci-dessous des Lignes directrices.

- Entretien du matériel servant à tamiser l'effluent d'eaux usées avant que celui-ci ne pénètre dans les canalisations principales aboutissant aux canalisations du réseau d'égout municipal ou à la station de traitement des eaux usées du SCC.
- Procéder à des inspections visuelles des installations de traitement des eaux usées au moins une fois par semaine, selon les conditions d'accessibilité au système.

Constatation n° 8 – Les gestionnaires et les opérateurs responsables du traitement des eaux usées ne présentent pas au Comité de gestion de l'environnement de rapports périodiques sur l'efficacité des installations de traitement des eaux usées de leur établissement.

Suivant les Lignes directrices sur la Gestion des systèmes de traitement des eaux usées (n° 318-6), le responsable des eaux usées en établissement doit présenter périodiquement au Comité de gestion de l'environnement (CGE) un rapport sur l'efficacité du système de traitement des eaux usées de l'établissement.

L'équipe de vérification a constaté que, dans la plupart des cas, les gestionnaires ou les opérateurs responsables des eaux usées procédaient à l'échantillonnage requis mais n'avaient pas établi et présenté au CGE de rapports périodiques sur le système de traitement des eaux usées parce que, dans la plupart des établissements, les CGE n'avaient été mis en place que depuis peu de temps. (Voir l'objectif 1 dans le présent rapport.)

De plus, un établissement, en particulier, n'avait aucun document attestant qu'il avait effectué une analyse de la qualité de l'effluent de ses eaux usées au cours des cinq dernières années.

+++++

Comme on le voit à l'annexe C, les divers essais effectués pour l'objectif 6 ont abouti à un résultat global de 75 p. 100 pour les quatre établissements visités. Afin d'améliorer ce résultat, tous les établissements doivent conserver des données d'analyse à jour sur la qualité de l'effluent à la sortie du système de traitement des eaux usées et veiller à ce que des rapports périodiques soient présentés au CGE. Les quatre autres éléments vérifiés qui ont servi à établir le résultat pour cet objectif se trouvent à l'annexe B.

**Objectif 7.** Évaluer les procédures de l'établissement concernant la réduction et la gestion des déchets solides.

Tous les établissements visités avaient accès à une base de données appelée « Protocole de mesure des déchets solides » (qu'on appelle aussi l'unité Y sur l'environnement), dans laquelle sont consignées les quantités mensuelles de déchets solides envoyés à l'enfouissement ou à l'incinération, récupérés à des fins de recyclage et compostés.

Les visites sur les lieux ont permis de constater que tous les établissements respectaient les exigences contractuelles des Lignes directrices sur la Mesure et la gestion des déchets solides (n° 318-7) concernant l'élimination de tous leurs déchets solides (déchets de cuisine, de bureau, de construction et de démolition). En outre, aucun établissement ne brûlait, n'incinérât, n'enfouissait ou n'utilisait de broyeurs pour éliminer leurs déchets sur des terrains du SCC.

Constatation n° 9 – La majorité des établissements n'ont pas établi de système pour mesurer les quantités mensuelles de déchets solides envoyés à l'enfouissement ou à l'incinération, de matières récupérées à des fins de recyclage et de résidus compostés.

Suivant les Lignes directrices sur la Mesure et la gestion des déchets solides, les établissements doivent mettre en place un système de mesure des quantités mensuelles de déchets solides envoyés à l'enfouissement ou à l'incinération, de matières récupérées à des fins de recyclage et de résidus compostés. Cependant, la plupart des établissements visités ne sont pas en mesure de consigner tous les renseignements nécessaires étant donné que les déchets sont ramassés à de nombreux endroits et que les camions ne sont pesés qu'une fois arrivés au lieu d'enfouissement. La principale raison pour laquelle les déchets solides sont mesurés est que cela permet d'informer les occupants concernant la quantité de déchets qu'ils produisent et de les aider à en produire moins.

Ainsi, dans l'état actuel des choses, il est impossible de savoir qui produit tel type ou telle quantité de déchets. Selon les conditions des contrats conclus, certaines entreprises indiquent dans leur facture le poids des déchets solides envoyés à l'enfouissement quand ces déchets sont ramassés à un seul endroit, mais cette information n'est pas toujours fournie pour les matières récupérées à des fins de recyclage et les résidus compostés. La plupart du temps, il n'est pas possible d'entrer toute l'information nécessaire dans la base de données parce que les camions ne sont pas pesés à chaque établissement et que les établissements n'ont pas non plus les installations nécessaires pour peser leurs propres déchets. Par conséquent, les établissements ne sont pas en mesure, pour le moment, d'entrer tous les renseignements nécessaires dans la base de données du Protocole de mesure des déchets solides. Pour remédier à ce problème, les établissements pourraient, par exemple, négocier avec le transporteur un mécanisme pour que ce dernier présente des rapports contenant de l'information sur les quantités (en poids ou en volume) de matières recyclées et de déchets envoyés à l'enfouissement pour un établissement particulier, ou encore avoir recours à des méthodes de mesure par échantillonnage pour obtenir les données requises. L'équipe de vérification a appris que le bureau du Québec de Travaux publics et Services

gouvernementaux Canada avait établi une méthode stratégique globale de mesure par échantillonnage qui donnait des résultats tout à fait satisfaisants.

Au chapitre 3 du rapport de 2004 de la commissaire à l'environnement et au développement durable intitulé « Les stratégies de développement durable : l'utilisation du régime fiscal et la gestion des déchets solides de bureau », il est indiqué que dans les six ministères et organismes examinés (le SCC n'en faisait pas partie), étant donné l'absence de mesures fiables et la disparité de l'information communiquée aux occupants des immeubles au sujet de leurs résultats en ce qui a trait à la gestion des déchets, les ministères et organismes n'obtiennent probablement pas les meilleurs résultats possibles. Il ne s'agit pas du modèle d'excellence que le gouvernement souhaite. De plus, dans un programme complet de gestion des déchets solides, il faut inclure des objectifs portant à la fois sur la réduction et sur le réacheminement des déchets.

L'équipe de vérification a observé que tous les établissements visités avaient mis en place des procédures afin de réduire leurs quantités de déchets envoyés à l'enfouissement en participant à des programmes de recyclage et, pour certains d'entre eux, de compostage. Le tableau ci-dessous fournit une liste des programmes auxquels participe chaque établissement. Les crochets « ✓ » représentent l'information qui a été fournie à l'équipe de vérification lors des entrevues.

Le « X » représente l'information à jour provenant du sondage de juin 2005 sur la Gestion des déchets solides dans les établissements du SCC qui a été demandé par le coordonnateur national, Programmes de protection de l'environnement, Services d'ingénierie à l'administration centrale.

	Papier	Carton	Métal	Bois	Plasti- que	Verre	Boîtes	Construction	Compost	Vêtements de détenus
Springhill	✓	✓	X		✓	✓	✓	X	✓	
La Macaza	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	
Cowansville		✓	✓				✓	✓		
Pén. de Kingston	✓*	✓	X		✓	✓*	✓*	X	✓	
Joyceville	✓	✓	X				✓		X	✓
Pén. de la Sask.	✓	✓					✓		✓	
CPR	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mission	X	✓	X				✓	✓	X	
Matsqui	✓	✓	X				✓			

\* Programme uniquement dans l'immeuble de l'administration.

+++++

Comme on le voit à l'annexe C, les divers essais effectués pour l'objectif 7 ont abouti à un résultat global de 70 p. 100 pour les neuf établissements visités. Afin d'améliorer ce résultat, les établissements doivent établir un plan d'action approprié pour réduire la production de déchets solides, mettre en œuvre ce plan et le tenir à jour. Cependant, pour améliorer la gestion et assurer la réduction des déchets solides, il faut avant tout savoir quels sont les



déchets produits, et en quelle quantité et qui les produit. Pour ce faire, on peut avoir recours à une vérification portant sur la gestion des déchets solides. Une fois qu'ils posséderont ces renseignements, les établissements seront mieux en mesure de se conformer intégralement aux exigences applicables et d'atteindre l'objectif général des Lignes directrices, qui est de mettre en œuvre un système de mesure par catégorie des déchets solides produits permettant de recueillir, de consigner et de conserver des données fiables et vérifiables, afin de gérer systématiquement cet aspect environnemental. Par conséquent, les déchets solides transmis aux établissements d'enfouissement peuvent être réduits en utilisant soit le recyclage et/ ou le compostage. Les cinq éléments vérifiés qui ont servi à établir la note pour cet objectif se trouvent à l'annexe B.

#### **Recommandation n° 4**

**Que les sous-commissaires régionaux (SCR), en consultation avec le commissaire adjoint des Services corporatifs, s'assurent que tous les établissements mettent en œuvre un système de mesure par catégorie des déchets solides produits permettant de recueillir, de consigner et de conserver des données fiables et vérifiables.**

**Suivi : SCR et CASC**

**Objectif 8.** L'établissement gère la consommation d'eau de manière efficace et responsable.

Les Lignes directrices environnementales sur la mesure et la conservation de l'eau (n° 318-9) exigent qu'on assure une gestion appropriée d'un plan de conservation de l'eau. Pour ce faire, il faut déterminer quels systèmes et sous-systèmes utilisent les plus grandes quantités d'eau potable et équiper ces systèmes de compteurs d'eau afin de mesurer correctement cette utilisation. Il faut ensuite surveiller l'utilisation d'eau de ces systèmes et, en cas d'augmentation importante de cette utilisation, intervenir immédiatement pour corriger la situation (effectuer les réparations requises, sensibiliser le personnel, etc.).

Constatation n° 10 – Les établissements visités n'ont pas tous déterminé quels étaient les secteurs qui utilisent les plus grandes quantités d'eau potable, et ils n'ont pas tous les moyens de mesurer cette utilisation.

Compte tenu de l'exigence ci-dessus, l'équipe de vérification a constaté que tous les établissements visités, à l'exception de celui de la région de l'Atlantique, n'avaient pas les compteurs d'eau nécessaires. Ils n'ont donc aucun moyen de surveiller efficacement leur consommation d'eau et, par conséquent, de déceler les situations de surutilisation et de les corriger. Certains établissements surveillent leur consommation d'eau globale, mais ils n'ont pas les moyens de le faire pour chaque système et sous-système, comme l'exigent les Lignes directrices.

Les renseignements obtenus au cours de cette vérification indiquent également que l'AC avait fourni des fonds pour des compteurs d'eau mais que les sommes n'ont pas toujours été utilisés à cette fin.

+++++

Afin de corriger les lacunes signalées ci-dessus, les établissements doivent déterminer quels systèmes et sous-systèmes utilisent les plus grandes quantités d'eau potable. Les grands secteurs ou édifices de l'établissement devraient être équipés de compteurs d'eau afin de mesurer correctement cette utilisation et permettre d'intervenir en cas de surconsommation. Une fois le matériel de mesure en place, les établissements pourront établir des objectifs et prévoir la consommation d'eau à chaque point de mesurage.

Comme on le voit à l'annexe C, les divers essais effectués pour cet objectif aboutissent à un résultat global de 60 p. 100 pour les neuf établissements visités. Les trois éléments vérifiés qui ont servi à établir la note pour cet objectif se trouvent à l'annexe B.

#### **Recommandation n° 5**

**Que des mesures soient prises afin d'assurer que tous les établissements équipent de compteurs leurs secteurs de l'établissement qui utilisent les plus grandes quantités d'eau potable, qu'ils fixent des objectifs, qu'ils établissent des prévisions de consommation et qu'ils exercent une surveillance à l'égard de leur consommation.**

**Suivi : SCR**

#### **Conclusions générales**

Les résultats de la vérification et du processus des OSG indiquent que très peu de progrès ont été réalisés en ce qui touche au SME au cours des dernières années. L'équipe de vérification a en outre établi qu'il fallait améliorer la surveillance à l'échelon tant régional que national, afin d'assurer un plus grand respect des Lignes directrices environnementales. Comme le montrent les résultats obtenus pour la première série d'OSG, l'établissement définitif et la mise en œuvre des mesures correctives pour les deux prochaines séries d'outils devraient aider le SCC à améliorer sa performance à cet égard. Cependant, la surveillance des résultats en rapport avec les OSG ne suffit pas à assurer le respect du SME. Il reste en effet, selon l'équipe de vérification, d'autres problèmes à résoudre et tâches à accomplir, notamment :

- la nécessité d'accroître le niveau de priorité des programmes environnementaux au sein du SCC;
- le manque de ressources (financières, matérielles et humaines) des établissements;
- le roulement du personnel (les personnes ayant reçu une formation structurée concernant le SME n'occupent plus les postes pour lesquels elles ont reçu cette formation et beaucoup de directeurs adjoints des Services de gestion et de chefs des Travaux et services d'entretien occupent ces postes à titre intérimaire);
- la nécessité d'examiner les Lignes directrices environnementales sur le SME actuelles, afin de s'assurer que les attentes qui en découlent sont réalistes et que le matériel et les ressources requis sont disponibles.

Il est important de noter que dans la partie du présent rapport qui suit, il est également question des résultats du processus des Outils de surveillance de la gestion du Service exécuté en janvier 2005. Ce processus s'applique aux objectifs 1, 2 et 8 seulement; les autres objectifs seront abordés dans le cadre des OSG ultérieurs, en 2005.

Les résultats des OSG à l'échelle nationale pour ces objectifs concordent avec les constatations des vérificateurs, sauf pour l'objectif 1. L'équipe de vérification croit que les anomalies observées découlent d'une interprétation erronée des lignes directrices et non de la mauvaise foi des établissements. Les Lignes directrices sont très explicites pour ce qui concerne la composition des comités du SME ainsi que sur la nature de l'information à conserver et la manière de la classer. L'équipe de vérification a profité des séances de présentation de ses constatations pour fournir aux responsables locaux des éclaircissements sur la composition des différents comités. D'une manière générale, les faibles taux de conformité observés à l'égard des résultats régionaux pour les OSG concordent avec les constatations de la vérification et confirment que tous les établissements et pas seulement ceux qui ont été visités dans le cadre de la vérification) doivent en faire davantage pour se conformer aux exigences des Lignes directrices environnementales.

En guise de conclusion, l'équipe de vérification fait les recommandations générales ci-dessous.

#### **Recommandation n° 6**

**Que le commissaire adjoint des Services corporatifs (CASC) et les sous-commissaires régionaux (SCR) veillent à ce qu'on mette en place les processus nécessaires pour surveiller le degré d'observation de toutes les lignes directrices applicables au SME, de sorte que les problèmes à cet égard puissent être signalés et corrigés dans des délais respectables.**

**Suivi : SCR et CASC**

#### **Recommandation n° 7**

**Que le CASC examine le cadre de gestion du SME afin de s'assurer que les ressources financières, matérielles et humaines qui y sont affectées sont suffisantes pour que les politiques applicables puissent être respectées.**

**Suivi : CASC**

## 2<sup>e</sup> PARTIE

### Analyse des résultats des Outils de surveillance de la gestion (OSG)

L'analyse ci-dessous est fondée sur les trois sources d'information ci-dessous.

- Les constatations de la vérification qui fait l'objet du présent rapport.
- Les documents remplis de l'annexe C (dont il est question ci-dessous) présentés par les établissements visités.
- Les attestations des OSG (initiales et finales) de l'application Web des OSG.

Étant donné que les outils de vérification utilisés étaient semblables aux instruments d'essai des OSG (annexe C), l'équipe de vérification a été en mesure de procéder à une analyse comparative des résultats.

#### Renseignements généraux sur les OSG

Des Outils de surveillance de la gestion (OSG) ont été mis au point pour tous les secteurs auxquels, de l'avis de la haute direction du SCC, sont associés les risques les plus élevés pour l'organisation au niveau de l'établissement et de la collectivité. Tous les établissements (établissements et bureaux de district) ont fait rapport sur les premiers OSG en octobre 2003. Tous les résultats étaient alors compilés manuellement. L'application Web sur les OSG a été mise en place le 1<sup>er</sup> avril 2004. Elle permet aux responsables de signer électroniquement les attestations (annexe A) suivant un calendrier de présentation et elle donne accès aux annexes B et C.

Le calendrier de présentation indique quel gestionnaire doit approuver chaque OSG (attestation/annexe A) et établit des échéances à cet égard.

**Annexe A.** Il s'agit du document d'attestation qui doit être rempli par le gestionnaire désigné dans le calendrier de présentation. En signant l'annexe A, le gestionnaire atteste que tout est conforme aux critères énoncés dans le document **ainsi** qu'aux exigences connexes décrites à l'annexe B (sauf lorsque des anomalies y sont signalées).

**Annexe B.** Ce document établit les exigences de conformité particulières pour lesquelles les gestionnaires ont signé l'annexe A. Il s'agit essentiellement d'un document de référence. Il n'y a aucun renseignement à y entrer.

**Annexe C.** Cette liste de vérification d'examen détaillée peut être utilisée pour évaluer le degré de respect des exigences. Elle a été conçue pour aider les gestionnaires à vérifier si les mécanismes de contrôle et les processus nécessaires sont effectivement en place et fonctionnent comme il se doit. Les résultats de la liste servent à remplir l'annexe A.

Le gestionnaire désigné doit procéder à une évaluation de ses activités et remplir une attestation initiale tôt au cours du cycle d'établissement de rapports de 60 jours (il est recommandé qu'il le fasse dans les 10 premiers jours du cycle et au plus tard dans 25 jours).

Cette attestation initiale doit être entrée dans l'application des OSG. Les établissements qui respectent entièrement les exigences n'ont pas d'autres rapports à présenter.

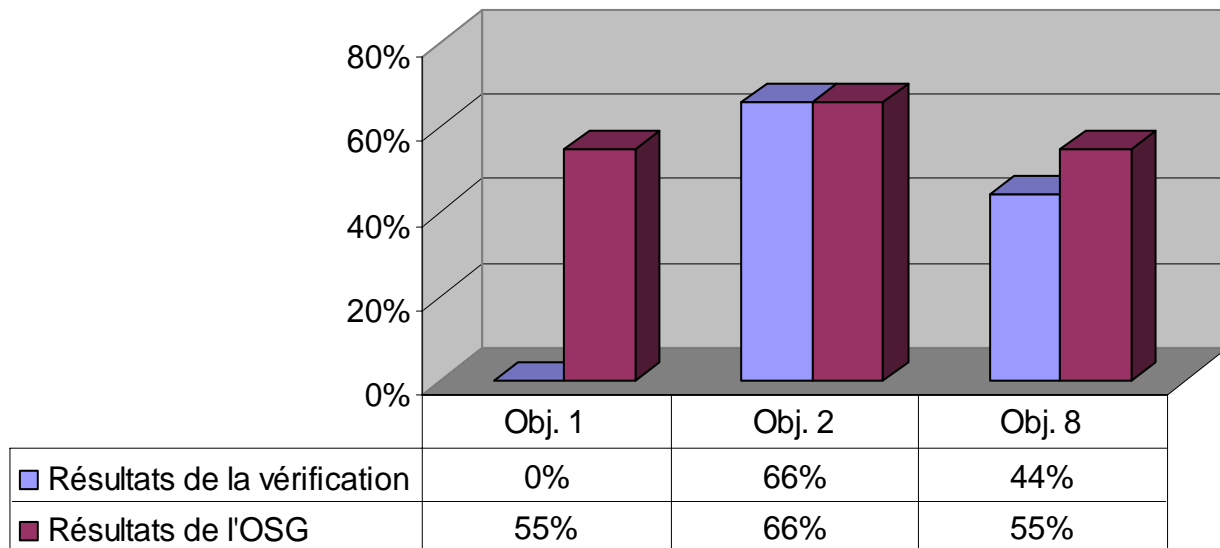
Les établissements qui ne respectent pas l'un ou l'autre des critères de l'OSG doivent décrire les mesures prises pour corriger la situation dans la section de l'attestation initiale réservée aux observations. Une fois que les mesures décrites ont été prises et que le gestionnaire responsable s'est assuré que tout est parfaitement conforme aux exigences, il doit modifier l'attestation en conséquence (l'attestation ne peut être modifiée qu'une fois).

Suivant le processus de présentation de rapports à la direction applicable aux OSG, tant l'attestation initiale que l'attestation finale doivent être entrées dans le système. Ce faisant, nous nous conformons aux exigences d'organismes centraux tels que le Bureau du vérificateur général et le Conseil du Trésor suivant lesquels les progrès réalisés en vue de respecter entièrement les exigences applicables doivent être signalés.

En règle générale, si un secteur de non-conformité est constaté à l'annexe C, cette situation devra être indiquée dans l'attestation, étant donné que les exigences applicables ne sont pas respectées intégralement.

#### Comparaison des résultats recueillis pour les OSG et par l'équipe de vérification pour les neuf établissements visités

Les résultats obtenus par l'équipe de vérification et les résultats présentés par les établissements visités au moyen de l'application Web de l'OSG sont comparés dans la figure ci-dessous. **Il convient de signaler que certains résultats présentés en regard des « Résultats de la vérification » dans la présente section diffèrent de ceux présentés ailleurs dans le présent rapport (annexe B) parce que les OSG ne s'appliquent pas à tous les aspects de la vérification. Seules les données parfaitement identiques sont comparées.**



### Analyse de l'objectif 1

- Vérification : les neuf établissements ne respectaient pas au moins une exigence.
- Attestation finale de l'OSG : six établissements ont indiqué que toutes les exigences étaient respectées.

Suivant les constatations de la vérification, les neuf établissements visés auraient dû indiquer que certaines exigences n'étaient pas respectées et présenter des plans d'action en conséquence. L'équipe de vérification croit qu'ils ne l'ont pas fait en raison d'une interprétation erronée des Lignes directrices et non par mauvaise foi. Les Lignes directrices sont très explicites pour ce qui concerne la composition des comités du SME ainsi que sur la nature de l'information à conserver et la manière de la classer. L'équipe de vérification a profité des entrevues et des séances de présentation de ses constatations pour fournir aux gestionnaires responsables des éclaircissements à cet égard.

### Analyse de l'objectif 2

- Vérification : trois des neuf établissements ne respectaient pas au moins une exigence.
- Attestation finale de l'OSG : six établissements ont indiqué que toutes les exigences étaient respectées.

Il est à noter que deux établissements avaient indiqué que certaines exigences n'étaient pas respectées à l'annexe C (liste de vérification détaillée), mais avaient indiqué que tout était conforme dans leur attestation initiale. Un de ces établissements a par la suite modifié son attestation en y indiquant que tout n'était pas conforme. De plus, un des trois établissements où l'équipe de vérification a constaté des situations non conformes a indiqué dans son attestation que tout était conforme et un autre a modifié sa déclaration dans l'attestation finale

(dans laquelle il était indiqué que certaines exigences n'étaient pas respectées alors qu'il était indiqué, dans l'attestation initiale, que tout était conforme).

En dernière analyse, il ressort des constatations de la vérification qu'au moins trois établissements auraient dû indiquer dans leurs attestations que tout n'était pas conforme et présenter des plans d'action en conséquence, mais que deux d'entre eux ont indiqué que tout était parfaitement conforme dans leur attestation finale. Même si dans la figure présentée, les résultats sont équivalents, il y a un problème en ce qui concerne la communication des résultats ainsi que le lien entre les annexes C et les attestations finales.

### Analyse de l'objectif 8

- Vérification : cinq des neuf établissements ne respectaient pas au moins une exigence.
- Attestation finale de l'OSG : cinq établissements ont indiqué que toutes les exigences étaient respectées.

Des problèmes ont été observés dans cinq établissements. Un établissement a indiqué que tout était parfaitement conforme tant à l'annexe C que dans l'attestation finale, alors que l'équipe de vérification a observé que certaines exigences n'étaient pas respectées. De plus, trois établissements ont indiqué à l'annexe C qu'une ou des exigences n'étaient pas respectées, mais ont déclaré que tout était entièrement conforme dans l'attestation initiale. Or, rien n'indiquait dans le dossier que des mesures correctives avaient été prises entre le moment où ils avaient rempli l'annexe C et celui où ils avaient signé l'attestation. Cependant, deux de ces trois établissements ont changé leur déclaration en indiquant dans l'attestation finale que tout n'était pas conforme.

En dernière analyse, il ressort des constatations de la vérification qu'au moins cinq des neuf établissements visés auraient dû indiquer dans leurs attestations que tout n'était pas conforme et présenter des plans d'action en conséquence, mais que deux d'entre eux ont indiqué que tout était parfaitement conforme dans leur attestation finale.

### Résultats nationaux des OSG (janvier 2005) pour tous les autres établissements

Tous les sous-commissaires régionaux ont envoyé leur rapport récapitulatif pour l'OSG relatif au SME au commissaire adjoint de l'Évaluation du rendement en février 2005. Toutes les régions ont signalé des situations non conformes et ont proposé des plans d'action pour corriger ces situations dans un proche avenir.

Les résultats compilés pour chaque établissement dans l'application des OSG sont résumés ci-dessous.

	Non-conformité	Total présentés	% de non-conformité
Objectif 1	17	51	33 %
Objectif 2	12	48	25 %
Objectif 8	14	47	29 %

Les faibles taux de conformité dont témoignent les résultats régionaux compilés pour l'OSG concordent avec les constatations de la présente vérification et confirment qu'il faut que tous les établissements (et pas seulement ceux qui ont été visités dans le cadre de la vérification) en fassent davantage pour se conformer aux exigences des Lignes directrices environnementales.

Par ailleurs, deux questions stratégiques ont été soulevées. La première l'a été par la région de l'Atlantique au sujet du paragraphe 1 de la section 3 des Lignes directrices environnementales n° 318-2 qui prévoit que « lorsque plus d'un établissement a consommé l'énergie indiquée sur une facture, les données au compteur **devraient** être utilisées pour répartir les quantités relatives de l'énergie achetée qui ont été consommées par chaque établissement ». Or, il est indiqué dans l'OSG que les données au compteur **doivent** être utilisées. La région demande donc qu'on rende la formulation utilisée dans l'OSG conforme à celle qu'on trouve dans les Lignes directrices, laquelle semble offrir une certaine souplesse quant à l'utilisation des données du compteur. Le Secteur de l'évaluation du rendement de l'AC a fait le changement demandé par la région le 28 février 2005.

La deuxième question a été soulevée par la région des Prairies dans son rapport récapitulatif de janvier 2005 sur les OSG concernant le fait que les agents en environnement ne s'occupent pas en exclusivité du soutien du Programme de développement durable dans les établissements. La région estime qu'en ajoutant les questions de sécurité aux fonctions des agents en environnement, on les empêche de s'occuper comme il se doit du Programme de développement durable (PDD). La difficulté reste d'obtenir les fonds nécessaires pour assurer le soutien du PDD globalement, par exemple pour mettre en place les systèmes de comptage requis permettant de mesurer avec exactitude la consommation d'énergie. (Voir la recommandation n° 7.)

#### **Recommandation n° 8**

**Que le CAER et le CASC passent en revue les résultats des exercices des Outils de surveillance de la gestion (OSG) pour le SME (janvier, mai et décembre) afin de traiter de toute question d'obligation de rendre compte s'y trouvant et de prendre toute mesure jugée nécessaire pour assurer la déclaration exacte et uniforme des résultats.**

**Suivi : CAER et CASC**



**ANNEXE A**  
**Établissements visités**

**RÉGION DE L'ONTARIO**

Établissement de Joyceville  
Pénitencier de Kingston\*

**RÉGION DE L'ATLANTIQUE**

Établissement de Springhill

**RÉGION DU QUÉBEC**

Établissement de Cowansville  
Établissement de La Macaza

**RÉGION DES PRAIRIES**

Centre psychiatrique régional\*  
Pénitencier de la Saskatchewan\*

**RÉGION DU PACIFIQUE**

Établissement de Mission\*  
Établissement de Matsqui\*

\* Ces établissements n'ont pas de système de traitement des eaux usées.

## ANNEXE B

### Objectif, critères et éléments de pondération pour la vérification

<b>Objectif 1 : Évaluer les procédures des établissements concernant l'exploitation de leur système de management environnemental.</b>	
<i>1.1 L'établissement a un comité de management environnemental fonctionnel.</i>	
a) S'assurer que le directeur a établi un Comité de management environnemental (CME) et un sous-comité permanent. Les membres devraient inclure les postes suivants :	
<p>CME</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• directeur de l'établissement (président)</li> <li>• directeur adjoint, Services de gestion (vice-président)</li> <li>• sous-directeur ou du directeur adjoint des Programmes correctionnels (ou des deux)</li> <li>• directeur adjoint, CORCAN</li> <li>• chef des Travaux et services d'entretien</li> <li>• chef des Services d'alimentation</li> </ul>	Lignes directrices (LD) 318-1, section 3 paragraphes 1 à 4 et Annexe B
<p>Sous-comité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• directeur adjoint des Services de gestion (président)</li> <li>• directeur adjoint, CORCAN</li> <li>• CTSE</li> <li>• Tout autre participant requis par le DASG</li> </ul>	Idem
b) Examiner les comptes rendus du CME pour confirmer que le CME est présidé par le directeur et qu'il se réunit au moins une fois l'an (de préférence en avril).	LD 318-1, section 3, paragraphe 5
c) Examiner les comptes rendus du CME pour confirmer que le sous-comité se réunit au moins quatre fois par année.	Idem
<i>1.2 L'établissement conserve l'information et la documentation requises pour le Système d'information sur l'environnement.</i>	
a) Confirmer que le chef des Travaux et services d'entretien (CTSE) possède un système de classement tel le Système de d'information sur l'environnement (SIE) lequel comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un ensemble de dossiers sur toutes les lignes directrices environnementales;</li> <li>• des dossiers sur la Stratégie de développement durable.</li> </ul>	LD 318-1, section 4, paragraphes 1 et 3
b) Confirmer que tous les documents exigés dans les lignes directrices environnementales (vérifications, données et dossiers) sont conservés sur place pendant au moins cinq ans à partir de leur date de publication.	LD 318-1, section 4 paragraphe 5
<i>1.3 L'établissement remplit des rapports de rendement sur l'environnement au besoin.</i>	
a) Vérifier à ce qu'un rapport préliminaire soit préparé pour résumer le rendement environnemental global de l'établissement au cours de l'année précédente.	LD 318-1, section 4, paragraphe 7
b) Confirmer qu'une copie du rapport final est envoyée à l'agent régional en environnement et au gestionnaire – Programmes environnementaux à l'AC.	Idem
<b>Objective 2 : Évaluer les procédures de l'établissement concernant la conservation de l'énergie et la mesure de la consommation énergétique réelle.</b>	
<i>2.1 L'établissement a mis en œuvre un processus d'examen et d'enregistrement des données sur la consommation d'énergie.</i>	

<p>a) Vérifier dans le Protocole de mesure de la consommation que le CTSE entre les données de diverses sources d'énergie (électricité, gaz naturel, huile à chauffage, propane et diesel).</p> <p>NOTE : Lorsque plus d'un établissement a consommé l'énergie indiquée sur une facture, les données au compteur devraient être utilisées pour répartir les quantités relatives de l'énergie totale achetée qui ont été consommées par chaque établissement.</p>	<p>LD 318-2, section 3 paragraphe 1</p>
<p><i>2.2 L'établissement a élaboré et mis en œuvre un plan de conservation d'énergie.</i></p>	
<p>a) Examiner la documentation aux dossiers pour confirmer que le CTSE examine annuellement tous les systèmes énergétiques afin de s'assurer qu'ils sont adéquatement entretenus.</p>	<p>LD 318-2, section 3 paragraphe 5</p>
<p>b) Examiner dans les dossiers du SME pour assurer qu'on a tenu compte des facteurs éconergétique au cours des différentes étapes des projets d'immobilisation entrepris par l'établissement.</p>	<p>LD 318-2, section 3, paragraphe 6</p>
<p><b>Objectif 3 : Évaluer si l'établissement possède les procédures et l'équipement requis pour répondre aux urgences environnementales.</b></p>	
<p><i>3.1 L'établissement assigne la responsabilité de mettre en œuvre le plan d'urgence environnemental et met au point des procédures permettant de répondre aux différentes situations d'urgence.</i></p>	
<p>a) Confirmer que le directeur de l'établissement a attribué de façon officielle la responsabilité quant à l'élaboration et la tenue à jour des mesures préparatoires <u>pour le personnel</u> et les détenus, aux fins de la mise en place un plan d'urgence environnementale (PUE).</p>	<p>PUE et LD 318-3, section 2 paragraphe 1</p>
<p>b) Examiner le PUE et assurer qu'on tient compte des étapes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le plan d'intervention;</li> <li>• la formation pertinente;</li> <li>• les exercices pratiques (simulations).</li> </ul>	<p>PUE et LD 318-3, section 2, paragraphe 3</p>
<p>c) Confirmer que le CTSE identifie et décrit les scénarios d'incident à inclure dans le PUE.</p>	<p>PUE et LD 318-3, section 2 paragraphe 4</p>
<p>d) Confirmer qu'aucun des scénarios ci-dessus ne se retrouvent en double dans d'autres plans d'intervention en cas d'urgence de l'établissement.</p>	<p>PUE et LD 318-3, section 2 paragraphe 4</p>

<p>e) Examiner certains scénarios d'incidents pour confirmer que le CTSE coordonne un plan d'intervention qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• décrit le scénario d'incident;</li> <li>• définit les tâches à exécuter pour intervenir avec efficacité;</li> </ul>	<p>PUE et 318-3, section 2 paragraphe 5</p>
<p><i>3.2 L'établissement a ciblé les différentes zones présentant un risque ainsi que les procédures requises pour répondre aux urgences connexes.</i></p>	
<p>a) Examiner le plan de l'établissement pour assurer qu'il contient une liste de toutes les matières dangereuses généralement employées dans l'établissement, et indique leur emplacement et leurs quantités.</p>	<p>PUE et LD 318-3, section 3, paragraphe 3</p>
<p><i>3.3 L'établissement donne accès à l'équipement d'urgence adéquat et tient à jour un inventaire.</i></p>	
<p>a) En se basant sur la liste ci-dessus, vérifier qu'on a doté les secteurs pertinents d'un équipement d'intervention en nombre suffisant pour assurer leur disponibilité en tout temps. Cet équipement peut inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des trousse d'urgence environnementale;</li> <li>• des matériaux absorbants;</li> <li>• des vêtements protecteurs;</li> <li>• des contenants de récupération;</li> <li>• de l'équipement de lutte contre l'incendie;</li> <li>• des neutralisants;</li> </ul>	<p>PUE et 318-3, section 3, paragraphes 4 et 5</p>
<p>b) Vérifier que le plan d'emplacement indique le lieu où peut se trouve l'équipement.</p>	<p>Idem</p>
<p>c) Confirmer qu'il existe des procédures et qu'on a confié ces tâches à un responsable pour assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le remplissage des trousse;</li> <li>• l'inspection régulière du matériel d'intervention pour vérifier s'il est en bon état;</li> <li>• la tenue à jour d'un inventaire;</li> <li>• l'approvisionnement de tous les nouveaux secteurs et bâtiments en équipement nécessaire.</li> </ul>	<p>PUE et LD 318-3, section 3, paragraphe 6</p>
<p><i>3.4 L'établissement fournit au personnel la formation et les simulations requises et les documente.</i></p>	

a) Confirmer que tous les employés <b>concernés</b> (ou les détenus, le cas échéant) ont reçu une formation appropriée.	PUE et LD 318-3, section 5 paragraphes 1 à 3
b) Confirmer que le CTSE tient un registre de la formation et des simulations qui ont été effectuées.	Idem
c) Examiner la documentation pour confirmer qu'un examen de la capacité d'intervention en cas d'urgence environnementale de l'établissement s'effectue de façon annuelle au moyen d'exercices pratiques (simulations).  Note : Cette exigence est suspendue l'année pour laquelle l'établissement a dû intervenir à la suite d'un véritable incident.	LD 318-3, section 2 paragraphe 6, et section 5, paragraphe 2
<b>Objectif 4 : Évaluer les procédures de l'établissement concernant la gestion globale des halocarbures.</b>	
<i>4.1 L'établissement conserve les dossiers et inventaires requis de tous les grands systèmes qui fonctionnent aux halocarbures.</i>	
a) Confirmer qu'un inventaire existe et est régulièrement mis à jour d'au moins tous les gros systèmes fonctionnant avec des halocarbures (CFC, HCFC, HFC, mélanges, etc.) qui ont une puissance frigorifique de plus de 19 kW ou 5,4 tonnes (gros systèmes).	LD 318-4 section 2, paragraphe 5
b) Confirmer que l'inventaire contient des renseignements suivants pour chaque système :  Ø désigne chaque système et en donne les caractéristiques; Ø nomme le responsable du système; Ø indique la quantité et le type d'halocarbure contenu dans le système; Ø décrit les mesures d'entretien et d'inspection.	LD 318-4, section 2, paragraphe 6
c) Confirmer que tous les documents requis dans les lignes directrices environnementales (dossiers, registres d'entretien, rapports et avis) sont conservés sur place sous la forme d'un registre central sur les halocarbures, pour une période d'au moins cinq ans à partir de la date de leur délivrance.	LD 318-4, section 4, paragraphe 2
<i>4.2 L'établissement respecte les exigences concernant l'installation, l'entretien et l'essai de ces systèmes.</i>	
a) Confirmer que les nouveaux systèmes et équipements (derniers 12 mois) ne fonctionnent pas avec un CFC.	LD 318-4, section 2, paragraphe 2
b) Examiner les récents remplissages d'appareils de réfrigération ou de systèmes de climatisation pour confirmer qu'ils n'ont pas été remplis avec un CFC.	LD 318-4, section 2, paragraphe 3
c) Confirmer que les récents remplissages des systèmes de conditionnement d'air contenu dans les véhicules automobile n'ont pas été remplis avec un CFC.	LD 318-4, section 2, paragraphe 4

d) Confirmer qu'une personne accréditée effectue chaque année, pour chaque gros système, des essais de détection des fuites et atteste que le système satisfait à tous les critères actuels de conception.	Idem
e) Confirmer que tous les systèmes réparés ou dont l'étanchéité a été vérifiée et qui ont été désaffectés sont dotés d'un avis permanent (d'une étiquette) dont une copie est conservée sur place.	LD 318-4, section 3, paragraphes 4, 8b) et 9
f) Confirmer que lorsqu'un système de réfrigération ou de climatisation d'une puissance frigorifique de plus de 19 kW (gros système) est installé, entretenu, mis à l'essai pour détection des fuites, réparé ou chargé, qu'un document écrit (registre d'entretien) contenant les renseignements prévus à l'annexe D de la ligne directrice 318-4 est conservé sur place.	LD 318-4, section 4 paragraphe 1
<b>4.3 L'établissement met en place des mécanismes pour garantir la production des rapports requis sur l'émission accidentelle d'halocarbures.</b>	
a) En cas de rejet de 100 kg ou plus d'halocarbures, confirmer que les rapports suivants ont été envoyés : i) dans les 24 heures suivant la date de détection du rejet, un rapport verbal ou écrit [...] a été transmis à l'agent régional en environnement (ARE);	LD 318-4, section 4, paragraphes 3 et 4
ii) dans les 14 jours suivant la date de détection du rejet, un rapport écrit a été envoyé à l'agent régional en environnement.	Idem
b) Dans le cas d'un rejet de plus de 10 kg et de moins de 100 kg d'halocarbure, un rapport écrit a été soumis deux fois par année (en juillet et en janvier) à l'agent régional en environnement.	Idem
<b>Objectif 5 : Vérifier les procédures de l'établissement concernant le stockage, la mesure, l'inventaire et la gestion de la production des déchets dangereux.</b>	
<b>5.1 L'établissement établit et met en œuvre des procédures locales pour assurer le stockage des déchets dangereux et l'identification des zones afférentes de manière adéquate.</b>	
a) Confirmer que l'emballage des produits dangereux est : <ul style="list-style-type: none"><li>• scellé à l'épreuve des fuites;</li><li>• construit avec des matériaux appropriés à la nature des déchets dangereux;</li><li>• assez résistant pour demeurer intact pendant la manutention, l'entreposage, le transport et l'élimination, dans le but de prévenir les fuites, déversements ou blessures.</li></ul>	Règlement sur l'entreposage des BPC (9) 318-5, section 3, paragraphe 2
b) Confirmer que tous les contenants, conteneurs ou récipients utilisés pour l'entreposage de déchets dangereux sont clairement étiquetés afin d'identifier sans ambiguïté le contenu, la quantité (si possible) et la date d'entreposage du déchet dangereux.	Règlement sur l'entreposage des BPC (12) et LD 318-5, section 3, paragraphe 3
c) Confirmer que les bâtiments, remises, armoires, etc., où des déchets dangereux sont entreposés qu'ils sont identifiés par des affiches appropriées	Règlement sur l'entreposage des BPC (12) et LD 318-5, section 3, paragraphe 6

d) Confirmer également que les plans de l'établissement (y compris les plans d'urgence) indiquent tous les secteurs et bâtiments qui entreposent des déchets dangereux.	Idem
e) Confirmer que l'on possède les contrôles techniques requis applicables selon les matières dangereuses qui y sont entreposées. Ces contrôles peuvent inclure : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des éléments intérieurs de confinement, de répression du feu ou de résistance au feu;</li> <li>• de la ventilation externe;</li> <li>• des équipements de confinement secondaire, des bassins de captage ou d'interception en cas de déversement, des bouche-drains;</li> <li>• des matériaux absorbants (trousse d'intervention en cas de déversement), des extincteurs, une trousse de premiers soins, etc.;</li> <li>• des installations, accessoires et appareils électriques à l'épreuve des explosions (matériel électrique antidéflagrant);</li> <li>• le cas échéant, une capacité de réfrigération.</li> </ul>	Règlement sur l'entreposage des BPC(9) (10) et LD 318-5, section 3, paragraphe 9
f) Effectuer une inspection de l'aire d'entreposage et s'assurer que les déchets dangereux sont abrités (à moins que cela ait été spécifié expressément dans le Code national de prévention des incendies, le Code national du bâtiment du Canada ou dans une disposition législative applicable par exemple, pour les <u>réservoirs de gaz propane</u> ).	LD 318-5, section 3, paragraphe 10
g) Confirmer à ce que les surfaces de plancher des aires d'entreposage de déchets dangereux sont imperméables et sans fissure.	LD 318-5, section 3, paragraphe 11
<i>5.2 L'établissement effectue des inspections fréquentes des zones d'entreposage des déchets dangereux et de l'élimination des déchets provenant de ces zones.</i>	
a) Examiner la documentation pour assurer que le CTSE a établi et a mis en oeuvre un horaire d'inspections régulières de l'aire d'entreposage (pièce ou bâtiment).	Règlement sur l'entreposage des BPC(11) et LD 318-5, section 3, paragraphe 12
b) Examiner la documentation pour assurer qu'il existe un système permettant d'éliminer annuellement les déchets dangereux.	LD 318-5, section 3, paragraphe 14
c) Confirmer que seuls les entrepreneurs/transporteurs licenciés et expérimentés manipulent les déchets dangereux à éliminer.	LD 318-5, section 3, paragraphe 17
<i>5.3 L'établissement conserve les dossiers appropriés afin de contrôler l'inventaire et l'élimination des déchets dangereux.</i>	
a) Confirmer que le CTSE tient un registre ou dossier contenant les renseignements sur les quantités annuelles (par catégorie de déchets dangereux) de même que les manifestes de disposition, et conserve tous les documents requis dans les lignes directrices environnementales (rapports de vérification, données sur la mesure des déchets dangereux, enregistrements et registre) sur place pendant au moins cinq années suivant leur date de délivrance.	LD 318-5, section 4 paragraphe 1

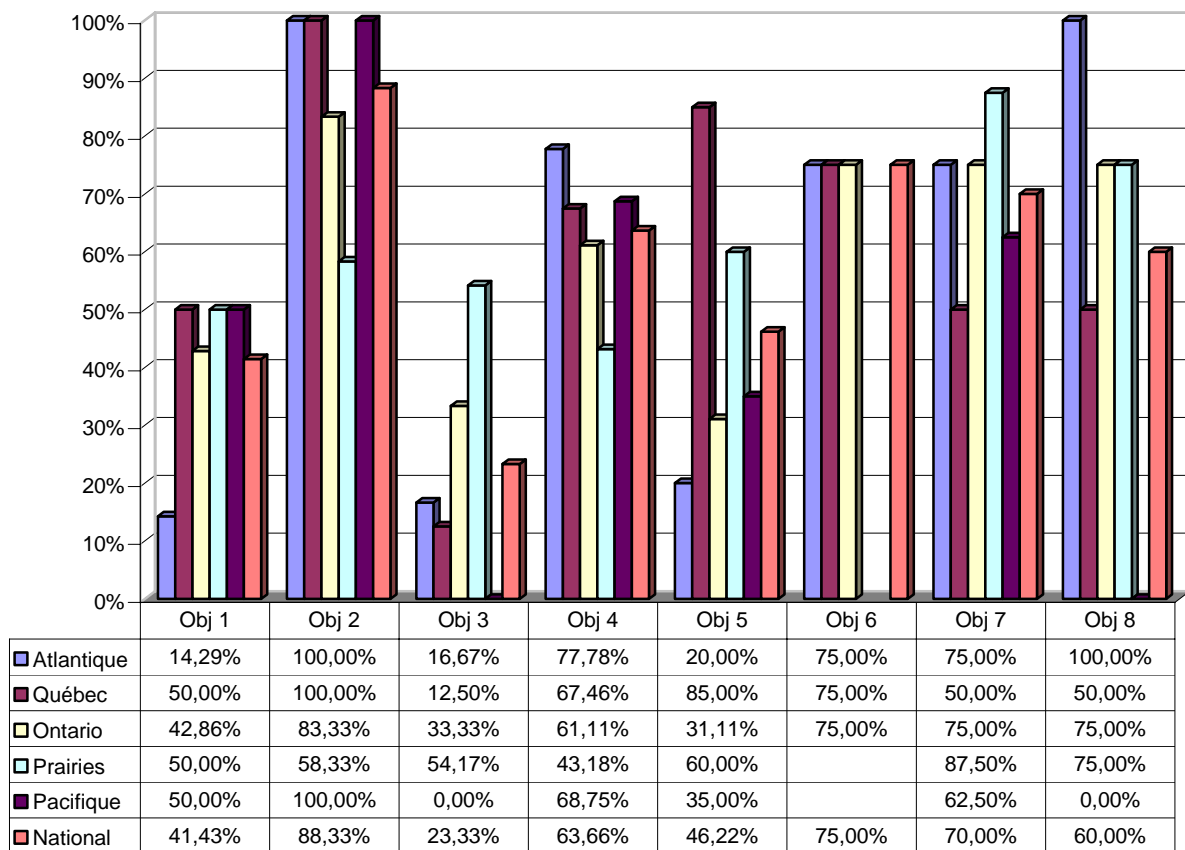
<b>Objectif 6 : Vérifier si l'analyse de la qualité du traitement des eaux usées requise est effectuée et si les dossiers sont mis à jour adéquatement.</b>	
<i>6.1 L'établissement effectue l'analyse et le traitement des eaux usées.</i>	
a) Examiner les procédures en place pour assurer l'entretien des installations et de l'équipement qui sert à tamiser l'effluent d'eaux usées avant que celui-ci ne pénètre dans les canalisations principales aboutissant aux canalisations du réseau d'égout municipal ou à la station de traitement des eaux usées du SCC.	LD 318-6, section 3 paragraphe 8
<i>6.2 L'établissement tient à jour les dossiers requis sur ses activités de traitement des eaux usées.</i>	
a) Vérifier que les données d'analyse de la qualité de l'effluent à la sortie du système de traitement des eaux usées utilisé par l'établissement sont tenues à jour en tout temps et versées au dossier approprié du Système de management environnemental (SME) de l'établissement.	LD 318-6, section 2 paragraphe 2
b) Confirmer que le responsable des eaux usées en établissement présente périodiquement au Comité de management environnemental (CME) un rapport sur l'efficacité du système de traitement des eaux usées de l'établissement.	LD 318-6, section 4 paragraphe 4
<i>6.3 L'établissement effectue les inspections requises de l'installation d'assainissement.</i>	
a) Examiner la documentation pour assurer que des inspections visuelles de la station de traitement des eaux usées sont effectuées au moins une fois par semaine selon les conditions d'accessibilité au système.	LD 318-6, section 3 paragraphe 11
<b>Objectif 7 : Évaluer les procédures de l'établissement concernant la réduction et la gestion des déchets solides.</b>	
<i>7.1 L'établissement a élaboré et mis en œuvre un plan d'action pour réduire la quantité de déchets solides.</i>	
a) Vérifier que l'établissement élabore, met en œuvre et maintient un plan d'action pour la réduction des déchets solides.	LD 318-7, section 2 paragraphe 4
<i>7.2 L'établissement suit des procédures conformes aux politiques pour se débarrasser des déchets solides.</i>	
a) Confirmer que l'établissement a conclu un contrat de service ou applique des méthodes pour éliminer tous les déchets solides (aliments, rebuts de bureau, déchets de construction et de démolition) <b>car il est interdit de brûler, d'incinérer, d'enfouir et de broyer les déchets de cuisine dans les établissements du SCC.</b>	LD 318-7, section 2, paragraphe 1, 2, 3
<i>7.3 L'établissement possède un système qui mesure et enregistre l'élimination des déchets.</i>	
a) Examiner la documentation afin de confirmer qu'il existe un système de mesure et d'enregistrement des déchets à éliminer et que les inscriptions sont faites une fois par mois.	LD 318-7, section 3, paragraphe 3
b) Examiner la documentation ci-dessus pour confirmer que les rapports indiquent les quantités mensuelles de déchets solides envoyés à l'enfouissement ou l'incinération de matières récupérées à des fins de recyclage et de résidus compostés.	LD 318-7, section 4 paragraphe 1



<i>7.4 L'établissement fait appel à un processus vérifiable et fiable pour surveiller les résultats et le rendement environnemental de la mesure des déchets solides.</i>	
a) Confirmer que les documents ci-hauts sont conservés sur place pour au moins cinq ans (rapports indiquent les quantités mensuelles de déchets solides envoyés à l'enfouissement ou l'incinération de matières récupérées à des fins de recyclage et de résidus compostés).	LD 318-7, section 4 paragraphe 2
<b>Objectif 8 : L'établissement gère la consommation d'eau de manière efficace et responsable.</b>	
<i>8.1 L'établissement a élaboré et mis en œuvre des procédures de gestion de la consommation et de la conservation de l'eau.</i>	
a) Examiner la documentation pour assurer que le CTSE a identifié quels systèmes et sous-systèmes d'eau sanitaire de l'établissement utilisent des quantités relativement grandes d'eau potable.	LD 318-9, section 3, paragraphe 1
<i>8.2 L'établissement possède un système pour mesurer et enregistrer la consommation d'eau.</i>	
a) Confirmer que le CTSE a établi un système pour mesurer (en termes de litres par occupant par jour), consigner et gérer l'utilisation de l'eau potable fournie par le système d'alimentation principal pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>• consigner une fois par mois la consommation d'eau à partir des factures d'eau ou du compteur d'eau principal;</li> <li>• analyser chaque mois les données sur la consommation d'eau entrées dans le « Protocole de surveillance de la consommation d'eau » du SCC et comparer la consommation totale d'eau de l'établissement pour l'année en cours à celle de la période correspondante de l'année précédente;</li> <li>• établir des cibles ou des prévisions pour la consommation d'eau à chaque point de mesure;</li> <li>• comparer la consommation d'eau réelle à la consommation visée ou prévue à chaque point de mesure, faire enquête sur les cas de surconsommation importante (possiblement causée par des fuites d'eau, des robinets laissés ouverts, etc.) et faire les réparations ou encourager l'adoption de nouvelles pratiques de consommation d'eau.</li> </ul>	LD 318-9, section 3, paragraphe 3
b) Confirmer que l'on conserve tous les documents exigés dans les lignes directrices environnementales (vérifications, données de mesure et dossiers) pendant au moins cinq ans suivant leur date d'émission.	LD 318-9, section 4 paragraphe 2

## ANNEXE C

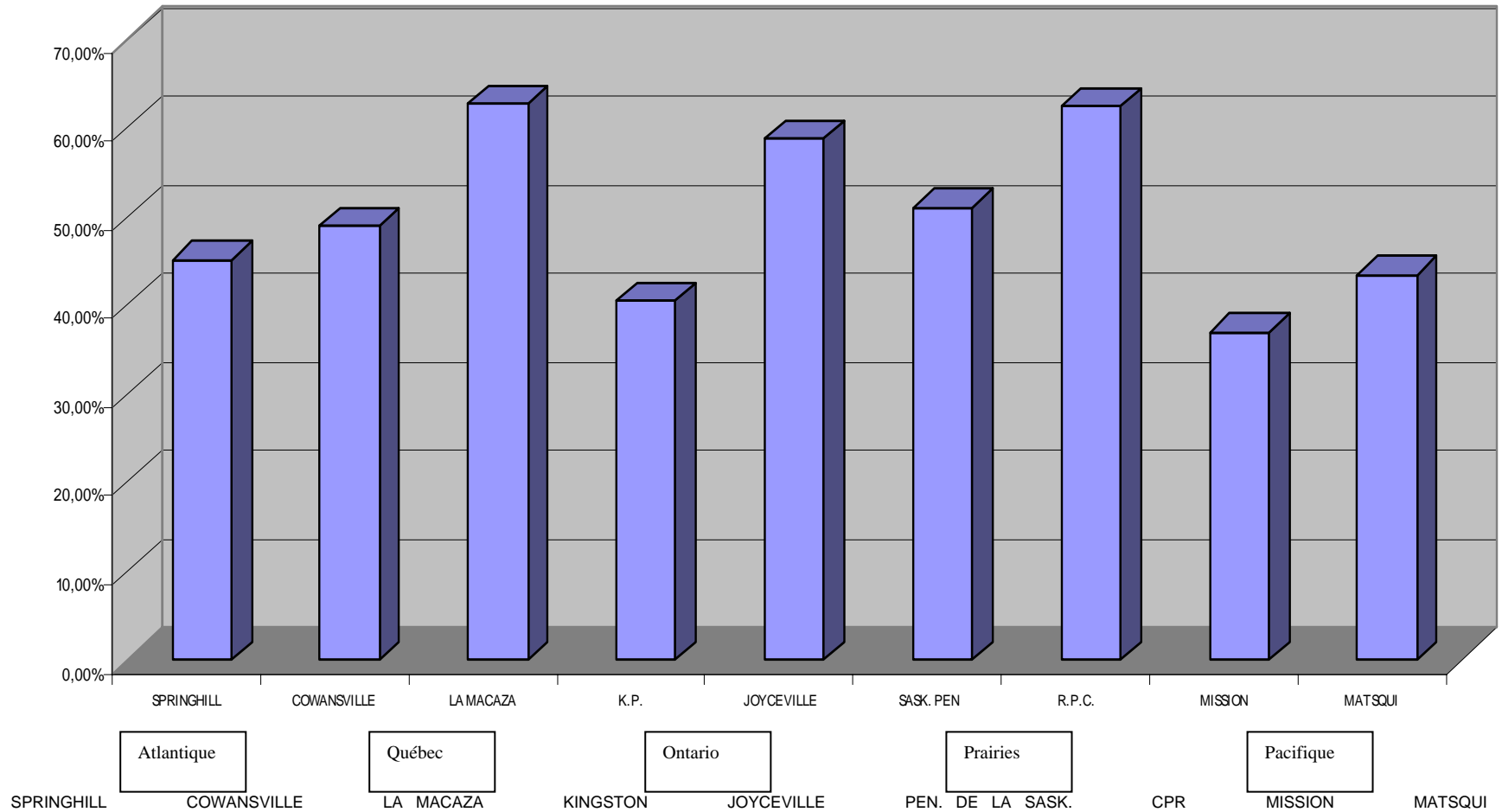
### Taux de conformité pour chaque objectif



Nota : L'objectif n° 6 ne s'appliquait pas aux établissements visités dans les régions du Pacifique et des Prairies non plus qu'au Pénitencier de Kingston, en Ontario, étant donné que ces établissements n'ont pas de système de traitement des eaux usées.

## ANNEXE D

Taux de conformité obtenus dans l'ensemble de la vérification pour chaque établissement visité



## ANNEXE E

### Résumé des bonnes pratiques

- L'équipe de vérification a découvert une bonne pratique concernant les documents relatifs au SME. Le CPR (Prairies) a établi un processus automatisé selon lequel tous les messages, procès-verbaux et autres documents envoyés aux personnes dont les noms figurent dans leurs listes de destinataires sont automatiquement envoyés également aux archives centrales. Le personnel des archives centrales se charge alors de faire imprimer et de classer les documents.
- Une autre bonne pratique a été observée au CPR (Prairies), où on recycle les vieux vêtements des détenus en vue de les utiliser pour les travaux d'entretien tels que la peinture et le nettoyage.



Un détenu recycle de vieux vêtements qui serviront aux travaux de peinture et de nettoyage.

- Une autre bonne pratique a été observée au CPR (Prairies), où on a installé des robinets détecteurs de mouvement dans les toilettes du personnel. On a aussi installé des dispositifs de contrôle d'eau détecteurs de mouvement dans les lavabos et les urinoirs des toilettes du personnel.



## ANNEXE F

### Plan d'action de la direction

Recommandations	Plans d'action
<p>Recommandation n° 1</p> <p>Que les sous-commissaires régionaux (SCR) s'assurent que tous les établissements ont mis en place un système de classement du SME conforme aux exigences des paragraphes 1 et 3 des Lignes directrices environnementales n° 318-1.</p> <p>Suivi : les SCR</p>	<p><b>ATLANTIQUE – QUÉBEC – ONTARIO</b> : L'ensemble des trois (3) régions ont signalé que des systèmes de classement du SME conformes aux exigences des paragraphes 1 et 3 des Lignes directrices environnementales n° 318-1 ont maintenant été établis. <b>Suivi assuré.</b></p> <p><b>PRAIRIES</b> : L'agent régional en environnement a visité chacun des établissements entre le 5 mai et le 16 juin 2005 pour relever les lacunes et les questions de non-conformité et pour aider les établissements à respecter la Politique en matière d'environnement. Des questions de non-conformité ont été relevées à chacun des établissements, la priorité a été accordée à leur règlement et toutes les questions non réglées ont été abordées. <b>Suivi assuré.</b></p> <p><b>PACIFIQUE</b> : L'agent des Services environnementaux régionaux effectuera des examens des systèmes de classement afin d'assurer la conformité. Ces examens seront entrepris au cours des prochains examens globaux du SME de chacun des établissements. <b>Date cible : le 30 juin 2006.</b></p>
<p>Recommandation n° 2</p> <p>Que les sous-commissaires régionaux (SCR) s'assurent qu'un Plan d'urgence environnementale opérationnel est en place dans tous leurs établissements.</p> <p>Suivi : les SCR</p>	<p><b>ATLANTIQUE – QUÉBEC – ONTARIO – PACIFIQUE</b> : Les quatre (4) régions travaillent tous à l'établissement de plans d'action afin de traiter de cette recommandation. <b>Date cible : le 30 juin 2006.</b></p> <p><b>PRAIRIES</b> : Conformément à la Recommandation n° 1, des mesures correctives ont été prises et tous les établissements possèdent maintenant des Plans d'urgence environnementale opérationnels. <b>Suivi assuré.</b></p>
<p>Recommandation n° 3</p>	<p><b>ATLANTIQUE</b> : Les résultats d'une récente vérification ont été envoyés aux</p>

Recommandations	Plans d'action
<p>Que les SCR s'assurent que tous les établissements de leur région dressent un inventaire des hydrocarbures halogénés, que cet inventaire soit exact et qu'une procédure de mise à jour de cet inventaire soit mise en place.</p> <p>Suivi : les SCR</p>	<p>établissements assortis de mesures recommandées relativement aux secteurs non conformes et aux secteurs devant faire l'objet d'améliorations. Les mesures résultant de cette vérification ont été prises par l'Établissement de Springhill, l'Établissement Nova et l'Établissement du Pacifique. L'Établissement Westmorland et le Pénitencier de Dorchester auront réglé les questions en suspens d'ici la <b>fin mai 2006</b>.</p> <p><b>QUÉBEC</b> : La réponse fournie par la région du Québec indique que diverses mesures ont été prises pour traiter de l'inventaire des hydrocarbures halogénés. <b>Suivi assuré.</b></p> <p><b>ONTARIO</b> : Un inventaire complet de la région de l'Ontario a été entrepris par le truchement des Services techniques en 1999; la mise à jour des modifications par unité a été intermittente et devrait être terminée d'ici le <b>31 juillet 2006</b>.</p> <p><b>PRAIRIES</b> : Selon la réponse à la Recommandation n° 1, <b>le plan d'action est achevé.</b></p> <p><b>PACIFIQUE</b> : Nous avons effectué une vérification sur place globale de la gestion des hydrocarbures halogénés à chacun des établissements au cours de l'exercice écoulé. Les établissements seront informés des lacunes relevées au cours de la vérification à des fins de suivi. <b>Date cible : le 31 octobre 2006.</b></p>
<p>Recommandation n° 4</p> <p>Que les sous-commissaires régionaux (SCR), en consultation avec le commissaire adjoint des Services corporatifs, s'assurent que tous les établissements mettent en oeuvre un système de mesure par catégorie des déchets solides produits permettant de</p>	<p><b>AC</b> : Les programmes environnementaux ont terminé une enquête globale sur les pratiques sur les déchets solides dans les établissements (le suivi a été assuré en août 2005, avec un taux de participation de 100 %). Les données recueillies ont été analysées, et des directives ont été données aux régions dans une note de service datée du 31 janvier 2006. Des renseignements supplémentaires ont aussi été publiés dans un article du numéro d'avril 2006 d'<i>Entre Nous</i>. <b>Suivi assuré.</b></p> <p><b>ATLANTIQUE</b> : Il y a un cas où un établissement est responsable de la collecte combinée des déchets pour deux établissements. Des discussions ont été tenues</p>

Recommandations	Plans d'action
<p>recueillir, de consigner et de conserver des données fiables et vérifiables.</p> <p>Suivi : SCR et CASC</p>	<p>avec l'AC afin de déterminer des options pour permettre à ces établissements de consigner les données. Un plan d'action à court terme permettant à nos établissements combinés chargés de la collecte des déchets d'évaluer la quantité de déchets solides provenant des deux établissements a fait l'objet de discussions et sera établi d'ici la fin de décembre. La gestion appropriée des déchets solides fait également l'objet de discussions aux réunions du Comité et du Sous-comité de gestion de l'environnement des établissements. <b>Date cible : le 31 décembre 2006.</b></p> <p><b>QUÉBEC – ONTARIO – PRAIRIES</b> : Selon les réponses de ces trois régions, des mesures ont été prises afin de donner suite à la recommandation. <b>Suivi assuré.</b></p> <p><b>PACIFIQUE</b> : Auparavant, l'entreprise de transports de cette région fournissait le poids des déchets destinés au lieu d'enfouissement; cependant, le contrat actuel ne semble pas prévoir cette disposition. Le Dépôt central a été prévenu de rectifier cette omission quand le contrat sera émis de nouveau. De plus l'AR compte effectuer un examen régional des exigences en matière de gestion des déchets solides pour les établissements au cours de l'exercice, ce qui comprendra la prestation de la capacité de mesurer les diverses catégories de déchets. <b>Date cible : le 30 octobre 2006.</b></p>
<p>Recommandation n° 5</p> <p>Que des mesures soient prises afin d'assurer que tous les établissements équipent de compteurs leurs secteurs de l'établissement qui utilisent les plus grandes quantités d'eau potable, qu'ils fixent des objectifs, qu'ils établissent des prévisions de consommation et qu'ils exercent une surveillance l'égard de leur consommation.</p>	<p><b>ATLANTIQUE</b> : On demandera aux établissements d'évaluer leurs exigences en matière de mesure (selon les gros consommateurs) afin de déterminer une approche rentable pour mieux gérer la consommation d'eau et assurer une surveillance appropriée. Puisque cette recommandation suppose un grand nombre de variables, le délai imparti pour l'évaluation des exigences en matière de mesure a été fixé au mois d'octobre 2006. Cette question fait présentement l'objet de discussions aux réunions du Comité et du Sous-comité de gestion de l'environnement. La région cernera, de concert avec les divers établissements, la meilleure option à retenir pour l'évaluation. <b>Date cible : octobre 2006.</b></p> <p><b>QUÉBEC</b> : Au cours des visites prévues pour l'exercice 2006-2007, les Services</p>

Recommandations	Plans d'action
Suivi : les SCR	<p>techniques régionaux comptent valider l'inventaire complet actuel de compteurs d'eau fonctionnels à tous les établissements de la région. Les Services techniques ont également fourni des fonds au cours du présent exercice à plusieurs établissements afin de leur permettre de remplacer les unités de climatisation périmées qui, autrement, libèrent de l'eau potable dans un circuit ouvert de systèmes d'égouts. Une bonne part du matériel sera remplacée au cours de l'exercice 2005-2006, et la surveillance des travaux sera assurée afin de remplacer le matériel avec du nouveau matériel à circuit fermé. Un suivi des travaux sera effectué au cours de l'exercice 2006-2007. <b>En cours.</b></p> <p><b>ONTARIO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tous les établissements possèdent maintenant des dispositifs de comptage divisionnaire. <b>Suivi assuré.</b></li> <li>2. Établir un mécanisme en consultation avec l'AC, pour consigner les quantités prévues et les quantités actuelles des systèmes de comptage divisionnaire actuels à des fins d'évaluation et d'établissement de cibles. <b>Date cible : le 31 juillet 2006.</b></li> <li>3. Mettre en œuvre la collecte de données et l'évaluation des systèmes de comptage divisionnaire. <b>Date cible : le 29 septembre 2006.</b></li> </ol> <p><b>PRAIRIES :</b> Selon la réponse à la Recommandation n° 1, <b>le plan d'action est achevé.</b></p> <p><b>PACIFIQUE :</b> L'AC a retenu les services d'un expert-conseil pour effectuer un examen régional des systèmes de distribution d'eau l'exercice dernier. Dans le cadre de l'examen, les exigences en matière de surveillance du début ont été établies pour les établissements dont le système de comptage laisse à désirer. Nous avons demandé des fonds de l'AC afin d'installer de nouveaux compteurs principaux aux quatre établissements et de remplacer deux compteurs actuels au cours du présent exercice. <b>Date cible : le 31 mars 2007.</b></p>
Recommandation n° 6	<b>AC :</b> L'unité des programmes environnementaux à l'AC surveille de très près les



Recommandations	Plans d'action
<p>Que le commissaire adjoint des Services corporatifs (CASC) et les sous-commissaires régionaux (SCR) veillent à ce qu'on mette en place les processus nécessaires pour surveiller le degré d'observation de toutes les lignes directrices applicables au SME, de sorte que les problèmes à cet égard puissent être signalés et corrigés dans des délais respectables.</p> <p>Suivi : SCR et CASC</p>	<p>aspects des opérations qui sont le plus critiques pour le rendement du programme et la réputation du SCC. Les OSG actuels couvrent une vaste gamme de questions et continueront d'être utilisés. <b>En cours.</b></p> <p><b>ATLANTIQUE – QUÉBEC – PRAIRIES</b> : Les réponses des SCR de ces trois régions prévoient des plans d'action expliquant en détail les processus mis en oeuvre pour surveiller le niveau de conformité. <b>Suivi assuré.</b></p> <p><b>ONTARIO</b> : La formation sur la vérification du SME prévue pour l'agent régional en environnement (ARE) a été approuvée par le truchement du Plan de formation régional; l'ARE doit élaborer un outil d'auto-vérification pour les établissements et aider chaque établissement relativement à la mise en oeuvre (doit comprendre les éléments au sujet desquels un rapport cumulatif doit être envoyé à l'AR). Les établissements doivent établir les données sur le rendement par le truchement des comités environnementaux, des agents de l'environnement et de la sécurité, etc. <b>Date cible : le 31 mai 2006.</b></p> <p><b>PACIFIQUE</b> : La dotation de trois postes d'agents en environnement qui seraient responsables chacun pour trois établissements et qui relèveraient directement des Services environnementaux régionaux permettrait d'assurer la conformité aux lignes directrices sur le SME. Toutefois, nous n'avons pas réussi à doter des ressources environnementales additionnelles en dépit de la nécessité continue de prévoir des ressources pour élaborer et appuyer les initiatives locales et régionales.</p>
<p>Recommandation n° 7</p> <p>Que le CASC examine le cadre de gestion du SME afin de s'assurer que les ressources financières, matérielles et humaines qui y sont affectées sont suffisantes pour que les politiques</p>	<p>Au cours de la réunion du Comité de direction des 17, 18 et 19 janvier 2006, suite à d'importantes compressions budgétaires, il a été décidé de réduire le niveau de financement actuel des régions pour le prochain exercice. C'est donc dire qu'il sera impossible d'éliminer l'écart entre les attentes et les ressources dans un avenir rapproché. Les mesures proposées pour donner suite à cette recommandation seront donc axées sur l'établissement de l'ordre de priorité des activités environnementales du SCC afin d'assurer la conformité aux exigences</p>

Recommandations	Plans d'action
<p>applicables puissent être respectées.</p> <p>Suivi : CASC</p>	<p>obligatoires et la recherche d'un financement additionnel de l'extérieur pour le programme environnemental.</p> <p>Suivi n° 1 : <u>Établir l'ordre de priorités des activités environnementales du SCC.</u> Cerner, par ordre de priorité, une liste d'activités environnementales de laquelle le SCC peut s'inspirer pour optimiser les ressources limitées disponibles. <b>Suivi assuré.</b></p> <p>Suivi n° 2 : <u>Rechercher un financement additionnel de l'extérieur pour le programme environnemental.</u> Des présentations concernant la recherche de ressources additionnelles pour le programme environnemental ont été préparées plus tôt au cours de l'exercice et visaient l'obtention de 3 millions de dollars additionnels au titre des immobilisations et de 2,5 millions de dollars au titre des dépenses de fonctionnement et d'entretien sur une base annuelle. Des présentations continueront d'être préparées sur une base permanente au fur et à mesure des occasions. <b>En cours.</b></p>
<p>Recommandation n° 8</p> <p>Que le CAER et le CASC passent en revue les résultats des exercices des Outils de surveillance de la gestion (OSG) pour le SME (janvier, mai et décembre) afin de traiter de toute question d'obligation de rendre compte s'y trouvant et de prendre toute mesure jugée nécessaire pour assurer la déclaration exacte et uniforme des résultats.</p> <p>Suivi : CAER et CASC</p>	<p>On a demandé aux SCR de communiquer avec les gestionnaires de leur région pour renforcer leur responsabilité et leur obligation de rendre compte lorsqu'il s'agit d'assurer que l'information dont ils signent l'approbation dans le cadre du processus d'attestation reflète la réalité opérationnelle de leur centre de responsabilité. De plus, les régions doivent faire preuve d'une plus grande mesure de diligence dans la surveillance globale des résultats déclarés afin d'assurer que ceux-ci ne sont pas en conflit avec d'autres renseignements ou préoccupations qu'ils peuvent avoir concernant le sujet à l'examen. <b>Suivi assuré.</b></p>