



Medical Services Update Le point sur les Services médicaux

Health care is an issue that all Canadians take very seriously. It is also an issue that the CF leadership recognizes as being fundamental to the maintenance of an effective, combat-capable force.

CF members—whether they are in garrison or deployed on operations—must be confident that they will receive quality care comparable to that received by other Canadians, and that the health services professionals who support them are properly trained and equipped. “Rx2000” is the name of the project managing the reforms that will ensure this confidence is justified.

The project was launched in January 2000 and a great deal has been accomplished since that time, not least of which is approval of the project charter, commencement of a formal accreditation process and initiation of the case managers’ trial. From this point onward, the pace will only increase and it will not be long before CF members begin to see signs of change at the base and wing level.

The renewal of competent, consistent and comprehensive health care delivery will be a significant individual and collective challenge. As project leader of Rx2000, I know the work being done by each of the various project working groups will have a positive and far-reaching impact on the quality of life of Canadian Forces men and women. The project will ultimately succeed because of their combined team effort and the determination to define a new standard of patient care consistent throughout the CF and the same as that provided other Canadians.

Lieutenant-général Christian Couture
Sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires)

Lieutenant-General Christian Couture
Assistant Deputy Minister (Human Resources-Military)

La question des soins de santé en est une que tous les Canadiens prennent très au sérieux. C’est aussi une question que la direction des FC reconnaît comme étant fondamentale au maintien d’une force efficace et apte au combat.

Les membres des FC – qu’ils soient en garnison ou déployés lors des opérations – doivent être persuadés que les professionnels des services de santé qui leur prêtent secours sont bien formés, équipés et disponibles pour fournir des soins de qualité comparables à ceux que les autres Canadiens reçoivent. Rx2000 est le surnom du projet qui gère les réformes qui feront en sorte que cette confiance est justifiée.

Le projet a été lancé en janvier 2000 et l’on a accompli beaucoup de choses depuis ce temps dont, parmi les non moindres, l’approbation de la charte du projet, le commencement d’un processus d’agrément officiel et la mise en marche de l’essai concernant les gestionnaires de cas. Désormais, la cadence ne fera qu’augmenter et il ne faudra pas beaucoup de temps avant que les membres des FC commencent à voir des signes de changement au niveau de la base et à celui de l’escadre.

Le renouvellement de soins de santé compétents, compatibles et polyvalents représentera un défi tant individuel que collectif. À titre de chef du projet Rx2000, je sais que les réalisations de chacun des divers groupes de travail du projet auront un effet positif et une grande portée sur la qualité de vie des hommes et des femmes des Forces canadiennes. Le projet finira par réussir en raison de leur effort et de leur détermination combinés afin de définir une nouvelle norme de soins aux patients pour que les soins soient uniformes dans l’ensemble des FC et pareils à ceux qui sont fournis aux autres Canadiens.

Réforme des Services de santé des Forces canadiennes – Rx2000

Où en sommes-nous, comment en est-on venu là et où allons-nous?

En 1990, le rapport du vérificateur général a donné l’impulsion à un long processus de changement au sein du Service de santé des Forces canadiennes (SSFC). Dans le rapport, on reprochait au SSFC de répondre aux besoins en temps de paix au détriment du maintien d’une capacité opérationnelle efficace. Deux ans plus tard, une analyse des FC confirmait les critiques du vérificateur général. Vers la même époque, le SSFC a commencé à ressentir les effets des compressions budgétaires amorcées en 1989; des compressions qui ont poussé à fermer trois des six hôpitaux des FC. Manifestement, il fallait apporter d’énormes changements, et vite.

Un projet appelé opération Phoenix a été lancé en 1994. Il avait pour but de redéfinir les services médicaux des FC. L’Op Phoenix prévoyait offrir aux membres des FC le même niveau de service qu’avant, mais en comptant davantage sur le secteur civil pour la distribution des soins en garnison. Le SSFC serait structuré en unités mieux en mesure d’appuyer les opérations des FC.

[suite à la page 2 >](#)

Canadian Forces Health Services Reform – Rx2000

Where we are, how we got here and where we’re going

In 1990, the Auditor General’s Report delivered a push that started a lengthy change process within the Canadian Forces Medical Services (CFMS). The report criticized the CFMS for catering to peacetime needs at the expense of maintaining an effective operational capability. Two years later, a CF analysis confirmed the Auditor General’s criticisms. At about the same time, the CFMS began to feel the effects of budget cuts initiated in 1989; cuts that prompted closure of three of the CF’s six hospitals. It was clear that significant changes were needed, and quickly.

A project known as *Operation Phoenix* was launched in 1994. Its aim was to re-engineer the CF medical services. *Op Phoenix* envisaged providing the same level of service that had been available to CF members, but with increased reliance on the civilian sector for the delivery of in-garrison care. The CFMS would be structured into units better able to support CF operations.

Ultimately, the *Op Phoenix* initiative was not entirely successful, both because of changes taking place in the civilian health care community and because of changes underway in the CF, itself. But it did reinstate one critical program—an adequate role 3 operational capability (initial surgery).

[continued on page 2 >](#)

In this issue / Dans ce numéro:

- **Rx2000 project management team includes a wide range of expertise**
L’équipe de gestion du projet Rx2000 comprend un large éventail d’experts
- **Rx2000 Working Groups: improving your health care**
Groupes de travail du Rx2000 : améliorer vos soins de santé
- **Case managers: enhancing continuity of care in the CF**
Les gestionnaires de cas, pour améliorer le suivi des soins dans les FC
- **Where we stand now**
Notre position actuelle
- **Depleted uranium**
Uranium appauvri
- **Medically Speaking...**
D’un point de vue médical...
- **PLD amendment delayed**
Les modifications à l’IVCA sont remises à plus tard
- **Letter to the Editor**
Lettre à la rédactrice

Health services reform - continued from page 1 >

In 1999, the Chief of Defence Staff directed a thorough review of the CFMS and called for specific recommendations on how to improve in-garrison health care. The review was conducted by the Chief of Review Services (CRS) and its findings and recommendations were presented to the Minister of National Defence and senior DND/CF leadership late in that same year. A reform action plan was approved at the same time and, in January 2000, the Rx2000 project was born.

Since then, the first steps have been taken along the road to reform of the CF health care system. The Department's Project Management Board has approved funding and a number of recommendations for immediate implementation, including third-party contracting for the supply of medical and administrative services. The Board considered to other initiatives—the CF clinics accreditation program and an integral communications capability for DGHS—at its meeting January 30.

“These initiatives will have a very important impact on health services,” said Brigadier-General Lise Mathieu, the Director General of Health Services for the CF and the person responsible for managing and implementing this important project.

Third party contracting addresses one of the major objectives of the reform process—trying to free military physicians from spending too much time doing administrative tasks. “With third-party contracting, we can take that away from them, and right away we have freed up this clinical capability that

can be redirected towards CF members' clinical needs,” said BGen Mathieu.

“The CF clinic accreditation program is one piece of the puzzle that will be far-reaching, long-lasting and will forever impact on the delivery of health care in the Canadian Forces,” she said. It is a rigorous review process that will give service members visible assurance that CF clinics are operating within the parameters of the Canadian health care system. “The beauty of the accreditation process is that all the clinics will operate within the same standards—no more will you go to the clinic in Shilo and it works one way, and you go to the clinic in Bagotville and you discover a brand new system.”

BGen Mathieu is convinced that a dedicated communications capability will contribute significantly to improving the health care system.

“The people we serve get a lot of their information about health care and how it impacts them from the Internet and other forms of media,” she said. “We have to give ourselves the ability to put out the right information equally as fast and as thoroughly as those other means. It's also good for the health care community—our doctors on the front line will have guidance as to how to address the specific concerns of members. External audiences—such as the media—will also be better served.”

BGen Mathieu says she is satisfied with the progress the Rx2000 project has made so far.

“From my perspective, Rx2000 is a framework and frameworks take time to put into place. The process is progressing as effectively as it can, given the fact that this all has to happen while we sustain the delivery of health services.

continued on page 3 >

Published 12 times yearly by the Assistant Deputy Minister (Human Resources - Military), NDHQ Ottawa.

Send Correspondence to:
Tina Crouse
Editor - Canadian Forces Personnel Newsletter
National Defence Headquarters
MGen George R. Pearkes Building
Ottawa ON K1A 0K2

Telephone:
CSN 846-6820 or (613) 996-6820

Fax:
CSN 846-7483 or (613) 996-7483

Internet E Mail Address:
EditorCFPN@debbs.ndhq.dnd.ca

Intranet Address:
<http://hr.d-ndhq.dnd.ca/cfpn>
Internet Address:
<http://www.dnd.ca/hr/cfpn>

Graphic Design:
Manon Mackey

Publié 12 fois par année par le Sous-ministre adjoint (Ressources humaines - Militaires), QGDN Ottawa.

Adresser toute correspondance à :
Tina Crouse
Rédactrice - Bulletin du personnel des Forces canadiennes
Quartier général de la Défense nationale
Édifice Mgén George R. Pearkes
Ottawa ON K1A 0K2

Téléphone:
RCCC 846-6820 ou (613) 996-6820

Télécopieur :
RCCC 846-7483 ou (613) 996-7483

Courrier électronique Internet :
EditorCFPN@debbs.ndhq.dnd.ca

Adresse Intranet :
<http://hr.d-ndhq.dnd.ca/cfpn>
Adresse Internet :
<http://www.dnd.ca/hr/cfpn>

Conception graphique :
Manon Mackey

HRPA2000-042

Réforme des services de santé - suite de la page 1 >

Finalement, l'Op Phoenix n'a pas été un franc succès, tant à cause des changements apportés dans la communauté civile des soins de santé qu'à cause des changements en cours au sein même des FC. Mais elle a rétabli un programme important – une capacité opérationnelle satisfaisante de rôle 3 (chirurgie initiale).

En 1999, le Chef d'état-major de la Défense a demandé qu'on procède à un examen approfondi du SSFC et qu'on fasse des recommandations spécifiques sur la façon d'améliorer les soins de santé en garnison. L'examen a été mené par le Chef - Service d'examen (CS Ex), et ses conclusions et recommandations ont été présentées au ministre de la Défense nationale et aux cadres supérieurs du MDN et des FC à la fin de la même année. Un plan d'action de la réforme a été approuvé en même temps et, en janvier 2000, le projet Rx2000 naissait.

Depuis lors, on a pris les premières mesures pour réformer le système de santé des FC. Au moment d'aller sous presse, le Conseil de gestion du Programme du Ministère avait approuvé le financement et la mise en application immédiate d'un certain nombre de recommandations, telles que la passation de contrats avec des tiers pour fournir les services médicaux et administratifs. Le Conseil était prêt à envisager deux autres solutions de rechange lors de sa réunion du 30 janvier, c'est-à-dire un programme d'accréditation pour les cliniques des FC et une capacité en matière de communications intégrales pour le DGSS.

« Ces initiatives auront des répercussions très importantes sur les services de santé », a dit le bgén Lise Mathieu, Directrice générale - Services de santé des FC et responsable de la gestion et de la mise en œuvre de cet important projet.

La passation de contrats avec des tiers touche l'un des principaux objectifs du processus de réforme – essayer d'amener les médecins militaires à ne pas consacrer trop de temps aux tâches administratives. « Grâce aux contrats passés avec des tiers, nous pouvons leur enlever ces tâches, et sur-le-champ nous avons libéré toutes ces ressources qui peuvent être redirigées vers les besoins cliniques des membres des FC », a dit le bgén Mathieu.

« Le programme d'agrément pour les cliniques des FC est un morceau du casse-tête qui sera d'une grande portée, de longue durée et qui influencera toujours la distribution des soins dans les Forces canadiennes », a-t-elle dit. C'est un processus d'examen rigoureux qui donnera aux militaires l'assurance visible que les cliniques des FC fonctionnent selon les paramètres du système canadien de santé. « La beauté du processus d'agrément est que toutes les cliniques suivront les mêmes normes – il ne vous arrivera plus d'aller à la clinique à Shilo et d'y voir une façon de fonctionner, puis d'aller à la clinique à Bagotville pour découvrir un tout nouveau système. »

Le bgén Mathieu est convaincue qu'une capacité en matière de communications spécialisées contribuerait

grandement à l'amélioration du système des soins de santé.

« Les gens que nous desservons obtiennent la majorité de leurs renseignements sur les soins de santé et leur incidence à partir d'Internet et d'autres types de médias, dit-elle. Nous devons développer cette compétence visant à diffuser l'information adéquate de façon aussi rapide et aussi complète que ce qui prévaut dans les autres médias. Cela sera également bénéfique à la communauté des soins de santé; nos docteurs en première ligne recevront une orientation quant à la façon de traiter les inquiétudes particulières des membres. Pour ce qui est des publics externes, tels que les médias, ils seront également mieux servis. »

Le bgén Mathieu se dit satisfaite des progrès réalisés jusqu'ici avec le projet Rx2000.

« De mon point de vue, Rx2000 est un cadre, et les cadres sont longs à mettre en place. Le déroulement du processus est aussi efficace qu'il peut l'être, étant donné que tout cela doit se faire pendant qu'on assure la continuité des services de santé. »

« Les personnes qui mettent en œuvre la réforme sont aussi celles qui continuent à fournir les soins de santé. Ces personnes, qui sont déjà surchargées de travail et fatiguées du changement, ont trouvé moyen de donner une approche intégrée aux soins de santé. De ce point de vue, nous avons extrêmement bien réussi. »

« Une approche intégrée est essentielle au processus de réforme, a dit le bgén Mathieu. La réalité est que le service médical est très fragmenté. Il est partagé entre 171 propriétaires différents, dont seulement 30 sont du ressort de la DGSS. Cela crée de nombreuses priorités différentes, ou contradictoires. »

« Comme l'a indiqué le CS Ex, nous devons supprimer ces priorités contradictoires pour réussir. Aussi, dès le début, j'ai reçu de la chaîne de commandement l'approbation d'aller partout dans les Forces canadiennes où il y a des militaires qui ont à leur coiffure des insignes médicaux et de les amener ensemble – ensemble étant le mot clef. »

Le général a dit qu'elle et son personnel, particulièrement le Chef du service de santé, ont consacré beaucoup de temps à recréer ce réseau professionnel et technique où les personnes travaillent à la réalisation d'un objectif commun : offrir les meilleurs soins de santé possibles pour les hommes et les femmes des Forces canadiennes.

« En créant cette intégration verticale et cette approche commune aux soins de santé, nous devons consacrer passablement de temps non seulement à nous parler et à parler à tous nos chefs, mais aussi à la famille élargie – le personnel médical de la Force régulière et de la Réserve, les colonels honoraires et les membres du réseau de l'Association médicale de la défense du Canada – afin que notre vision soit soutenue par toute la communauté des services de santé. En fait, nous avons obtenu cet appui de la communauté

suite à la page 3 >

Health services reform - continued from page 2 >

“The people who are implementing the reform are the same people who continue to provide health care. Although these people are already overworked and change fatigued, they have managed to pull together an integrated approach to health care. From that viewpoint, we have been extremely successful.”

An integrated approach is essential to the reform process, BGen Mathieu said. “The reality is that the medical service is very fragmented. It is parcelled out amongst 171 different owners, and only 30 of these are within DGHS purview. This creates many different, or conflicting, priorities.”

“As the CRS identified, we have to remove these conflicting priorities in order to be successful. So, right from the word go, I received approval from the chain of command to reach everywhere in the Canadian Forces where there are medical cap badges and bring them together—“together” being the operative word.”

The general said a lot of her time, and that of her staff, especially the Surgeon General, has been spent recreating the professional, technical network required by people working towards a common goal: delivering the best possible health care for the men and women of the Canadian Forces.

“In creating this vertical integration and this common approach to health care, we have to spend a fair amount of time not only talking to ourselves and all of our leaders, but also to the extended family—Regular and Reserve medical personnel, the honorary colonels and the Defence Medical Association network’s membership across Canada—so that our vision is supported by the entire health services community. In fact, we got that support from the Reserve medical community and the honorary colonels at a meeting on September 21. Since then, the Defence Medical Association has also officially rallied behind us.”

Receiving this support from CFHS’s extended health care family is the most important success so far, BGen Mathieu said.

“We started out with a group of people that was very fragmented, and we have all signed up to work towards achieving the same goal together. So as they go back and work in just about every community where there is a Canadian Forces presence, they are all working towards this common goal, which is the betterment of health care for the men and women of the Canadian Forces.”

CFHS vision for health care reform targets two major issues, rebuilding trust in the system and attracting additional health care providers. “We need to rebuild service members’ loss of trust in Canadian Forces health services. Ultimately, we want our members to see uniformed health care providers as their caregivers of choice, because our team understands and caters to their unique needs. We also want civilian health care providers to join our health care team because of how good we are at looking after our people.”

This vision addresses one of the key tenets of the entire reform process—that CF members have a responsibility towards their own health. “The best way to obtain knowledge of their health outcomes is to

come and talk to the people who understand their needs,” she said. “The fundamental bond is trust—trust in the chain of command and in the medical service—and the knowledge that if something happens to you, both will look after you.”

BGen Mathieu feels this confidence can be regained, but said, “because health care is such a personal and emotional issue, I do not believe we will ever achieve 100 percent satisfaction. But we can be damn close—that closeness comes from the unity of the health services team. And I think we can achieve that.”

The biggest limitation with *Op Phoenix* was that CFHS was never allowed to look at the entire health care system, BGen Mathieu said. “This time we are actually systematically looking at everything from point of injury to full recovery or transition to the Veteran Affairs system. Fundamentally, this is the first time we have said: no more organizational lines, everybody is in this together, working towards the best way to take care of our members.”

With the first initiatives now through the Project Management Board, BGen Mathieu is turning her attention to fully implementing the case managers project; building the necessary support into the administrative structure so that physicians can concentrate on medical and clinical issues; and formally centralizing all health services resources under DGHS, all of which should be well on their way by summer 2001.

“By centralizing all of the health services resources under one command—the DGHS—we can apply resources equitably across the system. This gives us the structure to ensure that resources go towards making the right tool available, at the right place, at the right time.”

The biggest challenge that BGen Mathieu sees for the health services community in the next few months, perhaps the next couple of years, will be how it responds to the resistance to change amongst the Canadian Forces community as health services resources are centralized. “As this change is prevailing, they have to remember that even now they provide the best health care they can because they are good health care professionals. Once they are provided with all the tools they need, I can’t see how it will make things worse. It can only improve.”

BGen Mathieu would like the enduring result of Rx2000 to be one where “every uniformed health care provider thinks about optimizing the health of service members as their number one job. Understanding and caring for those that we serve is what the CFHS is all about.” ❖

DGHS Vision:

Our patients want to see us because we care and we understand and respect the unique needs of those who serve, anywhere, anytime. The excellence of our care makes us proud to serve.

Vision de la DGSS :

Nos patients veulent nous voir parce que nous nous soucions de ceux que nous desservons, n'importe où, n'importe quand, et que nous comprenons et respectons leurs besoins uniques. L'excellence de nos soins nous rend fiers de servir.

Réforme des services de santé - suite de la page 2 >

médicale de la Réserve et des colonels honoraires lors d’une réunion tenue le 21 septembre. Depuis lors, l’Association médicale de la défense du Canada s’est aussi officiellement ralliée à nous.»

« L’appui reçu de la famille élargie des soins de santé des SSFC est le plus important succès jusqu’ici », a dit le bgén Mathieu.

« Nous avons commencé avec un groupe très fragmenté de personnes, et nous nous sommes tous engagés à travailler ensemble pour atteindre le même objectif. Ainsi, lorsqu’elles retournent travailler dans à peu près chaque collectivité où les Forces canadiennes sont présentes, ces personnes cherchent toutes à atteindre cet objectif commun, qui est l’amélioration des soins de santé pour les hommes et les femmes des Forces canadiennes.»

La vision du SSFC concernant la réforme des soins de santé cible deux des points importants, rebâtir la confiance dans le système et attirer des dispensateurs additionnels de soins de santé. « Nous devons ramener les militaires à avoir confiance dans les services de santé des Forces canadiennes. Finalement, nous voulons que nos militaires voient les dispensateurs de soins de santé en uniforme comme leurs soignants de choix, car notre équipe comprend leurs besoins uniques et les satisfait. Nous voulons aussi que des dispensateurs civils de soins de santé se joignent à notre équipe, car nous nous occupons bien de notre personnel.»

Cette vision touche l’un des principes fondamentaux de tout le processus de réforme – celui que les membres des FC sont responsables de leur propre santé. « La meilleure façon de se renseigner sur leurs résultats de santé est d’aller parler aux personnes qui comprennent leurs besoins », a-t-elle dit. « Le lien fondamental est la confiance – confiance dans la chaîne de commandement et dans le service médical – et le fait de savoir que s’il vous arrive quelque chose, les deux s’occuperont de vous.»

Le bgén Mathieu pense qu’on peut regagner cette confiance, mais a-t-elle dit « comme les soins de santé sont une question tellement personnelle et qui soulève les passions, je ne crois pas que nous arriverons à satisfaire tout le monde. Mais nous pouvons être drôlement

près – si nous sommes si près, c’est à cause de l’unité de l’équipe des services de santé. Et je pense que nous pouvons y arriver.»

« La plus grosse limitation avec l’opération Phoenix, c’est qu’on ne permettait jamais au SSFC de considérer tout le système de santé, a dit le bgén Mathieu. Cette fois-ci, nous avons véritablement tout considéré systématiquement du point de la blessure jusqu’à la guérison complète ou jusqu’à la transition au système des Anciens Combattants. Fondamentalement, c’est la première fois que nous avons dit : plus de structures hiérarchiques, tout le monde est concerné et l’on doit à chercher ensemble la meilleure façon de prendre soin de nos militaires.»

Maintenant que le Conseil de gestion du programme examine les premières initiatives, le bgén Mathieu porte son attention vers la mise en œuvre complète du projet relatif aux gestionnaires de cas; met en place le soutien nécessaire dans la structure administrative pour que les médecins puissent se concentrer sur les questions médicales et cliniques; et centralise officiellement toutes les ressources des services de santé sous la DGSS, des points qui devraient tous être sur la bonne voie d’ici l’été 2001.

« En centralisant toutes les ressources des services de santé sous un commandement – la DGSS - nous pouvons les utiliser équitablement dans le système. Cela nous donne la structure pour assurer que les ressources font en sorte d’offrir le bon outil, à l’endroit approprié, en temps opportun.»

Selon le bgén Mathieu, le plus gros problème de la communauté des services de santé dans les prochains mois, peut-être dans les deux ou trois années à venir, sera sa manière de réagir à la résistance au changement dans la communauté des Forces canadiennes pendant la centralisation des ressources des services de santé. « Pendant que ce changement s’effectue, tous les intervenants doivent se rappeler que même maintenant ils offrent les meilleurs soins de santé qu’ils peuvent car ce sont de bons professionnels de la santé. Quand ils auront tous les outils dont ils ont besoin, je ne vois pas comment la situation pourrait empirer. Elle ne peut que s’améliorer.»

Le bgén Mathieu aimerait que Rx2000 produise un résultat durable, celui où « pour chaque dispensateur de soins de santé en uniforme, l’optimisation de la santé des militaires est la tâche prioritaire. La préoccupation des SSFC est de comprendre et de soigner ceux que nous desservons.» ❖

Rx2000 project management team includes a wide range of expertise

Teamwork is the key to success in the drive to reform the Canadian Forces Health Services (CFHS).

“It was decided from the beginning to take an integrated, multi-disciplinary approach,” to the task at hand, said Colonel Daniel St-Amour, outgoing project manager of Rx2000.

That decision was dictated not only by the magnitude and complexity of the project, but by the fact there is no redundancy of expertise in the CFHS. In many areas, there is only one subject matter expert who, working with Rx2000, must now wear two hats.

“Most Rx2000 Project Management Office (PMO) staff have other jobs in either the Director General Health Services (DGHS) organization or the Canadian Forces Medical Group (CFMG) in addition to their duties with the project’s working groups,” said Col St-Amour.

There are currently eight working groups engaged in various aspects of Rx2000, defining the project’s scope of work, creating a business case and developing an implementation plan.

“The job of these working groups, or teams, is to quarterback their part of the project through the various phases—from definition right through to implementation,” Col St-Amour said. “We are dealing with issues that will ultimately impact on the quality of care our members can expect from the CF health care community and it is absolutely essential that we get it right. Because we have adopted a team approach, I’m confident the results will benefit every member of the CF.”

Team members from across the country were selected based on their skills and abilities. The objective was to match individuals’ experience, expertise and knowledge to the specific challenges facing each of the working groups. The multidisciplinary approach is paying off.

“The most important result of Rx2000 will be improved continuity of care,” Col St-Amour said. “That, in turn, is entirely consistent with our mission to provide health protection and deliver quality health care to CF members anytime, anywhere.” Patients may not notice any drastic, immediate changes, but, in the next few years, reform of the CFHS will be comprehensive and far-reaching.

“We can see tangible evidence of progress in development and

implementation of a CF accreditation program—based on the Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) standards—to measure and benchmark the standard of care delivered to CF patients in CF and allied military medical facilities,” he said.

“Another example of progress is the trial that will see introduction of case managers into the CF health services system,” Col St-Amour added. “This is not a new concept in the greater health care community, but it is new for the CF. We will be installing case managers at five locations to coordinate patients’ special health care needs and manage their administrative arrangements. If the trial is successful, we could see the general introduction of case managers beginning as early as this summer.”

The biggest challenge facing the Rx2000 PMO is to follow an incremental and integrated approach to health care reform. The complexity of the project demands that progress be incremental, or phased, to make sure each piece is firmly in place before moving on to the next step. Integration of the various components in this manner ensures that one vital area does not benefit at the expense of another.

“Theirs is an onerous responsibility,” Col St-Amour says of PMO staff. “They are charged with nothing less than managing the reform and revitalization of the CF health services. That calls for the ability to recognize and adopt best practices and a willingness to think ‘outside the box’.

“The team that has been assembled has already demonstrated that they can rise to the challenge,” he said. “I am confident that Rx2000 is the right prescription for change and that CF members will soon begin to see the cure take hold on our ailing health care system.” ❖

L'équipe de gestion du projet Rx2000 comprend un large éventail d'experts

Le travail d'équipe est la clé du succès dans le mouvement de réforme des Services de santé des Forces canadiennes (SSFC).

Le colonel Daniel St-Amour, l'ancien administrateur du projet Rx2000, a dit que pour la tâche à accomplir « on a décidé dès le début de suivre une démarche intégrée et multidisciplinaire ».

On a pris cette décision non seulement en raison de l'ampleur et de la complexité du projet, mais aussi du fait qu'il n'y a pas d'excédent d'expertise dans les SSFC. Dans beaucoup de domaines, il n'y a qu'un spécialiste en la matière, et les collaborateurs au projet Rx2000 qui se retrouvent dans ce cas doivent maintenant porter deux chapeaux.

Selon le colonel St-Amour, la plupart des membres du bureau de projet (BP) Rx2000 ont des emplois au sein de la Division des services de santé (DGSS) ou du Groupe médical des Forces canadiennes (GMFC) en plus de leurs tâches dans les groupes de travail du projet.

Il y a actuellement huit groupes de travail qui s'occupent de divers aspects de Rx2000, définissant le champ d'application du projet, préparant une analyse de rentabilisation viable et élaborant un plan de mise en œuvre.

« Le rôle de ces groupes de travail, ou équipes, est de faire passer leur partie du projet à travers les diverses phases – de la définition à la mise en œuvre », a dit le colonel St-Amour. « Nous nous occupons de questions qui influenceront finalement sur la qualité des soins que nos membres peuvent attendre de la communauté des soins de santé des FC et nous devons absolument réussir. Comme nous avons choisi de travailler en équipe, je suis sûr que les résultats profiteront à chaque membre des FC. »

Les membres des équipes de partout au pays ont été choisis en fonction de leurs connaissances et de leurs capacités. L'objectif était d'apparier l'expérience, l'expertise et les connaissances des personnes aux défis propres à chacun des

groupes de travail. L'approche multidisciplinaire est rentable.

Selon le colonel St-Amour, « la plus importante conséquence de Rx2000 sera le meilleur suivi des soins. Cela rejoint entièrement notre mission qui est de protéger la santé et de donner des soins de santé de qualité aux membres des FC n'importe quand, n'importe où ». Les patients ne remarquent peut-être pas des changements radicaux et immédiats, mais dans les prochaines années, les SSFC auront connu une réforme profonde.

« Nous pouvons voir des preuves tangibles de progrès dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'agrément des FC – fondé sur les normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) – pour mesurer et comparer la norme des soins offerts aux patients des FC dans les installations médicales militaires des FC et dans les installations alliées », a-t-il dit.

« Un autre exemple de progrès est l'essai d'introduction de gestionnaires de cas dans le système des services de santé des FC », a ajouté le colonel St-Amour. « Le concept n'est pas nouveau dans la grande communauté des soins de santé, mais il l'est pour les FC. Nous désignerons des gestionnaires de cas à cinq endroits pour coordonner les besoins spéciaux en soins de santé des patients et gérer les dispositions administratives à prendre à leur égard. Si l'essai réussit, on pourrait voir des gestionnaires de cas commencer à être désignés de façon générale cette été. »

Le plus gros défi du BP Rx2000 est de procéder à la réforme des soins de santé suivant une approche intégrée et progressive. En raison de la complexité du projet, l'évolution doit être progressive, ou graduelle, pour assurer que chaque pièce est bien en place avant de passer à l'étape suivante. En intégrant ainsi les divers éléments, on s'assure qu'aucun domaine essentiel n'est avantagé au détriment d'un autre.

« Leur responsabilité est lourde », dit le colonel St-Amour à propos des membres de son BP. « Ils ne lui demandent rien de moins que de gérer la réforme et la revitalisation des services de santé des FC. Cela exige de pouvoir reconnaître et adopter les pratiques exemplaires et de bien vouloir penser au-delà de modèles administratifs déjà tout faits. »

« L'équipe que nous avons constituée a déjà démontré qu'elle peut relever le défi », a-t-il conclu. « Je suis assuré que Rx2000 est l'ordonnance qui convient pour le changement et que les membres des FC commenceront bientôt à voir le remède agir sur notre système de santé fragile. » ❖

Courtesy of Colmar Calvert

Rx2000 Working Groups: Improving your health care Groupes de travail du Rx2000 : améliorer vos soins de santé



The Rx2000 Working Groups have put your health care under the microscope. These teams of nurses, doctors, administrators, policy-makers and other subject matter experts are examining every aspect of the Canadian Forces health care system, locating its weak points and writing a prescription for improved service. Some improvements have already been implemented, while others will be made over the next few years. Take a look at how Rx2000 is working to change your health care for the better:

Health Policy

Objective: Over the next several years, CF medical policy will be modernized in order to provide the most up-to-date health care service to CF members.

Background: CF medical policy is sound, but it has not kept in pace with the rapidly changing needs of the CF population and the DND/CF organization.

Actions: The Health Policy Working Group is:

- conducting a complete inventory of all CF medical policies;
- managing a major rewriting and updating of those policies; and
- establishing a staff position dedicated to ensuring that CF medical policy is continuously updated.

Benefits: When completed, this process will deliver ongoing improvements to CF members, impacting their health care benefits, services and delivery. For example, the Health Policy Working Group is developing policy direction that will provide:

- patient record confidentiality equal to that found in the civilian health care sector, including the protection of information about a patient's diagnosis and treatment;
- greater emphasis on deployment-related illnesses;
- modernized medical assessments;
- delivery of one national standard of health care service; and
- greater understanding and consistency in the administration of temporary medical categories.

Operational Health Care

Objective: During military operations, CF members will receive a standard of care comparable to that received by the majority of Canadians.

Background: When compared to the majority of Canadians, CF

members on deployment often experience a different standard of care. Standard of care refers to the training, medical certification and equipment available to a health care provider, not how a medical procedure is performed.

Actions: Rx2000 is working to improve the quality of hands-on patient care, or clinical care, on deployment. This improves on past medical reform projects, which focused on the organizational, not the clinical, aspects of operational health care.

Currently, the Standing Committee on Operational Medicine Review (SCOMR) is conducting an in-depth review of deployed health care from a clinical perspective, from point of injury to a patient's arrival at hospital in Canada. The goal is to determine which services need to be improved, and how.

To achieve this goal, SCOMR is making comparisons with health care services available to Canadians at civilian district trauma centres.

Benefits: SCOMR's work will have a long-term impact on almost every aspect of deployed health care service, from medical training to equipment, surgical services to mental health care. With the implementation of SCOMR recommendations over the next few years, CF members can expect that, wherever possible, deployed health care services will more closely resemble those available to the majority of Canadians.

Medical Materiel Management

Objective: From Band-Aids to X-ray machines, the management of medical supplies and equipment in the CF health care system will be reorganized to create a more cost-effective, efficient and operationally ready system.

Background: Under the current system, medical units contact the Central Medical Equipment Depot (CMED) at CFB Petawawa to receive medical supplies. It would be cheaper and more efficient to purchase these supplies locally. Conversely, the purchasing, prioritizing and approval of large medical equipment are done at the local level when a centralized system would be more cost-effective.

Actions: The Medical Materiel Management Working Group is reviewing all aspects of the medical materiel requirements for the CF Health Services. Its goal is to ensure that a high level of readiness is maintained and that client needs are assured in an efficient, yet cost-effective manner. For example, the Working Group is:

- decentralizing the supply system so that prescription drugs and medical supplies can be purchased locally;
- developing an operational focus for the new CMED, while retaining its

Les groupes de travail du Rx2000 ont passé vos services de santé au microscope. Ces équipes d'infirmières, de médecins, d'administrateurs, de responsables des politiques et d'autres experts en la matière examinent tous les aspects du système de soins de santé des Forces canadiennes, en identifiant ses points faibles et en prescrivant un service amélioré. Certaines améliorations ont déjà été mises en œuvre, alors que d'autres seront apportées au cours des quelques années à venir. Voyez un peu comment le Rx2000 travaille en vue de changer vos soins de santé pour le mieux.

Politique en matière de santé

Objectif : Au cours des nombreuses années à venir, la politique médicale des FC sera modernisée de façon à fournir les services de santé les plus à jour aux militaires des FC.

Contexte : La politique médicale des FC est solide, mais elle n'a pas suivi le rythme pour le moins rapide des besoins de la population et de l'organisation des FC et du MDN.

Mesures : Le Groupe de travail sur la politique en matière de santé :

- effectue un inventaire complet de toutes les politiques médicales des FC;
- gère la réécriture et la mise à jour majeures de ces politiques;
- met sur pied un poste consacré à assurer que la politique médicale est continuellement mise à jour.

Avantages : Lorsqu'il sera terminé, ce processus apportera aux militaires des FC des améliorations suivies, ce qui aura des répercussions sur leurs prestations pour soins de santé, sur les services et sur la prestation. Par exemple, le Groupe de travail sur la politique en matière de santé élabore une orientation politique qui assurera ce qui suit :

- la confidentialité du dossier du patient égale à celle que l'on trouve dans le secteur des soins de santé civils, y compris la protection des renseignements concernant le diagnostique et le traitement d'un patient;
- une plus grande importance accordée aux maladies liées au déploiement;
- des évaluations médicales modernisées;
- la prestation d'une norme nationale unique en matière de services de santé;
- une meilleure compréhension et une plus grande cohérence dans l'administration des catégories médicales temporaires.

Soins de santé opérationnels

Objectif : Au cours des opérations militaires, les militaires des FC recevront des soins dont la norme sera comparable à celle des soins reçus par la majorité des Canadiens.

Contexte : Lorsqu'on les compare à la majorité des Canadiens, les militaires des FC en déploiement font souvent

l'expérience d'une norme de soins différente. La norme de soins réfère à la formation, à l'agrément médical et à l'équipement disponible pour un fournisseur de soins de santé, et non à la façon dont s'effectue la procédure médicale.

Mesures : Rx2000 travaille en vue d'améliorer la qualité des soins pratiques aux patients, ou des soins cliniques, lors d'un déploiement. Cela représente une amélioration par rapport aux projets de réforme médicale du passé, lesquels ciblaient les aspects organisationnels et non les aspects cliniques des soins de santé opérationnels.

Actuellement, le Comité permanent d'examen de la médecine opérationnelle (CPEMO) effectue un examen approfondi des soins de santé déployés selon une perspective clinique, à partir du moment de la blessure jusqu'à l'arrivée du patient à l'hôpital au Canada. Le but consiste à déterminer quels services doivent être améliorés, et comment. Afin d'atteindre ce but, le CPEMO établit des comparaisons avec les services de santé accessibles aux Canadiens dans les centres de traumatologie civils régionaux.

Avantages : Le travail du CPEMO aura des répercussions à long terme sur presque tous les aspects des services de santé déployés, de la formation médicale jusqu'à l'équipement, en passant par les services chirurgicaux et les soins de santé mentale. Avec la mise en œuvre des recommandations du CPEMO au cours des prochaines années, les militaires des FC peuvent s'attendre, chaque fois que ce sera possible, à ce que les services de santé déployés ressemblent plus étroitement à ceux auxquels la majorité des Canadiens ont accès.

Gestion du matériel médical

Objectif : Des diachylons jusqu'aux appareils de radiographie, la gestion des fournitures et de l'équipement médicaux dans le système de soins de santé des FC sera réorganisée, afin de générer un système plus rentable, plus efficace et davantage prêt sur le plan opérationnel.

Contexte : En vertu du système actuel, les unités médicales contactent le Dépôt central de matériel médical (DCMM) à la BFC Petawawa afin de recevoir des fournitures médicales. Il serait moins dispendieux et plus efficace d'acheter des fournitures localement. À l'inverse, l'achat, l'établissement des priorités et l'approbation d'un équipement médical important sont effectués au niveau local, alors qu'un système centralisé serait plus rentable.

Mesures : Le Groupe de travail sur la gestion du matériel médical examine tous les aspects des exigences liées au matériel médical pour les Services de santé des FC. Son but consiste à assurer qu'un haut degré de préparation est maintenu et que les besoins des clients sont assurés d'une façon efficace mais rentable. Par exemple:

continued on page 6 ➤

suite à la page 6 ➤

Working Groups - continued from page 5 >

- capability to complement in-garrison care; and
- centralizing the management of medical equipment at the CF Medical Group Headquarters in Ottawa.

Benefits: These behind-the-scenes changes will have a direct impact on front line health services by increasing

Courtesy of Corbin Camera

the overall efficiency and effectiveness of medical supply in Canada and abroad. Benefits include:

- more efficient, timely and cost-effective supply service;
- improved supply services to overseas medical depots; and
- quality control, standardization and economies of scale in the procurement of medical equipment.

Health Services Delivery Standards and Accreditation

Objective: CF members will receive one standard of health care service across Canada.

Background: In recent years, fiscal constraints have hurt the delivery of health care in the CF. As a result, regional differences in health care service have developed.

Actions: The Health Services Delivery and Accreditation Working Group is developing health care services that promote continuity of care. It is actively working towards this goal through these initiatives:

- **Accreditation Program:** CF clinics will be accredited by the Canadian Council on Health Service Accreditation to ensure high quality health care services equivalent to the civilian sector.
- **Primary Care Renewal:** Following an assessment of current in-garrison care services, an in-garrison clinic model that is standardized, patient-focused and tailored to meet local circumstances will be developed and implemented across the CF.
- **Case Managers:** The introduction of a new capability, piloted initially in five sites, will ease the delivery and timeliness of benefits to CF members with complicated health issues. (See following article.)
- **Mental Health Services:** A study of the scope of mental health problems within the CF population will form the foundation for a

mental health network of services to support psychologically distressed members.

- **Third Party Contract:** This contract will streamline in-garrison access to short, medium and long-term civilian health care providers.
- **Pre-Hospital Care Initiative:** The CFHS will conduct a comprehensive review of the responsiveness and standards of pre-hospital care services provided to CF.

Benefits: Changes in this area of health care will improve the delivery, quality and continuity of care for CF members. Services will be:

- patient oriented;
- multi-disciplinary in approach, involving doctors, nurses, physiotherapists, etc.;
- accountable to both patients and CF leadership; and
- responsive and adaptable to changing circumstances both within and outside the CF.

Forces Health Protection and Promotion

Objective: To develop and implement a national program aimed at preventing injuries and illnesses, and protecting the health of CF members.

Background: Health protection has been a priority for the CFHS for many years, but a dedicated program is needed to provide greater emphasis on modern health issues, such as deployment-related illnesses and preventative medicine.

Actions: The Forces Health Protection and Promotion Working Group is developing a centralized health protection program that will focus on four areas of increasing importance to CF members:

- **Operational Medicine:** to address such issues as medical intelligence and the medical aspects of NBC (nuclear/biological/chemical warfare) environments;
- **Occupational and Environmental Health:** for issues related to environmental and industrial health hazards and toxicology;
- **Communicable Disease:** for policies and programs related to hygiene and sanitation, pest control programs and travel hazards; and
- **Health Promotion:** to enhance wellness and reduce or eliminate high-risk behaviours, such as addictions.

Benefits: A CF health protection program will place greater emphasis on preventive medicine and deliver a broader range of health promotion services to members, such as nationwide addiction counselling and stress management programs.

continued on page 7 >

Groupes de travail - suite de la page 5 >

- le Groupe de travail décentralise le système d'approvisionnement afin que les médicaments d'ordonnance et les fournitures médicales puissent être achetés localement;
- il élabore un objectif opérationnel à l'intention du nouveau DCMM, tout en conservant sa capacité à compléter les soins dispensés au sein de la garnison;
- il centralise la gestion de l'équipement médical au quartier général du Groupe médical des FC à Ottawa.

Avantages : Ces changements en coulisse auront des répercussions directes sur les services de santé du front, tout en améliorant l'ensemble de l'efficacité et de l'efficacité des fournitures médicales au Canada et à l'étranger. Les avantages sont les suivants:

- des services d'approvisionnement plus efficaces, plus opportuns et plus rentables;
- des services d'approvisionnement améliorés aux dépôts médicaux outremer;
- le contrôle de la qualité, la normalisation, et des économies d'échelle dans l'approvisionnement en équipement médical.

Normes et agrément de la prestation des services de santé

Objectif : Les militaires des FC recevront des services de santé répondant à une norme unique partout au Canada.

Contexte : Au cours des dernières années, les contraintes financières ont nui aux soins de santé dans les FC. En conséquence, il s'est développé des différences régionales dans les services de santé.

Mesures : Le Groupe de travail sur la prestation et l'agrément des services de santé élabore actuellement des services de santé qui favorisent la continuité des soins. Il travaille activement en vue d'atteindre ce but grâce aux initiatives suivantes :

- **Programme d'agrément :** Les cliniques des FC seront agréées par le Conseil canadien d'agrément des services de santé afin d'assurer des services de santé de grande qualité, équivalents à ceux du secteur civil.
- **Renouvellement des soins de première ligne :** À la suite d'une évaluation des services de santé actuellement dispensés au sein des garnisons, un modèle de clinique de garnison normalisé, axé sur le patient et adapté afin de faire face aux circonstances locales, sera élaboré et mis en œuvre dans toutes les FC.
- **Gestionnaires de cas :** L'introduction d'une capacité nouvelle, d'abord mise à l'essai sur cinq sites, facilitera la prestation et l'a propos des avantages pour les militaires des FC qui sont aux prises avec des questions de santé compliquées. (Voir l'article qui suit.)
- **Services de santé mentale :** Une étude sur l'envergure des problèmes de santé mentale au sein de la population

des FC servira de fondement à un réseau de services de santé mentale afin de soutenir les militaires souffrant de troubles psychologiques.

- **Contrat de tierce partie :** Ce contrat définira l'accès aux fournisseurs de soins de santé civils à court, moyen et long terme à l'intérieur des garnisons.
- **Initiative de soins préhospitaliers :** Les SSFC effectueront un examen complet de l'aptitude à réagir et des normes des services de soins préhospitaliers fournis aux FC.

Avantages : Les changements en ce domaine des soins de santé amélioreront la prestation, la qualité et la continuité des soins à l'intention des militaires des FC :

- les Services sont axés sur le patient;
- ils seront pluridisciplinaires par l'approche, impliquant des médecins, des infirmières, des physiothérapeutes, etc.;
- ils seront responsables à la fois devant les patients et la direction des FC;
- ils seront réceptifs et adaptables aux circonstances en transformation tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des FC.

Protection et promotion de la santé des Forces

Objectif : Élaborer et mettre en œuvre un programme national destiné à prévenir les blessures et les maladies ainsi qu'à protéger la santé des membres des FC.

Contexte : Depuis de nombreuses années, la protection de la santé est une priorité pour les SSFC, mais un programme mettant davantage d'emphasis sur des questions modernes liées à la santé, telles les maladies liées au déploiement et la médecine préventive, est nécessaire.

Mesures : Le Groupe de travail des Forces sur la protection et la promotion de la santé est à élaborer un programme centralisé de protection de la santé qui ciblera quatre domaines d'importance croissante pour les membres des FC :

- **La médecine opérationnelle :** afin d'aborder des questions tels les renseignements médicaux et les aspects médicaux des environnements NBC (guerre nucléaire/biologique/chimique);
- **La médecine du travail et l'hygiène de l'environnement :** pour des questions liées aux dangers environnementaux et industriels pour la santé et à la toxicologie;
- **Les maladies transmissibles :** pour des politiques et des programmes liés à l'hygiène et à la désinfection, aux programmes de lutte antiparasitaire et aux dangers liés aux voyages;
- **La promotion de la santé :** afin d'améliorer le bien-être et de réduire ou d'éliminer les comportements à haut risque, comme les dépendances.

Avantages : Un programme de protection de la santé des FC accordera une plus grande importance à la médecine préventive et fournira un plus large éventail de services de promotion de la santé aux

suite à la page 7 >

Working Groups - continued from page 6 >

Health Services Organization and Accountability Framework

Objective: The CFHS is being reorganized, with all health care resources placed under the command of the Director General Health Services (DGHS).

Background: The health service is currently spread out across approximately 171 different owners with potentially conflicting interests.

Actions: The Organization and Accountability Framework Working Group is at the centre of this vertical integration process, developing and implementing the organizational structure and accountability framework that will support a reorganized and centralized CF health care system. Once implemented, the new organizational structure will become the foundation on which the entire reform process is built, and the CFHS will be capable of fully implementing many of the other Rx2000 initiatives already underway.

Benefits: These organizational initiatives will enhance the ability of CFHS leadership, at all levels, to use resources effectively and efficiently in both operational and in-garrison environments. Ultimately, this means a CF health care system capable of responding to the unique health needs of all CF members overseas and across Canada.

Health Services Human Resources

Objective: To develop a human resources framework that promotes the recruitment and retention of clinically experienced, fully deployable CFHS personnel.

Background: New human resources policies and programs are needed to counter the shortage of physicians in the CFHS and provide continuity of care across Canada. In preparation for deployments, CFHS personnel need and want more opportunities for ongoing, hands-on critical care experience.

Actions: Working closely with Assistant Deputy Minister (Human Resources-Military) staff, the Human Resources Working Group is implementing a number of new policies and programs that support the recruitment, training and employment of personnel and maintenance of their clinical skills.

Benefits: These innovations in human resources will enhance the skills of personnel and improve patient care by:

- developing innovative partnerships and training opportunities with the civilian health care sector;
- providing greater training opportunities—academic, clinical

specialty or professional development;

- licensing of Medical Assistants, which will give them access to maintenance of skills training at civilian hospitals;
- enabling the delivery of one standard of care across Canada; and
- developing the first national CFHS personnel database to ensure the deployability of medical and dental personnel.

Medical Reserve

Objective: One of the goals of the Rx2000 reform process is to build a unified “total force” health services team. This means bringing the resources of the Medical Reserve under the command of the DGHS, and ensuring that it has the training and strength in numbers to augment and sustain the Regular Force at home and abroad.

Background: The Medical Reserve currently has a low operational capability and, like the Regular Force, its resources are commanded by the environmental commands.

Actions: The Medical Reserve Working Group is:

- developing a command, control and organizational infrastructure capable of integrating the Medical Reserve;
- developing a model for Medical Reserves to generate skilled medical personnel for current and future operations; and
- examining issues related specifically to the Medical Reserves, such as training and operational readiness.

More than any other medical reform process, Rx2000 is including the needs and interests of the Medical Reserve community. For example, the Medical Reserve Working Group is partnering with Medical Reserve units and working with other Rx2000 working groups to integrate reserve issues throughout the entire reform process.

Benefits: The operational effectiveness of the CF health services will be improved by creating a fully deployable Medical Reserve. This will strengthen the numbers of military medical personnel on overseas missions and provide continuity of care in-garrison. ✚

Groupes de travail - suite de la page 6 >

militaires, comme des programmes de gestion du stress et des programmes d'aide concernant les dépendances et ce, à l'échelle nationale.

Organisation des services de santé et cadre de responsabilisation

Objectif: Les SSFC sont actuellement réorganisés, toutes les ressources de soins de santé relevant du commandement du Directeur général - Services de santé (DGSS).

Contexte: Les services de santé sont actuellement répartis entre environ 171 propriétaires différents dont les intérêts peuvent être conflictuels.

Mesures: Le Groupe de travail sur l'organisation et le cadre de responsabilisation se trouve actuellement au centre de ce processus d'intégration verticale, élaborant et mettant en œuvre la structure organisationnelle et le cadre de responsabilisation qui soutiendront un système de soins de santé des FC réorganisé et centralisé. Une fois mise en œuvre, la nouvelle structure organisationnelle deviendra le fondement sur lequel reposera tout le processus de réforme, et les SSFC pourront mettre pleinement en œuvre un bon nombre des autres initiatives Rx2000 qui sont déjà en cours.

Avantages: Ces initiatives organisationnelles amélioreront la compétence de la direction des SSFC à tous les niveaux, afin d'utiliser les ressources efficacement et de façon efficiente, à la fois dans un environnement opérationnel et à l'intérieur d'une garnison. En définitive, cela signifie un système de soins de santé capable de répondre aux besoins médicaux uniques de tous les membres des FC, à l'étranger et partout au Canada.

Ressources humaines des services de santé

Objectif: Élaborer un cadre de ressources humaines qui favorise le recrutement et le maintien d'un personnel des SSFC qui peut être déployé complètement et qui possède une expérience clinique.

Contexte: Nous avons besoin de politiques et de programmes nouveaux en ce qui a trait aux ressources humaines, afin de contrer le manque de médecins dans les SSFC et d'assurer la continuité des soins partout au Canada. En vue des déploiements, le personnel des SSFC souhaite avoir plus d'occasions de faire l'expérience des soins pratiques réguliers cruciaux et en a besoin.

Mesures: En travaillant étroitement avec le personnel du Sous-ministre adjoint (Ressources humaines - Militaires), le Groupe de travail sur les ressources humaines met en œuvre un certain nombre de politiques et de programmes nouveaux qui soutiennent le recrutement, la formation et l'emploi du personnel, ainsi que l'entretien de ses compétences cliniques.

Avantages: Ces innovations en matière de ressources humaines amélioreront ainsi les compétences du personnel et les soins aux patients :

- en élaborant des partenariats novateurs et des possibilités de formation avec le secteur des soins de santé civils;
- en fournissant de meilleures possibilités de formation – universitaires, relevant de la spécialité clinique ou du perfectionnement professionnel;
- en autorisant les auxiliaires médicaux, ce qui leur donnera accès à la formation d'entretien des compétences dans les hôpitaux civils;
- en rendant possible la prestation d'une norme de soins unique partout au Canada;
- en élaborant la première base de données nationale du personnel des SSFC afin de garantir que le personnel médical et dentaire peut être déployé.

Réserve médicale

Objectif: L'un des buts du processus de réforme Rx2000 consiste à mettre sur pied une équipe unifiée de services de santé de la «force globale». Cela veut dire transférer les ressources de la Réserve médicale sous le commandement du DGSS, et garantir qu'un grand nombre d'entre elles sont formées et solides, afin d'augmenter et de soutenir la Force régulière au pays et à l'étranger.

Contexte: La Réserve médicale dispose actuellement d'une faible capacité opérationnelle et, comme la Force régulière, ses ressources sont commandées par les commandements d'armée.

Mesures: Le Groupe de travail sur la Réserve médicale réalise le travail suivant :

- il élabore une infrastructure de commandement, de contrôle et d'organisation capable d'intégrer la Réserve médicale;
- il élabore un modèle de réserves médicales, afin de créer un personnel médical qualifié en vue des opérations actuelles et futures;
- il examine des questions liées en particulier aux réserves médicales, comme la formation et l'état de préparation opérationnelle.

Plus que tout autre processus de réforme médicale, le Rx2000 intègre les besoins et les intérêts de la collectivité de la Réserve médicale. Par exemple, le Groupe de travail sur la Réserve médicale agit en partenariat avec les unités de la Réserve médicale et travaille avec d'autres groupes de travail Rx2000 afin d'intégrer les questions liées à la réserve dans tout le processus de réforme.

Avantages: La création d'une Réserve médicale qui peut être pleinement déployée améliorera l'efficacité opérationnelle des services de santé des FC. Cela augmentera en nombre le personnel militaire médical en mission à l'étranger et assurera la continuité des soins dispensés au sein des garnisons. ✚

Case managers: enhancing continuity of care in the CF

Accessing timely health care and the services of Veterans Affairs Canada (VAC) and other external agencies can become a chore for serving and retiring members of the Canadian Forces. To help members navigate an increasingly complex health care system, the case management program, which provides continuity of care and comprehensive medical support programs tailored to individual needs, is being piloted at five sites across Canada—Ottawa, Petawawa, Valcartier, Edmonton and Galetown.

“These initial sites were selected because of the high rate of deployment and the subsequent high number of requests for disability benefits at these sites,” said Capt (N) Margaret Kavanagh, ACOS Health Services Delivery at Canadian Forces Medical Group headquarters.

Case managers, with a minimum of a baccalaureate degree in nursing, will be hired to work with CF members due for medical release to:

- provide information about available medical care and direct members to the most appropriate resource;
- help members to coordinate their medical care and access resources when required;
- ensure that documentation is promptly available to facilitate timely access to medical care; and
- assist in the application process and administrative requirements associated with medical benefits, thereby easing the member's transition to VAC or other external agencies.

The case managers will be supported by clerks, who will assist with the administrative tasks associated with providing information, scheduling appointments, coordinating resources and accessing medical documentation.

“The case management approach is designed to support, rather than replace, the current military health care system,” Capt (N) Kavanagh explains. “The case management staff will work closely with the local health care coordinators in the delivery of health care to sick and injured members, but will not assume the responsibilities of the chain of command, such as release processing or financial counselling.”

A national coordinator will ensure a consistent approach using a standard assessment tool and national protocols, comparability with civilian standards, migration of ideas across bases and continuous quality improvement.

“General research about case management suggests that it is an effective approach in increasing member satisfaction, improving continuity of care and facilitating timely access to needed medical services,” Capt (N) Kavanagh said. “The CF case management initiative clearly demonstrates our continued commitment to providing our members with the best possible health care.”

“We have a responsibility for the health of our people,” said BGen Lise Mathieu, Director General of Health Services, “and we must have the mechanisms in place to make sure that no person falls through the cracks of the health care system, from the time they are injured, to the time they are restored to full functionality.”

“The case manager concept, in my view, will in itself address the bulk of our continuity of care problems. That is why the project has been started so quickly.” ❖

Les gestionnaires de cas, pour améliorer le suivi des soins dans les FC

Courtesy of Combat Canada

L'accès en temps opportun aux soins de santé et aux services des Anciens Combattants Canada (ACC) et des autres organismes externes peut devenir une corvée pour les membres actifs des Forces canadiennes et pour ceux qui partent en retraite. Pour aider les militaires à se diriger dans un système de santé de plus en plus complexe, on mène actuellement le programme pilote de gestion de cas, qui assure le suivi des soins et offre des programmes complets de soutien médical adaptés aux besoins de chacun, à cinq endroits au Canada - Ottawa, Petawawa, Valcartier, Edmonton et Galetown.

« On a choisi ces premiers endroits en raison du taux élevé de déploiement et du nombre ultérieur élevé de demandes de prestations d'invalidité à ces endroits », a dit le capv Margaret Kavanagh, CEMA - Prestation de soins de santé au Quartier général du Groupe médical des Forces canadiennes.

Des gestionnaires de cas, détenant au moins un baccalauréat en sciences infirmières, seront engagés pour travailler auprès des membres des FC qui doivent être libérés pour des raisons médicales afin :

- de fournir des renseignements sur les soins médicaux disponibles et diriger les militaires vers la meilleure ressource;
- d'aider les militaires à coordonner leurs soins médicaux et à accéder aux ressources au besoin;
- de s'assurer que la documentation est rapidement disponible afin de faciliter l'accès en temps opportun aux soins médicaux;
- d'aider à remplir les demandes et à répondre aux exigences administratives associées à l'assurance-maladie, ce qui facilite la transition du militaire aux ACC ou aux autres organismes externes.

Les gestionnaires de cas pourront compter sur des commis, qui aideront à accomplir les tâches administratives qui se présentent lorsqu'il est question de fournir des renseignements, de fixer les rendez-vous, de coordonner les ressources et d'accéder à la documentation médicale.

« La démarche de gestion des cas vise à appuyer, plutôt qu'à remplacer, le système militaire actuel de santé », explique le capv Kavanagh. « Le personnel de gestion de cas collaborera étroitement avec les coordonnateurs locaux des soins de santé dans la distribution des soins aux militaires malades et blessés, mais il n'assumera pas les responsabilités de la chaîne de commandement, comme le traitement des libérations ou les conseils financiers. »

Un coordonnateur national assurera une approche cohérente grâce à un outil d'évaluation standard et à des protocoles nationaux, la comparabilité avec les normes civiles, la migration des idées entre les bases et l'amélioration continue de la qualité.

« La recherche générale sur la gestion de cas montre que cette approche est efficace pour augmenter la satisfaction des militaires, améliorer le suivi des soins et faciliter l'accès en temps opportun aux services médicaux nécessaires », a dit le capv Kavanagh. « L'initiative de gestion de cas des FC démontre clairement notre engagement continu à offrir à nos membres les meilleurs soins de santé possibles. »

« Nous sommes responsables de la santé de notre personnel, a dit le bgén Lise Mathieu, Directrice générale - Services de santé, et nous devons avoir mis en place les mécanismes permettant d'assurer que personne ne passe entre les mailles du filet du système de santé, à partir du moment de la blessure jusqu'au retour à l'entière fonctionnalité. »

« Le concept des gestionnaires de cas, selon moi, règlera à lui seul la plus grande partie de nos problèmes de suivi des soins. C'est pourquoi le projet a démarré si rapidement. » ❖

Where we stand now

Here is a brief update covering where we stand on a few of the issues that relate directly to improved patient care:

➤ **Primary care** will depend increasingly on civilian contract physicians, resulting in improved stability of staff and better continuity of care. This includes not only civilian physicians, but also civilian support in the form of health professionals and clerical staff. The national third party contract—an agreement that will see contracting of civilian physicians for employment in CF clinics administered by a separate, non-DND agency—will provide some standardization and stability to the work force while maintaining a certain degree of flexibility.

➤ **Development of the clinic concept** that meets civilian medical accreditation standards, with a full-time manager, reception/appointment staff and medical records expertise. A standardized approach to the delivery of in-garrison care will be developed. Clinics' organization may vary slightly across the country, depending upon the size and complexity of the base, but all of the health care functions should be available. The standards to which the care delivery will be developed and compared are the civilian standards set out by the Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA). These are the same standards to which civilian accredited institutions in Canada are measured. The Formation Health Services Unit in Halifax received renewal of its CCHSA accreditation in 2000.

➤ **Better access to information** about medical benefits and where to access medical treatment. There are two initiatives underway to address this issue. First, the Canadian Forces Health Information Line, which has been operational since April 1, 2000, is available for 24/7 advice on health-related issues—everything from what to do for a fever, chills and vomiting to help for chest pain. They will also direct medical administrative questions to the right location at your respective base. Second, case managers have been established at five sites to address many of the problems associated with medical releases and the pension application process. Case managers assist patients with their complicated medical and medical administrative needs.

➤ **Increased liaison with professional associations** like the Canadian College of Health Service Executives (CCHSE) to create “maintenance of competence” opportunities at key Canadian health care centres. As leading experts in health care management, the CCHSE will be working with the CF Health Services on the primary care renewal initiative—clinic design—by providing recommendations on an accountability framework and management structure, individual support services, core minimum staffing and competencies for support services and performance standards for those services.

➤ **Introduction of nurse practitioners** into in-garrison health delivery model. The role of the nurse practitioner will be evaluated for inclusion in the in-garrison health care team. This health care professional is being employed more and more in civilian settings, so it is time for the CF to consider their role in CF facilities.

➤ **Superior record management to improve continuity of care.** The overall objective of the Canadian Forces Health Information System (CFHIS) is to implement a CF enterprise-wide health information system capability to provide the right information to the right person at the right time, enhancing CF operational effectiveness and continuously improving the quality of care and overall health status. The system will ensure that health information is available to care providers and managers at all levels so that care may be provided effectively and efficiently. ❖

Notre position actuelle

Voici une brève mise à jour pour indiquer où nous en sommes concernant quelques-uns des points qui touchent directement l'amélioration des soins aux patients :

➤ **Les soins primaires** seront de plus en plus assurés par des médecins civils contractuels, ce qui améliorera la stabilité du personnel et le suivi des soins. Il est question ici non seulement des services de médecins civils, mais aussi de soutien civil par des professionnels de la santé et des employés de bureau. Le contrat national tripartite – un accord prévoyant la passation de contrats avec des médecins civils en vue de leur emploi dans des cliniques des FC administrées par un organisme distinct en dehors du MDN – offrira une certaine normalisation et stabilité aux effectifs tout en maintenant un certain degré de flexibilité.

➤ **L'élaboration du concept des cliniques** qui répond aux normes civiles d'agrément médical, et où l'on retrouve un gestionnaire à temps plein, des préposés à la réception et aux rendez-vous et des archivistes médicaux. On mettra au point une démarche normalisée sur la façon d'offrir les soins en garnison. L'organisation des cliniques peut varier légèrement dans le pays, selon la grosseur et la complexité de la base, mais on devrait offrir toutes les fonctions des soins de santé. On déterminera et l'on comparera les soins à offrir à partir des normes civiles fixées par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). Les établissements civils agréés au Canada sont mesurés à partir des mêmes normes. L'Unité des services de santé de la Formation à Halifax a reçu en 2000 le renouvellement de son agrément du CCASS.

➤ **Meilleur accès à l'information** relative à l'assurance-maladie et aux endroits où l'on peut obtenir des soins médicaux. On mène actuellement deux initiatives à ce propos. Premièrement, on peut obtenir des conseils 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 relativement à toute question de santé – de ce qu'il faut faire en cas de fièvre, de frissons et de vomissement jusqu'à l'aide en cas de douleurs thoraciques – grâce au service téléphonique d'assistance-santé des Forces canadiennes, qui est opérationnel depuis le 1^{er} avril 2000. On soumettra aussi les questions administratives médicales à l'endroit approprié à votre base respective. Deuxièmement, on a établi des gestionnaires de cas à cinq endroits pour s'occuper d'un grand nombre des problèmes reliés aux libérations pour des raisons médicales et au processus de demande de pension. Les gestionnaires de cas aident les patients qui ont des besoins médicaux et des besoins administratifs complexes.

➤ **Meilleure liaison avec des associations professionnelles** comme le Collège canadien des directeurs de services de santé (CCDSS) afin de créer des possibilités de « maintien de la compétence » dans les principaux centres canadiens de santé. En tant que grand spécialiste de la gestion des soins de santé, le CCDSS aidera les Services de santé des Forces canadiennes à réaliser la principale initiative de renouvellement des soins – la conception de cliniques - en faisant des recommandations sur un cadre de responsabilisation et une structure de gestion, des services de soutien individuel, la dotation minimale en personnel de base et les compétences exigées pour offrir les services de soutien, ainsi que les normes de rendement de ces services.

➤ **Introduction d'infirmières praticiennes** dans le modèle de distribution des soins en garnison. On évaluera le rôle des infirmières praticiennes en vue de les inclure dans l'équipe soignante en garnison. Comme les établissements civils emploient de plus en plus ces professionnels de la santé, il est temps que les FC examinent leur rôle dans leurs installations.

➤ **Gestion supérieure des dossiers pour améliorer le suivi des soins.** L'objectif général du Système d'information sur la santé dans les Forces canadiennes est de doter les FC d'un système qui englobe toute l'entreprise permettant de donner l'information appropriée à la bonne personne en temps opportun, ce qui augmente l'efficacité opérationnelle des FC et améliore continuellement la qualité des soins et l'état de santé global. Le système fera en sorte que les fournisseurs de soins de santé et les gestionnaires à tous les niveaux disposent de l'information sur la santé afin que les soins puissent être offerts de manière efficace et efficiente. ❖

Depleted uranium

European nations have recently raised concerns about the potential health hazards faced by soldiers who have served in the Balkans, resulting from the use of depleted uranium (DU) munitions. So far, 104 Canadians—59 veterans of the Gulf War and 45 peacekeepers in the former Yugoslavia—have asked to be tested for DU. These test results have shown no elevated levels of depleted uranium.

These questions are among those most frequently asked about DU and its possible health effects. Readers interested in more information on this issue should refer to the Backgrounders section of the DGPA Intranet site or, on the Internet, at http://www.dnd.ca/menu/press/background_e.htm, or call 613-996-2354.

Personnel who wish to be tested for depleted uranium or who wish to know more about the testing process should contact their local CF health clinic

What is depleted uranium (DU)?

DU is the metal residue left when U-235, the uranium isotope used in nuclear reactors and weapons, has been extracted from enriched uranium ore.

It is used commercially in medicine for radiation shields, in aviation for counterweights, in space as satellite ballast, and petroleum exploration for drilling equipment. DU has also been used for military purposes. It offers improved defense when used as armour shielding and enhanced power in armour-penetrating munitions. Depleted uranium-tipped

Uranium appauvri

Les pays européens ont récemment fait part de leurs préoccupations, concernant les risques potentiels à la santé des militaires qui ont été affectés dans les Balkans, à la suite de leur exposition à des munitions en uranium appauvri. Jusqu'à maintenant, 104 militaires canadiens, dont 59 anciens combattants de la guerre du Golfe et 45 gardiens de la paix dans l'ancienne Yougoslavie, ont demandé de subir des tests de dépistage de l'uranium appauvri. Ces tests n'ont décelé aucun niveau élevé d'uranium appauvri.

Ces questions sont parmi celles qui sont les plus souvent posées au sujet de l'UA, de même que les effets possibles sur la santé. Les lecteurs souhaitant obtenir de plus amples renseignements à ce sujet peuvent consulter la section Documentation à partir du site intranet du DGAP, le site internet suivant : http://www.dnd.ca/menu/background_f.html, ou composer le numéro suivant : (613) 996-2354.

Tout membre du personnel désirant être testé pour l'uranium appauvri ou souhaitant en savoir davantage sur le processus du test devrait communiquer avec sa clinique de santé des FC locale.

Qu'est-ce que l'uranium appauvri?

L'uranium appauvri est le résidu métallique de l'extraction de l'uranium 235, l'isotope d'uranium utilisé dans les réacteurs nucléaires et dans les armes nucléaires.

Il est utilisé commercialement en médecine (blindages contre les radiations), dans l'aviation (contrepois), dans l'espace (ests de satellite) et dans l'exploration pétrolière (matériel de forage). Il est également utilisé à des fins militaires. Il offre une meilleure protection comme ceinture de blindage et une puissance accrue dans les munitions perforantes. Les obus à tête d'uranium appauvri peuvent pénétrer les blindages plus efficacement que les obus faits de métaux moins lourds.

Le Canada possède-t-il des munitions à uranium appauvri?

Il ne fait plus partie de nos armes depuis 1998. L'uranium appauvri exige des conditions de stockage

shells can penetrate armour better than other less-dense materials.

Does Canada have depleted uranium munitions?

DU ammunition was eliminated from the CF weapons inventory in 1998. Depleted uranium requires special storage restrictions, which created logistical problems aboard our ships. Canadian munitions now use tungsten to “harden” projectiles.

What are the health concerns of DU exposure?

Two major health concerns are related to the use of DU in military applications: heavy-metal toxicity effects and radiation effects. Heavy metals, such as uranium, lead, mercury, tungsten and others, in sufficient amounts, are toxic to humans and animals. Very few studies directly address the health effects of DU. However, a wide body of scientific literature deals with the health effects of natural and enriched uranium. The toxicological effects of natural uranium are identical to those of DU, but the radiological effects of DU are less pronounced, because DU is about 40 percent less radioactive than natural uranium. In general, heavy-metal toxicity is regarded as posing a more serious health risk than its radiation.

For both health issues, many factors will determine whether a health effect may result. Among others, these factors include the toxicological dose (how much and how long), route and magnitude of exposure and location of possible embedded fragments. In addition, factors such as age, sex, diet, family history, health status and lifestyle may effect the overall health effects of exposure.

[continued on page 10](#) ➤

spéciales, ce qui a créé des problèmes de logistique dans nos navires. Les munitions canadiennes utilisent maintenant du tungstène pour « durcir » les projectiles.

Quelles sont les préoccupations pour la santé de l'exposition à l'uranium appauvri?

Il y a pour la santé deux importantes préoccupations concernant l'utilisation de l'uranium appauvri dans les applications militaires : la toxicité des métaux lourds et l'effet des radiations. Les métaux lourds, tels l'uranium, le plomb, le mercure, le tungstène et d'autres, sont toxiques pour les humains et les animaux quand ils sont absorbés en quantités suffisantes. Il y a eu très peu d'études sur les effets de l'uranium appauvri sur la santé. Il existe toutefois une vaste littérature scientifique sur les effets sur la santé de l'uranium naturel et de l'uranium enrichi. Les effets toxiques de l'uranium naturel sont identiques à ceux de l'uranium appauvri, mais les effets radiologiques de ce dernier sont moins prononcés parce qu'il est environ 40 % moins radioactif que l'uranium naturel. En général, la toxicité de l'uranium appauvri pose un plus grand danger pour la santé que sa radioactivité.

Pour chacune de ces deux préoccupations, l'existence d'un effet sur la santé dépend de plusieurs facteurs. Ceux-ci sont entre autres la dose toxique (quantité absorbée et durée de l'absorption), la voie et l'ampleur de l'exposition, et l'emplacement des fragments logés dans l'organisme. Les effets de l'exposition peuvent également dépendre de facteurs tels que l'âge, le sexe, le régime alimentaire, les antécédents familiaux, l'état de santé et le mode de vie.

Les seules études qui ont été menées au sujet des effets de l'uranium sur l'être humain ont porté sur des travailleurs qui ont subi une exposition professionnelle dans les mines d'uranium et les usines de traitement de l'uranium. La principale voie de pénétration de l'uranium au cours de ces expositions professionnelles était l'inhalation de poussières.

Des accidents industriels sont survenus à la suite d'expositions importantes. L'uranium avait alors été combiné avec du fluorure pour former de l'acide fluorhydrique. Cet acide était un irritant grave pour les voies nasales et les poumons, et il causait une respiration ample et

[continued on page 10](#) ➤

DU - continued from page 9 >

The only human studies of the health effects of uranium are in workers who have been occupationally exposed in uranium mines and uranium-processing plants. The principal route of entry for uranium in these occupational exposures was inhalation of dusts.

Industrial accidents involving massive exposures have occurred. In these cases, the uranium had combined with fluoride to form hydrofluoric acid. This acid was a severe irritant to nasal passages and lungs and resulted in gasping, shortness of breath and cough. Forty-three workers have suffered such an exposure, with three deaths occurring within a few hours. Interestingly, 20 of these workers underwent subsequent follow-up. At three weeks, most had normal clinical findings and were considered in excellent health. An examination at 38 years on three of the injured workers showed no detectable uranium deposition and no lung findings attributable to their exposure.

The concentrations of uranium in the air around destroyed Iraqi vehicles during the Gulf War would not have produced any symptoms. The Americans have also been following 33 veterans who were in vehicles struck by DU munitions in "friendly fire" accidents during the Gulf War. Some of these individuals have embedded depleted uranium shrapnel and excrete uranium at 1,000 times the levels found in Canadian Gulf War veterans. Ten years after the Gulf War, these Americans have no symptoms or illnesses attributable to the DU.

Canadian units during the Gulf War were too far from the battlefields to have any symptoms from depleted uranium. Subsequent to the war, Canadian personnel were involved with operations such as the clean up of destroyed Iraqi vehicles. There were also Canadians at Camp Doha in July 1991 where a large fire occurred with destruction of M1A1 tanks and depleted uranium munitions. It would not be anticipated that such exposures would have produced any symptoms in the individuals involved.

How does DU compare with other radiation sources?

DU is classified as a low-level radioactive material. Several consumer products contain radioactive material that also emits ionizing radiation, such as present-day smoke detectors. In medicine, radioactive materials and other sources of ionizing radiation are widely used in the diagnosis and treatment of some diseases.

Uranium, in any form, is certainly not alone as a source of ionizing radiation. The world is bathed with low levels of radiation all the time. The sources of radiation include radon (55 percent of the total), internal exposures from food and water consumed daily in the diet (11 percent), cosmic rays (8 percent), rock and soil (8 percent), and man-made sources, such as X-rays,

nuclear medicine exposure, consumer products and other sources.

A souvenir hunter who picked up a piece of depleted uranium penetrator rod (the core of large DU munitions) and carried it in his pocket for a few days would receive a relatively high dose of short-range beta radiation to the skin adjacent to the souvenir. But it would not be enough to cause a burn, much less a significantly elevated risk of skin cancer.

Naomi H. Harley, an authority on radiation physics, says it would only be possible to find traces of depleted uranium in the urine of service members years after any possible exposure if the military members had depleted uranium fragments embedded in their bodies.

In response to some veterans' assertions that those fragments could be inhaled particles lodged in their lungs, Dr. Harley noted, "It's hard to imagine that anybody could have inhaled enough material so that it could still be there eight or nine years later, enough so that you could see the amount being dissolved and then getting into the urine.

Dr. Harley's findings can be found on the Internet at http://www.gulfink.osd.mil/news/na_harley_03jan00.html.

What has the testing for depleted uranium shown?

Total uranium levels were well within the range expected for a non-exposed population and were 1,000 times less than levels found in Americans with embedded depleted uranium shrapnel.

In nature, uranium consists of a mixture of three isotopes. Natural uranium has a different isotope mixture than depleted uranium. By examining the isotope ratios in the urine, it should be possible to tell if any exposure to depleted uranium has occurred in the past. The levels of total uranium in the urine of Canadian Gulf War veterans were too low to permit such an analysis. Uranium is, however, concentrated in other body tissues such as hair. Nine individuals submitted hair samples for analysis and one bone sample was obtained. The isotope ratios found were compatible with natural uranium exposure.

In summary, testing of Canadian veterans has not supported the theory that they have been exposed to "toxic" levels of depleted uranium. In occupational medicine surveillance programs a total uranium value under 50 nanograms per liter would be considered insignificant. The totals for our veteran population were well under this value. ❖

UA - suite de la page 9 >

bruyante, un essoufflement et de la toux. Quarante-trois travailleurs ont subi une exposition de ce genre, et trois sont décédés en quelques heures. Il est intéressant de noter que 20 de ces travailleurs ont fait l'objet d'un suivi par la suite. Après trois semaines, on a recueilli des observations cliniques normales et on a noté un excellent état de santé chez la plupart d'entre eux. Un examen effectué, à l'âge de 38 ans, chez trois des travailleurs blessés n'a révélé aucun dépôt d'uranium décelable ni aucune observation pulmonaire attribuable à leur exposition.

Les concentrations d'uranium dans l'air autour des véhicules irakiens détruits pendant la guerre du Golfe n'auraient pas produit de symptômes. Les Américains ont également fait un suivi auprès de 33 anciens combattants qui se trouvaient dans des véhicules frappés par des munitions en uranium appauvri au cours de « tirs amis » survenus pendant la guerre du Golfe. Certains d'entre eux sont porteurs d'éclats d'obus en uranium appauvri et excrètent de l'uranium dont la concentration est 1 000 fois supérieure à celle qui a été retrouvée chez des anciens combattants canadiens de la guerre du Golfe. Dix ans après cette guerre, ces Américains n'ont pas de symptômes ou de maladies attribuables à l'uranium appauvri.

Les unités canadiennes qui ont pris part à la guerre du Golfe étaient trop éloignées des champs de bataille pour présenter des symptômes causés par l'uranium appauvri. À l'issue de la guerre, le personnel canadien a participé à des opérations comme le nettoyage des véhicules irakiens détruits. Il y avait aussi des Canadiens à Camp Doha, en juillet 1991, au moment où un incendie majeur a entraîné la destruction de chars M1A1 et de munitions en uranium appauvri. On ne croit pas que ces expositions auraient provoqué des symptômes chez les personnes touchées.

Comment l'uranium appauvri se compare-t-il aux autres sources de radiations?

L'uranium appauvri est un matériau faiblement radioactif. Par comparaison, plusieurs produits de consommation contiennent des matières radioactives qui émettent également des radiations ionisantes, tels que les détecteurs de fumée par exemple. En médecine, on utilise couramment des substances radioactives et d'autres sources de radiations ionisantes pour le diagnostic et le traitement de certaines maladies.

L'uranium, sous quelque forme qu'il soit, n'est certainement pas la seule source de radiations ionisantes. Nous sommes continuellement bombardés de radiations de faible intensité. Les sources en sont le radon (55 % du total), les expositions internes résultant de la consommation quotidienne d'aliments et d'eau (11 %), les rayons cosmiques (8 %), les roches et le sol (8 %), les sources anthropiques telles que les machines de radiographie et de médecine nucléaire, les produits de consommation et autres sources.

Un collectionneur de souvenirs qui ramasserait un morceau d'un barreau de pénétration en uranium appauvri (la partie centrale de munitions lourdes à uranium appauvri) et qui le transporterait dans sa poche plusieurs jours recevrait sur la peau au voisinage de l'objet une dose relativement élevée de rayons bêta à courte portée. Cela ne suffirait pas toutefois pour causer une brûlure,

et encore moins pour accroître le risque de cancer de la peau de façon significative.

Naomi H. Harley, une autorité en physique des radiations, note que cela n'est possible de trouver des traces d'uranium appauvri dans l'urine des soldats plusieurs années après une exposition possible si ces militaires ont des fragments d'uranium appauvri logés dans leur organisme.

Elle commente ainsi les déclarations de certains vétérans convaincus que ces fragments pourraient être des particules inhalées qui se sont logées dans leurs poumons : « Il est difficile d'imaginer que quelqu'un pourrait avoir inhalé suffisamment de matières pour laisser des traces huit ou neuf années plus tard, et cela en quantité suffisante pour qu'elles puissent se dissoudre et apparaître dans l'urine. »

On peut consulter les conclusions du Dr Harley au site : http://www.gulfink.osd.mil/news/na_harley_03jan00.html.

Quels sont les résultats des analyses qui concerne l'uranium appauvri ?

Les concentrations totales d'uranium se situaient tout à fait dans la gamme prévue pour une population non exposée, et étaient 1 000 fois inférieures à celles qui avaient été retrouvées chez des Américains porteurs d'éclats d'obus en uranium appauvri.

Dans la nature, l'uranium se compose d'un mélange de trois isotopes. L'uranium naturel présente un mélange isotopique différent de celui de l'uranium appauvri. L'examen des rapports isotopiques présents dans l'urine devrait permettre de dire s'il y a eu exposition à l'uranium appauvri par le passé. Les concentrations totales d'uranium dans l'urine des anciens combattants canadiens de la guerre du Golfe étaient trop faibles pour que l'on puisse effectuer une telle analyse. L'uranium est toutefois concentré dans d'autres tissus organiques comme les cheveux. On a reçu des échantillons de cheveux de neuf personnes et un échantillon d'os. Les rapports isotopiques observés étaient compatibles avec l'exposition à l'uranium naturel.

Bref, les analyses menées auprès d'anciens combattants canadiens n'ont pas soutenu la théorie selon laquelle ils auraient été exposés à des concentrations « toxiques » d'uranium appauvri. Une concentration totale d'uranium de moins de 50 nanogrammes par litre serait considérée comme négligeable dans les programmes de surveillance en médecine du travail. Les totaux relevés chez nos anciens combattants étaient largement inférieurs à cette concentration. ❖

Medically Speaking...

From the office of Colonel Scott Cameron, Surgeon General

Guarding against the annual flu bug

The “flu shot” has been a topic of discussion in some quarters in recent weeks. Like many Canadian government health care agencies, the Canadian Forces Health Service is recommending that all CF personnel receive this shot. The shot will be provided free of charge to CF members as long as supplies last.

There are some special interest groups in North America who argue that vaccinations are potentially harmful, but to date there has been no credible scientific evidence to support these claims. Vaccinations are a safe, easy and effective way to prevent many potentially dangerous infectious diseases. Their track record over the past 40 years has been excellent.

What then are the advantages of getting a flu shot?

To begin with, it is important to understand that terms like “the flu” or “the flu bug” are common catch-all expressions that those outside the health services professions use to describe a host of ailments, ranging from mild colds to diarrhea. These minor illnesses are not influenza.

True influenza—the disease that the flu shot protects against—causes an acute debilitating illness that literally knocks you off your feet (“prostration” in medical terminology). Symptoms include cough, resulting from destruction of the linings of trachea and bronchial airways, headache, fever, muscle aches, weakness and malaise. A bad case of influenza can last up to three weeks and in some cases can lead to complications such as viral and bacterial pneumonia. Influenza is passed from one person to another by droplets produced during coughing. Influenza occurs in localized seasonal outbreaks and spreads rapidly amongst populations not protected by immunization.

Another misconception is that influenza affects only the elderly and chronically ill persons. Influenza is a serious threat for the entire population, including young, apparently healthy persons. Although there is a low fatality rate in healthy adults, the high attack rate can lead to a rapid spread of the illness, especially in close quarters. Military units are particularly susceptible because of their living and working environment. In a susceptible population, an influenza outbreak can, within days, result in the operational loss of more than half the personnel on ships or in barracks.

Data from the US Department of Defense Armed Forces Epidemiological Board indicates that influenza vaccine given to the military population is 70 to 90 per cent effective in preventing or reducing clinical illness. Protection begins approximately two weeks after immunization, and may last six months or longer. Since a different strain of the influenza virus causes each year's flu epidemic, annual vaccination is required.

The vaccine is safe, with a long and proven track record. Possible side effects include local redness and tenderness at the injection site (five per cent of recipients), mild muscle aches, joint discomfort, headache and malaise (one to two per cent of recipients).

CF Health Services recommends influenza vaccination, along with frequent hand washing and other measures to prevent spread of illness by droplets, for all CF members. This recommendation is even stronger for CF members deployed on operations, where living conditions make spread of the virus more likely, and where illness may be more difficult to tolerate. An influenza outbreak amongst deployed personnel could jeopardize mission effectiveness and put our personnel at risk.

Influenza is common, predictable and more than just a nuisance. We recommend that you protect yourselves. ❖

D'un point de vue médical...

Du bureau du colonel Scott Cameron, Chef, Services de santé

Se protéger du virus annuel de la grippe

Au cours des dernières semaines, le «vaccin antigrippal» a été le sujet de discussion dans certains quartiers. Comme beaucoup d'organismes de soins de santé du gouvernement canadien, les Services de santé des Forces canadiennes recommandent à tout le personnel des FC de se faire vacciner. Le vaccin sera offert gratuitement aux militaires des FC tant qu'il y en aura.

Il y a, en Amérique du Nord, certains groupes d'intérêt particuliers qui prétendent que les vaccins sont potentiellement nocifs, mais jusqu'ici il n'existe aucune preuve scientifique crédible permettant de soutenir ces affirmations. Les vaccins constituent un moyen sécuritaire, facile et efficace de prévenir un bon nombre de maladies infectieuses potentiellement dangereuses. Leur dossier de suivi au cours des 40 dernières années a été excellent.

Quels sont donc les avantages de recevoir le vaccin antigrippal?

Pour commencer, il est important de comprendre que des termes comme «la grippe» ou «le virus de la grippe» sont des expressions générales polyvalentes qu'utilisent ceux qui n'exercent pas une profession liée aux services de santé pour décrire un ensemble d'affections allant des refroidissements légers à la diarrhée. Ces maladies bénignes ne sont pas la grippe.

La véritable grippe – la maladie dont vous protège le vaccin antigrippal – cause une maladie débilitante aiguë qui vous assomme littéralement («prostration» en termes médicaux). Les symptômes comprennent la toux, résultant de la destruction des parois de la trachée et des voies respiratoires, les maux de tête, la fièvre, les douleurs musculaires, la faiblesse et les malaises. Un cas de grippe grave peut durer jusqu'à trois semaines et peut dans certains cas conduire à des complications comme la pneumonie virale ou bactérienne. La grippe se transmet d'une personne à une autre par les gouttelettes produites pendant la toux. La grippe survient par épidémies saisonnières localisées et se propage rapidement chez les populations qui ne sont pas immunisées.

Une autre conception erronée, c'est que la grippe ne frappe que les personnes âgées et les malades chroniques. La grippe constitue une menace sérieuse pour l'ensemble de la population, y compris pour les personnes jeunes apparemment en bonne santé. Bien que le taux de mortalité soit relativement faible chez les adultes en santé, le taux d'attaque élevé peut conduire à une propagation rapide de la maladie, surtout à proximité immédiate. Les unités militaires y sont particulièrement prédisposées en raison de leur environnement de vie et de travail. Chez une population prédisposée, une épidémie de grippe peut, en quelques jours, se traduire par une perte opérationnelle de plus de la moitié du personnel sur les navires ou dans les casernes.

Les données du US Department of Defense Armed Forces Epidemiological Board montrent que le vaccin antigrippal dispensé à la population militaire est à 70 à 90 p. 100 efficace pour prévenir ou pour réduire la maladie clinique. La protection commence environ deux semaines après l'immunisation, et elle peut durer six mois ou plus. Étant donné que c'est une souche différente du virus de la grippe qui cause l'épidémie de grippe chaque année, il est nécessaire d'être vacciné annuellement.

Le vaccin est sécuritaire, comme le prouve un dossier de suivi de longue date. Les effets secondaires possibles sont une rougeur locale et de la sensibilité au point d'injection (cinq pour cent des receveurs), de légères douleurs musculaires, de l'inconfort au niveau des articulations, des maux de tête et des malaises (un à deux pour cent des receveurs).

Les Services de santé des FC recommandent à tous les militaires des FC, de se faire vacciner contre la grippe de se laver les mains souvent et de prendre d'autres mesures afin de prévenir la transmission de la maladie par des gouttelettes. Ils recommandent ces mesures encore plus fortement aux militaires des FC qui sont déployés dans des opérations où les conditions de vie sont plus susceptibles de propager le virus, et où la maladie peut être plus difficile à supporter. Une épidémie de grippe chez le personnel déployé pourrait compromettre l'efficacité de la mission et présenter des risques pour notre personnel.

La grippe est fréquente, prévisible, et elle est plus qu'un simple désagrément. Nous vous recommandons de vous protéger. ❖

PLD amendment gives allowance to those excluded

A small number of Regular Force members left out of the original calculation of the Post Living Differential (PLD) will now start receiving the monthly payment like their peers.

The CFPN reported in issue 09/2000 that a few Regular Force members who have been posted to their place of enrollment did not qualify for PLD because they have not had their furniture and effects moved at public expense. The exclusion of these members was not foreseen, but clearly presented an unacceptable situation.

Treasury Board agreed on January 9 to extend PLD to these Regular Force members. The amendment also closed up other loopholes in the original PLD plan, extending PLD to Reserve Force members who relocate for a period of

contracted service and ensuring that members who are moved to a foreign post do not receive PLD, even though they maintain a residence in Canada. The amendment also ensures that single members or a member of a service couple will continue to receive PLD while on attached posting and that members whose principal residence was inside a place of duty that qualified for PLD before boundaries were redrawn will receive the allowance.

In addition, a number of locations that contain small Regular Force detachments were not accounted for in the original listing PLD areas. About half have since been surveyed for cost of living and the remainder are ongoing. The following PLD areas and amounts have been added to the list retroactively to April 1.

Les modifications à l'IVCA permettent aux membres exclus de toucher des indemnités

Un petit nombre de membres de la Force régulière, exclus du calcul original de l'indemnité de vie chère d'affectation (IVCA), recevront désormais leur versement mensuel, comme leurs collègues.

Dans son numéro de septembre 2000, le Bulletin du personnel des Forces canadiennes (BPFC) rapporte que certains des membres de la Force régulière, qui ont été affectés à l'endroit où ils se sont enrôlés, ne sont pas admissibles à l'IVCA parce qu'ils n'ont pas déménagé leurs meubles et leurs effets personnels aux frais de l'État. L'exclusion de ces membres n'était pas prévue et cette situation est tout à fait inacceptable.

Le 9 janvier, le Conseil du Trésor a accordé l'IVCA à ces membres de la Force régulière. Les modifications ont aussi comblé

des lacunes au plan original de l'IVCA, en accordant l'IVCA aux membres de la Force de réserve qui doivent déménager dans le cadre d'un marché de services et en assurant que les membres affectés à un poste à l'étranger ne reçoivent pas l'IVCA, même s'ils conservent une résidence au Canada. Les modifications assurent aussi les points suivants : les membres qui sont célibataires ou les membres qui font partie d'un couple militaire continueront de recevoir l'IVCA lorsqu'ils seront en affectation temporaire; de plus, les membres dont la résidence principale se situait à l'intérieur d'un lieu de service les qualifiant pour l'IVCA avant la refonte des frontières, recevront l'indemnité.

De plus, un certain nombre d'emplacements, où sont affectés de petits détachements de la Force régulière, n'avaient pas été inclus dans la liste originale des emplacements admissibles à l'IVCA. Environ la moitié d'entre eux ont fait l'objet d'une évaluation liée au coût de la vie et les autres le sont présentement. Les emplacements mentionnés ci-dessous, admissibles à l'IVCA, ainsi que les montants afférents, ont été ajoutés à la liste, rétroactivement au 1er avril.

Location / Emplacement	Full PLD rate / Taux complet d'IVCA	75 per cent / 75 p. 100
Brantford	222	167
Chatham	70	52
Kamloops-Kelowna	339	254
Kenora	53	39
Kitchener (incl./incluant Guelph and/et Cambridge)	236	177
Nanaimo	203	152
Prince Albert	197	148
Rouyn-Noranda	326	245
St. Catherines (incl./incluant Niagra Falls)	290	218
Sarnia	101	76
Stratford	385	289
Timmins	104	78
Trail	218	164

Other qualifying locations will be advised by separate message. / Les autres emplacements admissibles seront avisés séparément. ❖

Letter to the Editor

The flurry of recent QOL initiatives have been well received and are greatly appreciated. In particular, the announcement of Compassionate Travel Assistance (CANFORGEN 073/00) is long overdue and of significant benefit to CF personnel and their families. I note, however, that this benefit applies only to travel within Canada and excludes reimbursement should travel outside the country be necessary.

Fully realizing that marriages and the relations that come with them are a personal choice, was any consideration given to all those CF or family members who are required to travel out of country under compassionate circumstances? For instance, my wife's father and mother reside in Germany, and I'm sure that there are many others in this boat. It would appear that this initiative won't help us at all unless it is extended to include such cases. We've now covered compassionate travel for those in serving in Canada, those posted elsewhere under the Military Foreign Service Regulations, and, of course, anyone deployed on operations, but not any CF nor family member who must travel out of the country for family emergencies.

Major JB McNair, Shilo

According to the Directorate of Compensation and Benefits Administration, the current CTA program is a two-year trial and is currently based on presence in Canada only. The trial period commenced June 1, 2000 and will terminate in 2002, at which time issues like out-of-country travel for compassionate reasons may be considered. As of right now, the benefit is restricted to locations in Canada.

Lettre à la rédactrice

La récente vague d'initiatives sur la qualité de vie (QV) a été bien accueillie et elle est grandement appréciée. Tout particulièrement, l'annonce de l'Allocation de voyage pour raisons de famille (CANFORGEN 073/00) était attendue depuis longtemps, car elle constitue un avantage important pour le personnel des FC et leur famille. J'ai toutefois remarqué que cet avantage s'applique seulement aux déplacements au Canada, et qu'il exclut le remboursement de frais de déplacement nécessaires à l'étranger.

Je réalise pleinement que le mariage et les liens parentaux associés relèvent d'une décision personnelle, mais a-t-on songé à tous les membres des FC ou aux membres de leur famille qui doivent se rendre à l'étranger en raison d'événements familiaux malheureux? Par exemple, les parents de ma femme demeurent en Allemagne, et je suis convaincu que je ne suis pas le seul dans cette situation. Il semble que cette initiative ne nous aidera pas, à moins qu'on n'étende sa portée pour qu'elle s'applique également à des cas comme le nôtre. Nous disposons maintenant d'une couverture pour les déplacements en raison d'événements familiaux malheureux pour ceux et celles qui sont affectés au Canada, ailleurs, en vertu des Règlements sur le service militaire à l'étranger, et, bien sûr, pour tous ceux et celles qui sont en déploiement, mais une telle couverture n'existe ni pour les membres des FC ni pour les membres de leur famille qui doivent aller à l'étranger en raison d'urgences familiales.

Major J. B. McNair, Shilo

Selon Direction de la rémunération et avantages sociaux (Administration), le programme actuel Allocation de voyage pour raisons de famille est à l'essai pendant deux ans et ne porte présentement que sur la présence au Canada. La période d'essai a débuté le 1^{er} juin 2000 et se terminera en 2002. À ce moment-là, on pourra considérer d'autres questions telles que les déplacements à l'étranger en raisons d'événements familiaux malheureux. Présentement, l'avantage est donc restreint au territoire canadien.