



National
Defence

Défense
nationale

Chief Review Services Chef - Service d'examen

CRS  CS Ex



Une perspective d'évaluation :

*SOUTIEN MÉDICAL DES FC
EN DÉPLOIEMENT*

Juin 2006

1258-140 (CS Ex)



Canada 

TABLE DES MATIÈRES

LISTE D'ACRONYMES	i
SYNOPSIS.....	ii
SOMMAIRE DES RÉSULTATS.....	iv
Apprendre des autres	iv
Équipement	v
Personnel	vi
Formation	vii
Capacité future	vii
Évaluation globale	vii
PLAN D'ACTION DE LA DIRECTION.....	x
INTRODUCTION.....	1
Méthodologie	1
Portée	2
Structure de soutien opérationnel du Groupe des services de santé des FC	2
Structure de commandement	3
PRINCIPALES CONSTATATIONS	6
Équipement	6
Personnel	7
Performance collective	10
Soutenabilité	13
RECOMMANDATIONS.....	15
ANNEXE A – INDICATEURS DE RENDEMENT.....	A-1
ANNEXE B – TABLEAU DES RISQUES CRITIQUES.....	B-1
ANNEXE C – DÉPLACEMENTS DES PATIENTS SELON LA DOCTRINE DES FC ET DE L'OTAN – AVANT 1991 ...	C-1
ANNEXE D – DÉPLACEMENTS DES PATIENTS DES FC – OPÉRATIONS DEPUIS 1991	D-1



LISTE D'ACRONYMES

1 H Camp C	1 ^{er} Hôpital de campagne du Canada	ID SGPM	identification de la structure des groupes professionnels militaires
ABCA	Amérique, Grande-Bretagne, Canada, Australie	M\$	million(s) de dollars
Adj au méd	adjoint au médecin	MM	médecin militaire
AIREVAC	évacuation sanitaire aérienne	MR	militaire du rang
AIREVAC avancée	évacuation sanitaire aérienne avancée	NPD	niveau préférentiel de dotation
Amb C	ambulance de campagne	NTM	préavis de mouvement
AOR	pétrolier ravitailleur d'escadre	OTAN	Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
BOI	besoin opérationnel immédiat	PAA	période active des affectations
BONP	besoin opérationnel non planifié	PERSTEMPO	fréquence de déploiement du personnel
CATAIR	catastrophe aérienne	ROTO	rotation
Cie	compagnie	SFNH	soutien fourni par la nation hôte
CCEM	Centre canadien d'entraînement aux manœuvres	SMA(Mat)	Sous-ministre adjoint (Matériels)
CEMA	Chefs d'état-major des armées	SMA(RH-Mil)	Sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires)
CEMAT	Chef d'état-major de l'Armée de terre	SSS	soutien des services de santé
CEMFM	Chef d'état-major de la Force aérienne	TDMFCC	tableaux de dotation en matériel des Forces canadiennes en campagne
CEMFA	Chef d'état-major des Forces maritimes	TED	tableaux d'effectifs et de dotation
CPM	Chef – Personnel militaire	USI	unité de soins intensifs
CPR	cadre de la Première réserve	VCEMD	Vice-chef d'état-major de la Défense
CS Ex	Chef – Service d'examen	VF	voilure fixe
DART	Équipe d'intervention en cas de catastrophe	VT	voilure tournante
DBA	Direction – Besoins aérospatiaux		
DGS San	Directeur général – Services de santé		
EB	énoncé des besoins		
FC	Forces canadiennes		
Gp Svc S FC	Groupe des services de santé des Forces canadiennes		
IAA	installation aéromédicale d'attente		
IATM	instruction axée sur le théâtre et sur la mission		



SYNOPSIS

Ce rapport présente les résultats d'une étude d'évaluation des opérations effectuées par les Forces canadiennes au cours de la période allant de 2001 jusqu'à la fin de la rotation 2 de l'Op Athena en décembre 2004, ainsi que des commentaires sur les opérations américaines jusqu'en mars 2005. L'étude a porté sur la capacité du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes (Gp Svc S FC) de fournir des services médicaux modernes et efficaces aux forces en déploiement. Ce travail a été fait à la demande du Sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires). Les conclusions de cette étude sont fondées sur l'analyse, y compris la référence aux activités et méthodes de nos alliés. Elles sont raisonnées et objectives. Cependant, elles ne sont pas présentées comme définitives. Elles soumettent plutôt une perspective et des recommandations à l'examen des dirigeants des Forces canadiennes (FC). De plus, vu le caractère progressif du programme de transformation des FC, les enjeux sont décrits en termes adaptés à la culture actuelle de changements constructifs.

Une évaluation terminée en 2004 et portant sur l'état de préparation des FC a mis en évidence certaines perceptions concernant la capacité de la communauté médicale des FC à soutenir pleinement les opérations des FC dans le champ de bataille moderne. Ces vues et le travail d'évaluation correspondant ont précédé les changements apportés à la politique de défense et l'accélération connexe de la transformation des FC. Parallèlement, nous croyons que les conditions fondamentales qui ont été observées et les recommandations de l'évaluation sont toujours aussi pertinentes.

Dès le départ, il faut souligner avec énergie que le professionnalisme et le dévouement des membres du Gp Svc S FC ne sauraient être mis en doute. En fait, le soutien médical aux opérations des FC ces dernières années a constitué un défi vu le caractère de plus en plus complexe et difficile des opérations de déploiement et le manque critique de prestataires de soins de santé en uniforme.

La présente évaluation s'est surtout concentrée sur l'aspect opérationnel le plus difficile et le plus exigeant en terme de ressources du soutien des services médicaux, soit le soutien aux forces terrestres en déploiement. Dans l'ensemble, elle a déterminé que le Gp Svc S FC devra modifier sa vision, sa structure de forces et son approche de la mise sur pied de forces pour fournir le service médical le plus efficace aux Forces canadiennes en déploiement. Nous avons observé que l'organisation fait face à des exigences de plus en plus grandes et qu'elle a des difficultés manifestes à recruter et à conserver son personnel. À notre avis, même si les plus hauts échelons du Gp Svc S FC comprennent les réalités des déploiements internationaux complexes de l'après-guerre froide, ce n'est pas le cas à l'échelle du Groupe. Il en résulte que les changements requis sur les plans de l'organisation, de la doctrine et de l'équipement n'ont pas été apportés.

Dans l'ensemble, les forces de campagne du Gp Svc S FC, tant de la Force régulière que de la Réserve, ne sont pas structurées en fonction d'un état de préparation géré axé sur les corps expéditionnaires modernes et ne seront probablement pas en mesure de fournir un soutien médical efficace pour nombre des tâches nécessitant une disponibilité opérationnelle élevée et ce dans les délais exigés, tel qu'il est indiqué dans le Plan de la Défense 2005/2006. Bien qu'il ait prouvé qu'il peut réunir les ressources nécessaires de



façon ponctuelle, sans changement sur les plans de l'organisation et de la doctrine, le Gp Svc S FC ne sera pas capable d'atteindre et de soutenir un niveau de préparation suffisamment élevé pour appuyer les forces opérationnelles des FC à long terme tel que prévu dans la politique de défense actuelle.

Les recommandations proposées pour la présente évaluation visent principalement à permettre au Gp Svc S FC et aux FC, dans leur ensemble, de mieux comprendre que le soutien médical aux opérations consiste en un continuum de soins qui incorpore le soutien médical aux forces déployées ainsi que le soutien médical fourni en garnison. Il faut pour cela un changement de vision concernant les Services de santé des FC. Dans cette optique, les recommandations de l'évaluation visent un changement et un renouveau organisationnels ainsi qu'une approche plus ciblée et disciplinée de la formation du personnel médical et non médical. Grâce à nos alliés les plus proches, nous pouvons disposer d'une multitude d'options organisationnelles, d'occasions de formation et d'équipements de sauvetage. Pour être en mesure de fournir des soins médicaux modernes et efficaces, les FC devront profiter de toutes ces possibilités.



SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Le Groupe des services de santé des Forces canadiennes (Gp Svc S FC) fournit une série de soins axés sur l'état de préparation opérationnelle, depuis les soins en garnison avant et après les déploiements jusqu'à la prestation de soins de santé en milieu opérationnel. Le but est d'offrir un niveau de soins qui reflète celui que tout citoyen canadien est en droit de recevoir. Cela n'est pas facile à accomplir vu la dispersion de ressources limitées dans tout le Canada et la complexité du milieu opérationnel d'aujourd'hui. Les exigences auxquelles doit répondre le Gp Svc S FC au pays peuvent rendre difficile le soutien opérationnel direct.

Compte tenu de ces défis, le Gp Svc S FC devra rééquilibrer le soutien nécessité par les opérations de déploiement dans le cadre du continuum de soins généraux offerts aux Forces canadiennes (FC). Cette tâche retiendra l'attention de l'équipe de la transformation des FC.

Une évaluation du suivi des patients et d'autres enjeux du soutien en garnison du système médical des FC effectuée par le Chef – Service d'examen (CS Ex) en 1999 a donné lieu à un programme majeur de renouvellement au sein des services de santé des FC. Le Projet Rx2000 en est l'élément le plus visible. Beaucoup d'efforts et de ressources ont été consacrés aux aspects des soins axés sur la garnison du continuum des soins de santé. Il y a aussi eu des changements dans les rapports de commandement et contrôle entre le Gp Svc S FC et les chefs d'état-major des armées (CEMA) en vue de réaliser un système de soins de santé mieux adapté aux FC. L'impact sur le commandement et le contrôle et sur la mise sur pied des forces des nouvelles structures de commandement résultant des initiatives de transformation des FC reste à déterminer et doit être surveillé. Le Gp Svc S FC s'est efforcé de cibler une approche axée sur le patient, un défi qui reste à relever. Parallèlement, nous nous inquiétons du déséquilibre qui existe entre le soutien médical offert en garnison et celui qui est fourni aux forces en déploiement.

Apprendre des autres

Dans la foulée des leçons tirées de la guerre du Golfe en 1991, les alliés les plus proches du Canada, soit les États-Unis, la Grande-Bretagne et l'Australie, ont considérablement restructuré leur soutien opérationnel des services médicaux militaires. Cela traduit quinze ans d'expérience d'une guerre moderne « d'intensité moyenne » et asymétrique, où les progrès de la technologie et de la doctrine médicales et militaires, associés à de nouveaux types de menaces et de blessures potentielles, ont donné lieu à des organisations plus mobiles, efficaces et efficientes. Même si les services médicaux des FC ont apporté quelques changements en matière de formation et comprennent mieux les besoins de la guerre moderne, sur les plans de l'organisation et de la doctrine, ils n'ont pas suivi le rythme de ces développements.

Les alliés du Canada ont mis de côté les modèles de déplacements des patients traditionnels linéaires de rôle 1, puis de rôle 2 et enfin de rôle 3, comportant des limites fixes de formation et d'unité et une « ligne de front » et une « zone arrière » connues. Ils ont modifié toute la dynamique médicale. Maintenant, un militaire blessé reçoit immédiatement un traitement salutaire avancé soit d'un infirmier



de « combat » ou d'un militaire qui ne fait pas partie du personnel médical mais qui est spécialement formé. Selon la gravité de la blessure et la situation tactique, il s'ensuit normalement une évacuation sanitaire aérienne (AIREVAC). Le patient est alors emmené directement à la première installation chirurgicale disponible – dans le passé, on ne les trouvait que dans des hôpitaux de campagne complets, relativement immobiles. Cette capacité chirurgicale peut maintenant être offerte par un centre chirurgical avancé ou une équipe chirurgicale de campagne établis dans un centre médical avancé. Si le patient doit passer plus de 72 heures dans un établissement médical, il est transporté hors du théâtre jusqu'à une installation de niveau 4 (c.-à-d. fixe).

Les services médicaux des FC comprennent les concepts notés ci-dessus et ont modifié leurs processus internes à l'aide des ressources disponibles afin de se conformer à cette nouvelle façon de procéder. Ils déploient régulièrement une compagnie (cie) de SSS spéciale, formée d'éléments d'une unité d'ambulance de campagne, avec un centre chirurgical avancé du 1^{er} Hôpital de campagne du Canada (1 H Camp C) dans un endroit centralisé pour soutenir les opérations de déploiement des FC.

Il reste toutefois à réaliser l'élaboration d'une doctrine opérationnelle médicale et non médicale à l'appui ainsi que la réharmonisation des organisations, du personnel et de la dotation en matériel afin de relever les défis du champ de bataille moderne.

Équipement

L'utilité de l'évacuation tactique des victimes des FC par voie terrestre dans les opérations internationales, soit à l'aide d'ambulances légères à roues non blindées ou de l'ambulance *Bison* légèrement plus lourde, est plus restreinte à la fois par l'opportunité du facteur de traitement et par les risques associés à la vulnérabilité de ces véhicules. En l'absence d'une « ligne de front » et d'une « zone arrière » sur le champ de bataille moderne, les forces hostiles visent maintenant spécialement les ambulances militaires, et le convoi de protection qui doit accompagner ces véhicules court aussi un risque beaucoup plus grand.¹

L'AIREVAC avancée (AIREVAC avancée) est un domaine où l'état des capacités actuelles des FC est très limité. Les FC n'ont pas de ressources spécialisées en AIREVAC avancée et ont, dans le passé, lorsqu'elles se trouvaient sur des théâtres où la menace était moins élevée, accepté un certain degré de risque en négociant ce soutien avec les pays alliés ou les chefs de file pour chaque déploiement. Sur ces théâtres où la menace était moins élevée, cela a relativement bien fonctionné, mais le fait de compter sur des ressources d'évacuation négociées introduit un risque additionnel pour le personnel des FC, puisque celles-ci pourraient très bien passer au second plan dans une liste de priorité concernant l'AIREVAC avancée.

La Force aérienne et le Gp Svc S FC travaillent en collaboration pour traiter les nouveaux enjeux de l'AIREVAC. Les discussions sont continues entre la Force aérienne et les services médicaux des FC sur la nécessité de disposer de capacités d'AIREVAC intégrées. Plusieurs options sont examinées, depuis les modifications des systèmes d'oxygène d'aéronefs actuels, à l'acquisition de civières des

¹ Entrevue Cmdt Services médicaux US CENTCOM Koweït/Iraq, 3 mars 2004.



patients, en passant par la reconfiguration des aéronefs désignés. L'utilisation potentielle d'un aéronef pour l'AIREVAC est également prise en considération et précisée dans l'énoncé des besoins en vue de l'acquisition de nouveaux aéronefs. Cette question exige une visibilité et une orientation dans le cadre des activités de transformation des FC.

Personnel

Une tendance positive de la guerre moderne est le taux de survie accru des militaires blessés. Cela est dû à un certain nombre de facteurs, et avant tout à une protection personnelle accrue contre les balles et à une intervention médicale avancée. Les FC ont répondu de manière très efficace à bon nombre des questions de protection balistique personnelle grâce à leur programme « Habillez le soldat ». Le Gp Svc S FC doit suivre le rythme des progrès rapides en matière de formation, de tactiques, de techniques et d'équipements médicaux militaires modernes.

Ces dernières années, les services médicaux des FC ont envoyé leurs médecins et chirurgiens en uniforme dans des établissements ou des endroits à l'extérieur du Canada où ils pouvaient acquérir des compétences en matière de traitement avancé des traumatismes du champ de bataille. Pratiquement tous les médecins et chirurgiens des FC sont formés et accrédités selon les normes canadiennes de traitement des traumatismes et des soins aux civils. Bien qu'ils disposent ainsi d'une base de connaissances médicales pour les traitements, ils ne profitent pas pleinement d'un certain nombre de progrès de la médecine de combat militaire. Les médecins spécialistes militaires et certains militaires ne faisant pas partie du personnel médical devraient recevoir la formation nécessaire pour traiter des blessures causées par une explosion.

La structure actuelle des groupes professionnels de la Réserve n'est pas compatible avec celle de la Force régulière. À la différence de nos alliés principaux, la majeure partie du personnel médical de la Réserve des FC qui sert dans les unités des forces de campagne ne peut être déployée dans le cadre d'opérations de combat terrestre, particulièrement pour les déploiements à bref préavis. La Réserve des Services de santé des FC est encore structurée et organisée de façon à soutenir un conflit comportant un long délai d'avis et entraînant une mobilisation générale – dans de telles circonstances, le manque de formation et d'expérience pourrait être compensé par l'intégration de personnel médical formé issu de la communauté civile. Cette situation classique peut être utile dans une opération nationale comportant peu ou pas de risques du tout pour ce qui est du transport et des premiers soins. Cependant, vu l'accent mis actuellement sur l'état de préparation géré pour soutenir des corps expéditionnaires, les structures actuelles ne se prêtent pas à une utilisation efficace ou efficiente de la Réserve des Services de santé. Elles ne peuvent aider à alléger la fréquence de déploiement du personnel (PERSTEMPO), qui a causé tant de préjudice à la communauté médicale militaire.



Formation

La formation du personnel médical et non médical doit suivre les procédures de traitement des types de blessures d'aujourd'hui. À cette fin, les services médicaux doivent continuer la formation améliorée des techniciens médicaux et des adjoints au médecin (adj au méd) qui est donnée actuellement à la Force régulière et à la Réserve et poursuivre la formation additionnelle en traitement des traumatismes qui se donne dans les établissements d'enseignement canadiens et auprès de nos alliés, dans la mesure du possible. De même, le fait de donner le Cours « Pertes au combat – Soins tactiques » à des membres choisis du personnel non médical doit devenir une procédure normalisée pour toutes les forces en déploiement, régulières et de réserve. Même si les médecins et le personnel infirmier sont exposés aux traumatismes et formés à la gestion des traumatismes au Canada, il demeure que toute formation additionnelle en collaboration avec nos alliés permettrait d'améliorer ces compétences spécialisées et de mieux préparer le personnel médical en déploiement.

Capacité future

Les déploiements opérationnels de l'après-guerre froide ont, dans une large mesure, démontré la capacité des FC de mener des éléments de ce qui est maintenant désigné sous le nom de « guerre à trois volets », c'est-à-dire des opérations simultanées de combat, de soutien à la sécurité des civils, d'aide humanitaire et de reconstruction. Heureusement, les services médicaux des FC n'ont pas eu à traiter une très grande quantité de blessures de combat au cours des quatorze dernières années. Parallèlement, ils se sont montrés très capables de soutenir les efforts humanitaires et les programmes d'approche des civils pendant les déploiements opérationnels.

Les récents déploiements internationaux des FC ont mis en relief l'absence de politique opportune et cohérente pour la fourniture de cette aide humanitaire d'un point de vue médical, dans l'optique de la planification opérationnelle générale précédant le déploiement pour ce qui est du soutien des affaires civiles et de l'aide humanitaire.

Évaluation globale

Les recommandations proposées dans la présente évaluation se concentrent principalement sur la réalisation d'un meilleur équilibre entre le soutien médical aux forces déployées et le soutien en garnison. Il faut pour cela changer la vision des services médicaux des FC. Dans cette perspective, les recommandations visent à amener un changement et un renouveau organisationnels, ainsi qu'une approche plus ciblée et disciplinée à l'égard de la formation pour le personnel médical et non médical. Nous avons accès à une multitude d'options organisationnelles, de possibilités de formation et d'équipements de sauvetage par le biais de nos plus proches alliés. Il nous faut absolument profiter de ces changements et de ces occasions pour garantir la prestation de soins de santé modernes et efficaces à tous les membres des FC.



Dans l'ensemble, le Gp Svc S FC n'a pas structuré ou formé ses forces de campagne, régulières ou de réserve, en vue d'un état de préparation géré axé sur les corps expéditionnaires modernes et ne peut fournir un soutien médical opportun et efficace pour bon nombre des tâches nécessitant un haut niveau de préparation prévues dans le Plan de la Défense de 2005/2006, et ce, dans les délais exigés. Il faut que, dans l'ensemble des FC, il soit mieux compris que le soutien opérationnel est davantage que le soutien direct aux opérations, mais qu'il suppose aussi la prestation de soins axés sur l'état de préparation en garnison.

Organisation et doctrine

Sans changements sur les plans de l'organisation et de la doctrine, le Gp Svc S FC ne sera pas capable d'atteindre un niveau de préparation suffisamment élevé pour soutenir les Forces opérationnelles des FC tel que prévu dans le nouvel Énoncé de la politique de défense des FC.

Il faut effectuer un examen des forces de campagne, tant pour la Force régulière que pour la Réserve, et réviser et normaliser les tableaux d'effectifs et de dotation (TED) des unités médicales en fonction des nouvelles exigences opérationnelles.

Vu que le Canada désire avoir la capacité de prendre des mesures unilatérales ou d'agir comme chef de file, et que le cadre stratégique de défense actuel conserve une option déployable sous la forme de forces opérationnelles interarmées du niveau de brigade, une capacité de rôle 3 demeure essentielle.

Il faut élaborer le concept d'intégration d'une compagnie de soutien des services de santé, d'un bataillon de SSS et du 1 H Camp C pour être mieux en mesure de fournir le soutien en matière de chirurgie initiale et d'hospitalisation à court terme aux forces opérationnelles interarmées.

L'application de la doctrine médicale opérationnelle doit être adaptée aux opérations de combat non linéaires et à la menace asymétrique croissante.

Formation

Il ne faut pas cesser d'offrir la formation améliorée en matière de traitement des traumatismes liés au combat au personnel médical et non médical.

Même si l'acquisition d'équipement de secours tels que les pansements Quick Clot et les garrots à une main est récente, il faut continuer de revoir les normes de secourisme et les normes médicales ainsi que l'équipement individuel en fonction des particularités du combat, c.-à-d. qu'il faut mettre l'accent sur la capacité du personnel médical et non médical de sauver des vies.



Il faut développer les compétences de commandement et contrôle dans les opérations de campagne des dirigeants des services de santé à tous les niveaux.

Personnel

Du simple point de vue des chiffres, si tous les postes étaient dotés, les effectifs actuels des groupes professionnels du Gp Svc S FC seraient encore insuffisants pour soutenir la capacité de déploiement opérationnel prévue dans le nouveau cadre stratégique de défense, tout en maintenant un état de préparation optimal en garnison. Il faudra ajuster quelque peu les ensembles de compétences des Services de santé pour satisfaire à ces exigences.

Le nombre insuffisant de membres du personnel spécialisé disponibles est un facteur de limitation en ce qui a trait aux déploiements opérationnels.

Il faut tout particulièrement s'attacher à développer un élément de la Réserve des Services de santé axé sur les opérations, employable et apte à être déployé.

Équipement et logistique

Il faudrait disposer de ressources d'AIREVAC améliorées dans le cadre de l'ensemble des forces prévu par la nouvelle politique de défense.

Il faut améliorer l'acquisition de l'équipement médical et les processus de gestion du cycle de vie tant pour la Force régulière que pour la Réserve.



PLAN D'ACTION DE LA DIRECTION

RECOMMANDATION DU CS EX	BPR	MESURES DE LA DIRECTION
<p>1. Vision. Veiller à ce que l'énoncé de la vision du Gp Svc S FC témoigne du continuum des services de santé en milieu opérationnel et du caractère prioritaire de la prestation d'une capacité déployable de soutien médical.</p>	<p>BPR : CPM BC : VCEMD</p>	<p>D'accord. Dans le cadre du processus de planification stratégique du Gp Svc S FC, les dirigeants du Groupe ont longuement débattu de l'harmonisation de notre mission, de notre vision et de nos énoncés de valeurs pour qu'ils témoignent de l'orientation opérationnelle des FC. Le Conseil de commandement qui s'est réuni en avril 2006 a marqué le lancement d'un processus de planification échelonné sur 9 mois qui permettra d'aligner toutes les activités du Groupe sur les impératifs opérationnels figurant dans le Plan stratégique du Gp Svc S FC dans une perspective de 3 à 5 ans.</p>
<p>2. Structure. Restructurer les forces médicales de campagne afin d'accentuer les capacités expéditionnaires de l'état de préparation géré, y compris la capacité d'intégrer des unités restructurées de rôle 2 dotées d'une capacité de soutien chirurgical obtenue par l'entremise du 1 H Camp C. Établir des TED normalisés d'équipement et de dotation à l'intention de ces unités restructurées.</p>	<p>CPM</p>	<p>D'accord. En raison du déploiement opérationnel de personnel clé, l'analyse en vue de la restructuration des forces de campagne du Gp Svc S FC qui devait être entamée durant la période active des affectations (PAA) 2006 a effectivement commencé le 24 avril 2006. Les premières directives de planification de l'opération <i>Blueprint</i> ont été publiées et énoncent l'orientation envisagée de l'examen de la force de campagne/doctrine. Le résultat final sera un examen exhaustif de la force de campagne des services de santé portant notamment sur l'hôpital de campagne, les ambulances de campagne (Amb C) (Force régulière et Réserve), les effectifs spécialisés en santé et les interopérabilités entre armées.</p>
<p>3. Disponibilité opérationnelle. Grâce à un état de préparation géré, veiller à ce que les éléments appropriés d'une force médicale de campagne au niveau de l'unité et de la sous-unité soient en mesure de respecter le nouveau préavis de mouvement (NTM) de 10 jours pour appuyer les forces à haut niveau de préparation.</p>	<p>BPR : CPM BC : VCEMD</p>	<p>D'accord. Le Gp Svc S FC se conformera à l'ensemble des délais établis pour la disponibilité opérationnelle des FC selon la politique des FC une fois que celle-ci sera énoncée clairement.</p>
<p>4. Hôpital de campagne. Maintenir la capacité de rôle 3 nécessaire à n'importe quel déploiement lorsque ce niveau de soutien ne peut pas être assuré sur le théâtre, ou lorsque le Canada décide d'assumer ce niveau de soutien pour lui-même. Cela exigera une capacité de rôle 3 ainsi qu'une mobilité et une modularité accrues. L'instruction</p>	<p>CPM</p>	<p>D'accord. Les auteurs de l'examen de la force de campagne du Gp Svc S FC recommanderont des solutions aux problèmes précis que posent les soins spécialisés, les besoins chirurgicaux et la prise en charge des patients, les besoins en transport de patients, en plus d'une mobilité et une modularité accrues. L'instruction collective de rôle 1 pour l'Op <i>Athena/Archer</i> a été dispensée au CCEM Wainwright et celle de rôle 2/3 à Petawawa. On s'attend que toute l'instruction collective à venir continue d'être offerte au</p>



RECOMMANDATION DU CS EX	BPR	MESURES DE LA DIRECTION
collective devrait être concentrée au Centre canadien d'entraînement aux manœuvres (CCEM) Wainwright.		<p>CCEM selon les exigences opérationnelles et la politique relative à l'état de préparation géré.</p> <p>Il est recommandé dans un document d'état-major de rajuster à la hausse le NPD des médecins spécialistes et des dentistes militaires. Il faut procéder à une évaluation de suivi d'autres ID SGPM spécialisés essentiels (technologue en génie biomédical, etc.).</p>
<p>5. Instruction. Améliorer la formation en médecine de combat offerte au personnel médical et aux autres effectifs, plus particulièrement les techniques de survie au combat, les méthodes avancées de traitement de traumatismes multiples et l'équipement individuel amélioré. Dans le cas du personnel des Services de santé, continuer de mettre à profit l'expérience acquise en milieu réel par l'entremise des installations civiles de services de santé et des périodes de service temporaire aux États-Unis et à l'étranger lorsque l'occasion se présente.</p>	<p>BPR : CPM</p> <p>BC : CEMFM, CEMAT, CEMFA, SMA(Mat)</p>	<p>D'accord. La formation des médecins militaires (MM) et des adj au méd comprend les techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales et les soins avancés de traumatologie. Il existe aussi un programme continu de maintien des compétences cliniques permettant aux cliniciens de travailler auprès d'établissements civils de services de santé. Avant leur déploiement, les MM, les infirmiers en soins intensifs, les adj au méd et les techniciens médicaux peuvent parfaire leurs habiletés en traumatologie au Centre de formation des FC en traumatologie situé à Vancouver (C.-B.) Le Gp Svc S FC continuera d'encourager la formation avec nos alliés dans la mesure du possible.</p>
<p>6. Réserve. Poursuivre la restructuration des ressources médicales de la Réserve dans l'optique de rehausser les normes professionnelles de la Réserve aux niveaux de la Force régulière, afin que les réservistes puissent être affectés en milieux opérationnels et ainsi d'atténuer les difficultés de maintien en puissance attribuables à la PERSTEMPO de la Force régulière. Élargir et renforcer le NPD de façon à accentuer les ID SGPM en forte demande.</p>	<p>BPR : CPM</p> <p>BC : VCEMD</p>	<p>D'accord. Le Cadre de la Première réserve des services de santé sert à l'enrôlement de cliniciens ayant besoin de périodes de service plus souples (14 jours/année contrairement à 70 jours/année pour la plupart des organismes de la Première réserve) et qui tiennent leurs compétences cliniques à jour grâce à leur emploi civil. Les unités de campagne de la Première réserve des services de santé subissent des changements préliminaires d'effectifs leur permettant de recruter, de former et de maintenir en poste tous les ID SGPM que l'on trouve actuellement dans la Force régulière, de manière à accroître l'effectif clinique au-delà des MM généralistes et des adj au méd traditionnels.</p> <p>Tous les groupes professionnels des services de santé de la Réserve sont soumis au processus du PARA afin que la Réserve des services de santé augmente sensiblement sa capacité de maintien en puissance grâce à des effectifs spécialisés parfaitement harmonisés et restructurés.</p>



RECOMMANDATION DU CS EX	BPR	MESURES DE LA DIRECTION
<p>7. Transport sanitaire aérien. Pour réaliser la capacité de la force expéditionnaire envisagée dans le nouvel énoncé de la politique de défense, veiller à ce que tous les aéronefs des FC soient dotés d'une capacité d'AIREVAC. Déterminer les plates-formes déployées pouvant servir à l'AIREVAC avancée soit à titre autonome, soit comme modules complémentaires de cellules existantes ou proposées. Acquérir ou assurer la capacité de fournir l'évacuation stratégique à voilure fixe sur le théâtre pour permettre les « soins intensifs dans les airs » et le déplacement de grands nombres de blessés.</p>	<p>BPR : CPM/CEMF A</p> <p>BC : VCEMD, SMA(Mat), CEMFM, CEMAT</p>	<p>D'accord. La Force aérienne est consciente que tout appareil (à voilure tournante (VT) ou à voilure fixe (VF)) peut être appelé à servir à des missions d'AIREVAC. Par conséquent, la DBA intègre la capacité d'AIREVAC à tous les énoncés de besoins (EB) en vue de l'acquisition d'aéronefs. Le DBA et le Cons méd CEMFA collaborent à la définition de la capacité d'AIREVAC requise à inclure dans l'EB. Tous les appareils des FC (VT ou VF), sauf les avions de chasse, pourraient un jour servir de plate-forme d'AIREVAC. Dans le scénario de déploiement actuel, les CH-146 <i>Griffon</i> pourraient servir à l'évacuation des blessés vers l'avant. Les CC-130 <i>Hercules</i> peuvent servir à l'AIREVAC tactique dans les limites du théâtre. Les FC utilisent à l'heure actuelle les CC-150 (<i>Airbus</i> 310) et CC-144 (<i>Challenger</i>) aux fins de l'AIREVAC stratégique. Ces deux appareils peuvent servir au rapatriement de militaires grièvement blessés ou accidentés. Les FC possèdent le matériel et le personnel médicaux pour traiter au plus quatre blessés gravement atteints à bord du CC-150 et deux autres à bord du CC-144, ainsi que plusieurs autres blessés moins gravement atteints. Le facteur contraignant du rapatriement des militaires blessés est la disponibilité du personnel médical formé pour travailler dans une unité de soins intensifs (USI) (anesthésistes, chirurgiens, intensivistes, infirmiers en soins intensifs). L'appareil CC-150 peut être entièrement doté de civières en vue du rapatriement d'un grand nombre de blessés. Les équipes du Cons méd CEMFA et du Médecin-chef de la 1^{re} Division aérienne du Canada examinent un plan semblable à celui de la Force aérienne allemande visant à adapter les civières de l'ancien <i>Boeing</i> 707 à l'appareil CC-150 (<i>Airbus</i>). Les FC possèdent trois CC-150 que l'on pourrait aménager à cet effet.</p>
<p>8. Indicateurs de rendement. Mettre en œuvre une série d'indicateurs de rendement ciblés associés à des mesures opérationnelles clés et en faire un suivi continu. Une série d'indicateurs de rendement proposés se trouvent à l'annexe A.</p>	<p>CPM</p>	<p>D'accord. Un processus de gestion du rendement, en voie d'introduction au sein du Gp Svc S FC, répondra aux exigences relevées.</p>

INTRODUCTION

En 1999, le CS Ex a procédé à une évaluation des services de santé des FC axée principalement sur les soins dispensés en garnison et la continuité des services offerts aux membres des FC malades ou blessés au Canada. Le mandat du Projet Rx2000 a été modifié par le Groupe médical des Forces canadiennes (aujourd'hui le Gp Svc S FC) dans l'optique de corriger les problèmes soulevés. L'amélioration des services de santé offerts au Canada a eu une incidence directe sur les opérations du point de vue du soutien de la disponibilité opérationnelle. Ni l'évaluation de 1999 du CS Ex, ni les récentes initiatives de gestion ne font état spécifiquement de la capacité opérationnelle médicale en déploiement.

Un rapport publié par le CS Ex en octobre 2004 sous le titre « *Perspectives sur l'état de préparation et le maintien en puissance de l'avant-garde/FCP* » présente les résultats d'une évaluation de l'état de préparation et du maintien en puissance de l'avant-garde et de la Force de contingence principale. Cette évaluation fait ressortir des difficultés quant à la capacité du Gp Svc S FC de soutenir pleinement les Forces canadiennes lors d'opérations sur le champ de bataille moderne. Les sources de préoccupations relevées touchaient notamment le commandement et le contrôle associés à une réorganisation des ressources en services de santé, les exigences du champ de bataille non linéaire moderne en fait de « compétences militaires », la mesure dans laquelle la doctrine médicale et les autres doctrines des FC traitent des risques de traumatismes graves, ainsi que des questions liées à l'équipement et à l'instruction.

Par conséquent, le Sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires) (SMA(RH-Mil)) a demandé au CS Ex d'évaluer la capacité des services de santé des FC à soutenir les opérations en déploiement.

Méthodologie

Afin d'évaluer la capacité de soutien médical nécessaire aux engagements du Canada sur la scène internationale et d'élargir les services au-delà des soins de santé continus offerts en garnison aux membres des FC au Canada, les mesures ci-après ont été prises :

- un examen de sources documentaires classifiées et ouvertes, de documents internes, de politiques et d'accords pertinents;
- un examen de la disponibilité opérationnelle et du maintien en puissance des services de santé, du point de vue des parties intéressées des FC/MDN et de l'extérieur;
- une comparaison entre les besoins médicaux des FC en déploiement et ceux des alliés d'Amérique, de Grande-Bretagne, du Canada et d'Australie (ABCA) pour des tâches semblables;
- une évaluation des risques que présente le soutien des déploiements au moyen des ressources médicales des FC et des propositions d'indicateurs de rendement relatifs à l'état de préparation et au maintien en puissance de ces effectifs.



Portée

En plus de fournir des services de soutien médical et dentaire en garnison au Canada et dans certains emplacements à l'échelle internationale, le Gp Svc S FC doit être prêt à soutenir les tâches à haut niveau de préparation opérationnelle qui lui sont assignées, conformément au Plan de la Défense 2005-2006, c'est-à-dire :

- un groupe opérationnel naval;
- un groupe-brigade de l'Armée de terre ou deux groupements tactiques dans différentes zones d'opérations;
- un groupe-bataillon d'infanterie déployé dans le cadre d'un engagement soutenu;
- plusieurs forces aériennes d'avant-garde/de contingence principale (p. ex., six CF-18);
- une Équipe d'intervention en cas de catastrophe (DART) et les moyens de réagir à une catastrophe aérienne (CATAIR);
- l'assistance médicale d'urgence nécessaire aux civils qui sont affectés au soutien opérationnel.

Lors de l'examen des besoins en soutien médical de chacune de ces tâches, on a estimé que l'appui aux fonctions de la force terrestre risquait d'exiger le plus de main-d'œuvre et de matériel. Vu que le soutien médical de la force terrestre pose le plus grand défi au système de santé des FC en fait de disponibilité opérationnelle et de maintien en puissance, il constitue le point de mire de la présente évaluation. Ce défi est particulièrement vrai des déploiements internationaux, où il arrive souvent que le pays hôte n'offre aucune aide ni infrastructure. Cette situation est contraire aux déploiements à l'échelle du Canada, pour lesquels les exigences en fait de sécurité et d'instruction sont normalement moins rigoureuses, mises à part les questions de mobilité et de capacité de déploiement.

Structure de soutien opérationnel du Groupe des services de santé des FC

Le Gp Svc S FC est fondé sur une structure régionale. Il fournit des services de santé et des services dentaires en garnison et en déploiement opérationnel à tous les membres du personnel des FC, y compris la Force régulière, la Réserve (durant les périodes de service), les bases et stations, ainsi que les centres de recrutement partout au Canada. Les principales structures de soutien sont indiquées dans le tableau qui suit :

Armée de terre de la Force régulière – Soutien médical	1 ^{re} , 2 ^e et 5 ^e Ambulances de campagne, qui restent affiliées à leurs groupes-brigades respectifs
Marine de la Force régulière – Soutien médical	Centres Atlantique et Pacifique des services de santé des FC
Force aérienne régulière – Soutien médical	Cliniques d'escadre établies dans chaque base et station aérienne opérationnelle



Ensemble de la Force régulière – Services dentaires	La 1 ^{re} Unité dentaire dessert les trois armées au Canada et en Europe.
Ensemble de la Force régulière	Toutes les cliniques des bases sont chargées d'appuyer le commandant local dans sa mission de préparation opérationnelle et doivent être prêtes à déployer du personnel. 1 H Camp C : équipement et soutien de troisième échelon assurés par l'entremise du Dépôt central de matériel médical.
Ambulances de campagne de la Réserve	Chacune des unités 11 (Vic), 12 (Van), 15 (Edm et Cal), 16/17 (MB et SK), 18 (TB), 23 (Ham), 25 (Tor), 28 (Ott), 51 (Mtl), 52 (Sher), 55 (Qc), 33 (Hfx) et 35 (Syd) fournit des services de santé à sa brigade de réserve affiliée.
Cadre de la Première réserve (CPR) du Gp Svc S FC	Les cliniciens réservistes et le personnel en classe B soutiennent tous les éléments de l'organisation et leur capacité de déploiement se situe à un niveau de préparation clinique supérieur à celui des ambulances de campagne de la Réserve.

Structure de commandement

Le Gp Svc S FC a un QG central dans la région de la capitale nationale. Le groupe du QG fonctionne de la même façon que le quartier général d'un commandement ou d'une formation. Ce quartier général hybride donne ses conseils stratégiques et opérationnels, mais dirige aussi un réseau national de soins de santé, une fonction qui, en elle-même, impose des ensembles uniques de défis et d'exigences. Il a centralisé et intégré des fonctions opérationnelles du renseignement, d'opérations, de protection de la santé des Forces, de planification et d'entraînement, de finances, de ressources humaines, de prestation des soins de santé ainsi que d'approvisionnement et d'achats.



Si l'on exclut les indemnités militaires, l'enveloppe budgétaire 2005-2006 du Gp Svc S FC comprend 196,8 millions de dollars (M\$) (78,4 p. 100) pour les soins de préparation aux opérations, 14,6 M\$ (5,9 p. 100) pour le commandement et contrôle, et 36,3 M\$ (14,7 p. 100) attribués directement aux opérations. Ce dernier montant comprend l'entraînement individuel et collectif tant de la Force régulière que de la Force de réserve en plus de la protection de la santé des Forces. Un montant supplémentaire de 44,4 M\$ a été dépensé pour les initiatives de RX2000 dont quelques-unes étaient liées à l'amélioration du soutien opérationnel.

Les soins médicaux et dentaires des rôles 1 et 2 en garnison sont fournis par plus 120 unités et détachements. Les soins des rôles 3 et 4 au Canada sont fournis par l'intermédiaires d'installations civiles dans le cadre de contrats (les rôles et niveaux de soins sont définis ci-après). Les principaux intervenants des soins de santé sont les trois CEMA et les commandants opérationnels comme employeurs de forces pour les opérations nationales et internationales.



Définitions des « rôles/échelons » de soins médicaux et dentaires des Forces canadiennes**Soutien médical – Installations de traitements médicaux de l'Armée de terre et ou de la Force aérienne**

- a. **Rôle 1.** Ce rôle inclut la localisation des pertes, la prestation des premiers soins et des soins d'urgence, l'évacuation vers un endroit plus sûr, le triage en fonction de l'urgence du traitement requis ainsi que les mesures de stabilisation et de préparation à l'évacuation vers l'élément qui s'acquitte du rôle suivant dans les soins, au besoin.
- b. **Rôle 2.** Ce rôle met l'accent sur l'évacuation efficace et rapide des patients qui ont été stabilisés depuis les éléments appuyés et englobe également les soins de maintien en route. À ce stade, on peut également exécuter des procédures de réanimation d'urgence. Les patients ayant besoin de soins mineurs peuvent être gardés pendant de courtes périodes jusqu'à leur retour en service. On peut également assurer le réapprovisionnement en matériel médical des établissements du rôle 1 soutenus.
- c. **Rôle 3.** Capacité d'exécuter des procédures de réanimation et des chirurgies initiales, de donner des soins post-opératoires et des soins médicaux et chirurgicaux à court terme aux patients hospitalisés. Sont également disponibles des services de diagnostic, notamment de radiologie et de laboratoire, ainsi qu'une gamme limitée de services de médecine interne et de psychiatrie. Dans le théâtre, on dispose d'installations de réception et d'entreposage du matériel médical et dentaire et du sang, de moyens de distribution aux unités soutenues et de moyens de réparation d'équipement médical et dentaire dans la zone d'opérations. Ce rôle inclut des capacités auxiliaires comme des équipes de liaison pour faire le suivi concernant les patients canadiens qui se trouvent dans les établissements des forces alliées ou du pays hôte, des équipes pour aider à gérer les réactions au stress et à coordonner les activités de médecine préventive dans le théâtre d'opérations.
- d. **Rôle 4.** Ce rôle englobe la chirurgie de reconstruction, l'hospitalisation en établissement pluridisciplinaire, la rééducation, l'entreposage et la distribution du matériel médical national ainsi que la réparation majeure ou le remplacement d'équipement médical et dentaire.

Soutien médical – Installations maritimes de traitements médicaux

- a. **Échelon 1.** Cet échelon dispense des soins de santé primaires intégrés de base en appui aux unités individuelles. Les capacités sont limitées à la réanimation, à la stabilisation et à celles qui sont données dans la description du rôle 1. S'il n'y a pas de personnel médical à l'unité, les soins sont restreints aux soins personnels et mutuels, jusqu'aux navires qui ont du personnel médical, mais pas de médecin, jusqu'aux navires où il y a du personnel médical et un médecin du bord.
- b. **Échelon 2.** Cet échelon assure la chirurgie d'urgence. Il offre aussi une capacité restreinte de garde post-opératoire et, par conséquent, l'évacuation est essentielle à la convalescence des patients.
- c. **Échelon 3.** Cet échelon possède des équipes de chirurgie spécialisée et un soutien médical plus avancé. Cet échelon est essentiellement l'équivalent du rôle 3 de l'Armée de terre.
- d. **Échelon 4.** Cet échelon assure des traitements indiqués complets et est semblable au rôle 4 de l'Armée de terre.

Le soutien médical en déploiement des navires de guerre et d'un groupe opérationnel naval est habituellement limité à un adjoint au médecin (adj au méd) à bord des frégates de classe City et des sous-marins de classe Upholder, à un personnel médical avec MM à bord des destroyers de classe Tribal, et à un MM et un adj au méd à bord des AOR. Les soins sont limités à ceux du rôle 1 et aux soins minimums de rôle 2. Les ressources de la coalition et/ou des alliés fournissent, à terre ou à bord de navires d'autres nations, les traitements nécessaires au-delà de ces niveaux.

Le soutien médical en déploiement pour les contingents déployés de la Force aérienne consiste seulement en celui du rôle 1, ce qui comprend la présence d'un médecin de l'air (un médecin militaire de soins généraux possédant une spécialité liée à la médecine de l'air).

L'effort le plus complexe et exigeant le plus de ressources qui est imposé au Gp Svc S FC est la prestation du soutien médical à l'armée de terre qui est le principal sujet de la présente évaluation. Selon l'emplacement, les tâches et le nombre de militaires des forces terrestres ou d'une force opérationnelle interarmées canadienne, l'éventail complet des soins du rôle 1 jusqu'aux soins de rôle 3 dans le théâtre, est nécessaire, les soins du rôle 4 étant dispensés au Canada ou à une installation médicale d'une nation alliée.



PRINCIPALES CONSTATATIONS

Les capacités du Gp Svc S FC ont été évaluées dans un certain nombre de secteurs. Les constatations sont énoncées ci-après. Les principaux secteurs d'évaluation étaient l'équipement, le personnel, la performance collective, ainsi que la doctrine, la capacité de déploiement et la soutenabilité.

Équipement

Il faut rationaliser le matériel utilisé par les trois ambulances de campagne du Gp Svc S FC. Il n'y a pas de normalisation des barèmes de matériel existant, étant donné que les trois ambulances de campagnes ont des ensembles différents de matériel. Les barèmes de matériel n'ont pas été examinés et révisés depuis la fin de la guerre froide quand, au début des années 1990, on a mis fin à l'utilisation des tableaux de dotation en matériel des Forces canadiennes en campagne (TDMFCC). À l'occasion d'un certain nombre de déploiements opérationnels qui ont eu lieu au cours des 14 dernières années, le personnel de médecine spécialisée a commandé des articles qu'ils connaissaient bien du fait de son expérience en pratique civile, mais ces articles ne figurent pas dans les barèmes des Forces canadiennes et ils ont été achetés dans le cadre des processus des besoins opérationnels non planifiés (BONP) ou des besoins opérationnels immédiats (BOI).

Les documents pertinents indiquent que l'actuel matériel de rôle 3 des FC nécessaire au soutien du 1 H Camp C dans le cadre d'une force opérationnelle interarmées de la taille d'une brigade a été acheté aux seules fins d'« opérations de soutien de la paix ». Il peut être utilisé en déploiement modulaire, mais avec une capacité réduite de garde de patients par rapport aux anciennes configurations des unités d'hôpital de campagne. L'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) estimait, au cours des années 1980 et 1990, à 400 lits le soutien d'un hôpital de campagne en soutien aux combats dont l'intensité était de moyenne à élevée pour un groupe-brigade. Or, l'expérience acquise par les FC et leurs alliés au cours de la dernière décennie en guerre asymétrique (contre des forces qui avaient cependant une capacité inférieure à l'ancienne Union soviétique), et une doctrine révisée de déplacements de patients et de pratique médicale, ont chambardé les estimations que l'OTAN avait faites pendant la guerre froide relativement à la garde de patients et aux projections de pertes au combat. Certains éléments de matériel acquis pour le rôle 3 des FC (pour la capacité de centre chirurgical avancé) ont été utilisés de façon productive dans des organisations médicales *ponctuelles* déployées dans un certain nombre d'opérations des FC depuis 1991.

Comme le Canada désire conserver une certaine autonomie dans le choix et l'endroit de ses interventions militaires, il doit conserver une capacité de rôle 3. Cependant, l'actuel effectif de matériel d'hôpital de campagne qui était considéré comme seulement acceptable pour des « opérations de soutien de la paix » au cours des années 1990 s'est révélé capable d'adaptation à de multiples possibilités pour les opérations de combat moderne des FC.



Certaines préoccupations persistent quant à l'exécution d'AIREVAC avancée avec des aéronefs à voilure fixe ou rotative et, jusqu'à un certain point, d'AIREVAC sur les théâtres d'opérations avec des aéronefs à voilure fixe. Les FC ne possèdent pas de capacité aérienne pour ces rôles et doivent compter sur tout aéronef qui se présente. Étant donné les changements que subissent les menaces dans la guerre moderne au cours de laquelle les adversaires visent spécifiquement le personnel médical et ses patients, les ambulances terrestres des FC, dotées d'un blindage léger ou même dépourvues de tout blindage, sont maintenant exposées à des risques beaucoup plus grands que par le passé, et doivent être accompagnées par des détachements de sécurité fortement armés à bord de véhicules fortement blindés. Du fait du manque de ressources d'AIREVAC qu'éprouvent les FC, il a toujours fallu mettre en place de capacités d'AIREVAC avancée assurées avec le soutien des nations hôtes, des nations dirigeantes ou des tiers pour assurer les capacités médicales de rôle 3 et de rôle supérieur au cours de toutes les opérations de déploiement auxquelles les FC ont participé depuis 1991. Cette manière de faire a fonctionné relativement bien jusqu'à maintenant, mais le recours à une capacité d'évacuation négociée pose des risques supplémentaires pour le personnel des FC, particulièrement si la priorité des évacuations devient un problème. Comme l'AIREVAC est une responsabilité commune de la Force aérienne et du Gp Svc S FC, les deux doivent accepter de contribuer, en fournissant des ressources, à la réussite de la mise en place de cette capacité. Le Gp Svc S FC reconnaît qu'il est responsable de la mise sur pied d'une force formée de militaires pleinement entraînés à l'AIREVAC ainsi que de l'acquisition et de la maintenance de matériel médical, tandis que la Force aérienne a la responsabilité de fournir la capacité de transport aérien pour l'exécution des missions.

La rapidité d'évacuation des patients distingue la médecine militaire dans les conflits modernes. Pour y arriver, les FC doivent avoir une capacité assurée d'évacuation des pertes subies au combat ainsi que déterminer et publier des barèmes de matériel normalisé et moderne pour ses forces en campagne.

Personnel

Manque de personnel

Il y a des manques chroniques dans le Gp Svc S FC, particulièrement dans certains secteurs essentiels :

- **Médecins militaires.** Il manque de médecins militaires de soins généraux des grades capitaine et major (il n'y en avait que 57 sur les 99 autorisés en janvier 2005). Comme ce sont les principaux « officiers travailleurs » médicaux parmi les médecins au cours des opérations de déploiement, ce manque affecte tant la capacité de préparation individuelle et collective que la capacité de maintien en puissance.



- **Spécialistes.** Le manque de chirurgiens (généralistes et orthopédistes), d’anesthésistes, et d’infirmiers en soins intensifs est criant, à un point tel que le maintien en puissance au-delà d’un an en opérations de déploiement est mis en doute par le Gp Svc S FC. On éprouve toujours de la difficulté à recruter, employer et conserver ces spécialistes.
- **Techniciens médicaux.** Les nombres globaux de tech méd du rang indiquent que cette spécialité ne manque pas de personnel (1 280 militaires de tous les grades et de toutes les spécialités en avril 2005). Le manque qui a été constaté est celui de personnel expérimenté des NQ5A/B (caporal/caporal-chef de 5 à 8 années et plus de service) et du NQ6A (sergents de 8 à 12 années et plus de service) dignes de confiance pour faire leur travail sous surveillance minimale au cours d’opérations de déploiement.
- **Adjoints au médecin.** On manque actuellement d’adjoints au médecin de NQ6B/TQ7 (adj au méd) des grades adjudant et adjudant-maître, et il faudra plusieurs années pour remédier à la situation dans le cadre du nouveau programme exhaustif de formation d’adj au méd actuellement en place.

Gestion des ressources humaines

- Une démarche coordonnée de gestion des ressources humaines médicales est entravée par l’absence d’une fonction centralisée au sein du Gp Svc S FC.

Force de réserve

- La structure professionnelle médicale de la Force de réserve n’est pas harmonisée avec celle de la Force régulière. La Force de réserve a une instruction dont la norme n’est pas celle de la Force régulière et, par conséquent, elle ne peut pas participer à des opérations de déploiement international, particulièrement s’il s’agit d’un déploiement à court préavis en situation de combat.

Tableaux d’effectifs et dotation

- La nature ponctuelle souvent imprévisible de l’élaboration du TED de chaque opération de déploiement fait en sorte que le Gp Svc S FC a beaucoup de difficulté à faire la planification et l’affectation des ressources humaines tant pour les cliniciens de la Force régulière que pour les renforts de la Force de réserve.

Préparation du personnel

- Il arrive régulièrement que l’on doive procéder à l’affectation de maigres ressources d’appui à la santé à des tâches multiples. Cette affectation des mêmes ressources à des tâches multiples a pour résultat malheureux de rendre imprévisible la gestion individuelle de l’état de préparation. Ainsi, les mêmes personnes peuvent être affectées simultanément au soutien en garnison



et en campagne de formations et unités pour leur cadre de l'instruction et des opérations de l'Armée de terre (CIOAT), ainsi qu'à leurs tâches d'intervention rapide de CATAIR/DART, et à des déploiements internationaux ponctuels de sous-unité de rôle 2 et de chirurgie initiale et d'hospitalisation de courte durée. Le personnel de soutien médical et non médical affecté au renfort d'une opération de l'extérieur de la formation en campagne, qui fournit le gros d'une force déployée, est moins susceptible de recevoir dès son arrivée un entraînement de niveau de préparation convenable pour un déploiement.

Entraînement individuel

- L'instruction des FC dans le domaine médical est actuellement axée vers l'obtention et le maintien des meilleures compétences possibles pour combler les besoins opérationnels des FC. Selon le concept du système de santé canadien, l'accréditation civile et l'atteinte des normes de traitement de traumatologie des services d'urgence et des hôpitaux civils est une exigence de l'obtention et du maintien de ces compétences. Bien que cela ne soit pas directement attribuable à la médecine avancée en conditions de combat, c'est là une réalité de l'entraînement au Canada. Une expérience et un entraînement supplémentaires, comme c'est la pratique dans les autres nations ABCA, accroîtraient les compétences du personnel du Gp Svc S FC.
- L'acquisition de compétences avancées en médecine dans des conditions de combat, ce qui comprend l'entraînement avancé en traitement de traumatologie, à tous les grades, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des groupes professionnels des services de santé n'est pas facile. La formation civile pratique en simulation et en traumatologie au niveau de l'unité, et celle des centres d'entraînement de Vancouver et de Valcartier demeurent des solutions de rechange à l'expérience réelle. Il faudrait dans la mesure du possible faire des efforts en vue de donner un entraînement plus poussé.
- Bien qu'il se donne un cours pilote Pertes au combat – Soins tactiques, il y a actuellement un manque de formation structurée et institutionnalisée du personnel non médical en traumatologie avancée du genre de la survie au combat et/ou du secourisme opérationnel.

Le Gp Svc S FC a peu de contact avec les armées des autres pays, en ce sens qu'il y a très peu d'échanges, de liaisons ou de postes de la liste d'entraînement avancé qui sont comblés par du personnel médical des FC. Ces postes, qui existent et sont comblées, n'assure au reste des FC qu'une valeur limitée du fait qu'il ne s'acquiert que peu de compétences modernes transférables en médecine militaire ou que d'expérience opérationnelle.

Le nouveau cadre stratégique de défense comprend le besoin de respecter le délai de NTM de dix jours de haut niveau de préparation de la force d'intervention de l'OTAN pour un certain nombre de possibilités d'opérations de déploiement dont des tâches des forces conventionnelles ou des forces spéciales. Cela nécessitera que tout le personnel médical d'intervention rapide soit prêt au déploiement et que les compétences de ses membres soient à jour en médecine avancée dans des situations de combat, en traitement de traumatologie et de survie au combat, et ce n'est pas le cas présentement. Contrairement à ce qu'il en était dans les déploiements



passés et dans les scénarios de planification de la guerre froide où il y avait passablement de temps pour l'entraînement de préparation au déploiement, le respect de l'exigence de dix jours ou moins de haut niveau de préparation de la force d'intervention de l'OTAN ne permettra pas l'entraînement avant le départ.

Le Gp Svc S FC éprouve des problèmes de recrutement et de maintien en emploi dans un certain nombre de spécialités où il y a des manques. Il y a aussi un niveau moins qu'idéal de formation dans les compétences médicales avancées pour le personnel tant médical que non médical. Ce problème est compliqué par l'absence de démarche concertée en ressources humaines au quartier général du Groupe. Cela aura une incidence sur la planification et la formation du personnel en vue de l'atteinte de l'exigence de haut niveau de préparation du nouveau cadre stratégique de défense.

Performance collective

Conservation des compétences collectives

- Le 1 H Camp C et les trois ambulances de campagne ont, au cours des sept dernières années, procédé à une certaine instruction collective jusqu'au niveau 5.
- Les organisations des sous-unités et unités médicales qui ont donné de l'entraînement courant n'ont souvent pas été déployées dans la configuration organisationnelle de leur entraînement passé, ce qui a eu une incidence sur l'état de préparation global des unités et sous-unités. Les éléments de soutien des services de santé (SSS) sont constitués en fonction des tâches à exécuter afin de fournir le soutien approprié pour chaque force opérationnelle. Il y a un toujours un entraînement de préparation au déploiement afin d'assurer la certification de l'état de préparation opérationnelle des éléments de SSS avant le déploiement.

Entraînement de préparation au déploiement

- On a réussi à obtenir la synchronicité des besoins d'instruction entre les unités et sous-unités médicales et les unités de la même base et/ou formation se préparant au déploiement malgré le soutien en garnison en plus du besoin de prestation de soutien médical à d'autres unités se préparant aux opérations. La chaîne de commandement du Gp Svc S FC veille à ce que chaque personne qui reçoit pour tâche de participer à un déploiement soit cliniquement prête avant l'exercice de préparation opérationnelle.
- L'entraînement tant collectif qu'individuel des renforts en vue des opérations de déploiement était une source de problèmes. Et il en est ainsi pour les MR médicaux ou non de même que pour les MR et médecins militaires spécialistes ou non. Il y a eu des améliorations dans ce domaine maintenant que le Gp Svc S FC peut superviser l'entraînement.



- L'attention accordée à la formation continue de la plupart des membres du personnel du Gp Svc S FC est axée vers le maintien de l'ensemble des compétences cliniques propres au domaine militaire. Pour les médecins militaires et les adjoints au médecin, cela comprend les techniques spécialisées de réanimation cardio-respiratoire et les techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales des grands blessés. Il y a aussi le programme de maintien continu des compétences cliniques pour les cliniciens travaillant dans les installations civiles de soins de santé. Avant le déploiement, les médecins militaires, les officiers de soins infirmiers intensifs, les adjoints au médecin et les techniciens médicaux reçoivent une formation d'appoint de leurs compétences en traitement des grands blessés au Centre de formation en traumatologie de l'Ouest, à Vancouver (C.-B.). Cette formation spécialisée a réussi à améliorer l'état de préparation des compétences collective des équipes du Gp Svc S FC. La valeur de cette formation a été démontrée dans les opérations de déploiement en cours, particulièrement dans des situations de combat où il y a des possibilités de blessures graves multiples.

Performance opérationnelle

- Les commandants et les clients des services médicaux ont tous noté que les compétences cliniques démontrées par le personnel médical en déploiements étaient de haut niveau. Les commandants ont eu des commentaires favorables à la suite de la haute qualité des soins dispensés aux personnes blessées par l'explosion de mines et d'engins explosifs artisanaux ou par projectiles d'armes à feu au cours des quatre dernières années en Afghanistan. Les blessés traités étaient des Canadiens, des militaires de la coalition ainsi que des civils afghans.
- Les « compétences militaires fondamentales » du personnel médical des FC s'améliorent pour lui permettre de parer à la menace qui s'exerce de plus en plus sur le personnel médical et des biens que l'on retrouve couramment en situation de guerre moderne, qui veut maintenant que le personnel d'appui aux Services de santé fasse partie intégrante des escortes de convoi et des patrouilles en véhicule ou à pied.

Doctrine

- La version préliminaire de la doctrine médicale du Gp Svc S FC (B-GJ-005-410/FP-000, Health Services Support to Canadian Forces Operations Ratification Draft 2 2006-xx-xx) est une vaste publication souple de doctrine interarmées. Elle offre une orientation approuvée à l'échelle nationale pour la planification et la prestation du SSS aux niveaux stratégique et opérationnel. Elle est compatible avec la doctrine de soutien médical interarmées des alliés. L'élaboration du concept d'opération des services de santé de chaque déploiement découle de cette doctrine.
- Le commandement et contrôle du personnel médical des FC, tant en garnison que dans les opérations de déploiement, était considéré comme efficace par les commandants et les états-majors compétents.



Les éléments de SSS sont adaptés aux tâches qui leur permettront de fournir le soutien qu'exige chaque opération de déploiement. L'intégration verticale du Gp Svc S FC lui a donné la souplesse nécessaire pour fournir à son personnel ce que possède l'une ou l'autre de ses unités pour obtenir ce résultat. Le contrecoup de cette façon de faire est que l'intégration des renforts peut exiger un très grand entraînement de préparation au déploiement afin d'assurer leur état de préparation opérationnelle suffisant pour le déploiement. Ce problème sera réglé par un examen officiel des unités de la force de campagne des Services de santé, ce qui se fera dès le début de la PAA 2006. Cet examen vise la réorganisation de ces unités en vue d'une meilleure harmonisation avec la transformation des FC et avec les exigences des actuelles opérations de déploiement.

Capacité de déploiement

- La Compagnie spéciale de SSS de chirurgie initiale et d'hospitalisation de courte durée, qui est devenue l'organisation standard d'appui à une force opérationnelle interarmées (-) pendant l'Op *Athena* dans le Sud-Est asiatique, a prouvé qu'elle avait la capacité de déploiement pour une gamme complète de tâches récentes, si on lui donnait un préavis suffisant. Ce déploiement (depuis la rotation (ROTO) 0 et au long des ROTO subséquentes) a été amorcé avec un préavis important qui a permis au Groupe des services de santé de FC de former ses membres en nombre suffisant, et de réunir les ressources nécessaires pour cette mission en particulier. Au besoin, les actuelles unités et sous-unités de chirurgie initiale et d'hospitalisation de courte durée du SSS, telles qu'elles sont structurées, peuvent conserver suffisamment de fournitures sur un théâtre des opérations pendant un temps raisonnable pendant la mise en place d'un pont aérien ou d'un convoi naval.
- À l'avenir, si les unités ne modifient pas les pratiques actuelles, elles n'auront pas la capacité de déploiement qui leur permettra de respecter le délai de dix jours du préavis de mouvement, avec le personnel ayant reçu l'entraînement approprié et les fournitures nécessaires pour le soutien des opérations des genres prévus dans le nouveau cadre stratégique de défense. Il y a un certain nombre de raisons à cette situation, dont celles-ci :
- La disponibilité de personnel d'intervention rapide ayant eu un entraînement approprié tant individuellement que collectivement, et ayant fait l'objet de triage avant déploiement. Les unités en campagne, telles qu'elles sont structurées et dotées en personnel, ne peuvent pas respecter l'actuel délai de 21 jours de préavis de mouvement pour le déploiement d'unités et de sous-unités dont le personnel aura reçu la formation appropriée. Cette situation sera exacerbée par le passage au préavis de mouvement de dix jours de la force d'intervention de l'OTAN. Le personnel n'aura pas pu, à l'intérieur du créneau du préavis de mouvement, suivre son entraînement aux compétences militaires fondamentales et son instruction axée sur le théâtre et sur la mission des opérations.
- Les unités d'ambulance de campagne ne possèdent pas actuellement à l'unité le matériel de rôle 3 nécessaire pour la Compagnie de soutien des services de santé de chirurgie initiale et d'hospitalisation de courte durée. Le matériel du centre chirurgical avancé est conservé à Petawawa étant donné qu'il fait partie intégrante du 1 H Camp C. Il s'agit d'un matériel très



technique et rare, qui ne peut pas être facilement décentralisé vers les unités de rôle 2. Cependant, si la force en campagne doit être restructurée afin de mieux refléter la façon dont le SSS fonctionne en déploiement, il faudra concevoir une manière de procéder à l'entraînement régulier avec ce matériel. Le besoin de soutien technique et de pièces de rechange ainsi que d'un certain entraînement justifiera probablement le maintien d'une certaine centralisation avec le 1 H Camp C à Petawawa. Une solution acceptable exigera une certaine somme de réflexion, mais devrait être possible. En outre, la mobilité interne du rôle 2, l'hospitalisation de courte durée et la chirurgie initiale, et du rôle 3 pose des problèmes et dépend de ressources de l'extérieur. Il n'y a pas suffisamment de ressources de transport, de matériel de manutention de matériel et de personnel de soutien avec les effectifs actuels pour assurer l'indépendance d'action.

La structure et l'organisation actuelles des unités de campagne du Gp Svc S FC a une incidence néfaste sur la capacité du Groupe de former, de doter en ressources et de déployer le soutien médical nécessaire prévu dans le nouveau cadre stratégique de défense à l'intérieur des délais proposés d'avis de mouvement.

Soutenabilité

Personnel

- Le maintien en poste du personnel est le principal facteur qui influence la capacité du Gp Svc S FC à soutenir les missions opérationnelles à un premier niveau de chirurgie et d'hospitalisation à court terme au-delà d'une première ROTO (12 mois sur le théâtre). Les pénuries d'effectifs et la cadence opérationnelle ont eu des effets marqués sur certains secteurs, en particulier sur les spécialistes de rôle 3, que l'on affecte souvent maintenant à des sous-unités de chirurgie initiale et d'hospitalisation à court terme en déploiement. L'utilisation de ces spécialistes à ce niveau témoigne de la médecine militaire moderne qui est exercée à l'échelle des forces ABCA/de l'OTAN et ne se limite pas aux FC.
- Un élément de la soutenabilité qui soulève un intérêt particulier est le peu d'utilité du personnel médical de la Réserve. S'il n'y a pas de concordance entre les groupes professionnels, les réservistes ne peuvent pas être exploités à leur pleine capacité, contrairement à la situation des forces de réserve des autres pays ABCA qui participent de manière significative aux opérations de déploiement.



Logistique

- Il y a lieu de normaliser l'équipement spécialisé et d'inculquer aux utilisateurs la discipline de se servir de cet équipement. À défaut de TED approuvés et de matériel normalisé, on a tendance à dépendre beaucoup du processus des BONP/BOI pour s'approvisionner en fournitures médicales uniques en déploiement. Les spécialistes des Services de santé doivent participer davantage à ce processus. Le soutien pharmaceutique des opérations est efficace.
- La livraison de certains produits spécialisés périssables (vaccins, produits sanguins, etc.) s'est avérée par moments difficile des points de vue de l'entreposage, de la régulation de la température et du transport.

La capacité du Gp Svc S FC à soutenir une mission opérationnelle au-delà d'une période d'un an serait accrue si l'on apportait des solutions à certains problèmes clés en matière de personnel et de logistique.

L'efficacité du Gp Svc S FC devrait être évaluée en fonction de sa capacité à soutenir une mission opérationnelle au moins au niveau de la chirurgie initiale et de l'hospitalisation à court terme tant que le déploiement est nécessaire. Les éléments clés de la soutenabilité sont les effectifs et la logistique.



RECOMMANDATIONS

- Reformuler la vision du Gp Svc S FC de manière à témoigner du continuum des services de santé en milieu opérationnel et du caractère prioritaire de la prestation d'une capacité déployable de soutien médical. (BPR : CPM; BC : VCEMD)
- Restructurer les forces médicales de campagne afin d'accentuer les capacités expéditionnaires de l'état de préparation géré, y compris la capacité d'intégrer des unités restructurées de rôle 2 dotées d'une capacité de soutien chirurgical obtenue par l'entremise du 1 H Camp C. Établir des tableaux normalisés d'équipement et de dotation à l'intention de ces unités restructurées. (BPR : CPM)
- Grâce à un état de préparation géré, veiller à ce que les éléments appropriés d'une force médicale de campagne au niveau de l'unité et de la sous-unité soient en mesure de respecter le nouveau préavis de mouvement de 10 jours pour appuyer les forces à haut niveau de préparation. (BPR : CPM; BC : VCEMD)
- Maintenir la capacité de rôle 3 nécessaire à des interventions en autonomie ou en tant que pays chef de file, mais une capacité réduite de prise en charge des patients et une mobilité et une modularité accrues. L'instruction collective devrait être concentrée au CCEM Wainwright. (BPR : CPM)
- Améliorer la formation en médecine de combat offerte au personnel médical et aux autres effectifs, plus particulièrement les techniques de survie au combat, les méthodes avancées de traitement de traumatismes multiples et l'équipement individuel amélioré. (BPR : CPM; BC : CEMFM, CEMAT, CEMFA, SMA(Mat))
- Poursuivre la restructuration des ressources médicales de la Réserve dans l'optique de rehausser les normes professionnelles de la Réserve aux niveaux de la Force régulière, afin que les réservistes puissent être affectés en milieux opérationnels et ainsi d'atténuer les difficultés de maintien en puissance attribuables à la PERSTEMPO de la Force régulière. Il faut également rationaliser le recrutement et l'instruction militaire des cliniciens civils afin que ces ressources soient plus aisément accessibles, en particulier pour des déploiements à court terme à l'appui d'opérations des FC. Il y aurait lieu d'examiner la possibilité de rendre le CPR des services de santé « hybride » et de favoriser le développement de cliniciens compétents en prévision des déploiements opérationnels. (BPR : CPM; BC : VCEMD)
- Définir les besoins (ressources humaines, instruction, matériel, aéronefs et configuration), en assurant l'engagement tant du Gp Svc S FC que de la Force aérienne, de manière à fournir l'appui nécessaire en services rapides d'évacuation des blessés aux effectifs des FC en déploiement, en particulier aux forces opérationnelles à haut niveau de préparation. (BPR : CEMFA/CPM; BC : VCEMD, SMA(Mat), CEMFM, CEMAT)
- Mettre en œuvre une série d'indicateurs de rendement ciblés associés à des mesures opérationnelles clés et en faire un suivi continu. Une série d'indicateurs de rendement proposés se trouvent à l'annexe A. (BPR : CPM)



ANNEXE A – INDICATEURS DE RENDEMENT

Personnel

Suivi de la pénurie d'effectifs	Indicateur de rendement	Objectif
<p>Établir un niveau de référence pour 2006-2007 et surveiller en permanence le manque (par spécialité ou par groupe professionnel) de personnel médical nécessaire au soutien des opérations prévues dans le Plan de la défense. Inscrire le total des effectifs qualifiés du Gp Svc S FC par spécialité et par groupe professionnel, et tenir compte du personnel non disponible pour cause de déploiement ou d'autres motifs.</p> <p>Évaluer l'impact sur la capacité globale en déterminant les spécialités et les groupes professionnels dont la dotation est en deçà ou au niveau du seuil critique auquel la capacité d'organiser ou de soutenir d'autres opérations est gravement restreinte.</p>	<p>L'écart entre les effectifs requis et ceux dont on dispose dans chaque spécialité ou groupe professionnel.</p> <p>Le nombre de spécialités et de groupes professionnels au seuil critique ou à un niveau inférieur.</p>	<p>Réduction progressive par suite d'autres mesures.</p> <p>Zéro.</p>
Satisfaction des besoins en effectifs opérationnels	Indicateur de rendement	Objectif
<p>Comblent la totalité des besoins opérationnels en personnel médical et dentaire pour soutenir les opérations, les exercices et l'instruction collective en faisant appel, selon le cas, à la Force régulière, à la Réserve et à des entrepreneurs.</p> <p>À partir des tâches énoncées dans le Plan de la Défense, déterminer les besoins en effectifs et élaborer et mettre en œuvre une stratégie de main-d'œuvre (ainsi que les politiques connexes) énonçant comment les futurs besoins opérationnels en personnel médical seront comblés au moyen d'un emploi équilibré de membres de la Force régulière, de la Réserve, d'entrepreneurs et d'organismes de santé civils.</p>	<p>Ampleur des besoins comblés.</p> <p>Approbation de la stratégie par le DGS San, le CPM et le VCEMD.</p>	<p>100 p. 100.</p> <p>À confirmer.</p>



ANNEXE A

Personnel (suite)

Recrutement et maintien des effectifs	Indicateur de rendement	Objectif
Atteindre les objectifs définis pour le recrutement et le maintien en poste du personnel du Gp Svc S FC dans chaque spécialité ou groupe professionnel.	Effectifs recrutés par période de 3 mois en pourcentage de l'objectif annuel global établi pour chaque groupe dans la stratégie de main-d'œuvre.	Atteindre les niveaux préétablis.
Nombre d'effectifs recrutés qui possèdent déjà les qualifications médicales pour être affectés en déploiement sans surveillance directe.	Effectifs recrutés par période de 3 mois en pourcentage de l'objectif annuel global établi pour chaque groupe dans la stratégie de main-d'œuvre.	Atteindre les niveaux préétablis.
Nombre de membres du personnel du Gp Svc S FC occupant des postes spécialisés/groupes professionnels clés qui quittent prématurément avant la fin prévue de leur période de service.	Réduction de « x » p. 100 par année.	Atteindre l'objectif.

Instruction

Formation initiale assurant la capacité de déploiement	Indicateur de rendement	Objectif
Fournir la formation professionnelle initiale qui répond aux exigences et aux normes définies par les corps professionnels et les CEMA, permettant au personnel médical de respecter les critères de la capacité de déploiement opérationnel.	Le pourcentage des effectifs qui terminent la formation et qui atteignent la norme requise dans le délai prévu.	95 p. 100 ou plus.
Formation continue (Instruction militaire individuelle)	Indicateur de rendement	Objectif
Veiller à ce que tous les membres du personnel du Gp Svc S FC possèdent les qualifications militaires pour exercer des fonctions opérationnelles, en leur offrant une formation individuelle continue qui répond aux exigences de chaque CEMA.	Réussir l'instruction militaire annuelle, individuelle et obligatoire.	80 p. 100 du personnel et des spécialistes appelés à servir en déploiement réussiront l'instruction militaire annuelle, individuelle et obligatoire du Gp Svc S FC et des CEMA.



ANNEXE A

Instruction (suite)

Formation continue (professionnelle)	Indicateur de rendement	Objectif
Veiller à ce que tous les membres du personnel du Gp Svc S FC possèdent les qualifications professionnelles pour exercer des fonctions opérationnelles en leur offrant une formation professionnelle continue qui réponde aux normes des FC.	Pourcentage des effectifs du Gp Svc S FC non disponibles pour le service opérationnel à cause d'un manque de formation.	Zéro.
Formation spécialisée	Indicateur de rendement	Objectif
Veiller à ce que le nombre de personnes requis soit libéré pour suivre des cours de formation ou assumer des postes d'échange et des affectations de liaison tel qu'il est prévu dans l'énoncé des besoins annuel.	Nombre de postes d'instruction comblés en pourcentage de ceux relevés dans l'énoncé des besoins annuel.	95 p. 100 ou plus.

Matériel médical

Acquisition de matériel médical	Indicateur de rendement	Objectif
Élaborer et mettre en œuvre une stratégie visant à combler les manques de matériel médical relevés dans le Tableau d'effectifs et de dotation (TED), au moyen d'achats et/ou d'autres mécanismes selon le cas, compte tenu des priorités clés établies par le DGS San.	Manque d'équipement relevé à l'aide du nouveau TED comme référence.	Réduction de 30 p. 100 des écarts du niveau de référence pour 2006-2007 par année au cours des trois prochaines années et réduction parallèle des BOI/BONP.
Surveillance du manque de matériel médical	Indicateur de rendement	Objectif
Établir un niveau de référence pour 2006-2007 et surveiller en permanence l'écart entre le matériel médical (y compris l'infrastructure) pouvant soutenir les opérations et le matériel que requièrent les tâches prévues dans le Plan de la Défense, en établissant les priorités des améliorations à apporter.	Écart entre la capacité requise et le matériel disponible par catégorie. Nombre de secteurs en deçà ou au niveau du seuil critique auquel la capacité d'organiser ou de soutenir des opérations est gravement restreinte.	Réduction progressive par suite d'autres mesures. Zéro.



ANNEXE A

Matériel médical (suite)

Respect des besoins opérationnels en matériel médical	Indicateur de rendement	Objectif
Répondre à la totalité des besoins opérationnels en matériel médical autorisé à l'appui des opérations, des exercices et de l'instruction collective.	Ampleur du respect des exigences.	100 p. 100.
Rôles et responsabilités en matière d'acquisition de matériel médical	Indicateur de rendement	Objectif
Définir clairement les rôles et les responsabilités en ce qui concerne l'acquisition de tout le matériel médical.	Approbation par le DGS San et le VCEMD.	À confirmer.

Médecine militaire

Élaboration de la doctrine et des politiques cliniques militaires	Indicateur de rendement	Objectif
Améliorer continuellement la prestation de soutien et de services de santé militaires, par le biais d'un programme d'examen cyclique qui comprend les leçons retenues des opérations et la mise à jour de la doctrine, des politiques et des normes cliniques militaires et l'application de règles de gouvernance clinique en milieux opérationnels, en accentuant les soins avancés de traumatologie et les techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales des grands blessés.	Examen de la politique opérationnelle et tactique en matière de santé telle qu'elle est énoncée dans un programme d'examen cyclique.	Examen de 100 p. 100 des politiques à la satisfaction du médecin-chef par rapport chacune des exigences de l'examen cyclique.
Programme de recherche, de perfectionnement et d'échange/liaison	Indicateur de rendement	Objectif
Établir un programme coordonné et classé par ordre de priorité de perfectionnement des études, d'échange/de liaison et de recherche au sein du Gp Svc S FC afin d'élaborer de nouveaux et de meilleurs moyens de fournir des services de santé en milieux opérationnels aptes à affronter les différentes menaces que posent la guerre moderne et les contextes opérationnels d'aujourd'hui.	Accroissement du nombre de chirurgiens, de médecins, d'infirmiers en soins intensifs et de militaires du rang des groupes professionnels connexes en échange, en liaison ou en affectation auprès de partenaires ABCA jusqu'à un niveau déterminé.	À déterminer.



ANNEXE A

Médecine militaire (suite)

Pratiques cliniques	Indicateur de rendement	Objectif
Définition et élaboration de nouvelles pratiques cliniques en déploiement faisant un usage optimal de la technologie, des pratiques exemplaires émanant des communautés civiles canadiennes et militaires alliées ou d'ailleurs, ainsi que des habiletés et compétences des membres du personnel du Gp Svc S FC.	Les dirigeants du Gp Svc S FC procéderont à un examen annuel des pratiques de travail.	100 p. 100 conformément au rapport annuel à préparer pour le DGS San.

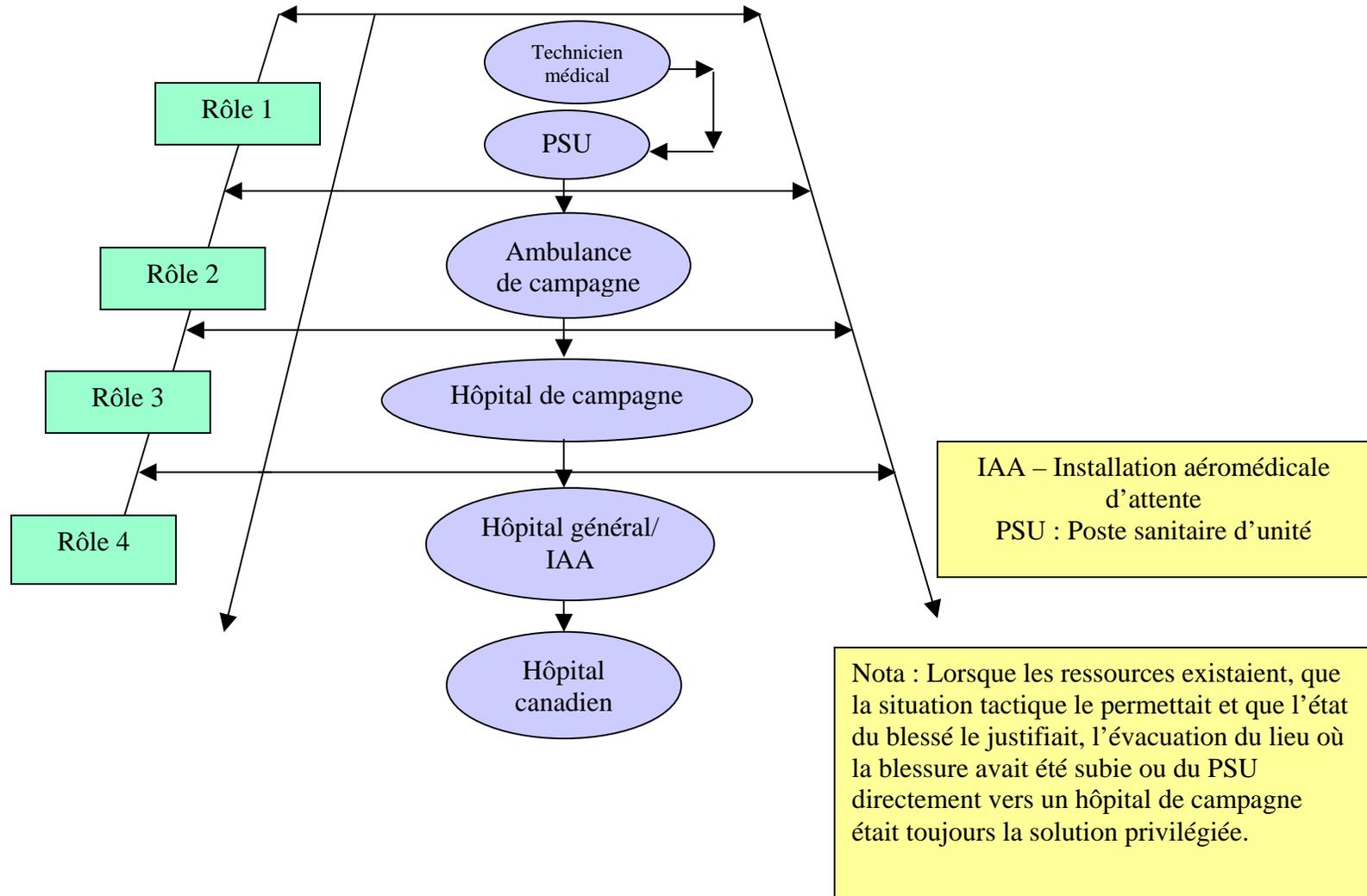


ANNEXE B – TABLEAU DES RISQUES CRITIQUES

Risque	Incidence	Probabilité	Commentaire
Ressources financières Ressources insuffisantes pour financer un programme existant.	Élevée	Moyenne	
Effectifs à l'appui des opérations Incapacité de fournir le personnel médical pour répondre aux besoins opérationnels.	Élevée	Élevée	
Gestion Incapacité d'offrir une gestion efficace, y compris la gestion du personnel.	Élevée	Élevée	
Incapacité d'offrir le Programme des services de santé des FC Incapacité de fournir suffisamment de personnel doté des compétences et des qualifications requises pour dispenser le Programme des services de santé des FC.	Élevée	Moyenne	



ANNEXE C – DÉPLACEMENTS DES PATIENTS SELON LA DOCTRINE DES FC ET DE L’OTAN – AVANT 1991



ANNEXE D – DÉPLACEMENTS DES PATIENTS DES FC – OPÉRATIONS DEPUIS 1991

