



Chef – Service d'examen

Examen du Service de santé des FC

Octobre 1999

7055-42-2 (CS Ex)

Chef d'équipe :  
Chef d'équipe adjoint :  
Membre d'équipe :  
Chef d'équipe du groupe de travail  
du Chef d'état-major de la Défense  
Novembre 1999:

Harry Hubley, gestionnaire d'examen  
Norm Black, gestionnaire d'examen  
Marie Kenny, analyste

Col Lise Mathieu, C de C/CEMD



TABLE DES MATIÈRES

	<b>PAGE</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>i</b>
<b>PARTIE 1 – INTRODUCTION</b>	
CONTEXTE	1
BUT ET PORTÉE	2
SECTEURS D'EXAMEN	2
MÉTHODOLOGIE	2
STRUCTURE DU RAPPORT	3
REMERCIEMENTS	3
<b>PARTIE 2 – ANALYSE DES QUESTIONS D'EXAMEN</b>	
FACTEURS DÉTERMINANTS AYANT UNE INCIDENCE SUR LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ EN GARNISON	4
FONDEMENT JURIDIQUE ET MANDAT DU SSFC	5
ORIENTATION STRATÉGIQUE DU SSFC	7
CONCEPT DES OPÉRATIONS ET INCIDENCE DE L'OP PHOENIX SUR LES SOINS EN GARNISON	9
QUALITÉ DES SOINS OFFERTS AUX MEMBRES DES FC	14
CONTINUITÉ DES SOINS	21
ADMINISTRATION DES CATÉGORIES MÉDICALES TEMPORAIRES	30
QUESTIONS LIÉES À L'ORGANISATION, AU COMMANDEMENT ET AU CONTRÔLE DU SSFC	41
QUESTIONS LIÉES AUX RESSOURCES HUMAINES	
Ressources, effectifs et dotation en personnel du SSFC	48
Recrutement et conservation de l'effectif des médecins militaires	62
Moral, attitude et capacité de changement du SSFC	66
AUTRES QUESTIONS DE GESTION	
Administration des soins aux patients en garnison	73
Mécanismes d'obtention des services de médecins civils en garnison	78
Obtention des services de spécialistes pour la prestation des soins en garnison	80
Prestation de soins de première intervention en garnison	82
Migration des idées	84
Gestion de l'information/technologie de l'information à l'appui des services de santé des FC	86
NOUVELLES INITIATIVES	92
ANALYSE COMPARATIVE DU SERVICE DE SANTÉ DES FORCES CANADIENNES	102

**PARTIE 3 – ÉNONCÉS DE CONCLUSION**

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS RELATIVES À CHACUNE DES QUESTIONS DE GESTION	109
--	-----

<b>PARTIE 4 – PLAN D'ACTION ISSU DU GROUPE DE TRAVAIL DU CHEF D'ÉTAT-MAJOR DE LA DÉFENSE</b>	129
--	-----

**TABLEAUX**

Tableau 1 – Dépenses du SSFC (à l'exception des frais des services dentaires et du personnel militaire)	49
Tableau 2 – Répartition du personnel médical au sein du SSFC	50
Tableau 3 – Médecins militaires généralistes – Effectifs et taux d'attrition	52
Tableau 4 – Spécialités médicales – Comparaison des coefficients du SSFC et du réseau civil canadien	54
Tableau 5 – Pénurie projetée de MM généralistes aux grades de capitaine / major	63
Tableau 6 – Cotes de satisfaction par rapport aux soins de santé militaires	107

**ANNEXES**

Annexe A – Avis d'examen	A-1
Annexe B – Analyse comparative (tableau)	B-1
Annexe C – Ressources médicales du SSFC en 1998-1999	C-1
Annexe D – Graphiques réunis – Groupes de discussion	D-1

**INCLURES**

Inclus 1 - Groupe de Travail du CEMD - Services de Santé à l'appui des FC	Inclus 1-1/1
Inclus 2 - Ordre des Priorités	Inclus 2-1/1

## SOMMAIRE

### Contexte

1. En janvier 1999, le Chef – Service d'examen a entrepris, à la demande du CEMD, un examen de la prestation des services médicaux en garnison dans les Forces canadiennes (FC). L'équipe a été chargée expressément d'examiner les questions de la *continuité des soins* et de l'*administration des catégories médicales temporaires*, ainsi que d'autres questions ayant trait à la prestation des soins de santé aux membres des FC. La portée de l'examen a été limitée aux soins médicaux offerts en garnison aux membres de la Force régulière des FC. Elle ne s'étend donc pas aux questions médicales liées à la Réserve, à la prestation des soins médicaux durant les opérations militaires, ni à la prestation de services dentaires dans les FC.
2. Le Service de santé des Forces canadiennes (SSFC) est en renouvellement et en restructuration depuis 1990, date à laquelle on a relevé des lacunes dans la capacité de déploiement opérationnel du service de santé. Dix ans plus tard, on peut dire que le SSFC est une organisation épuisée par les changements qui a pris de nombreuses mesures afin d'améliorer sa prestation opérationnelle, tout en subissant des réductions d'effectifs et des compressions budgétaires et en s'efforçant de dispenser des soins de qualité en garnison. L'exercice de restructuration de l'opération Phoenix qui a été entamé en 1994-1995 a servi de fondement au renouveau du SSFC et permis d'axer les services de santé davantage sur les opérations.
3. L'opération Phoenix était basée entre autres sur la prémisse qu'il fallait confier au réseau public de la santé une plus grande part des soins médicaux dispensés en garnison. Mais pendant que les FC réduisaient leurs effectifs et réorganisaient leurs activités, le réseau civil de la santé subissait le même genre de restructuration. En conséquence, les FC se sont vu obligées d'obtenir un bon nombre de leurs services d'un réseau qui était déjà aux prises avec des difficultés et dont le mode de fonctionnement était surveillé étroitement par les citoyens.

### Principales constatations

4. Facteurs déterminants ayant une incidence sur la prestation des soins de santé en garnison. Deux facteurs prépondérants influencent la prestation des services médicaux en garnison. On a constaté dès le début de l'examen qu'il existe des écarts significatifs entre les régions du Canada et que, plutôt que d'adopter une approche générale à la satisfaction des besoins des membres des FC en garnison, il faut interpréter et façonner les stratégies de l'organisation en fonction des circonstances de chaque emplacement. De plus, les problèmes relevés dans le SSFC en ce qui a trait à la prestation des services médicaux en garnison sont étroitement liés, et toute amélioration que l'on apportera dans un secteur fonctionnel aura des répercussions ailleurs et pourra atténuer d'autres problèmes. De même, les situations que l'on négligera s'aggraveront et pourraient engendrer d'autres difficultés.

5. Orientation stratégique. Le SSFC n'a pour le moment aucune orientation stratégique. Une des conséquences de cette situation est le taux élevé de frustration du personnel. En même temps que les membres du personnel se dévouent pour l'organisation, ils se demandent comment leurs efforts s'intègrent à la stratégie générale de la Branche et comment ils peuvent contribuer à la réalisation d'objectifs qu'ils ne connaissent pas. Par ailleurs, les unités en campagne sont en quête d'orientations générales pour les aider à mieux administrer leurs établissements de santé respectifs.
6. Concept des opérations. Même s'il est bien fondé de soutenir le concept des opérations pour le SSFC, cela ne donne pas encore de bons résultats pour une foule de raisons dont il est fait état dans le rapport. Voici deux de ces raisons : l'existence d'une structure complexe de commandement et de contrôle sans mécanisme interne permettant d'en garantir le bon fonctionnement; et le fait que l'on a modifié le principal mode de prestation des services en garnison sans mettre en place de mécanisme adéquat garantissant le maintien d'un système exhaustif de soins de santé.
7. Qualité des soins. Même s'ils sont exclus des régimes d'assurance-maladie des provinces, les membres des FC reçoivent la même qualité de services de santé que l'ensemble des Canadiens, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (1984). Étant donné que l'on a confié au réseau civil de la santé des traitements et des services médicaux que les installations en garnison ne peuvent pas offrir, les membres des FC reçoivent une partie de leurs soins de santé de la même manière que le reste de la population. De même, comme les médecins des FC doivent obtenir leur permis d'exercer de la province et le SSFC passe de nombreux contrats avec des médecins civils, les normes professionnelles des médecins des FC sont conformes à celles du secteur public. Le document sur les soins de santé garantis par le SSFC énonce à l'intention des membres des FC un éventail de services médicaux qui est plus vaste que les régimes publics provinciaux, tout en assurant les aspects particuliers de la médecine du travail dans les FC et d'autres services comme les médicaments en vente libre, les services thérapeutiques et ainsi de suite. Cependant, il existe de grandes sources de préoccupations pour les bénéficiaires : délais d'obtention et accès à des services médicaux; variations de niveaux de service entre les régions et mode de prestation des soins en garnison du fait que l'on accentue les responsabilités opérationnelles. Les membres des FC se sont dits particulièrement frustrés de la piètre administration de la prestation de leurs soins médicaux en garnison.
8. Continuité des soins. La continuité des soins intéresse vivement les dirigeants autant que les membres des FC. L'équipe d'examen a relevé suffisamment de preuves pour affirmer que là où la continuité des soins a été faible, la qualité des soins dispensés aux patients s'en est ressentie. Les FC ont adopté des stratégies semblables aux forces alliées en tentant de renforcer la continuité des soins à l'aide d'un nombre accru de ressources civiles. Tout indique que les autorités doivent exercer un rôle plus important que par le passé relativement à cet aspect des services de santé.

9. Administration des catégories médicales temporaires. Les principes sur lesquels reposent les catégories médicales temporaires (CMT) sont valables. Lorsqu'ils sont blessés, les membres des FC doivent avoir la chance de se rétablir et éviter de s'exposer à d'autres blessures ou de mettre en danger la vie d'autres membres de leurs unités. Lorsqu'on attribue une CMT à un militaire, celui-ci n'est pas toujours bien traité du point de vue administratif et il arrive qu'il soit rejeté par les membres de son unité. Les chefs doivent faire se montrer proactifs afin que les militaires classés dans une CMT ne soient pas victimes de mauvaise gestion. Même s'il faut exercer un jugement dans chaque cas, il faut prêter une attention immédiate aux questions liées aux CMT afin que les besoins des patients et des FC soient dûment respectés.

10. Organisation, commandement et contrôle du SSFC. Il s'agit d'une question très complexe pour le SSFC. Le fondement de la modification des structures organisationnelles préalables à l'opération Phoenix est valable, car ces organisations antérieures visant la prestation de soins en garnison se sont avérées inefficaces lorsqu'on a eu besoin de personnel médical en déploiement. La structure en place aujourd'hui permet de répondre aux besoins opérationnels, mais elle est encombrante, elle est parfois difficile à gérer et elle ne soutient pas de manière uniforme la prestation efficace de services de santé en garnison. On devrait réussir à apaiser certaines des difficultés grâce à la mise en place de la capacité d'obtenir des médecins contractuels dans le cadre du Programme de pourvoyeurs désignés et à la conclusion d'accords sur les niveaux de service entre les établissements de santé et les unités opérationnelles des FC. Pour exécuter le mandat que l'on a confié au SSFC par suite de l'examen de l'Op Phoenix, la structure actuelle de commandement et de contrôle reste la plus pratique pour le moment. Cependant, on devrait d'ici 18 à 24 mois étudier la possibilité d'établir une organisation centralisée des services de santé, dans l'intérêt à long terme de la prestation des soins en garnison aux membres des FC.

11. Ressources, effectifs et dotation en personnel du SSFC. Il est difficile de porter des jugements éclairés et objectifs à savoir si le renouvellement du personnel du SSFC est suffisant, à cause du rythme soutenu des opérations, du manque de données sur la charge de travail depuis qu'on a cessé de recueillir des renseignements à cet égard, du nombre important de postes vacants et de l'absence d'un système efficace de remplacement des médecins militaires par des civils. Il y a une prépondérance de membres du personnel médical dotés de compétences cliniques qui exécutent des fonctions de gestion et d'administration au sein du SSFC. En cette période de pénurie dans certains groupes professionnels cliniciens (médecins et adjoints médicaux), la question du renouvellement des effectifs va au-delà de la suffisance du personnel. Il faut savoir dans quelle mesure les ressources dont on dispose sont employées de manière appropriée et avec efficacité.

12. Recrutement et conservation de l'effectif des médecins. La dotation des postes de médecin atteindra bientôt des niveaux critiques (on prévoit que 70 p. 100 des postes seront à pourvoir d'ici l'exercice 2001), car le taux de recrutement de nouveaux médecins militaires (MM) généralistes dans le cadre du Programme d'instruction à l'intention des médecins militaires (PIMM) diminue alors que le taux d'attrition augmente (attrition de près de 80 p. 100 à l'expiration de la période de service obligatoire). Ces deux tendances

convergent pour créer une grave pénurie de MM praticiens. Le SSFC a adopté des stratégies d'accroissement du recrutement, dont l'efficacité reste à voir, mais il a pris très peu de mesures pour éviter le départ des médecins militaires. Les recommandations formulées dans le présent rapport visent à apporter des solutions.

13. Moral, attitude et capacité de changement des effectifs. Dans l'ensemble du SSFC, le moral des troupes est faible. Un facteur important qui contribue à l'affaiblissement du moral est le sentiment généralisé que le service de santé est en chute libre. Cette impression vient autant des cliniciens que des administrateurs et elle est transmise au personnel du SSFC durant les contacts avec les patients. Le taux d'attrition est élevé, en particulier parmi les médecins militaires. Les commentaires négatifs diffusés dans les médias, dans les rapports gouvernementaux et dans le cadre des audiences du Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants (CPDNAC) ont aussi miné le moral du personnel du SSFC. Des professionnels et du personnel de soutien extrêmement tendus, incertains de l'orientation stratégique de l'organisation et épuisés des changements administratifs qui ne semblent avoir aucune fin et de la lourdeur de leur charge de travail qui ne semble pas vouloir s'apaiser, ont manifestement les nerfs mis à rude épreuve et cela est évident dans leur attitude au travail et dans les soins qu'ils donnent aux patients. Alors que la capacité de changement qu'il reste à ce groupe est minime, d'autres transformations s'imposent. Ce n'est qu'avec beaucoup d'aide et d'appui de la part de la Branche des services de santé, des dirigeants du Ministère et d'autres sources que ce groupe sera en mesure de réaliser ce qu'il reste à faire pour combler les lacunes de la prestation des soins de santé en garnison.

14. Administration des soins aux patients en garnison. Les patients des FC font une corrélation étroite entre l'administration de leurs soins de santé et la qualité des soins qu'ils reçoivent. Dans de nombreuses circonstances, les clients jugeaient qu'ils étaient mal servis du fait que le système a été incapable de doter en médecins civils certaines installations en garnison (continuité des soins), que les médecins consacrent une trop grande part de leurs rendez-vous à accomplir des tâches administratives plutôt qu'à offrir des soins, que les dossiers des patients se perdent, que certains dossiers sont incomplets, que des résultats d'examen de laboratoire s'égarent et que les dossiers des patients n'arrivent pas à temps chez les spécialistes consultés. Par ailleurs, les militaires qui se rendent dans des cliniques civiles lorsqu'il n'existe pas d'établissement de santé militaire éprouvent des difficultés administratives - certaines cliniques civiles exigent par exemple que des services rendus aux patients des FC soient payés au comptant. Or, le SSFC tente de résoudre certains de ces problèmes, et l'équipe d'examen formule des recommandations et des stratégies afin d'en régler d'autres. Les solutions qu'élabore le SSFC ne garantissent aucun correctif immédiat. Par conséquent, dans l'intervalle, le patient continue d'éprouver des frustrations et des désagréments, ce qui érode sa confiance envers son régime de santé.

15. Migration des idées. Le SSFC comporte plusieurs cloisonnements organisationnels et professionnels qui nuisent à la transmission des idées. Le SSFC doit prendre des mesures définies afin de supprimer ces obstacles et de faire en sorte que les bonnes idées autant que les expériences qui ont moins bien réussi soient communiquées au sein des organisations et entre organisations. Vu le taux de roulement élevé, les postes permanents non comblés et l'absence de profondeur des organisations attribuables aux réductions en personnel, les membres du SSFC n'ont plus la possibilité d'apprendre eux-mêmes par essai et erreur. Il est essentiel à l'efficacité future du SSFC que l'on puisse échanger régulièrement des idées. Pour garantir l'efficacité à long terme du SSFC, l'échange d'idées, de connaissances, d'expériences et de solutions en ce qui concerne les services de santé est indispensable dans un groupe aussi restreint de professionnels de la santé. Il incombera aux dirigeants et aux gestionnaires supérieurs du Service de santé de favoriser et d'encourager par tous les moyens la migration des idées au sein de la Branche.

16. Gestion de l'information et technologie de l'information. Le SSFC n'est pas encore doté d'un système central de GI/TI permettant de soutenir la prestation des soins en garnison. Les systèmes de ce genre en sont encore à leurs balbutiements dans le secteur civil, et à notre connaissance, aucun n'est fonctionnel à ce jour. Les FC doivent prendre en considération le facteur de la sécurité dans leur quête d'une plus étroite collaboration avec le secteur civil. Le concept de la *migration des idées* procure l'occasion d'échanger des solutions provisoires de GI/TI qui ont été élaborées à l'échelle locale d'ici la mise en place éventuelle d'un système organisationnel de GI/TI pour les FC.

17. Nouvelles initiatives. En collaboration avec des organisations internes et externes, le SSFC a entrepris la mise en oeuvre d'une gamme d'initiatives visant à mieux répondre aux besoins en services médicaux des membres des Forces canadiennes en garnison. On devrait reconnaître les contributions importantes que le SSFC et ses partenaires apportent ou apporteront à ces services. En vue de l'amélioration de la gestion des soins en garnison, l'équipe d'examen estime que des visites d'aide d'état-major, sous la direction du QG GMFC, seraient un excellent moyen de cerner des améliorations convenant à chacun des emplacements et de favoriser la migration des idées entre les GPM et les organisations du SSFC. Parmi les autres grandes initiatives relevées dans le rapport, mentionnons les suivantes :

- Programme de pourvoyeurs désignés - un moyen d'aider les militaires et les fournisseurs de soins de santé à obtenir des renseignements sur la santé ainsi que des services médicaux du milieu civil;
- Centre du MDN et d'Anciens combattants Canada (ACC) pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leurs familles - un point de liaison permettant d'aider les militaires durant la période de transition entre les soins qu'ils reçoivent des forces armées et les services qu'ils obtiennent d'ACC et d'autres organisations;

- CF-98, Rapport en cas de blessure ou de mort subite - on veille à ce que ce formulaire soit rempli et accessible lorsque les militaires ont besoin de demander des indemnités de retraite liées à des problèmes de santé;
- Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes (PAMFC) - un programme confidentiel visant à aider les militaires qui ont été victimes de harcèlement, d'agression sexuelle ou de harcèlement sexuel à obtenir le plus rapidement possible de l'aide psychosociale;
- Centres des sciences du comportement opérationnel - ces cinq centres établis un peu partout au Canada permettent aux militaires qui souffrent de maladies, ou qui éprouvent une réaction normale à des situations anormales, de recevoir une aide confidentielle. Les nombreux militaires qui souffrent du syndrome du stress post-traumatique pourront recevoir des traitements à ces centres;
- Guide d'information sur les services de santé des FC - un document exhaustif permettant aux militaires de mieux comprendre les indemnités et les services de santé auxquels ils ont droit et les moyens d'y accéder.

18. Analyse comparative. On a établi une comparaison entre le Service de santé des FC et les services offerts par trois pays membres de l'Alliance, soit le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis. La tendance générale veut que les forces armées se retirent de l'administration des hôpitaux et établissent des partenariats avec le réseau civil de la santé. D'autres pays éprouvent des difficultés semblables au SSFC en ce qui concerne le recrutement et le maintien en poste des médecins militaires. Certains adoptent également des stratégies différentes, tel le concept américain du gestionnaire des soins primaires pour le renforcement des services en garnison. Tout comme la migration des idées a son importance au MDN et dans les FC, le SSFC doit s'informer des mesures que prennent nos alliés pour voir si leurs réussites pourraient s'appliquer au contexte canadien.

### **Conclusions générales**

19. Doté en majeure partie de militaires et de civils hautement spécialisés, compétents, dévoués et engagés, le SSFC est une organisation épuisée qui manque d'orientation stratégique et que certains perçoivent en déclin. Le SSFC a subi des réductions d'effectifs, des restructurations, des réaménagements, des taux élevés d'attrition et de roulement, et le moral affaibli et le pessimisme qui en découlent se répercutent sur les services offerts aux patients ayant besoin de soins médicaux en garnison. L'organisation est difficilement en mesure de subir d'autres changements.

20. Reconnaissant le fait que le SSFC a vécu des changements extraordinaires au cours des dernières années, l'équipe d'examen a tâché de proposer des recommandations utiles et pertinentes, et un plan d'action élaboré par un groupe de travail spécial du CEMD a été inclus dans le rapport. Les recommandations et le plan d'action visent à combler les lacunes qui peuvent être corrigées et à proposer des stratégies générales pour régler les problèmes dont les solutions sont moins évidentes. Formuler des recommandations qui donneraient des résultats plus draconiens et dont les avantages pourraient être contestés risquerait de réduire à rien certains des travaux positifs qui ont été réalisés dans le cadre de l'Op Phoenix et de perturber davantage une organisation déjà tendue. L'équipe d'examen propose ses suggestions et recommandations dans l'intention d'aider le SSFC à apporter une contribution accrue à la qualité de vie des membres des FC en exerçant son rôle indispensable de pourvoyeur de services de santé.

## **PARTIE 1 - INTRODUCTION**

### **CONTEXTE**

1.1 En janvier 1999, le Chef – Service d'examen (CS Ex) a été chargé de soumettre le Service de santé des Forces canadiennes (SSFC) à un examen portant sur les questions et préoccupations qui avaient été signalées à l'attention de la haute direction<sup>1</sup>. Même si le SSFC avait fait l'objet de nombreux examens au fil des ans, il n'avait pas été soumis à une évaluation indépendante depuis l'exercice de renouvellement et de restructuration en profondeur entamé en 1994 sous le nom de l'opération Phoenix.

1.2 L'étude S-42 réalisée par le CS Ex en 1997 a confirmé la raison d'être du SSFC, laquelle a été confirmée à nouveau dans l'Évaluation du programme E1/92 – Services médicaux et dentaires, publiée en 1993 par le CS Ex. On soulève dans ces études antérieures du CS Ex plusieurs principes fondamentaux qui justifient le maintien d'un Service de santé des Forces canadiennes. L'organisation des FC, du MDN et du service de santé en particulier a subi des changements spectaculaires au cours des dernières années, mais certains facteurs de base restent immuables : «(...) Les membres des FC exercent des responsabilités illimitées. C'est-à-dire, ils doivent être prêts à s'engager totalement, au risque de leur vie, à servir leur pays. On s'attend en retour des commandants qu'ils veillent à ne pas gaspiller les ressources en personnel militaire et à ce qu'ils prennent toutes les mesures possibles pour assurer les soins et la survie du personnel qui relève de leur commandant en temps de paix et de guerre.»<sup>2</sup> (traduction libre)

1.3 Il est important de noter que l'opération Phoenix a marqué un point tournant pour le SSFC, car l'organisation renouvelée était fondée sur un service médical axé davantage sur les opérations qui réaliserait ses objectifs en faisant appel à un personnel militaire réduit et en confiant au secteur civil un plus grand nombre de services en garnison. La prestation aux FC de services de santé de grande qualité dans le contexte découlant de l'Op Phoenix est un élément crucial du programme du Ministère visant à rehausser la qualité de vie des militaires. Les FC tiennent encore à ce que le SSFC dispense des services médicaux de qualité, tout en reconnaissant que des changements majeurs ont été apportés. Par conséquent, c'est dans le contexte des récents changements spectaculaires survenus au SSFC que cet examen du CS Ex a été entamé.

---

<sup>1</sup> Rencontre entre le général Baril, Chef d'état-major de la Défense, le lieutenant-général Leach, Chef d'état-major de l'Armée de terre, le major-général Couture, Sous-ministre adjoint par intérim (Ressources humaines - Militaires) et le major-général Penney, Chef – Service d'examen, le 13 janvier 1999

<sup>2</sup> Chef – Service d'examen / Directeur général – Évaluation des programmes, NDHQ Program Evaluation E1/92 - Medical and Dental Services, novembre 1993, pages 31-32

## **BUT ET PORTÉE**

1.4 Le présent examen a pour but de fournir à la haute direction du Ministère des constatations, une analyse et des recommandations en ce qui a trait à l'efficacité du SSFC pour la prestation des soins en garnison aux membres de la Force régulière. Outre qu'elle a été chargée d'examiner les questions ayant une incidence sur la qualité et la prestation des soins médicaux en garnison aux FC, l'équipe d'examen du CS Ex a été chargée d'étudier la «continuité des soins au sein du SSFC» ainsi que la gestion et l'administration des «catégories médicales temporaires».

1.5 La portée de cet examen a été limitée à la prestation des services médicaux en garnison. La prestation des services médicaux opérationnels aux membres des FC sur le théâtre ou en déploiement, les questions liées aux soins médicaux offerts aux réservistes et la prestation des soins dentaires ont été exclus de l'examen. L'équipe du CS Ex a toutefois déterminé en cours d'examen que les réservistes pourraient tirer avantage d'une analyse des questions ayant une incidence directe sur la prestation des soins médicaux aux membres de la Force régulière.

## **SECTEURS D'EXAMEN**

1.6 Outre les deux questions d'examen qui ont été clairement confiées à l'équipe chargée de l'examen, soit *la continuité des soins* et *l'administration des catégories médicales temporaires*, il y a un éventail de facteurs secondaires qui influencent la qualité et la prestation des soins de santé dans les FC. Certaines de ces questions secondaires abordées dans le rapport englobent les suivantes, sans toutefois s'y limiter : *qualité des soins dispensés aux membres des FC; organisation, commandement et contrôle; ressources humaines et gestion de l'information et technologie de l'information.*

## **MÉTHODOLOGIE**

1.7 Plus de 70 entrevues ont été réalisées et analysées dans trois bases militaires ainsi qu'au Centre de santé de l'Unité de soutien des Forces canadiennes Ottawa (CS USFC(O)), au Quartier général de la Défense nationale (QGDN), à la GRC, à Santé Canada et auprès de pourvoyeurs de services de santé du secteur privé. Par ailleurs, 17 groupes de discussion ont été réunis à six emplacements d'un bout à l'autre du Canada, notamment aux BFC Halifax, Gagetown, Borden, Ottawa, Cold Lake et Petawawa.

1.8 Les membres de l'équipe d'examen ont consulté le personnel des services de santé des ministères de la Défense des États-Unis, du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande. Les renseignements qu'ils ont recueillis ont permis à l'équipe de tenir compte des similitudes et des divergences durant l'analyse de la situation du MDN et des FC.

## **STRUCTURE DU RAPPORT**

1.9 On trouvera à la partie 2 une discussion et une analyse des questions que l'équipe a été chargée d'explorer et d'autres facteurs qui se sont présentés au fil de l'examen. La partie 3 renferme un résumé des énoncés de conclusion, notamment des recommandations et des solutions de changements qui rehausseraient l'efficacité de la prestation des services de santé aux FC. On trouvera à la partie 4 un plan d'action, élaboré par un groupe de travail mis sur pied à la demande du CEMD suite à la tenue de l'examen du CS Ex, qui devrait aider à établir l'ordre des priorités des mesures à prendre en vue d'effectuer les améliorations qui s'imposent dans la prestation des soins aux patients en garnison.

## **REMERCIEMENTS**

1.10 L'équipe d'examen remercie sincèrement de leur précieuse collaboration tous les membres du personnel du MDN et des FC qu'elle a consultés, ainsi que les organisations qui ont soumis des travaux de recherche et de la documentation qui ont aidé à évaluer les soins de santé primaires dispensés aux militaires. L'équipe tient tout particulièrement à reconnaître la contribution des membres des FC qui ont communiqué volontiers et ouvertement leurs opinions et leurs expériences sur les questions faisant l'objet de l'examen durant les entrevues et les séances de consultation du CS Ex.

## **PARTIE 2 - ANALYSE DES QUESTIONS D'EXAMEN**

### **FACTEURS DÉTERMINANTS AYANT UNE INCIDENCE SUR LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ EN GARNISON**

2.1 Dans le cadre de cet examen, l'équipe a observé trois facteurs ou thèmes prépondérants qui devraient être énoncés dès le départ pour aider à comprendre le fonctionnement du SSFC et son évolution au fil des ans. Ces facteurs déterminants sont expliqués dans les trois paragraphes qui suivent.

#### **Écarts entre les régions**

2.2 De nombreux défis qui se posent au SSFC sont de nature systémique et touchent les FC partout au pays, mais il existe des différences entre les régions. En conséquence, il ne convient pas toujours d'adopter une solution ou une approche qui soit la même pour tous. La reconnaissance de ces différences permettrait d'adapter l'application des directives et des politiques organisationnelles à chaque emplacement de manière à mieux répondre aux besoins des FC et du MDN.

#### **Corrélation entre les secteurs d'examen**

2.3 Un bon nombre des défis que doit relever le SSFC sont interreliés et interdépendants. Ainsi, les solutions que l'on apporte engendrent souvent des améliorations dans d'autres secteurs. Lorsqu'un problème est réglé, cela a un effet multiplicateur à l'échelle de l'organisation. De même, le fait de ne pas résoudre certains problèmes a des conséquences, car cela peut exacerber les difficultés qui existent ou en créer de nouvelles. Pour cette raison, au moment de tirer des conclusions et de proposer des recommandations, l'équipe d'examen a centré son attention sur les secteurs qui étaient le plus susceptibles d'améliorer la prestation des soins de santé aux militaires en garnison et qui relevaient de la «sphère d'influence» des gestionnaires et des dirigeants des FC et du SSFC.

#### **Mise en oeuvre de l'opération Phoenix**

2.4 Les principales répercussions de l'Op Phoenix sur la capacité du SSFC d'offrir des services de santé de qualité en garnison découlent des mesures prises comme suite aux recommandations de cette opération. En juin 1995, le Conseil des Forces armées a approuvé en principe le plan stratégique de l'Op Phoenix. Une équipe a été constituée dans le cadre du Projet de renouveau des services de santé des Forces canadiennes (PRSSFC) pour mettre en oeuvre la restructuration du SSFC et du SDFC. Dès le début du processus, on s'est rendu compte qu'il fallait approuver un plan directeur d'application pour restructurer le SSFC car les changements avaient une incidence sur tous les secteurs des FC.

2.5 En 1996, un plan directeur d'application (PDA) a été élaboré en vue de la restructuration des services médicaux et dentaires des FC, avec la collaboration des responsables des divers éléments de capacité (EC). Les chefs d'état-major des armées (CEMA) et d'autres dirigeants/gestionnaires supérieurs ont été informés du plan directeur définitif, mais celui-ci n'a jamais été signé. Sans l'approbation officielle du Ministère à l'égard du PDA, on ouvrirait la porte à la mise en oeuvre de certains éléments du concept de l'opération Phoenix en l'absence de directives organisationnelles précises.

## **FONDEMENT JURIDIQUE ET MANDAT DU SSFC**

### **Fondement juridique du Service de santé des Forces canadiennes**

2.6 Comme il a été indiqué dans des travaux antérieurs d'évaluation du programme de prestation des soins médicaux aux membres des FC<sup>3</sup>, le personnel du Juge-avocat général (JAG) a déterminé qu'il y a trois principales mesures législatives qui confèrent au gouvernement fédéral la responsabilité de fournir des soins médicaux aux membres des Forces canadiennes. Le premier de ces textes de loi, soit la Loi constitutionnelle de 1867, prescrit que les questions liées à la défense (les services de santé offerts aux membres des FC en sont une) relèvent de la compétence du gouvernement fédéral. Le deuxième texte de loi, la *Loi sur la défense nationale*, autorise le gouverneur en conseil et le ministre de la Défense nationale à veiller à l'organisation, à l'efficacité, à l'administration et à la saine gestion des FC, ce qui englobe la prestation de soins médicaux aux membres des FC. L'article 34.07 des ORFC – Droit aux soins médicaux – est un exemple de règlement de ce genre.

2.7 La *Loi canadienne sur la santé* (1984) est le troisième texte de loi qui impose indirectement aux FC l'obligation juridique de dispenser des soins de santé aux membres des FC. En vertu de cette loi, les membres des FC sont exemptés de la liste des «personnes assurées» à qui des services de santé sont offerts en vertu des régimes provinciaux d'assurance-maladie. Même si les membres des FC sont exclus de par la loi des régimes provinciaux d'assurance-maladie, en tant que citoyens canadiens ils devraient aussi, par principe et par souci d'efficacité militaire, avoir droit à la *protection*, à la *promotion* et au *rétablissement* de leur santé conformément aux principes de la politique canadienne en matière de santé tels qu'ils sont énoncés à l'article 3 de la *Loi canadienne sur la santé*. En vertu de ces mesures législatives, les FC ont la responsabilité légale de la prestation de soins médicaux à leurs membres.

---

<sup>3</sup> Chef - Service d'examen / Directeur général - Évaluation des programmes, *NDHQ Program Evaluation E1/92 - Medical and Dental Services*, novembre 1993, pages 31-32

## **Mandat du Service de santé des Forces canadiennes**

2.8 La responsabilité de la prestation d'un service de santé militaire dévolue aux FC est implicite du fait que le personnel militaire n'est pas couvert par les régimes provinciaux d'assurance-maladie comme le prescrit la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Par conséquent, les FC pourraient avoir comme objectif de fournir à leurs membres des services de santé qui soient plus ou moins comparables à ceux qui sont accessibles aux citoyens canadiens en vertu des régimes provinciaux d'assurance-maladie. Dans cette optique, le CEMD a publié l'article 34 des ORFC, prescrivant que des services de santé soient dispensés aux membres des FC et énonçant le mandat du SSFC.<sup>4</sup>

2.9 Par tradition, le service de santé des FC a pour rôle de préserver les effectifs et de veiller à ce que ses membres soient en bonne santé et puissent reprendre leurs fonctions dès que possible s'ils tombent malades ou sont blessés. On reconnaît que les membres des FC exercent des «responsabilités illimitées». Pour sa part, la chaîne de commandement a la responsabilité de faire un usage judicieux du personnel militaire et de prendre tous les moyens pour assurer les soins et la survie des personnes qui relèvent de son commandement en temps de paix comme en temps de guerre. Le CEMD<sup>5</sup> a réitéré cette responsabilité lorsqu'il a fait la déclaration suivante :

«La profession militaire est une occupation fondamentalement dangereuse, que ce soit au Canada ou à l'étranger. En échange de leurs engagements et de leurs responsabilités illimitées, marins, soldats et hommes et femmes de l'aviation ont le droit de s'attendre aux meilleurs soins médicaux possibles.»

Il est donc implicite que le mandat du SSFC consiste à faire en sorte que les membres du personnel des FC reçoivent des soins de santé exhaustifs et de grande qualité qui soient comparables à ceux que l'on offre à tous les Canadiens en vertu des régimes provinciaux d'assurance-maladie, en temps de paix aussi bien qu'en temps de guerre.

---

<sup>4</sup> Ordonnances et règlements royaux applicables aux Forces canadiennes, Chapitre 34 - Services médicaux, date de publication inconnue, 34.07 - Droit aux soins médicaux «(...) Au Canada, les soins autorisés par le présent article doivent être dispensés : a) dans une installation médicale exploitée par les Forces canadiennes ou, lorsque le commandant de l'officier ou militaire du rang l'autorise (...) dans une installation médicale exploitée par un autre ministère du gouvernement ou par un organisme civil; et b) par un médecin des Forces canadiennes ou (...) par un médecin qui est au service d'un autre ministère du gouvernement fédéral, un médecin civil ou par d'autres membres d'un service de santé, ainsi que l'autorise le chef d'état-major de la défense.»

(Des paragraphes semblables se trouvent dans les ORFC concernant les soins d'urgence et les soins de santé en pays étranger.)

<sup>5</sup> Message CANFORGEN 065/99 CDS 054, le 29 juillet 1999

## **ORIENTATION STRATÉGIQUE DU SSFC**

2.10 Un point qui a été soulevé fréquemment durant les visites sur le terrain au Canada et au QGDN était la nécessité d'une orientation stratégique sur laquelle fonder la prestation de soins de santé en garnison dans les FC. Les coordonnateurs des soins de santé (CSS) sont un groupe en particulier qui souhaitent recevoir des directives sur la portée des activités qui devraient être du ressort de leurs cliniques en garnison. En l'absence de cette orientation, certains CSS avaient du mal à établir des limites ou des paramètres quant à la nature et au type des traitements médicaux à exécuter dans leurs installations et à distribuer en conséquence les ressources qui relevaient de leur compétence. Même si les CSS savent que le Chef - Service de santé vise à fournir un niveau uniforme de soins de santé en garnison à l'échelle nationale, la réalisation de cet objectif s'est avérée difficile sans orientation stratégique générale.

2.11 Le besoin d'orientation stratégique ne se limite pas aux CSS; il a été exprimé par tout un éventail de groupes du SSFC. Au sein du QG GMFC lui-même, les membres du personnel ont dit avoir à régler des crises quotidiennes, dont certaines continueront de se présenter sans égard à l'existence d'orientations stratégiques. Ils ont toutefois laissé entendre qu'ils pourraient appliquer des solutions plus uniformes si une orientation stratégique était établie pour la Branche des services de santé. Comme on l'a indiqué à plusieurs reprises à l'équipe d'examen, le SSFC ne peut être pertinent du point de vue opérationnel, maintenir une grande qualité de services en garnison et coûter moins cher alors que les provinces et les territoires ont réduit leurs budgets consacrés à la santé et qu'il y a des pénuries dans certains groupes de professionnels de la santé au Canada. Le SSFC ne peut pas combler tous les besoins; il faut plutôt lui donner une orientation afin qu'il sache quels secteurs accentuer.

2.12 Le SSFC n'est pas le seul service de santé militaire à ressentir le besoin d'orientation stratégique. Comme l'a fait remarquer le ministère britannique de la Défense dans l'introduction à son document d'orientation stratégique<sup>6</sup> (traduction libre) :

«(...) Une critique souvent formulée par le personnel médical de la Défense au cours des dernières années est le manque de vision d'avenir de leur service. L'absence d'orientation crée un climat d'incertitude, qui se répercute inévitablement sur le moral. Le point de départ du présent document est donc d'énoncer une nouvelle vision pour le service de santé de la Défense (...) On expliquera ensuite les moyens que l'on prendra pour atteindre la vision (...)»

---

<sup>6</sup> Ministère de la Défense du Royaume-Uni, <http://www.mod.uk/policy/medical/intro.htm>, *Defence Medical Services: A Strategy for the Future*, 1998

2.13 Jusqu'à récemment, le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes ne disposaient d'aucun document organisationnel auquel les membres du personnel pouvaient se référer pour obtenir des directives stratégiques. Le Chef d'état-major de la Défense et le Sous-ministre (SM) ont signé en juillet 1999 la Stratégie 2020, qui énonce une perspective stratégique pour le Ministère et les FC. Lorsque les chefs de groupe et les titulaires de postes équivalents tâchent maintenant de donner une orientation stratégique à leur personnel, il existe un cadre qui leur procure des paramètres et un contexte d'évaluation des mesures que peuvent prendre leurs organisations respectives.

2.14 La Stratégie 2020 fournit donc un cadre d'orientation stratégique du Ministère et des FC permettant à des organisations comme le Service de santé d'élaborer une voie à suivre. Également, les dirigeants supérieurs responsables de la prestation des services de santé (le SMA(RH-Mil) et le DGSS/Chef – Service de santé) ont l'avantage de pouvoir tirer parti de l'expérience récente de l'équipe qui a élaboré la Stratégie 2020, au moment de l'étude de diverses méthodes d'élaboration d'une stratégie qui leur soit propre.

2.15 Comme ce fut le cas pour l'établissement de la Stratégie 2020, l'élaboration de l'orientation stratégique du SSFC ne sera pas aussi simple que de demander au SM/CEMD et au SMA(RH-Mil) quelles sont leurs attentes à l'égard du Service de santé des Forces canadiennes. Pour établir des directives pertinentes, il faudra plutôt adopter un processus itératif qui engage les dirigeants supérieurs et les autres intervenants clés. L'exercice devra être bien communiqué à l'ensemble de la Branche, et il faudra solliciter la rétroaction et les idées de tous les intéressés.

### **Conclusions relatives à l'orientation stratégique**

2.16 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. les pourvoyeurs de services de santé du SSFC ne trouvent pas qu'une orientation stratégique a été clairement articulée en ce qui a trait à la prestation des services médicaux dans les FC;
- b. l'absence d'orientation stratégique a fait en sorte que le SSFC est épuisé des changements et se demande quel est le plan à long terme de l'organisation et quelles priorités stratégiques lui permettraient de le réaliser;
- c. l'élaboration d'une orientation stratégique exige un processus réfléchi, interactif et itératif qui engage pleinement les bénéficiaires, les intervenants et les fournisseurs du programme;
- d. le personnel du SSFC doit savoir que le processus est en cours, qu'ils auront l'occasion de collaborer au plan et qu'il y aura de nombreuses communications sur les résultats de l'orientation stratégique de la Branche.

## **Recommandations relatives à l'orientation stratégique**

2.17 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :

- a. que l'on prenne des mesures sans tarder afin d'entamer l'élaboration de l'orientation stratégique de la Branche du SSFC;
- b. qu'une stratégie de communication soit élaborée afin d'informer tous les membres du SSFC des objectifs et du processus liés à la formulation de «l'orientation stratégique»;
- c. que l'exercice de conception de «l'orientation stratégique» porte sur tous les aspects des services de santé et qu'il ne se limite pas aux services médicaux.

## **CONCEPT DES OPÉRATIONS ET INCIDENCE DE L'OP PHOENIX SUR LES SOINS EN GARNISON**

### **Contexte du concept des opérations régissant les soins en garnison**

2.18 Le concept opérationnel de la prestation des soins médicaux en garnison a évolué au cours des dernières années et il continue d'évoluer. Il y a eu toute une gamme d'études sur le SSFC au fil des ans, comme on l'indique à la partie 1, mais quatre événements ou études en particulier de l'histoire récente de la Branche ont eu une incidence significative sur le concept des opérations régissant la prestation des soins médicaux en garnison.

2.19 La chaîne des événements survenus depuis le début de cette décennie qui ont donné l'élan à la transformation du SSFC remonte au rapport de 1990 du Bureau du vérificateur général (BVG). Entre autres choses, le rapport indique ce qui suit :

«(...) le réseau de soutien médical n'a pas été conçu pour répondre aux exigences du temps de guerre; il vise avant tout à satisfaire aux besoins en temps de paix. (...) le Ministère constate des lacunes qui remettent en question la capacité des Forces canadiennes d'assurer un soutien médical complet et continu en temps de guerre.»<sup>7</sup>

La publication des résultats de cette vérification a été un moment crucial pour le SSFC, car un organisme d'examen externe et indépendant mettait officiellement en doute la capacité des FC de répondre aux besoins médicaux opérationnels.

---

<sup>7</sup> Rapport 1990 du vérificateur général du Canada, Ministère de la Défense nationale – Gestion des ressources humaines – Soutien médical, 1990

2.20 Un deuxième événement significatif a été la publication, en 1992, de l'évaluation des services médicaux et dentaires menée par le CS Ex.<sup>8</sup> Durant les entrevues réalisées à cet effet, le personnel du SSFC a confirmé hors de tout doute que le message transmis par le BVG en 1990 était fondé et il a reconnu que le service n'avait pas axé son orientation davantage sur les opérations. Même si l'on reconnaissait l'importance des soins médicaux en garnison aussi bien que dans le cadre des opérations, l'extrait ci-après d'un document d'état-major du Sous-ministre adjoint associé (Personnel)<sup>9</sup> illustre bien la préséance accordée aux soins opérationnels.

«(...) Le SSFC a pour rôle de veiller à ce que le personnel des FC soit en santé, à ce qu'il soit apte à exécuter ses fonctions et à ce qu'il dispose de soins médicaux opportuns et efficaces en temps de paix comme en temps de guerre. Le service médical doit avant tout pouvoir soutenir à bref préavis une force en déploiement opérationnel n'importe où dans le monde et fournir des soins médicaux jusqu'au niveau trois (chirurgie d'urgence nécessaire à la survie); le traitement doit être approprié et dispensé en temps opportun; et les patients doivent reprendre leurs fonctions dans les meilleurs délais. Par ailleurs, le SSFC doit assurer l'état de santé opérationnel des Forces. » (traduction libre)

2.21 À compter de 1989, les réductions budgétaires se sont succédé jusqu'en 1998-1999. Après avoir absorbé leur part des compressions pendant six ans, tout en n'apportant que des changements minimes à leur mode de fonctionnement, les services (médicaux et dentaires) de santé des FC ont reconnu la nécessité de modifier en profondeur leurs méthodes de prestation pour rester efficaces dans un climat de restrictions financières. Par conséquent, il a été décidé en 1994 que le SSFC constituerait une équipe baptisée l'opération Phoenix, qui serait chargée de restructurer les services de santé des FC.

2.22 Comme il a été mentionné dans les paragraphes antérieurs de cette partie du rapport, le plan directeur d'application (PDA) n'a pas été signé par le Ministère. Ainsi, même si l'on a obtenu en 1995 la reconnaissance et l'approbation officielles de la haute direction à l'égard de la stratégie de renouveau du SSFC<sup>10</sup>, malheureusement pour le SSFC et ses dirigeants, personne n'a approuvé le PDA ni d'autre mandat de mise en oeuvre. Cette faille dans le processus d'approbation a eu pour effet de fragmenter la mise en oeuvre de l'Op Phoenix. C'est en partie à cause de la mise en oeuvre partielle du concept de l'Op Phoenix que les soins en garnison sont dispensés comme ils le sont aujourd'hui.

---

<sup>8</sup> Chef – Service d'examen / Directeur général – Évaluation des programmes, NDHQ Program Evaluation E1/92 - Medical and Dental Services, novembre 1993

<sup>9</sup> Directeur – Gestion des ressources humaines civiles, Discussion Paper: Rationalization of Canadian Forces Medical Services Minimum Manpower Requirement, 9 novembre 1992

<sup>10</sup> Conseil des Forces armées, Op Phoenix - Renouveau des services de santé des FC, juin 1995

## **Concept des opérations régissant les soins en garnison**

2.23 L'un des principaux objectifs de l'Op Phoenix était de structurer le personnel militaire du SSFC en unités à l'appui des opérations des FC et de n'utiliser ces ressources pour fournir des services de santé en garnison que dans la mesure où elles seraient disponibles. On s'attendait également que, grâce à la mise en oeuvre du concept de l'Op Phoenix, les membres de divers groupes professionnels militaires puissent maintenir leurs compétences cliniques et professionnelles en milieux cliniques civils (maintien des compétences par le biais d'accords d'intégration à des hôpitaux civils) et en milieux éducatifs plus structurés (formation médicale continue). Une petite équipe de gestion a été constituée dans chacune des grandes bases des FC pour coordonner la prestation des soins de santé en garnison. On devait fournir les soins de santé en garnison à l'aide du personnel opérationnel de la santé des FC, qui serait affecté aux bases militaires, et au moyen de ressources civiles, qui assureraient les services nécessaires soit à l'établissement de la base, soit à des centres civils dans la localité.

2.24 La priorité étant accordée aux opérations, la majorité des membres du personnel médical relèvent du GMFC et des chefs d'état-major d'armée (CEMA) plutôt que des autorités qui sont directement responsables de la prestation des services aux patients en garnison. Les ressources du GMFC soutiennent le déploiement du 1<sup>er</sup> Hôpital de campagne du Canada et des unités chirurgicales avancées. Les CEMA sont également dotés des ressources en personnel médical nécessaires à la dotation en personnel des ambulances de campagne de brigade, des unités médicales d'aérodrome, des éléments des unités médicales soutenant les bataillons, les aéronefs et les évacuations sanitaires, ainsi que des services médicaux à bord de navires.

2.25 L'importance accordée aux opérations et l'ampleur des ressources qui y sont consacrées font en sorte qu'il reste un nombre minimal de membres du SSFC pour soutenir les soins en garnison. Ces services sont offerts en grande partie par l'entremise des centres de santé des bases/escadres où travaillent les coordonnateurs des soins de santé (médecins militaires) sous la direction d'un administrateur des soins de santé. Ces ressources font partie de l'effectif des bases/escadres qui relèvent du commandement et du contrôle du commandant de la base. Les centres de santé sont aussi soutenus par des médecins civils contractuels, qui travaillent à temps complet ou à temps partiel selon les arrangements conclus. En règle générale, les médecins militaires, les spécialistes, les infirmières et les adjoints médicaux appartiennent au GMFC ou à l'ambulance de campagne et sont prêtés aux centres de santé lorsqu'ils ne sont pas en déploiement, en formation ou engagés ailleurs dans des activités liées aux opérations primaires.

2.26 Dans l'Armée de terre, les médecins d'unité et les adjoints médicaux (A Méd) dispensent des soins aux unités lorsqu'elles sont en garnison. Lorsque l'unité est affectée ailleurs, les MM d'unité et les adjoints médicaux sont déployés en même temps que l'unité. Les membres de l'unité qui ne sont pas déployés obtiennent leurs services en garnison des ambulances de campagne ou du centre de santé de la base/l'escadre.

2.27 Même si aucune doctrine ni politique ne l'indique clairement, les soins médicaux dans les FC sont basés sur le principe d'un continuum. Du point de vue des FC, les principaux éléments des soins de santé qu'elles doivent offrir sont la promotion de la santé, la prévention (santé publique), la médecine du travail, le rétablissement et un soutien médical déployable. Certains éléments sont offerts principalement dans le cadre des *soins en garnison*, tandis que d'autres sont associés davantage aux *opérations*, mais il y a des chevauchements. En termes plus simples, une personne que nous avons interrogée a décrit les soins en garnison comme des services servant à «préparer et réparer les soldats» et les soins médicaux à l'appui des opérations comme ceux qui sont offerts sur le théâtre. Le principal point à retenir est que les soins en garnison et opérationnels doivent constituer un continuum ininterrompu, en ce sens qu'aucun service ne doit être complètement indépendant de l'autre. L'objectif visé est que les membres des FC reçoivent, au Canada ou à l'étranger, des soins médicaux à tout le moins équivalents à ceux auxquels ont droit tous les citoyens canadiens.

### **Incidence de l'Op Phoenix sur les soins en garnison**

2.28 Pour simplifier, disons que l'Op Phoenix a eu des répercussions aussi bien favorables que défavorables sur la prestation des soins en garnison. En voici les résultats favorables :

- a. la publication du document des FC sur les soins de santé garantis par les FC<sup>11</sup>, dans lequel sont décrits les prestations et les services médicaux et dentaires qui sont accessibles et financés par l'État à l'intention des membres des FC et d'autres personnes admissibles;
- b. comme suite aux observations formulées par le BVG en 1990<sup>12</sup> concernant les insuffisances des hôpitaux militaires comparativement aux établissements civils équivalents, tous les hôpitaux agréés des FC sauf un ont été fermés ou réduits à une clinique ou un centre de santé et les services sont obtenus d'hôpitaux civils ou dans le cadre d'accords d'intégration;
- c. la mise en oeuvre de certains des concepts de l'Op Phoenix a fait ressortir des lacunes qu'il faut combler pour assurer un niveau approprié de soins médicaux en garnison aux membres des FC;
- d. le SMA(RH-Mil) a approuvé en juin 1999 le protocole d'entente entre le MDN et ACC sur le Programme de pourvoyeurs désignés (PPD), principalement aux fins du traitement des demandes d'indemnité. L'obtention de l'approbation de ce document entame un processus visant à améliorer sensiblement la prestation des soins en garnison, principalement par l'usage accru des services civils.

---

<sup>11</sup> Bureau du commandant du Groupe médical des Forces canadiennes / Chef - Service de santé des Forces canadiennes, Soins de santé garantis par les Forces canadiennes, décembre 1998

<sup>12</sup> Rapport 1990 du vérificateur général du Canada, Ministère de la Défense nationale - Gestion des ressources humaines - Soutien médical, paragraphes 23.22 à 23.29, 1990

2.29 Les aspects et les répercussions plus négatives de la mise en oeuvre de l'Op Phoenix sont indiqués ci-après :

- a. même si le plan stratégique de l'Op Phoenix a été approuvé en principe en juin 1995 par le Conseil des Forces armées, le plan directeur d'application (PDA) qui en découle n'a pas été signé par le Ministère. En l'absence d'un PDA (directive tactique faisant de l'Op Phoenix une réalité) approuvé par la haute direction, une grande latitude a été accordée implicitement au SSFC pour ce qui est des mesures à adopter et des moyens à prendre à cet égard. Il en a résulté une mise en oeuvre partielle et prolongée qui a imposé un lourd fardeau au personnel du SSFC, ce qui a eu une incidence sur la prestation des soins en garnison;
- b. certaines des hypothèses qui soutendaient l'Op Phoenix se sont avérées fausses, en partie à cause de changements imprévus survenus dans le milieu civil. Voici une liste partielle de certaines de ces circonstances :
  - (1) l'obtention des services du réseau civil s'est avérée plus coûteuse que prévu, car on ne s'attendait pas à ce que les FC soient facturées au taux maximum lorsqu'elles accéderaient aux régimes provinciaux de soins de santé;
  - (2) on n'avait pas prévu la réduction draconienne des budgets provinciaux consacrés à la santé, et l'arrivée des membres des FC exigeant des services du milieu civil a fait augmenter le nombre déjà croissant de patients par médecin d'un bout à l'autre du pays;
  - (3) on s'attendait que des outils de GI/TI soient en place pour appuyer la gestion des renseignements sur les patients dans l'ensemble des FC. À ce jour, aucun système organisationnel n'a été mis au point pour répondre à ce besoin de GI<sup>13</sup>.
- c. une partie du personnel du SSFC, qui en a assez des changements, est passablement démoralisée alors qu'on entame la cinquième année de mise en oeuvre du concept de l'Op Phoenix, visant à régler des questions que l'on a relevées pour la première fois il y a presque dix ans<sup>14</sup>;
- d. les coordonnateurs des soins de santé (autrefois les médecins-chefs des bases) sont incertains du rôle qu'ils doivent exercer et cherchent à obtenir de l'orientation sur la portée et la gamme des services qu'on souhaiterait qu'ils fournissent dans les centres de santé/cliniques des bases;

---

<sup>13</sup> La question de la GI/TI fait l'objet de plus amples discussions à la partie II du rapport.

<sup>14</sup> Rapport du vérificateur général du Canada, Ministère de la Défense nationale - Gestion des ressources humaines - Soutien médical, 1990

- e. les données non scientifiques recueillies par l'équipe du CS Ex indiquent qu'il est possible que les centres de santé/cliniques des bases ne soient pas dotés de suffisamment de personnel ou des ressources appropriées. Les cliniques dépendent maintenant du personnel du GMFC/des ambulances de campagne lorsqu'il est disponible. Or, lorsque ces ressources sont affectées à leurs fonctions premières, les centres de santé/cliniques des bases ne sont pas toujours en mesure de les remplacer. Les raisons les plus souvent citées sont l'insuffisance budgétaire et le manque de disponibilité des professionnels civils de la santé.

### **Conclusions relatives à l'incidence de l'Op Phoenix sur les soins en garnison**

2.30 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. la mise en oeuvre de l'Op Phoenix a eu des répercussions favorables et défavorables;
- b. du point de vue des retombées favorables, la mise en place de certains aspects de l'Op Phoenix, comme l'obtention de services civils, a sensibilisé le SSFC à des difficultés dont on ne connaissait pas parfaitement l'ampleur aux stades de planification de la restructuration;
- c. pour ce qui est des répercussions défavorables, la mise en oeuvre des concepts de l'Op Phoenix a été partielle et fragmentée. Ce processus, qui s'est étalé sur une longue période et qui n'est pas encore terminé, s'est avéré très difficile pour les pourvoyeurs de services médicaux et leurs clients, au point que d'importantes questions de moral et de confiance surgissent. Il en a découlé un effet d'érosion dans ces secteurs, et l'équipe d'examen estime que le SSFC mettra beaucoup de temps à s'en remettre.

### **QUALITÉ DES SOINS OFFERTS AUX MEMBRES DES FC**

2.31 *La Loi canadienne sur la santé* (1984) prescrit que les membres des Forces canadiennes ont droit à la même qualité de soins de santé que tous les Canadiens. En plus de ce droit fondamental, le CEMD a reconnu les responsabilités des FC en matière de soins de santé dans un récent message CANFORGEN<sup>15</sup> :

«La profession militaire est une occupation fondamentalement dangereuse (...) En échange de leurs engagements et de leurs responsabilités illimitées, marins, soldats et hommes et femmes de l'aviation ont le **droit** de s'attendre aux meilleurs soins médicaux possibles. (...) la santé et la sécurité de notre personnel demeurent notre préoccupation la plus importante.»

---

<sup>15</sup> Message spécial du CEMD (CANFORGEN), 29 juillet 1999

2.32 Comme il a déjà été mentionné, la *Loi canadienne sur la santé* exclut expressément les membres des FC des régimes provinciaux d'assurance-maladie en prescrivant qu'une personne assurée désigne «(...) un résident d'une province *autre qu'un membre des Forces canadiennes*». Par conséquent, à l'aide d'autres moyens que les régimes provinciaux d'assurance-maladie, les FC dispensent à leurs membres des services médicaux exhaustifs et compétents qui sont comparables à ceux que l'on offre à l'ensemble des citoyens canadiens.

2.33 Avant l'examen de restructuration du SSFC (Op Phoenix), l'évaluation de la DGEP en 1993 avait fait ressortir que les commandants autant que les membres du personnel étaient très satisfaits de la qualité des soins accessibles en garnison. À l'époque, le consensus était le suivant :

«(...) beaucoup confiance que le SSFC fournit d'excellents services quotidiens (...) et que les besoins médicaux du personnel seront comblés promptement et efficacement par le SSFC sans égard au coût du traitement.»<sup>16</sup> (traduction libre)

Durant l'examen, on a cherché à savoir si la qualité des soins de santé que reçoivent les membres des FC en garnison était comparable à celle offerte aux autres citoyens du Canada. Bien qu'il n'existe aucune norme de rendement définitive ni critère objectif permettant de l'établir, les réponses des groupes de discussion, la comparaison avec d'autres organisations militaires et un résumé des questions soulevées dans le cadre de l'examen donneront une indication des perceptions que l'on a en ce qui concerne la comparabilité des soins de santé offerts aux membres des FC depuis l'Op Phoenix.

2.34 Réponses des groupes de discussion. L'équipe d'examen a organisé dix-sept séances de discussion dans le cadre desquelles elle a demandé une rétroaction sur toute une gamme de questions. La composition des groupes était stratifiée en fonction de la population des FC : personnel médical, patients (de tous grades) et commandants ou superviseurs militaires. Elle leur a demandé leur avis sur la comparabilité des soins de santé fournis en garnison par le SSFC et des services offerts à tous les Canadiens. Lorsqu'on leur a demandé d'évaluer la qualité générale des soins offerts par le SSFC, 81 p. 100 des professionnels de la santé l'ont jugée acceptable ou supérieure et 50 p. 100 l'ont qualifiée de très bonne ou d'excellente. Lorsqu'on leur a demandé de comparer les soins en garnison aux services de santé que les provinces dispensent aux autres Canadiens, 92 p. 100 des membres du personnel médical ont jugé la qualité des soins équivalente ou supérieure. Par comparaison, 70 p. 100 des patients des FC ont exprimé l'avis que la qualité des soins médicaux en garnison se situait entre «adéquate et excellente», tandis que tous les commandants et superviseurs ont qualifié la qualité des soins médicaux fournis aux FC par le SSFC d'acceptable ou de supérieure. Lorsqu'on leur a demandé d'établir une comparaison entre les soins de santé du SSFC et les services des régimes provinciaux d'assurance-maladie offerts aux autres Canadiens, 80 p. 100 des commandants et des superviseurs ont qualifié le service des FC d'équivalent ou de supérieur. Les patients des FC étaient à 62 p. 100 satisfaits de l'obtention de leurs soins médicaux par l'entremise du SSFC, tandis que les autres ont dit préférer recevoir leurs services de médecins civils par le biais des régimes provinciaux d'assurance-maladie.

---

<sup>16</sup> Rapport final sur l'évaluation de programme QGDN E1/92 concernant les services médicaux et dentaires, novembre 1993

2.35 En dépit de ces perceptions généralement favorables, plusieurs aspects de la prestation des soins en garnison sont une source de mécontentement. Soixante-neuf pour cent des membres du personnel médical du SSFC sont d'avis qu'ils pourraient offrir des soins de meilleure qualité s'ils n'étaient pas assujettis aux contraintes du Service de santé des FC, tandis que 64 p. 100 étaient d'avis que la qualité des soins offerts aux membres des FC était loin ou très loin de répondre aux besoins des militaires. En réalité, 62 p. 100 des membres du personnel médical du SSFC se disaient incertains de la qualité ou du niveau de soins médicaux qu'on s'attendait qu'ils fournissent aux membres des FC en garnison. Cinquante-cinq pour cent des patients des FC estimaient que leur interaction avec le SSFC ne répondait pas à leurs attentes, même si 78 p. 100 d'entre eux ont dit avoir une confiance totale dans les soins de santé qu'ils reçoivent des médecins civils embauchés à contrat pour la prestation des soins en garnison.

2.36 La principale lacune que l'on a signalée pour ce qui est des soins en garnison est le délai de prestation des soins de santé aux membres des FC.<sup>17</sup> Même s'il s'agit d'une question de perception, elle témoigne de ce que les membres des FC pensent de la qualité des soins qui leur sont offerts. Soixante pour cent des membres du personnel médical du SSFC ont exprimé l'avis que dans certains cas, le délai de la prestation des services médicaux aux membres des FC est loin ou très loin de répondre aux besoins des militaires au point que des patients sont en danger. Un pourcentage semblable de commandants et de superviseurs ont exprimé le même avis en ce qui a trait aux délais de prestation des services, tandis que 75 p. 100 des patients interrogés ont dit que les traitements qu'ils ont obtenus du SSFC ont pris un certain temps ou ont été retardés pendant une période inacceptable. Même si plusieurs pensent que l'accès rapide à des services de santé équivaut à une bonne qualité de soins et qu'une plus longue période d'attente équivaut à un service de santé médiocre, il n'existe aucune donnée sur le rendement permettant de faire des distinctions entre les délais de prestation des soins de santé du SSFC et des régimes provinciaux, ou entre les diverses régions du pays.

2.37 Écarts régionaux pour ce qui est de la prestation des soins de santé. Tout en excluant les membres des FC des régimes provinciaux de santé, la *Loi canadienne sur la santé* reconnaît 13 régimes différents, un dans chacune des provinces et territoires. Le SSFC devient ainsi le 14<sup>e</sup> régime de soins de santé du Canada et ses bénéficiaires se trouvent d'est en ouest du pays, de même qu'à l'étranger. Les membres du personnel des FC sont affectés dans toutes les régions du Canada et dans chaque zone de compétence provinciale et ils s'attendent à recevoir des soins de santé uniformes peu importe leur lieu d'affectation. Avant l'Op Phoenix, les FC étaient dotées d'un régime médical bien nanti, dont trois hôpitaux actifs qui offraient une vaste gamme de services spécialisés et de spécialités secondaires. Ces établissements fournissaient des services de grande qualité, dispensés principalement par du personnel médical en uniforme, et permettaient de compenser les écarts de service entre les différentes provinces. Ces établissements n'existent plus, et les services qui ne sont plus offerts directement par le SSFC doivent être obtenus du milieu civil. Dans les régions rurales qui sont loin des grands centres ou des installations médicales perfectionnées, il y a un manque critique de services

---

<sup>17</sup> La seconde lacune en importance du SSFC touche l'administration de la prestation des soins. Il en sera question au paragraphe 2.200 du rapport à la rubrique **Administration des soins aux patients en garnison**.

spécialisés. C'est dans ces régions où sont affectés un grand nombre de membres des FC. Vu les réductions apportées à l'infrastructure et aux ressources médicales du SSFC, il faut maintenant compter davantage sur le réseau civil de la santé et la disponibilité des services varie sensiblement entre les régions. Avant l'Op Phoenix, la population des FC s'était habituée à une qualité de service basée sur une infrastructure interne exhaustive dotée en personnel médical militaire, mais cette capacité n'existe plus. Par conséquent, les perceptions et les attentes des FC en ce qui a trait aux délais et à l'obtention des soins médicaux, basées sur les installations et les ressources antérieures à l'Op Phoenix, ne sont plus comblées par la réalité des établissements civils de santé qui existent à l'échelle locale.

2.38 Gamme des services du SSFC. La variation des services provinciaux de santé dispensés aux membres des FC est atténuée par le document intitulé Soins de santé garantis par les Forces canadiennes, accessible sur le réseau Intranet du Ministère. Ce document énonce tous les services et traitements médicaux offerts aux membres des FC, aux frais de l'État ou non. Il présente une gamme de services médicaux qui est beaucoup plus étendue que ce qu'offre aucun des régimes publics provinciaux et comprend les aspects uniques de la médecine du travail dans les FC qui ne sont généralement couverts qu'en vertu de régimes d'assurance pour le compte de tiers dans le milieu civil. Ces régimes de soins de santé prévoient une certaine forme de paiement en commun des services qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces. En outre, la gamme des services de santé offerts par les FC comprend les médicaments en vente libre, les services de chiropractie, les services de physiothérapie, les orthèses, les appareils orthopédiques et la psychothérapie sans limite ni restriction.

2.39 Chaîne de commandement. La structure de commandement et de contrôle du SSFC influence la qualité des soins médicaux offerts aux membres des FC. Comme suite à l'Op Phoenix, le SSFC est axé sur les opérations et les CEMA sont responsables de l'état de santé de leurs effectifs. Les soins de santé en garnison et la prestation des soins primaires, administrés par le coordonnateur des soins de santé, relèvent de la responsabilité du commandant de la base et respectent cette chaîne de commandement. Le DGSS (qui a été intégré au GMFC) établit les politiques et les normes en matière de soins de santé et a la responsabilité de payer les services qu'il obtient du milieu civil, mais les commandants locaux peuvent exercer une influence sur la variation des services de santé dispensés aux FC, la répartition des ressources locales, l'établissement des priorités, et ainsi de suite. Cela influence ensuite l'uniformité perçue de la qualité des services offerts et peut expliquer la qualité variable d'un emplacement des FC à l'autre au Canada. L'incidence des questions de commandement et de contrôle relativement à la prestation des soins en garnison est discutée plus en profondeur à la partie 2 du rapport, à la section intitulée **Questions liées à l'organisation, au commandement et au contrôle du SSFC.**

2.40 Normes et qualifications professionnelles. Comme il est indiqué à la section du rapport portant sur le **Concept des opérations régissant les soins en garnison**, la prestation des services de santé en garnison depuis l'Op Phoenix se fonde sur la prémisses d'une participation accrue des médecins civils par suite de la passation de contrats avec le SSFC ou d'arrangements conclus avec des fournisseurs de services locaux dans le cadre du nouveau Programme de pourvoyeurs désignés (PPD). D'après les échanges des groupes de discussion, 78 p. 100 des patients des FC ont bien confiance que les médecins civils qui offrent des services à contrat au SSFC répondront à leurs besoins médicaux et ils estiment ces médecins parfaitement qualifiés pour fournir les services dont ils ont besoin. Tous les médecins civils, comme c'est le cas de tous les MM généralistes des FC, ont obtenu les autorisations et la formation professionnelles des organismes provinciaux compétents et fournissent les services et les traitements médicaux que prescrivent ces organisations. En conséquence, les normes d'instruction et les qualifications des professionnels de la santé qui dispensent les soins en garnison ne diffèrent pas et ne peuvent pas différer des normes régissant la pratique de la médecine au Canada. Cependant, il faut reconnaître que la majorité des médecins militaires généralistes qui pratiquent la médecine dans les FC sont des cliniciens relativement peu expérimentés, car ceux qui ont acquis entre quatre et cinq ans d'expérience sont généralement promus à des postes administratifs ou prennent la décision de quitter les Forces. Parallèlement, un nombre important d'infirmières d'expérience ont quitté les FC dans le cadre du Programme de réduction des Forces, ce qui explique la pénurie de personnel infirmier d'expérience en mesure d'assurer la supervision et l'orientation des services cliniques. Vu l'absence de superviseurs cliniques, de cliniciens d'expérience ou d'une capacité de vérification établie pour surveiller la qualité et la pratique des soins de santé en garnison, il n'y a aucune assurance que les soins de santé offerts quotidiennement aux membres des FC en garnison sont comparables à ceux qui sont offerts dans le milieu civil.

2.41 En vertu de l'article 34 des ORFC publié par le CEMD, le SSFC a le mandat de dispenser des services de santé aux membres des FC. Les ORFC prévoient que des adjoints médicaux dispenseront des services aux membres des FC sous la supervision d'un médecin, militaire ou non. Par le passé, cela a permis de tirer le meilleur parti de ressources médicales limitées et aux adjoints médicaux d'acquérir une formation et de l'expérience. Cependant, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*, tous les citoyens canadiens ont droit aux services d'un médecin pour le traitement de leurs problèmes de santé, et ce principe est encore plus étroitement respecté dans le SSFC en ce qui concerne la prestation des soins en garnison. Même si le respect de ce principe en garnison a réduit en partie l'autonomie dont jouissaient les adjoints médicaux, il garantit que les patients des FC auront accès aux mêmes traitements et diagnostics que les patients du réseau civil. Cette pratique alourdit également la charge de travail des médecins des centres de santé, augmente le temps d'attente et réduit l'accès des patients aux traitements, tout en assurant que le service au patient soit dispensé par un médecin qualifié.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> L'ORFC 34 s'énonce en partie comme il suit :

«Au Canada, les soins autorisés par le présent article doivent être dispensés par un médecin des Forces canadiennes ou, (...) par un médecin qui est au service d'un autre ministère du gouvernement fédéral, un médecin civil ou par d'autres membres d'un service de santé, ainsi que l'autorise le chef d'état-major de la défense.»

2.42 **Qualité comparative des soins de santé.** Lorsqu'on établit une comparaison entre la qualité des soins dispensés par le SSFC et celle des soins offerts par les forces alliées, comme le service de santé de la Force de défense de Nouvelle-Zélande, le service du ministère de la Défense du Royaume-Uni ou celui du ministère de la Défense des États-Unis (annexe B), il est important de noter que toutes ces organisations ont restructuré leurs services médicaux en garnison de façon à confier une bonne part des soins primaires et secondaires au secteur public/privé de la santé. Le service du ministère de la Défense des États-Unis a mis en place le programme TRICARE de soins de santé gérés, qui complète les ressources militaires par un réseau de professionnels civils de la santé de manière à donner accès à des services médicaux tout en préservant la capacité d'appuyer les opérations militaires. Selon un sondage réalisé en 1997 sur le régime TRICARE du ministère de la Défense des États-Unis,<sup>19</sup> 57,1 p. 100 des personnes interrogées se disent satisfaites des soins de santé qu'elles reçoivent des établissements militaires, tandis que 70,9 p. 100 sont satisfaites de l'ensemble du régime militaire de soins de santé. L'équipe d'examen du CS Ex a recueilli des cotes de satisfaction semblables dans le cadre du sondage informatisé qu'elle a réalisé durant les séances de discussion, pour ce qui est de la satisfaction générale, mais 44 p. 100 seulement des patients des FC se sont dits satisfaits du traitement qu'ils ont reçu personnellement.

2.43 Le service de santé du ministère de la Défense du Royaume-Uni est en voie d'être centralisé sous la direction du médecin-chef afin d'améliorer les soins qu'il dispense en garnison, que l'on qualifie à l'heure actuelle de fragmentés et d'inégaux des points de vue de la qualité et de la quantité<sup>20</sup>. Comme en témoigne la phrase précédente, le Royaume-Uni doit relever des défis qui s'apparentent à ceux que nous connaissons au Canada en ce qui a trait à la prestation des soins en garnison, et le taux de préoccupation était tel que le pays a opté pour une restructuration centrale comme moyen d'améliorer la situation.

### **Conclusions relatives à la qualité des soins offerts aux membres des FC**

2.44 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. le SSFC, en vertu des documents qui lui confèrent son autorité (ORFC) et de la publication intitulée Soins de santé garantis par les Forces canadiennes, a le pouvoir de fournir des services de santé qui sont à tout le moins comparables à ceux offerts en vertu des régimes provinciaux d'assurance-maladie;
- b. en ce qui concerne la médecine du travail des FC, la portée des soins de santé dispensés dépasse en réalité celle des services offerts aux «Canadiens assurés»;

---

<sup>19</sup> Trends Among Active Duty Military Responding to Health Care Surveys of DoD Beneficiaries – Fiscal Years 1995-1997, Defence Manpower Data Centre

<sup>20</sup> Brigadier L.P. Lillywhite, Directeur du personnel, de l'instruction et des politiques en matière de santé, Surgeon General's Department, ministère de la Défense du Royaume-Uni

- c. d'après leurs réactions, les membres des groupes de discussion et les personnes interrogées reconnaissent que ces services sont compris, mais ils indiquent que le SSFC ne parvient pas à offrir toute cette capacité à cause des fardeaux administratifs, de la diminution perçue de la qualité du service attribuable aux retards imposés par l'interface avec les régimes provinciaux de santé et de la qualité des services à la clientèle offerts par le SSFC;
- d. pour ce qui est des compétences médicales, des traitements et de la gamme des soins, le SSFC se compare aux services provinciaux de santé qui sont accessibles à tous les Canadiens. Cependant, ces services ne semblent pas être aussi bien dispensés aux membres des FC qu'à la population civile. Comme l'a constaté l'équipe d'examen dans le cadre de ses entrevues et séances de discussion, les membres du personnel médical des FC ont admis collectivement qu'ils sont démoralisés et qu'ils ont peu de défis professionnels à relever, ce qui a créé un climat de travail qui se reflète dans les soins dispensés aux patients et dans la perception qu'ont les patients des soins qu'ils reçoivent.

### **Recommandations relatives à la qualité des soins offerts aux membres des FC**

2.45 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :

- a. que l'on donne aux professionnels de la santé du SSFC des directives claires quant à la qualité des soins médicaux que l'on attend d'eux en garnison – il faudrait entre autres énoncer la portée et la gamme des services qui doivent être dispensés;
- b. que l'on examine les façons de procéder des centres de santé/cliniques des bases afin d'évaluer les procédures administratives en place et, là où c'est nécessaire, que l'on apporte les correctifs qui amélioreront le service à la clientèle dans tous les milieux cliniques en garnison;
- c. que l'on offre aux patients des FC la possibilité d'avoir accès à des traitements civils en dehors de la région de manière à harmoniser les priorités opérationnelles et médicales et la disponibilité des soins pour réduire les périodes d'attente - on devrait juger au cas par cas s'il y a lieu d'offrir aux membres des FC des traitements hors région<sup>21</sup>;
- d. qu'une organisation extérieure soit chargée de réaliser des vérifications indépendantes des établissements de santé des FC (en plus des visites d'aide d'état-major (VAEM) du personnel du GMFC/DGSS) afin d'évaluer et de comparer les normes de prestation des soins;

---

<sup>21</sup> Les traitements transrégionaux sont examinés en détail à la partie II du rapport, à la rubrique **Obtention des services de spécialistes pour la prestation des soins en garnison**.

- e. que l'on étudie la possibilité de demander au Conseil canadien d'agrément des services de santé d'agréer les établissements de santé des FC dans chaque province pour garantir aux patients des FC des services comparables à ceux offerts par l'entremise des installations provinciales/civiles.

## **CONTINUITÉ DES SOINS**

### **Historique de la continuité des soins médicaux**

2.46 Les préoccupations des dirigeants supérieurs des FC à l'égard de la question de la «continuité des soins» ont été un élément moteur de la décision d'entreprendre cet examen. Les renseignements découlant de la réalisation d'entrevues et de séances de discussion, l'examen des délibérations de commissions d'enquête et d'enquêtes sommaires, ainsi que l'analyse d'autres travaux servant de fondement à des études récentes<sup>22</sup>, indiquaient clairement à l'équipe d'examen que la continuité des soins médicaux était et demeure une source importante de préoccupations dans les FC.

2.47 Même si les personnes interrogées avaient généralement une idée de ce que signifiait la continuité des soins pour elles et qu'elles étaient souvent capables de l'articuler très clairement, il n'existait aucune définition généralement reconnue de l'expression. À l'occasion d'une réunion du Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants en 1998, le général Baril, CEMD, a exprimé sa perception stratégique de la continuité des soins lorsqu'il a déclaré que les Forces doivent fournir à tous les membres du personnel qui sont malades ou blessés des programmes uniformes et exhaustifs de soins médicaux qui assurent la continuité des soins pendant que le militaire est en service, après sa libération et au cours de sa retraite.

2.48 Au cours des discussions ultérieures avec l'équipe d'examen, le CEMD a précisé sa pensée en exprimant l'avis qu'il devrait y avoir des modalités et des mesures de contrôle permettant d'assurer au personnel des FC des soins médicaux uniformes et de qualité supérieure pendant qu'ils font partie des FC et des modalités appropriées de transmission permettant aux militaires de continuer d'être suivis lorsque la responsabilité des soins médicaux à leur égard passe des FC à d'autres organisations ou régimes de santé.

2.49 D'autres intéressés ont exprimé une perception plus étroite de la continuité des soins, c'est-à-dire l'établissement d'une relation à long terme entre le médecin et le patient, un principe fondamental de la pratique de la médecine familiale. Comme l'a clairement indiqué un officier supérieur d'état-major du GMFC dans le cadre d'un exposé sur la pratique de la médecine dans les FC, (traduction libre) «Nous n'avons jamais exercé la médecine familiale et nous ne l'exercerons jamais tant que nous serons structurés comme nous le sommes (...)»<sup>23</sup>. De nombreuses personnes interrogées ont

---

<sup>22</sup> «Étude sur les soins donnés aux militaires blessés et aux familles» parrainée par le CEMD, 1997

<sup>23</sup> Exposé à l'intention du ministre de la Défense nationale par le captv M.F. Kavanagh, GMFC/CEMA – Prestation des soins de santé, sur le Service de santé des Forces canadiennes, 19 novembre 1998

renforcé cette perception en reconnaissant la difficulté d'établir une relation entre médecin et patient et de maintenir un suivi lorsque les deux parties ont à se déplacer fréquemment. Si l'on revient aux principes de la *Loi canadienne sur la santé de 1984*, cependant, les militaires ont aussi fait ressortir leur droit à des soins de santé de qualité comparable à celle offerte à tous les Canadiens, services pour lesquels il serait raisonnable de s'attendre à une certaine continuité.

2.50 La perception stratégique du CEMD à l'égard de la continuité des soins est examinée plus en détail à la partie II du rapport, à la rubrique **NOUVELLES INITIATIVES**. Le concept plus étroit d'un patient qui reçoit des soins coordonnés, de préférence dans le contexte d'une relation à long terme avec son médecin, alimente la discussion des paragraphes qui suivent.

### **Rétroaction des groupes de discussion à l'égard de la continuité des soins**

2.51 Lorsqu'on a demandé aux membres des groupes de discussion d'exprimer leur avis à l'égard de la continuité des soins, les réponses qu'ils ont formulées ont fait ressortir à la fois l'importance de ce principe pour les FC et leurs membres et les occasions au cours desquelles on pourrait le renforcer. L'impact de la continuité des soins sur les opérations des FC a été reconnu presque à l'unanimité par les commandants et les superviseurs. Soixante-seize pour cent des répondants de ce groupe étaient soit «d'accord» soit «fortement d'accord» que la continuité des soins a une incidence sur la capacité opérationnelle des FC. Lorsqu'on a sondé les membres du personnel médical et les commandants/superviseurs, 80 p. 100 d'entre eux ont dit craindre que la continuité des soins dans les FC soit «de qualité inacceptable», «très inférieure à ce qui est offert dans le réseau civil», ou «légèrement inférieure à ce qui est offert dans le secteur civil». Inversement, 20 p. 100 seulement jugeaient la qualité des soins «comparable à ce qui est offert dans le réseau civil» ou «aussi bonne qu'elle puisse l'être étant donné la grande mobilité des pourvoyeurs de services médicaux et des patients dans les FC».

2.52 Certains commentaires soulevés durant les séances de discussion ont confirmé les résultats statistiques et fait ressortir les raisons pour lesquelles la continuité des soins revêt autant d'importance pour les patients et les pourvoyeurs de soins. Voici quelques-uns des commentaires exprimés par des membres des groupes de discussion relativement à la continuité des soins :

- Le taux de roulement des médecins militaires est si élevé que les patients sont obligés de constamment réexpliquer leurs antécédents médicaux.
- De nombreux patients demandent à consulter des médecins civils afin d'obtenir un meilleur suivi.
- La continuité des soins est le meilleur moyen de nous assurer des soldats en bonne santé; pourtant, nous n'essayons même pas de l'atteindre.

- Il n'y a aucune confiance lorsqu'on se trouve devant un médecin différent à chaque rendez-vous. Il semble y avoir beaucoup d'appréhension et de méfiance quant à qui doit se rendre à la salle d'examen médical. (Cela s'explique en partie) parce que les militaires ne savent pas quel médecin les traitera.
- Je ne veux pas voir un autre médecin parce qu'il passera trop de temps à lire mon dossier.
- J'aimerais pouvoir toujours consulter le même médecin militaire, quelqu'un qui serait au courant de tous les tests que j'ai subis.
- Le médecin en place n'est ici que depuis deux ans et c'est la plus longue période de séjour.
- Les visites à la salle d'examen médical sont inefficaces parce que le médecin en service n'est pas mon médecin. Il faut attendre entre deux et six semaines lorsqu'on veut voir un médecin en particulier.
- Les médecins sont mutés régulièrement. Il serait bon d'avoir une équipe médicale qui resterait sur place.
- Les patients ont besoin de voir le même médecin pour un problème récurrent. Ils ont aussi besoin de consulter le même médecin régulièrement pour établir une relation.

2.53 Les commentaires formulés sont très utiles car ils font ressortir des enjeux et des conséquences en ce qui a trait à la continuité des soins. Les commentaires ayant trait à la difficulté de consulter le même médecin militaire témoignent du fait que les soins en garnison ne sont pas dispensés de la manière prévue par le modèle de l'Op Phoenix. Si le nouveau concept de la prestation des soins en garnison s'était concrétisé, voir un médecin militaire serait l'exception plutôt que la règle. Les cliniques des bases seraient constituées en majorité de médecins civils et les médecins militaires ne seraient disponibles qu'entre leurs périodes d'affectation opérationnelle ou de formation/maintien des compétences professionnelles. Par ailleurs, les patients, les commandants et même certains membres du personnel médical ne semblent pas bien comprendre que de plus en plus, les principaux pourvoyeurs de soins cliniques en garnison seront des médecins civils embauchés à contrat. Le fait qu'il y a à l'heure actuelle un fort taux d'attrition parmi les médecins militaires devrait être relativement transparent pour le patient en garnison, car la majorité des services doivent être dispensés par des civils.

2.54 Au paragraphe 2.29 de la section du rapport intitulée **Incidence de l'Op Phoenix sur les soins en garnison**, on fait allusion aux faiblesses qui découlent de la prolongation et la fragmentation de la mise en oeuvre de l'Op Phoenix. Même si la redistribution des ressources médicales pour mieux répondre aux exigences opérationnelles a été très bien accueillie, en particulier par ceux qui ont eu à utiliser ces services durant les déploiements, celle s'est faite en grande partie aux dépens des soins en garnison. Ces répercussions ont été exacerbées par les changements organisationnels et autres apportés aux ressources en personnel militaire, avant la mise en place d'un mécanisme permettant d'assurer leur remplacement par du personnel médical civil. Il était prévu que ce processus de remplacement serait accompli grâce au Régime de soins de santé des Forces canadiennes (RSSFC), un élément clé du concept de l'Op Phoenix. En réalité, on a constaté que dans certains secteurs, en particulier dans les milieux éloignés ou ruraux comme les BFC Petawawa et Cold Lake, il n'y avait aucun médecin civil de rechange. Ainsi, les efforts déployés par les FC pour recruter des médecins dans le milieu civil de la santé se sont avérés des procédés fastidieux dont les résultats sont discutables.

2.55 L'intention du SSFC était de renforcer la continuité des soins en confiant à un noyau de médecins civils la prestation de services médicaux en garnison, mais les membres de l'Armée de terre, des Forces maritimes et de la Force aérienne ont l'impression qu'il y a moins de suivi dans la réalité. Cela est en partie attribuable au roulement accéléré du personnel médical militaire dans les cliniques des bases, car ces professionnels sont appelés régulièrement à soutenir un rythme opérationnel accru.

### **Les dossiers médicaux comme moyen de renforcer la continuité des soins**

2.56 Durant les entrevues de l'équipe du CS Ex, plusieurs médecins des FC ont indiqué que le SSFC s'efforce de renforcer la continuité des soins offerts aux militaires en tenant à jour des dossiers médicaux exhaustifs. L'équipe d'examen a reçu le message que le Chef – Service de santé accorde une grande importance à la tenue de dossiers médicaux exhaustifs, car on s'attend à ce que les patients consultent une panoplie de médecins durant leur carrière. Le dossier médical est perçu comme le principal dépôt de renseignements qui devra remplacer, dans de nombreux cas, le transfert plus direct et personnel d'un patient militaire entre médecins.

2.57 En principe, cette façon de procéder est tout à fait logique. Il y a probablement de nombreux dossiers qui contiennent un profil complet des antécédents médicaux du patient. Malgré cela, l'équipe d'examen a entendu de nombreux témoignages qui indiquent qu'un nombre important de dossiers médicaux sont loin de répondre aux besoins de traitement des membres des FC. De nombreux patients des FC ont signalé en entrevue des cas de formules non remplies (par exemple la CF 98, Rapport en cas de blessure ou de mort subite par suite de blessures). Dans certains cas, il manquait des renseignements médicaux ou encore des périodes entières du profil médical des patients. Le sujet sera approfondi plus loin dans la partie 2 du rapport où il est question des **procédures administratives**, mais l'équipe d'examen a eu l'impression que plutôt que de favoriser la continuité des soins, un bon nombre des dossiers médicaux des FC sont loin d'être de qualité suffisante et pourraient exacerber le manque de suivi qui touche un si grand nombre de patients des FC.

## **Politique des FC relative à la continuité des soins**

2.58 Les énoncés de principe du SSFC<sup>24</sup> témoignent du fait que les FC reconnaissent la nécessité d'assurer dans la mesure du possible la continuité des soins aux patients. Au paragraphe 6 de l'OSSF 27-02, concernant le DROIT AU CHOIX DU MÉDECIN, il est énoncé que les patients devraient être informés du fait qu'ils ont droit au choix du médecin, dans les limites des ressources disponibles à l'unité ou à la base, et que ce choix doit être respecté dans la mesure du possible.

2.59 La politique est fondée sur de bonnes intentions, mais sa valeur pratique est limitée lorsqu'il s'agit d'appuyer la continuité des soins. Les réalités opérationnelles (obtenir les soins le plus rapidement possible et regagner son unité pour reprendre ses fonctions le plus tôt possible) se conjuguent à la lourde charge de travail des médecins accessibles en garnison pour faire en sorte qu'il est difficile d'appliquer la politique dans l'intérêt du patient. On a également fait ressortir aux membres de l'équipe d'examen que le personnel de soutien administratif qui se trouve aux premières lignes dans les établissements de santé des FC – les personnes qui fixent les rendez-vous avec les médecins – ont un rôle important à jouer pour la réalisation de l'intention de l'OSSF 27-02. Lorsque le personnel aux premières lignes est débordé de travail et démotivé, cela se répercute sur son attitude face aux patients et il montre peu d'intérêt à appliquer cette politique à l'avantage des patients. Cette question est abordée plus en profondeur à la partie 2 du rapport, à la section intitulée **MORAL, ATTITUDE ET CAPACITÉ DE CHANGEMENT DU SSFC**.

## **Continuité des soins et nature des problèmes de santé**

2.60 Même si les patients et les cliniciens interrogés étaient d'accord que la continuité des soins est un aspect important du traitement des patients, ils ont aussi reconnu que la notion de la continuité des soins revêt plus d'importance pour les malaises chroniques à long terme et moins d'importance pour le traitement de problèmes de routine qui ne sont pas critiques. L'équipe d'examen est d'avis qu'il faut prendre ces facteurs en considération lorsqu'on cherche des solutions pratiques à la continuité des soins.

2.61 Dans les cas où la continuité des soins laissait à désirer, les patients ont exprimé une grande frustration, en particulier pour les situations chroniques où l'on avait documenté les antécédents du patient et son dossier était devenu volumineux. Un problème fréquent communiqué à l'équipe d'examen est la frustration qu'éprouvent autant le patient que le médecin lorsqu'un médecin qui ne connaît pas le dossier doit consacrer la majeure partie de la période du rendez-vous à lire le dossier du patient. Le patient ressort d'un tel rendez-vous avec l'impression que les choses n'avancent pas, et le médecin a investi passablement de temps à se familiariser avec les antécédents du patient mais n'a eu que très peu de temps pour penser aux prochaines étapes du traitement.

---

<sup>24</sup> Ordre du Service de santé des Forces canadiennes 27-02, **Droits des patients à la protection de l'intimité et au choix du médecin**, 28 janvier 1993, page 1

2.62 Les patients ont aussi exprimé la frustration qu'ils éprouvent à essayer de transmettre de vive voix à de nombreux médecins les détails d'un problème qui dure depuis un certain temps ou d'une série de malaises. Les patients nous ont dit qu'après avoir expliqué leur état plusieurs fois, ils ont tendance à oublier certains détails et à omettre des renseignements importants.

### **Participation des dirigeants à la continuité des soins**

2.63 Les difficultés que pose la continuité des soins pour les FC et d'autres forces armées indiquent qu'il faut une participation active des dirigeants/gestionnaires pour assurer un bon suivi. Une surveillance étroite doit être exercée, par le SSFC en particulier, mais aussi par d'autres dirigeants de la chaîne de commandement. Si l'importance de la continuité des soins n'est pas suffisamment reconnue et communiquée à tous les paliers du SSFC, c'est-à-dire du réceptionniste aux premières lignes jusqu'au CSS, il est peu probable que cette continuité se concrétise.

2.64 Dans le cas de certaines maladies chroniques où l'équipe a remarqué qu'il y avait rupture dans la continuité des soins, celle-ci était en partie attribuable au fait que le patient a décidé de prendre lui-même son traitement en main. Comme il a été expliqué durant une des commissions d'enquête, un patient a demandé à consulter de nombreux spécialistes au cours d'une longue période. Chacun des spécialistes a eu son interprétation du problème et recommandé un traitement différent. Le patient en est arrivé au point où il avait du mal à faire confiance au SSFC, qui a nettement un rôle de surveillance à jouer dans le processus. La méfiance du patient était telle qu'il s'est senti obligé de chercher une solution à l'extérieur de la chaîne de commandement.

2.65 Étant donné que l'objectif était d'assurer la continuité des soins, le fait que le SSFC n'a pas réussi à gérer étroitement le cas de ce patient a eu pour conséquence que le patient a lui-même exercé une influence négative sur la continuité des soins qui lui étaient dispensés. Le dilemme pour le SSFC dans cette situation était d'essayer de répondre aux demandes et aux attentes du patient tout en s'efforçant de lui assurer la continuité des soins. En pareille circonstance, le concept du gestionnaire des soins primaires, qui a été adopté aux États-Unis et dont il est question dans la présente partie à la rubrique **Analyse de la continuité des soins par rapport à d'autres pourvoyeurs de soins médicaux**, pourrait être appliqué à la prestation des services médicaux des FC.

### **Incidence d'un manque de continuité des soins**

2.66 Plusieurs grands thèmes sont ressortis de tous les éléments de preuve recueillis relativement à la continuité des soins. Tout d'abord, le manque de continuité des soins affaiblit le moral des effectifs. Les patients qui estiment avoir été renvoyés à répétition d'un médecin à l'autre et qui sont obligés de relater à maintes reprises leurs antécédents médicaux deviennent si découragés que, dans certains cas, leur piètre état psychologique nuit à leur rétablissement ou entraîne d'autres malaises qui réduisent davantage leur capacité de travailler.

2.67 En deuxième lieu, certains patients ont indiqué qu'ils ont dû subir à plusieurs reprises les mêmes examens de laboratoire car leur traitement avait été confié à un autre médecin. Ces patients avaient l'impression qu'ils avaient été soumis inutilement aux mêmes tests et ce, à répétition, parce que le système leur avait imposé un changement de médecin et non pour une bonne raison médicale. Les patients ont fait savoir à l'équipe qu'à leur avis, si les FC étaient en mesure de fournir une continuité des soins de meilleure qualité, ils n'auraient pas à subir tous ces inconvénients (analyses de laboratoire répétées, avoir à raconter leurs antécédents à des médecins différents, etc.).

2.68 La troisième incidence significative d'un manque de continuité des soins est le résultat possible d'un programme de traitement prolongé et décousu, au cours duquel des médecins différents imposent des points de vue divergents sur les modalités d'un programme de traitement. La supériorité d'une approche par rapport à une autre est une question de jugement professionnel, mais les patients ont souvent l'impression que ces circonstances nuisent aux soins qu'ils reçoivent.

### **Analyse de la continuité des soins par rapport à d'autres pourvoyeurs de soins médicaux**

2.69 Afin de comparer la continuité des soins dans les FC et la situation d'autres organisations militaires et civiles, l'équipe d'examen a analysé la continuité des soins au ministère de la Défense nationale par rapport à celle dans le réseau civil canadien et dans d'autres organisations de défense.

2.70 Milieu civil canadien. La continuité des soins dans le milieu civil au Canada a beaucoup évolué au cours des dernières années. Une population généralement plus mobile n'entretient pas avec son médecin la même relation «du berceau à la tombe» que par le passé. Si autrefois la famille type entretenait une relation de 20 à 30 ans avec le même médecin de famille, la situation est beaucoup moins fréquente aujourd'hui du fait que les familles et les médecins se déplacent plus souvent.

2.71 L'arrivée des cliniques de consultation sans rendez-vous, un phénomène courant dans les communautés de grande taille et de taille moyenne, a aussi changé la relation entre le médecin et ses patients. Avant l'existence des cliniques sans rendez-vous, les Canadiens s'absentaient du travail durant la journée pour se rendre chez leur médecin de famille ou pour accompagner un membre de leur famille. La dynamique de la continuité des soins évolue du fait qu'ils ont maintenant accès à des cliniques sans rendez-vous dans leur quartier le soir et les fins de semaine. Il arrive que certains médecins de famille aient pris des arrangements avec les cliniques sans rendez-vous afin d'obtenir les renseignements sur les patients, mais très souvent ce n'est pas le cas. Il est évident que la continuité des soins pour certains civils n'est pas aussi soutenue qu'elle l'a déjà été. La différence entre la situation des militaires et celle des civils est que les citoyens décident généralement dans quelle mesure ils obtiendront une continuité des soins, tandis que les militaires n'ont habituellement pas le choix. Il est digne de mention qu'en dépit du fait que la continuité des soins est un élément/principe important de la pratique de la médecine familiale, l'évolution de la société risque d'avoir une grande incidence sur cet aspect des soins médicaux.

2.72 Autres organisations de défense. L'équipe d'examen a noté que les groupes médicaux d'autres organisations de défense éprouvent ou ont éprouvé des problèmes semblables aux FC en ce qui a trait à la continuité des soins. Lorsqu'elle a consulté la Force de défense de la Nouvelle-Zélande (FDNZ), l'équipe d'examen a appris qu'elle aussi avait réduit la part de ses ressources consacrées aux services de santé et qu'elle compte de plus en plus sur le milieu civil pour répondre à ses besoins. La FDNZ estime que la continuité des soins dispensés à ses soldats s'est améliorée parce qu'elle a fait un usage accru de personnel médical civil et que son organisation des services de santé exerce une vigilance pour faire en sorte que les dossiers des patients soient tenus à jour et aisément accessibles à l'appui des soins dispensés aux patients. En ce qui concerne le personnel médical militaire, la FDNZ s'efforce maintenant de prolonger les affectations à des emplacements donnés dans l'intention de raffermir la continuité des soins.

2.73 Le Service de santé du ministère de la Défense du Royaume-Uni vise à améliorer la continuité des soins par la mise en oeuvre d'un système «interarmées» de renseignements médicaux qui comprend une banque de données centrale (renseignements médicaux et catégories médicales). À l'instar du GMFC du Canada, le Royaume-Uni a reconnu que lorsque la structure organisationnelle/opérationnelle n'est pas favorable à la continuité des soins, il est possible d'adopter des stratégies, notamment une saine de gestion de l'information, pour compenser d'autres obstacles inhérents à l'organisation.

2.74 Le ministère de la Défense des États-Unis a mis en place son régime TRICARE d'assurance-maladie, dans lequel sont intégrées des stratégies de renforcement de la continuité des soins. L'une de ces stratégies est la nomination d'un gestionnaire des soins primaires (GSP) qui constitue l'unique point de contact du militaire pour tous les soins de santé non urgents. Un membre des forces armées américaines peut choisir un GSP dans un hôpital ou une clinique militaire, ou encore un professionnel civil qui est membre du réseau TRICARE retenu dans la communauté. Le GSP dispense et coordonne les soins, veille à ce que les dossiers soient tenus à jour et recommande que le patient ait accès à des services de prévention et de mieux-être. Le GSP prend aussi des dispositions afin que le patient puisse consulter un spécialiste ou être hospitalisé s'il y a lieu. Le concept du rôle du GSP est particulièrement intéressant du point de vue de la responsabilité à l'égard des soins dispensés au patient. L'usage judicieux d'un poste comme celui-ci permet, grâce aux principes de la responsabilité et de la reddition de comptes, d'assurer la continuité des soins dans la mesure où il est possible de le faire et de réduire sensiblement les risques que les patients s'embourbent dans la bureaucratie des soins de santé plutôt que de recevoir les traitements dont ils ont besoin.

2.75 Expérience de la GRC en ce qui concerne la continuité des soins. La GRC se préoccupe également de la continuité des soins dispensés à ses membres, mais la question pose moins un problème pour elle que pour les FC. Les membres du personnel de la GRC peuvent choisir leur pourvoyeur de soins de santé dans la communauté, ce qui fait que la continuité des soins se rapproche davantage du suivi que l'on offre aux civils canadiens. Les membres de la GRC ont aussi tendance à se déplacer moins souvent que les membres des FC, ce qui favorise l'établissement d'une relation à plus long terme entre les patients et leur médecin.

2.76 Il faut retenir en particulier des expériences de toutes les organisations analysées que le recours à un plus grand nombre de civils est généralement accepté comme moyen d'améliorer la continuité des soins. Cela est également conforme à la stratégie adoptée par les FC en ce qui a trait à la prestation des soins aux patients en garnison.

### **Conclusions relatives à la continuité des soins**

2.77 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. la continuité des soins est un concept fondamental de la pratique de la médecine familiale et on a l'impression qu'elle n'est pas offerte dans la mesure où elle pourrait ou devrait l'être dans les FC;
- b. des organisations militaires et paramilitaires alliées mettent en oeuvre des stratégies semblables à celles adoptées par le SSFC afin d'améliorer la continuité des soins offerts à leur personnel grâce à l'usage accru de ressources médicales civiles. Certains des alliés ont pris d'autres mesures que le Canada pourrait avoir intérêt à examiner. Il serait utile que le SSFC soit au courant des initiatives qui ont réussi pour d'autres forces de défense et de celles qui ont échoué, de façon à tirer le meilleur parti possible de l'expérience des autres;
- c. les membres de la profession médicale estiment en général que la continuité des soins est plus importante pour le traitement des maladies chroniques que pour le traitement des problèmes de nature plus courante;
- d. la rupture de la continuité des soins dans les forces armées affaiblit le moral des patients et peut atténuer la qualité des soins dispensés.

### **Recommandations relatives à la continuité des soins**

2.78 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :

- a. que l'on prenne en priorité des initiatives favorisant le recrutement de médecins civils pour combler des postes temporaires et de durée indéterminée, notamment par le biais du Programme de pourvoyeurs désignés et d'autres stratégies;
- b. que l'on examine des stratégies adoptées par d'autres pays (par exemple celle du gestionnaire des soins primaires dans les forces armées américaines) afin de déterminer si elles pourraient s'appliquer à des emplacements en particulier ou à l'échelle nationale sous la direction du SSFC;

- c. que le Chef – Service de santé communique à tout le personnel du SSFC, par l'entremise du bulletin d'information de la Branche, de visites sur les lieux, du site Web du Réseau d'information de la Défense et par d'autres moyens, l'importance du maintien de la continuité des soins dispensés aux patients dans la mesure où il est possible de le faire en garnison, en accordant la préséance aux militaires qui souffrent de problèmes chroniques;
- d. que des procédures soient établies dans les centres de santé de manière à offrir toutes les chances possibles d'assurer la continuité des soins aux patients et à mettre en oeuvre l'OSSFC 27-02;
- e. que l'on prenne des mesures pour que la continuité des soins fasse partie du programme de tous les cours donnés par les FC sur les questions cliniques et administratives liées à la prestation des soins en garnison;
- f. que l'on rappelle au personnel du SSFC et aux dirigeants de la chaîne de commandement opérationnelle qu'ils ont la responsabilité d'aider les membres des FC à recevoir des soins médicaux continus.

## **ADMINISTRATION DES CATÉGORIES MÉDICALES TEMPORAIRES**

2.79 Un objectif particulier de l'examen du CS Ex était d'examiner l'administration des catégories médicales temporaires (CMT) afin de déterminer la validité du processus, s'il répond à sa raison d'être – du point de vue des militaires et du point de vue des FC – et s'il y aurait lieu d'y apporter des changements pour en rehausser l'efficacité. Vu que l'attribution des «catégories médicales temporaires» se fonde sur le «système du profil médical» (SPM), les deux paragraphes qui suivent visent à familiariser le lecteur avec le concept générique du SPM avant d'examiner les particularités des CMT.

### **Situation en contexte des catégories médicales**

2.80 La politique relative aux services de santé des FC donne une description des catégories médicales des Forces canadiennes et de la façon dont on doit s'en servir<sup>25</sup>. L'extrait qui suit de la politique fait allusion à la raison d'être des normes qui sous-tendent le système du profil médical : «Les normes médicales sont exprimées selon un système de cotes numériques ayant pour objet de présenter aux autorités en matière d'administration et d'emploi des militaires une évaluation concise, au point de vue médical, des possibilités d'emploi des recrues et des militaires en service.» La catégorie médicale d'un militaire est établie en attribuant une cote aux six critères suivants : l'acuité visuelle, la perception des couleurs, l'ouïe (acuité auditive), le facteur géographique, le facteur professionnel et l'aptitude au vol.

---

<sup>25</sup> OAF 34-30, Normes médicales applicables aux Forces canadiennes

2.81 La politique comporte également une annexe dans laquelle sont prescrites les normes médicales minimales à respecter afin que les militaires puissent servir dans leur groupe professionnel. On établit pour chaque groupe professionnel des normes d'état de santé minimales. Si la catégorie d'un militaire tombe en deçà du niveau approprié, les répercussions au niveau de sa carrière militaire deviennent un problème administratif qui doit être réglé par le Conseil médical de révision des carrières (CMRC). Lorsqu'un militaire obtient la cote 6 pour l'acuité visuelle, le facteur géographique ou le facteur professionnel (la cote 1 indique le niveau le plus élevé d'aptitude sur le plan médical et la cote 6, le niveau le moins élevé), on estime qu'il est inapte à exécuter ses fonctions comme membre des FC. À ce stade, l'autorité médicale recommanderait normalement la libération du militaire.<sup>26</sup>

### **Renseignements relatifs aux catégories médicales temporaires**

2.82 Les FC ont constaté que durant la carrière d'un militaire, il peut s'avérer nécessaire, par suite de blessures ou de maladie, de réduire temporairement un ou plusieurs facteurs de la catégorie médicale jusqu'à ce que le militaire recouvre un état de santé acceptable. Bien que l'équipe d'examen n'ait trouvé aucune mention précise à cet effet dans les manuels de politique qu'elle a examinés, on l'a informée qu'il y a deux principales raisons à l'attribution des catégories médicales temporaires :

- a. éloigner le militaire du milieu opérationnel pour sa propre sécurité, ainsi que pour celle de l'unité;
- b. donner au militaire l'occasion de recevoir un traitement médical approprié, de guérir et de se préparer à rejoindre son unité.

2.83 Il est prescrit dans la politique des FC régissant l'administration des catégories médicales temporaires (CMT)<sup>27</sup> que l'on peut attribuer la catégorie temporaire pour une période ne dépassant pas six mois et que celle-ci peut être renouvelée une fois avant de soumettre le cas à l'étude du QGDN. Il est également énoncé dans la politique qu'il faut prendre une décision à l'égard d'une catégorie permanente dès que l'état du patient se stabilise, ou si l'on ne s'attend pas à ce que l'état du patient s'améliore dans l'avenir prévisible. Selon la politique, on ne devrait prolonger les CMT au-delà de 12 mois que dans de rares circonstances, et si une telle prolongation est jugée appropriée, il faut obtenir l'approbation du QGDN.

2.84 L'équipe d'examen a constaté que le concept des catégories médicales temporaires est en principe bien fondé, mais qu'il ne fonctionne pas très bien dans la pratique. Les paragraphes qui suivent feront état de certaines des réalités et des conséquences de l'application des catégories médicales temporaires des points de vue des patients/militaires, des commandants et du personnel médical.

<sup>26</sup> Article 15.01, motif 3b des ORFC - «Lorsque du point de vue médical le sujet est invalide et inapte à remplir les fonctions de sa présente spécialité ou de son présent emploi, et qu'il ne peut pas être employé à profit de quelque façon que ce soit en vertu des présentes politiques des forces armées.»

<sup>27</sup> A-MD-154-000/FP-000, chapitre 3 - Système du profil médical - paragraphe 9, p. 3-8, septembre 1995

**Application des catégories médicales temporaires - Points de vue des patients/militaires**

2.85 L'équipe d'examen a constaté durant les rencontres des groupes de discussion, ses entrevues et l'analyse d'extraits d'information de commissions d'enquête, d'enquêtes sommaires et d'autres études que l'expérience des patients/militaires par rapport aux CMT était très diversifiée. Certains ont eu des expériences très positives et ont dit que le processus fonctionnait comme il se doit et qu'il les avait bien servis. D'autres ont connu des expériences tout à fait contraires qui leur ont causé énormément de frustrations et de stress. L'équipe d'examen a fondé ses conclusions à cet égard sur les sondages et les échanges qui ont eu lieu durant les séances de discussion et sur de nombreuses entrevues portant tout particulièrement sur la question des CMT.

2.86 Parmi les patients qui avaient eu l'expérience des CMT, 74 p. 100 ont indiqué que les catégories médicales ne leur avaient pas été expliquées du tout, leur avaient été mal expliquées ou leur avaient été expliquées seulement dans une certaine mesure. Les autres (26 p. 100) jugeaient avoir reçu une bonne explication des catégories médicales. Une plainte souvent formulée par les membres des FC à qui l'on a attribué des CMT était que les procédés et politiques connexes ne leur avaient pas été bien expliqués et que, dans bien des cas, ils n'étaient pas bien compris par les médecins civils qui attribuaient les cotes. Durant l'examen, une brochure explicative sur les CMT a été élaborée et diffusée par le Chef – Service de santé à l'intention des cliniques des bases militaires au Canada. L'équipe d'examen estime qu'il s'agit d'une excellente initiative de la part du SSFC. Utilisé conjointement avec la consultation entre le médecin et le patient, ce document pourra mieux sensibiliser les patients au profil des catégories médicales et aux répercussions possibles des CMT sur leur carrière.

2.87 Comme dans tout processus administratif, les intervenants ont des préférences divergentes quant aux résultats attendus de l'attribution des CMT. On discute dans les paragraphes qui suivent de certains aspects de la situation du point de vue des patients. De l'avis général des personnes interrogées qui jugeaient que le processus fonctionne bien, les CMT les prémunissent contre d'autres blessures, protègent leurs collègues des risques de blessures et leur donnent la chance de se rétablir avant de reprendre la totalité de leurs fonctions.

2.88 Certains militaires ont dit craindre de se voir attribuer une catégorie médicale temporaire parce qu'on pourrait les juger «lâches» ou «paresseux». D'autres s'inquiètent des conséquences sur leur carrière : «Qu'arrivera-t-il si je ne me rétablis pas?», «Qu'advientra-t-il si je prends trop de temps à me remettre?», ou «Va-t-on me libérer des Forces?». En dépit des nombreuses assurances que les militaires reçoivent des plus hauts niveaux de la hiérarchie militaire, bien des personnes interrogées nourrissent encore beaucoup d'inquiétudes à l'égard du service de santé. Un bon nombre de militaires ne semblent pas avoir confiance que le SSFC ou d'autres procédés administratifs découlant des recommandations des médecins servent les intérêts des membres des FC.

2.89 L'équipe a aussi recueilli des points de vue divergents sur le temps que l'on a mis à régler les CMT. Certains patients ont indiqué qu'ils étaient parfaitement satisfaits de la durée d'application de leur CMT. Étant donné que le CSS de la localité a le pouvoir d'accorder une CMT par patient d'une durée maximale de 6 mois et la possibilité de renouveler la CMT une seule fois, les services de santé de la base peuvent avoir 12 mois pour régler le problème médical avant d'être obligés de le soumettre au QGDN.

2.90 Dans les situations où il a fallu soumettre le dossier de la CMT au QGDN, les patients en cause avaient des points de vue divergents sur la rapidité à laquelle ils souhaitaient que l'on règle leur dossier. Ceux qui attendaient une décision le plus tôt possible afin de se voir attribuer une catégorie permanente et d'entamer leur libération étaient frustrés de la lenteur du processus. Les autres dont la date de retraite approchait, qui envisageaient de se retrouver au chômage, ou qui se trouvaient aux derniers stades d'une maladie incurable étaient moins pressés que l'on s'occupe de leur CMT car ils craignaient que cela accélère la cessation de leur emploi et entraîne une perte d'indemnités.

2.91 Les pénuries de personnel à la D Pol Méd, attribuables en partie à l'accroissement du rythme des opérations des FC, ont nui à la capacité du QGDN de traiter rapidement les CMT prolongées au cours de la dernière année. L'incidence d'un arriéré de dossiers de CMT nécessitant des décisions du QGDN est débattue dans une section ultérieure de la partie 2 du rapport, intitulée **Incidence des catégories médicales temporaires non réglées au QGDN Ottawa**.

#### **Application des catégories médicales temporaires - Points de vue des commandants**

2.92 Les commandants et les superviseurs ont également exprimé toute une gamme de sentiments en ce qui a trait au processus des CMT. En général, les commandants ont reconnu la valeur et l'importance d'un tel processus, mais ils ont aussi admis qu'il peut s'avérer une source de frustrations lorsqu'il ne fonctionne pas comme prévu. On peut prendre des dispositions lorsque le militaire se voit attribuer une CMT à très court terme ou encore une catégorie permanente, mais la pire situation pour le commandant est qu'un membre de son unité soit doté d'une CMT prolongée. En règle générale, on peut s'accommoder d'une CMT à court terme car l'unité peut redistribuer les tâches, emprunter une personne d'une autre unité et prendre des mesures semblables. Une CMT qui s'étend au-delà de six mois peut faire en sorte qu'un militaire soit inscrit à une liste des effectifs indisponibles pour raisons de santé (EIPRS). Le processus n'est pas simple, cependant, car le commandant doit pouvoir justifier que le remplacement du militaire inapte est essentiel, puis soumettre au gestionnaire de carrières compétent une demande de remplacement du militaire inscrit aux EIPRS. La tâche la plus difficile qui incombe aujourd'hui au gestionnaire de carrières est de trouver un remplaçant convenable, au grade qui convient et dans le groupe professionnel voulu, car le bassin de ressources humaines est sensiblement réduit.

2.93 Du point de vue du commandant/superviseur, les cas les plus difficiles à régler sont les CMT qui sont renouvelées à plusieurs reprises alors qu'aucun remplaçant n'est offert. Ces CMT prolongées posent le plus grand défi de gestion aux commandants, pour les raisons suivantes :

- a. le militaire faisant l'objet d'une CMT doit être administré différemment des militaires en bonne santé, ce qui complique la tâche de gestion du cmdt;
- b. l'unité est affaiblie du fait que la personne malade ou blessée manque et que les tâches de cette dernière doivent être accomplies par les autres membres du personnel en santé;
- c. le cmdt doit constamment évaluer et réévaluer les possibilités de compenser la perte de productivité et les tâches inachevées attribuables à l'absence du militaire en question;
- d. tous ces facteurs se multiplient lorsque plus d'un membre d'une unité fait l'objet d'une CMT.

2.94 Les pressions exercées par l'absence de personnel en raison des CMT sont accrues pour les commandants depuis que la réduction des effectifs des FC a fait en sorte que les Forces ont très peu de souplesse et de chevauchements et qu'elles disposent en réalité d'une seule personne par poste. Si le cmdt exerce son influence pour que le militaire perde sa CMT et rejoigne son service et que le médecin y consent, le patient et l'unité courent un risque. Si le patient se blesse davantage parce qu'on lui a enlevé sa CMT trop rapidement et qu'il subit en conséquence une blessure permanente, les forces armées auront rendu un mauvais service au militaire et perdu les nombreuses années d'instruction et d'expérience investies dans ce soldat. Il n'est pas inconcevable qu'un pareil scénario se réalise, car 71 p. 100 des commandants participant aux groupes de discussion étaient soit «d'accord» soit «fortement d'accord» qu'il faut influencer les décisions des praticiens de la médecine des FC quant au traitement des patients afin de répondre aux besoins opérationnels des FC.

2.95 Les frustrations que le processus des CMT occasionne aux commandants sont ressorties en groupe de discussion lorsqu'on a demandé aux participants de réagir à l'affirmation voulant que le processus administratif des catégories médicales temporaires «fonctionne très bien». En effet, 78 p. 100 des superviseurs et commandants étaient soit «en désaccord» soit «fortement en désaccord» avec cette affirmation. Seulement 22 p. 100 étaient «d'accord» et aucun ne s'est dit «fortement d'accord».

2.96 Une autre question soulevée par les commandants est celle d'exercer des pressions pour que le système des CMT serve de motif à la libération d'un soldat dont le rendement laisse à désirer. On a informé l'équipe d'examen que les commandants utilisent parfois cette approche dans l'espoir qu'il soit plus efficace ou expéditif de se défaire d'un soldat dont le rendement est faible en ayant recours à un mécanisme à caractère médical plutôt qu'à un processus administratif plus approprié.

**Application des catégories médicales temporaires - Points de vue des professionnels de la santé**

2.97 En règle générale, les professionnels de la santé s'estiment les défenseurs des patients. Ils désirent faire en sorte que toute décision d'ordre médical ou d'ordre administratif ayant trait à l'état de santé des patients soit prise de manière cohérente et dans le meilleur intérêt du patient. Quant aux membres du personnel médical qui ont participé aux groupes de discussion, 61 p. 100 étaient «fortement en désaccord» ou «en désaccord» avec le fait que le processus administratif des CMT fonctionne très bien. Quarante pour cent d'entre eux estiment que le processus fonctionne bien et aucun d'entre eux n'était «fortement d'accord» avec cette affirmation.

2.98 Les médecins des FC et les médecins civils qui servent les membres des FC ont indiqué qu'il est vrai que des pressions de sources diverses s'exercent sur leurs décisions d'ordre médical. Le patient qui ne souhaite pas être classé dans une CMT peut exercer des pressions à cet effet sur le médecin militaire ou civil. Le danger que présente cette situation est qu'un commandant risque d'avoir l'impression qu'il dispose d'une unité parfaitement en mesure de satisfaire les exigences de la tâche, alors qu'en réalité son unité pourrait avoir des faiblesses qui lui seraient inconnues. Les membres du personnel médical ont signalé d'autres cas où un patient a exercé des pressions sur un médecin pour que celui-ci lui attribue une catégorie médicale afin d'éviter semble-t-il certaines affectations ou certains déploiements opérationnels.

2.99 Les membres du personnel médical subissent aussi les pressions de commandants en ce qui a trait à l'attribution des CMT. La majorité des médecins militaires et civils contractuels ont signalé à l'équipe d'examen des incidents où le commandant avait exercé sur eux des pressions pour qu'ils attribuent ou non une CMT. Au niveau de l'unité, lorsqu'un commandant supérieur s'adresse à un médecin généraliste relativement nouveau dans l'intention d'influencer une décision d'ordre médical, le médecin se trouve devant des dilemmes professionnels/moraux importants qui ne sont pas faciles à régler.

2.100 Selon des membres du personnel médical, certains commandants ont aussi exercé des pressions afin que la nature du problème de santé d'un militaire leur soit divulguée pour qu'ils aient une meilleure compréhension des circonstances entourant l'état de santé du militaire afin d'accomplir leurs responsabilités de commandement. C'est là une autre source de frustrations pour les médecins, qui sont tenus de par leur code de déontologie de ne divulguer aucun renseignement personnel au sujet des patients. Le profil des catégories médicales est conçu expressément pour permettre aux médecins d'attribuer des restrictions en fonction des six facteurs génériques, ce qui procure aux commandants des renseignements pertinents sur le plan opérationnel sans compromettre le caractère confidentiel des données sur l'état de santé du patient.

**Application des catégories médicales temporaires - Leadership**

2.101 Un thème qui est ressorti souvent durant notre examen des CMT est le fait qu'il ne s'agit pas d'un processus mécanique. Les dimensions humaines et la dynamique du processus des CMT font que la participation périodique ou continue des dirigeants est nécessaire. Lorsque le système fait défaut, c'est souvent attribuable à un manque de participation des dirigeants de la chaîne de commandement. Les paragraphes qui suivent font ressortir l'importance d'un leadership solide pour l'efficacité du processus des CMT.

2.102 Les principales failles dans la filière administrative liée aux CMT semblent être les plus longues périodes de récupération, qui s'échelonnent sur quelques mois à plusieurs années, pour lesquelles il faut attribuer une ou plusieurs CMT de six mois afin que le militaire ait suffisamment le temps de se rétablir. Le profil des catégories médicales est un processus administratif et non médical, pourtant un bon nombre des membres des FC le perçoivent autrement. Lorsqu'on leur demande si le SSFC est critiqué lorsque le processus des CMT ne répond pas parfaitement aux attentes des patients, 94 p. 100 des répondants du SSFC se disent «d'accord» ou «fortement d'accord». Six pour cent seulement sont en «désaccord» ou «fortement en désaccord» avec cette affirmation. Durant les échanges des groupes de discussions, le personnel du SSFC a exprimé sa frustration du fait que le Service est le premier à recevoir les plaintes relatives aux lacunes du processus des CMT. À son avis, il incombe à la chaîne de commandement et aux dirigeants militaires de voir à ce qu'il existe des mécanismes appropriés pour que l'on tienne dûment compte des circonstances et que l'on s'occupe des exigences administratives dans le cas des militaires qui font l'objet d'une CMT.

2.103 D'autres frustrations liées aux CMT sont ressorties des réactions des groupes de discussion du personnel médical en ce qui a trait à l'appui de la chaîne de commandement à l'égard de leurs recommandations de CMT. Lorsqu'on a demandé au personnel médical de commenter l'affirmation selon laquelle la chaîne de commandement respecte les recommandations pour ce qui est de l'attribution des CMT, 57 p. 100 se sont dits «fortement en désaccord» ou «en désaccord». Quarante-deux pour cent d'entre eux étaient «d'accord» et 1 p. 100 seulement, «fortement d'accord». Après analyse de discussions ultérieures, l'équipe d'examen est arrivée à la conclusion que le personnel du SSFC aimerait être davantage soutenu par les dirigeants militaires afin que le processus des CMT soit efficace.

2.104 La nécessité de l'intervention et de la participation des dirigeants est ressortie durant les discussions relatives à deux déclarations sur lesquelles se sont prononcés les groupes de commandants et de superviseurs. Quant à l'affirmation voulant que les militaires faisant l'objet d'une CMT soient parfois perçus comme des personnes qui abusent du système et qu'ils puissent être rejetés par leurs unités, 82 p. 100 des superviseurs et des commandants étaient soit «fortement d'accord», soit «d'accord». Les autres (18 p. 100) étaient soit «en désaccord», soit «fortement en désaccord». Durant les discussions de groupe qui ont suivi, l'équipe d'examen s'est rendue compte que les dirigeants reconnaissent généralement la nécessité d'intervenir et de collaborer avec le personnel médical pour éviter le plus possible que l'on abuse du système des CMT. Il a aussi été reconnu que les dirigeants ont un rôle à jouer afin d'atténuer dans quelle mesure les militaires faisant l'objet de CMT se sentent rejetés par leur unité.

2.105 Les dirigeants ont admis clairement qu'ils ont des responsabilités à exercer dans le processus des CMT; 89 p. 100 des commandants/superviseurs qui ont répondu au sondage étaient «d'accord» ou «fortement d'accord» avec l'énoncé selon lequel la chaîne de commandement devrait jouer un plus grand rôle pour ce qui est de la surveillance et de la gestion des personnes qui se voient attribuer des CMT. Onze pour cent seulement étaient «en désaccord» avec l'énoncé, et aucun répondant n'était «fortement en désaccord». Étant donné qu'un si fort pourcentage des dirigeants reconnaissent leur rôle de leadership, la clé pour les FC consiste à engager un plus grand nombre de commandants/superviseurs à «appliquer ce qu'ils prêchent» lorsque vient le moment de faire preuve de leadership dans l'administration des CMT.

### **Gestion de l'information à l'appui des catégories médicales temporaires**

2.106 Comme il est indiqué à la section ultérieure intitulée **Gestion de l'information/ technologies de l'information**, on ne prévoit mettre en oeuvre aucune solution exhaustive de GI/TI avant 2008 en ce qui a trait au soutien des soins dispensés aux patients dans le SSFC. Le milieu actuel du SSFC est en grande partie fondé sur les documents imprimés. Les systèmes qui ont été conçus pour simplifier la prestation des soins aux patients sont généralement des initiatives locales réalisées à l'aide de logiciels disponibles sur le marché. Dans plusieurs bases, on a mis en place des solutions locales de GI/TI pour aider à l'administration des CMT et au suivi des personnes visées. Comme il est mentionné ultérieurement à la section du rapport portant sur la **Migration des idées**, l'échange d'idées en ce qui concerne les solutions locales de GI/TI procure l'occasion de tirer parti des travaux déjà réalisés et de doter aisément les organisations qui en ont besoin de moyens à cet effet.

2.107 On a indiqué à l'équipe d'examen que le médecin de chaque unité utilisera un système de TI aussi bien pour obtenir des renseignements relatifs aux CMT et d'ordre médical sur les soldats que pour transmettre les renseignements d'ordre administratif aux commandants. Le médecin d'une unité a fait remarquer qu'elle utilise la GI/TI pour assurer un suivi médical approprié et que les membres du personnel médical prennent tous les moyens pour que les militaires se rétablissent le plus tôt possible. On a fait savoir à l'équipe d'examen que les escadres/bases/formations ne peuvent pas attendre la réalisation du projet central des services de santé (G2800) pour mettre en place des systèmes à l'appui notamment de l'administration des CMT et que ces solutions provisoires pourraient être adoptées à un coût raisonnable et dans un délai raisonnable.

### **Incidence des catégories médicales temporaires non réglées au QGDN**

2.108 Comme il est indiqué au début de cette partie du rapport, pendant une bonne partie de l'année écoulée, les dossiers des patients faisant l'objet d'une CMT qui s'étendaient au-delà de 12 mois ont été transmis au QGDN pour fins de décision à un rythme plus soutenu que le personnel de la DGSS a pu les régler et les traiter. À la fin du printemps 1999, quelque 1 200 dossiers non traités s'étaient accumulés à la Direction – Politiques médicales (D Pol Méd). La situation s'explique par un volume extraordinairement élevé de dossiers d'arrivée et une pénurie de personnel au sein de la

D Pol Méd. Comme l'a fait remarquer le personnel de la D Pol Méd à l'équipe d'examen, il est important de maintenir une grande continuité entre les évaluateurs pour que les CMT fassent l'objet de jugements cohérents et équitables. Comme la D Pol Méd craignait de perdre cette continuité, elle a hésité à faire appel à des remplaçants à court terme pour réduire l'arriéré de travail.

2.109 La stagnation du dossier de l'arriéré était une source de préoccupation pour l'équipe d'examen, car celle-ci avait entendu de nombreux militaires sur le terrain se plaindre que leur carrière ou leur vie resterait en suspens tant que la question de leur CMT ne serait pas réglée. Les commandants éprouvaient également de la frustration du fait que l'efficacité de l'unité était réduite et que leur fardeau administratif augmentait pour chaque membre en attente d'une décision à l'égard de sa catégorie médicale temporaire. En dépit des efforts louables déployés par le SSFC – y compris l'obtention d'occasionnels, la redistribution du personnel du QG et d'autres mesures – au début de juin 1999, il y avait toujours un arriéré d'environ 1 000 dossiers.

2.110 Vers le milieu de juin, la D Pol Méd a lancé une campagne en vue de réduire le nombre de dossiers à traiter. Au mois d'août, le nombre de dossiers non traités était passé à 300 et la Direction prévoyait être tout à fait à jour avant le mois d'octobre 1999. Comme l'a fait remarquer le directeur responsable, ce n'est qu'à cause de mesures extraordinaires que la Direction a réussi à réduire le nombre de dossiers non traités - entre autres, aucune nouvelle politique n'a été publiée au cours de la campagne.

### **Coût d'opportunité du traitement différé des dossiers de CMT**

2.111 Il est digne de mention que le fait de retarder le traitement des dossiers concernant les CMT occasionne des coûts d'opportunité. Pendant que les militaires font l'objet d'une CMT et qu'ils ne remplissent pas toutes leurs fonctions, ils sont souvent sous-employés ou mal employés. Leur carrière et parfois leur vie est en suspens alors qu'ils attendent qu'une décision soit prise à Ottawa pour ce qui est de la prolongation de leur catégorie temporaire ou de l'acheminement de leur dossier au Conseil médical de révision des carrières pour qu'une mesure plus définitive soit prise à l'égard de leur carrière.

2.112 En règle générale, il y a beaucoup d'avantages à prendre des décisions dans les meilleurs délais en ce qui a trait au traitement des dossiers relatifs aux CMT. La stagnation de ces dossiers a une incidence négative sur la capacité opérationnelle et sur la vie personnelle des militaires, ainsi que des répercussions monétaires pour les FC et le Ministère.

**Conclusions relatives à l'administration des catégories médicales temporaires**

2.113 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. le concept des catégories médicales temporaires se fonde sur un raisonnement valable;
- b. le processus des CMT est valable, mais certains aspects administratifs pourraient être améliorés dans l'intérêt des FC et de leurs membres;
- c. la plupart des patients qui font l'objet ou ont déjà fait l'objet d'une CMT ne comprennent pas bien le processus;
- d. les militaires entretiennent une méfiance à l'égard du processus des CMT du point de vue des répercussions sur leur carrière;
- e. il arrive souvent que des militaires se sentent rejetés par leurs pairs et parfois leurs supérieurs lorsqu'on leur attribue une CMT;
- f. les militaires ne sont pas tous du même avis en ce qui concerne la rapidité à laquelle ils souhaitent que les décisions soient prises à l'égard de leurs CMT, mais c'est généralement dans l'intérêt des FC et de leurs membres que ces questions soient réglées dans les meilleurs délais;
- g. le nombre important de militaires qui se voient attribuer des CMT à répétition et l'usage restreint de la liste des effectifs indisponibles pour raisons de santé constituent une grande source de frustrations pour les commandants qui s'efforcent de prendre les bonnes décisions pour les patients, mais qui doivent également réaliser la mission opérationnelle avec des moyens réduits;
- h. les médecins militaires subissent peut-être des pressions de la part de militaires et de commandants supérieurs en ce qui concerne les décisions relatives aux CMT – ces pressions posent aux médecins militaires des dilemmes moraux importants;
- i. même si l'on peut établir un lien entre le manque de participation des dirigeants et un certain nombre de situations où le processus des CMT n'a pas fonctionné aussi bien que prévu, les commandants et les superviseurs reconnaissent qu'il s'agit d'un processus administratif et qu'ils ont un rôle significatif à jouer pour en assurer le bon fonctionnement;
- j. la GI/TI pourrait simplifier l'administration des CMT et certains systèmes autonomes, conçus et utilisés sur le terrain, aident à l'administration des CMT;

- k. il y a un coût important à l'attribution de CMT aux militaires;
- l. il est digne de mention que le personnel de la D Pol Méd a accompli des progrès marqués au cours des derniers mois afin de réduire à des niveaux traitables l'arriéré des dossiers relatifs aux CMT soumis à l'étude du QGDN.

#### 2.114 INTENTIONNELLEMENT LAISSÉ EN BLANC

#### **Recommandations relatives aux catégories médicales temporaires**

#### 2.115 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :

- a. que l'on s'efforce d'accroître les connaissances et la sensibilisation des patients en ce qui a trait aux catégories médicales temporaires;
  - (1) que tout le personnel clinique du SSFC soit familiarisé avec le concept et le processus des CMT et prêt à répondre aux questions les plus fréquemment posées à l'égard des CMT;
  - (2) que des provisions de la brochure récemment publiée par la D Pol Méd sur les CMT soient aisément accessibles dans les établissements de santé où des soins sont dispensés aux membres des FC en garnison et que l'on en fasse une grande diffusion;
- b. que les dirigeants participent suffisamment à l'administration des CMT pour que le militaire faisant l'objet d'une CMT ne soit pas écarté du point de vue administratif et laissé sans surveillance ni appui suffisant;
- c. que les dirigeants exercent leurs responsabilités de manière que les collègues du militaire à qui l'on a attribué une CMT soient au courant du processus et comprennent la raison d'être de l'attribution des CMT;
- d. qu'en règle générale, les décisions relatives à l'administration des CMT soient prises le plus rapidement qu'il est possible et pratique de le faire, compte tenu des meilleurs intérêts du patient, de l'unité et des FC;
- e. que les cours de sensibilisation des MM à la pratique de la médecine dans les FC et au concept des CMT familiarisent les MM non seulement avec le fonctionnement des CMT, mais aussi avec certaines des réalités connexes ayant trait aux ressources humaines;
- f. que le Chef – Service de santé et d'autres membres du personnel du SSFC profitent de leur participation à diverses tribunes de la haute direction des FC pour faire ressortir les responsabilités de la chaîne de commandement à l'égard des CMT et de la continuité des soins.

## **QUESTIONS LIÉES À L'ORGANISATION, AU COMMANDEMENT ET AU CONTRÔLE DU SSFC**

### **Contexte - Commandement et contrôle des soins en garnison**

2.116 Avant l'opération Phoenix, le Service de santé des Forces canadiennes (SSFC) et les structures et procédures organisationnelles permettant d'exercer le commandement, le contrôle et la direction professionnelle de ses nombreuses composantes avaient évolué principalement pour répondre aux exigences du temps de paix des FC. L'hypothèse voulant que les organisations et procédures du temps de paix puissent aisément être adaptées aux exigences d'un déploiement opérationnel soutenu a été critiquée et contestée dans le cadre de plusieurs examens de gestion du SSFC au début des années 90. En conséquence, on a lancé l'Op Phoenix dans l'intention d'élaborer un nouveau service de santé qui soit axé sur les opérations, viable et rentable. Les auteurs du rapport final de l'Op Phoenix recommandent une restructuration du service pour garantir le soutien médical durant les opérations et en garnison. La mise en oeuvre et la gestion du système proposé exigeraient une restructuration en profondeur du système de commandement et de contrôle du SSFC.

2.117 Avant l'Op Phoenix, les ressources médicales des FC étaient en majeure partie structurées en fonction de la prestation des soins en garnison. Les ressources médicales de première et de deuxième ligne attribuées aux commandements étaient structurées en unités, à l'appui des opérations; cependant, il arrivait souvent que des personnes exercent plus d'une fonction et qu'elles soient affectées à la prestation aux membres des FC de soins de santé à leur base ou unité d'affectation. Les ressources de troisième ligne étaient organisées de manière à assurer les soins de santé en garnison. On allait chercher les effectifs, lorsqu'ils étaient disponibles, de ces installations de type garnison pour constituer des composantes médicales opérationnelles à l'appui de certaines opérations. La situation s'est avérée problématique, car il n'était pas toujours possible de trouver du personnel apte à se déployer à cause de sa participation à la prestation des soins en garnison. Ainsi, le SSFC n'a pas toujours été en mesure de fournir les effectifs médicaux en nombre voulu pour soutenir les opérations.

2.118 L'examen découlant de l'Op Phoenix a transformé le rôle et les priorités du personnel médical militaire. L'opération avait pour objectif d'organiser le personnel du SSFC en unités et de n'affecter ces ressources à la prestation des soins en garnison que si elles étaient disponibles. La participation du personnel du SSFC aux services en garnison visait à offrir à divers groupes professionnels militaires de la santé l'occasion de maintenir leurs compétences cliniques et professionnelles en état de préparation opérationnelle. On a établi dans chaque grande base des FC une petite équipe militaire de gestion, chargée de coordonner la prestation des soins de santé en garnison, lesquels devaient être assurés principalement par des civils avec l'aide de préposés aux soins de santé opérationnels des FC qui seraient affectés aux bases respectives lorsqu'ils seraient disponibles.

2.119 Les hôpitaux des Forces canadiennes (y compris le Centre médical de la Défense nationale (CMDN)) ont été démantelés en tant qu'unités des Forces canadiennes par suite de l'Op Phoenix. La responsabilité de la prestation des soins de santé en garnison a été confiée au commandant de la formation ou de la base, qui a hérité de la tâche de déterminer dans quelle mesure les établissements médicaux de la base continueraient de dispenser les soins de santé en garnison.

2.120 Dans le cadre de la restructuration qui a accompagné l'Op Phoenix, on a établi dans chaque grande base un poste de coordonnateur des soins de santé (autrefois le médecin-chef de la base). Le CSS est chargé de la prestation des soins de santé en garnison. Il coordonne les services de santé qui sont dispensés conformément au document sur les soins de santé garantis par les FC, à l'aide du personnel militaire opérationnel et des ressources civiles qui sont disponibles. Le CSS est appuyé par une composante administrative militaire (généralement un administrateur des soins de santé). Les services qui dépassent la capacité de l'installation de la base sont généralement obtenus de contractuels civils locaux. Lorsque les membres du personnel affectés au GMFC doivent partir en déploiement opérationnel, en exercice, en formation ou en congé, le CSS doit embaucher à contrat des professionnels civils de la santé pour desservir les établissements des FC, ou bien diriger les patients vers les établissements de santé de la communauté.

### **Incidence du commandement et du contrôle sur la prestation des soins en garnison**

2.121 Un facteur important qui influence la prestation des soins de santé en garnison est l'absence d'une compréhension nette des responsabilités, des pouvoirs et des obligations en ce qui a trait à la satisfaction des besoins des patients. Bien que la structure actuelle des soins de santé découlant de l'Op Phoenix puisse soutenir un SSFC axé sur les opérations, les activités quotidiennes à tous les niveaux semblent être axées en majeure partie sur la prestation des services de santé en garnison. Cela peut entraîner des problèmes lorsque divers paliers de la structure de commandement et de contrôle des services de santé, organisée pour soutenir un service axé sur les opérations, participent aux processus décisionnels ayant une incidence sur les soins en garnison.

2.122 La responsabilité des soins médicaux en garnison est assignée clairement, mais ce n'est pas le cas de l'obligation de rendre compte de leur prestation. Il est ressorti de l'Op Phoenix que la responsabilité de la prestation des soins de santé en garnison relève des commandants des formations et des bases, et qu'un poste de CSS sera établi à chaque base pour coordonner la prestation des soins de santé en garnison pour le compte du commandant de la base. Cependant, on n'attribue pas nécessairement aux commandants des bases le contrôle du fonctionnement de leur établissement de santé. Les CSS relèvent du commandant de la base pour ce qui est des soins médicaux dispensés en garnison, mais le personnel médical de l'état-major d'armée et celui du QGDN (GMFC) jouent un rôle important dans un bon nombre des décisions qui devraient être prises à l'échelle de la base.

2.123 Il existe une double chaîne de commandement pour les ressources médicales qui soutiennent les services en garnison. Le commandant de la base est responsable des services de santé en garnison, mais les détachements du GMFC fournissent le personnel militaire de la santé pour dispenser les soins en garnison lorsque ces effectifs sont disponibles. Or, il arrive souvent que le personnel offert ne suffise pas à la demande. Par ailleurs, durant les déploiements ou l'instruction du personnel militaire médical, il faut augmenter les effectifs chargés de la prestation des soins de santé en garnison. Selon la politique actuelle du QGDN établie par le DGSS/GMFC, le coordonnateur des soins de santé peut remplacer les médecins et d'autres pourvoyeurs de soins de santé lorsque le personnel du détachement du GMFC est absent en déploiement ou en formation, mais il n'est pas autorisé à embaucher du personnel de remplacement lorsque les membres du GMFC doivent s'absenter en congé annuel, en congé de maladie, en cours professionnel ou pour d'autres motifs. La durée de ces absences peut varier de trois semaines à quatre mois. Par conséquent, bien que le nombre de patients d'un établissement de santé d'une base puisse nécessiter la présence continue d'un nombre minimal de médecins, le CSS ne peut garantir qu'il y aura suffisamment de ressources pour répondre aux besoins. De même, les décisions relatives à la disponibilité du personnel du GMFC sont prises indépendamment de la charge de travail, des besoins et des priorités du centre de santé en garnison. Il reste à savoir lequel du DGSS/cmdt GMFC, du commandant de la base ou du CSS peut être tenu responsable de la prestation des soins en garnison.

2.124 Le poste de CSS a été identifié et établi dans la seule intention de coordonner la prestation des soins médicaux en garnison. Avant l'opération Phoenix, le médecin-chef de la base répondait à la fois aux exigences des soins de santé en garnison et à celles du soutien médical opérationnel pour la base. À l'heure actuelle, la plupart des CSS semblent avoir conservé l'ancien rôle du médecin-chef de la base. Ce fait à lui seul risque de compromettre les soins médicaux en garnison, car l'attention du CSS et celle des ressources médicales militaires qui lui sont accessibles à un moment donné pourraient être détournée de la prestation des soins en garnison vers d'autres tâches militaires.

2.125 Même si le poste de coordonnateur des soins de santé est établi à chaque base, le titulaire doit rendre des comptes au QGDN DGSS/GMFC, soit directement, soit par l'intermédiaire du personnel médical de son quartier général de formation, en ce qui a trait aux besoins supplémentaires de financement et de personnel relatifs aux soins de santé. Les commandants des bases, qui ne sont peut-être pas familiers avec les questions liées à la prestation des soins de santé locaux, sont en mesure de soumettre des besoins au réseau de santé des FC sans avoir à assumer la responsabilité des coûts. Par exemple, le commandant d'une base peut insister que la clinique médicale de la base ouvre sa salle d'examen les fins de semaine et les jours de congé, et ainsi engager des frais pour les honoraires des médecins qui travaillent en fin de semaine ou en disponibilité. Ces dépenses seront puisées du budget de F et E de la DGSS plutôt que des crédits de la base. Le commandant d'une base devrait être en mesure de diriger la façon dont les soins seront dispensés aux membres des FC dans sa base, mais il devrait avoir l'obligation de rendre compte des frais connexes. Cela inciterait les bases à gérer leurs services de santé de la manière la plus rentable possible.

2.126 Les services de santé en garnison sont offerts dans un contexte où les relations de commandement et de contrôle sont conflictuelles. Les services du personnel médical en uniforme sont partagés entre les détachements du GMFC, les ressources médicales de première et de deuxième ligne des états-majors d'armée (ambulances de campagne, brigades, etc.) et les effectifs de la base, par l'entremise du coordonnateur et de l'officier d'administration des soins de santé. Bien que le concept de l'Op Phoenix implique que les soins en garnison doivent être dispensés par des pourvoyeurs civils, il dépend fortement de la disponibilité de médecins militaires et d'autres professionnels de la santé des unités d'instruction opérationnelle du GMFC ainsi que du personnel de première et de deuxième ligne du commandement pour maintenir les soins en garnison. Il faut donc que le personnel du GMFC soit intégré au personnel des commandements et des bases qui travaille dans un centre de santé administré par un CSS qui relève du commandant de la base. En conséquence, la prestation des soins en garnison repose en grande partie sur une habile coordination des ressources de trois chaînes de commandement distinctes, lesquelles sont fortement influencées par des personnalités plutôt que par des principes organisationnels. La prestation des soins de santé en garnison souffre d'un manque «d'unité de commandement», en ce sens que les ressources médicales qui assurent les services relèvent du cmdt GMFC, des états-majors d'armée et du commandant de la base.

2.127 La mise en oeuvre à ce jour du modèle de l'Op Phoenix n'a pas réglé ce problème de commandement et de contrôle, mais une reconnaissance de la situation par tous les paliers de gestion pourrait aider. Si le commandant de la base et le CSS sont responsables des soins dispensés en garnison, leur prestation dépend de l'appui des ressources médicales des commandements, du personnel du détachement du GMFC et des ressources dont disposent les hôpitaux de campagne. Si l'on intègre et coordonne les ressources de trois organisations distinctes, ayant chacune des mandats, des modes de gestion, des tâches et des priorités différents, il est compréhensible que les soins dispensés aux patients s'en ressentent. Les médecins militaires travaillant dans les établissements de santé des FC ont fait savoir à l'équipe d'examen que la rentabilité et l'efficacité de la prestation des soins aux patients sont atténués par la nécessité de gérer et d'équilibrer les rapports de commandement et de contrôle qui s'exercent en arrière-plan.

2.128 Les postes de cmdt GMFC et de DGSS sont comblés par une même personne mais ils comportent des responsabilités distinctes. Le Directeur général – Services de santé (DGSS) exerce les fonctions de Chef – Service de santé des Forces canadiennes. À ce titre, il est chargé de surveiller la prestation aux FC de services médicaux et dentaires, de surveiller l'ensemble du soutien des soins de santé en milieu opérationnel, d'assurer le perfectionnement professionnel des membres du personnel de la santé et de veiller à relever avec précision les besoins en ressources de la santé. Quant au commandant du GMFC, il est chargé de constituer l'effectif opérationnel du Groupe médical du Canada (GMC) opérationnel (de troisième ligne) et d'assurer un soutien stratégique dans le secteur de la santé (quatrième ligne). Le DGSS n'exerce aucune autorité de commandement sur les ressources du SSFC, mais le cmdt GMFC commande environ le tiers des ressources médicales du SSFC. Les deux tiers des ressources médicales qui restent relèvent du commandement et du contrôle des chefs d'état-major d'armée (CEMA). Alors qu'une personne assume des responsabilités en ce qui a trait à la gestion stratégique des

services de santé (le DGSS) et aux activités médicales opérationnelles (le cmdt GMFC), aucune directive organisationnelle n'est donnée au reste des ressources médicales qui relèvent des CEMA sauf pour l'influence professionnelle. Par conséquent, on doit servir les intérêts des patients des FC en ce qui a trait aux soins en garnison par l'entremise de trois chaînes de commandement qui ne sont pas toujours cohérentes pour ce qui est de leur approche ou de leurs priorités.

2.129 Le manque d'unité de commandement à l'égard des ressources médicales qui dispensent les soins de santé en garnison cause des problèmes pratiques en ce qui a trait à la supervision, à la connaissance et à l'application des procédures d'administration et de fonctionnement et en ce qui concerne la prestation d'un niveau uniforme de services. Le coordonnateur des soins de santé exerce des responsabilités de gestion en ce qui a trait au fonctionnement des établissements de santé, mais il n'a aucune autorité hiérarchique sur le personnel médical qui dispense les services sauf à l'égard de l'administrateur des soins de santé et des médecins civils embauchés à contrat. Par conséquent, le CSS n'est pas en mesure d'assurer une surveillance directe du personnel de soutien administratif que les détachements du GMFC ou les unités des commandements mettent à sa disposition. De même, ces membres du personnel ne se sont pas engagés à travailler au centre de santé, ne sont pas nécessairement toujours disponibles pour travailler à l'établissement de santé des FC et souvent ne connaissent pas les procédures d'administration et de fonctionnement de l'établissement de santé des FC qui favoriseraient la prestation de services uniformes.

2.130 Les adjoints médicaux (A Méd) ne sont pas assignés de façon permanente à des centres de soins de santé en garnison. Tous les A Méd sont affectés à des unités opérationnelles et ne sont mis à la disposition des cliniques des bases que si leur unité se trouve en garnison et si des mesures ont été prises pour compléter les services des bases ou dispenser de la formation en cours d'emploi. Les médecins militaires du GMFC ou des états-majors d'armée ne sont accessibles également que s'ils sont disponibles, ce qui empêche le CSS d'organiser des activités ou de s'engager dans une planification à long terme. Ainsi, certains CSS ne fixent aucun rendez-vous plus de quatre semaines à l'avance parce qu'ils n'ont pas l'assurance qu'ils disposeront de suffisamment de personnel médical pour répondre aux besoins des patients, ce qui influence la qualité des services de santé offerts en garnison.

2.131 Une discussion qui revient souvent en ce qui a trait au commandement et au contrôle du SSFC est la possibilité de centraliser toutes les ressources médicales sous une seule structure de commandement. Bien que des principes organisationnels et certains précédents établis par d'autres spécialistes fonctionnels puissent appuyer ce concept, la mise en oeuvre d'une restructuration aussi fondamentale semble impossible à court terme. Comme il est mentionné au paragraphe 2.193, le SSFC est une organisation épuisée par les changements et dont le personnel est généralement démoralisé. Vu que le SSFC se ressent encore des profonds changements découlant de l'Op Phoenix, il est peu probable que d'autres changements majeurs d'ordre organisationnel ou structurel recevraient suffisamment d'appui de la part du SSFC ou des chefs d'état-major d'armée. La structure actuelle permet d'exercer le mandat en place, c'est-à-dire fournir un service de santé axé

sur les opérations, selon les recommandations de l'Op Phoenix. Même si la structure actuelle de commandement et de contrôle pose des problèmes qui nuisent à la prestation optimale des soins en garnison, la mise en oeuvre des recommandations d'ordre administratif, de procédure et de dotation en personnel qui sont formulées dans le présent rapport devrait améliorer la situation pour le moment afin que le mandat dont le SSFC a été investi puisse se réaliser, tout en améliorant les soins dispensés quotidiennement en garnison. Il appartient au SSFC de faire la démonstration aux membres du SSFC que les soins optimaux en garnison peuvent être dispensés et qu'ils le sont effectivement, sans égard à la structure de commandement et de contrôle qui les régit. Il est fort probable que si l'on apportait d'autres changements fondamentaux à l'organisation à court terme, pendant que l'on poursuit la mise en oeuvre de certains aspects de l'Op Phoenix, cela détournerait l'attention de la réalisation des initiatives en cours visant à améliorer les soins aux patients.

2.132 À plus long terme (d'ici 18 à 24 mois), on pourrait songer sérieusement à l'établissement d'une organisation centralisée des services de santé qui relèverait d'un CEMA ou qui serait une entité nationale de soutien. Un concept organisationnel de ce genre permettrait peut-être d'accroître l'efficacité du service de santé, lequel serait basé sur les besoins médicaux actuels plutôt que sur la situation antérieure. Du point de vue conceptuel, une telle organisation engendrerait le personnel de la santé nécessaire aux divers éléments et unités des FC, tout en assurant la promotion de l'uniformité, de la qualité des services et des pratiques de gestion clinique, en même temps qu'elle favoriserait l'élaboration et la mise en oeuvre d'un système centralisé de renseignements sur la santé. On aurait aussi une plus grande latitude pour déplacer le personnel entre les diverses formations de manière à répondre aux besoins de soins de santé en opération et en garnison.

### **Conclusions relatives au commandement et au contrôle de la prestation des soins en garnison**

2.133 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. l'imprécision des responsabilités, des pouvoirs et des obligations de rendre compte se répercute sur la prestation des soins;
- b. dans une grande mesure, la prestation des soins de santé en garnison dépend de l'habile coordination et intégration des ressources de trois chaînes de commandement distinctes. Cette structure est fortement influencée par des personnalités et des priorités divergentes plutôt que de se fonder sur des principes organisationnels;

- c. les structures actuelles de commandement et de contrôle du SSFC empêchent le DGSS/cmdt GMFC de fournir des directives organisationnelles ou stratégiques ou d'exercer un leadership face à la majeure partie des ressources médicales, qui relève des états-majors d'armée;
- d. le manque d'unité de commandement du CSS par rapport aux ressources qui fournissent les soins en garnison se répercute sur la capacité du CSS d'administrer avec efficacité l'établissement de santé de la base et de fournir des services axés sur les patients;
- e. pour le moment, la structure actuelle est celle qui convient le mieux au mandat confié au SSFC en vertu du concept de l'Op Phoenix.

**Recommandations relatives au commandement et au contrôle de la prestation des soins en garnison**

2.134 Il est recommandé ce qui suit :

- a. que l'on stabilise l'engagement des ressources du GMFC et des commandements à l'appui des soins dispensés aux patients en garnison. On devrait conclure des accords sur les niveaux de service entre les détachements du GMFC, les unités des commandements et le coordonnateur des soins de santé, afin que des ressources minimales soient consacrées aux soins en garnison;
- b. que l'on apporte immédiatement des améliorations à la prestation des soins de santé en garnison par le biais de rajustements d'ordre administratif, de procédure et de dotation en personnel plutôt qu'en modifiant la structure fonctionnelle;
- c. que l'on précise les responsabilités, les pouvoirs et les obligations de rendre compte du personnel du GMFC, du personnel relevant des CEMA, des commandants des bases et des pourvoyeurs de soins de santé à l'égard de la prestation des soins aux patients en garnison;
- d. que les responsabilités du coordonnateur des soins de santé soient axées exclusivement sur la prestation des soins en garnison aux membres des FC et sur le fonctionnement du centre de santé. Les questions d'ordre opérationnel et les autres questions médicales liées aux FC qui relevaient du médecin-chef de la base avant l'opération Phoenix devraient être confiées au personnel médical des états-majors d'armée;
- e. que l'on étudie d'ici 18 à 24 mois la possibilité d'établir une organisation centralisée des services de santé.

## **QUESTIONS LIÉES AUX RESSOURCES HUMAINES**

### **Ressources, effectifs et dotation en personnel du SSFC**

2.135 Un facteur des objectifs énoncés dès le début de l'examen (paragraphe 1.4) est que les gestionnaires supérieurs entretiennent des préoccupations quant à la capacité du Service de santé des Forces canadiennes de répondre aux besoins des membres des FC. Dans cette optique, les gestionnaires supérieurs se sont demandés si les réductions de ressources survenues au cours des cinq dernières années ont nui à la prestation des soins de santé dans les FC et si le Service de santé des FC détient suffisamment de ressources pour répondre aujourd'hui aux besoins des militaires.<sup>28</sup>

2.136 Avant la restructuration du SSFC dans le cadre de l'Op Phoenix, le SSFC et ses ressources étaient axés sur la prestation de services quotidiens de santé aux FC. Les ressources médicales de première et de deuxième ligne affectées aux trois armées étaient structurées en unités pour soutenir les opérations, mais elles étaient souvent appelées à exercer d'autres fonctions pour dispenser les soins en garnison à la population des différentes bases ou unités des FC qui constituaient leur lieu d'affectation. Les ressources de troisième ligne étaient structurées en grande partie pour la prestation des soins en garnison. Lorsqu'ils étaient disponibles, les membres du personnel de ces établissements en garnison étaient détachés pour constituer des composantes médicales à l'appui d'opérations particulières.

2.137 L'opération Phoenix a apporté des changements en profondeur aux rôles et aux priorités du personnel médical militaire. Aux dires de tous, le SSFC pourrait fournir d'excellents soins de santé en garnison aux FC, mais aux dépens de sa capacité de soutenir les opérations des FC. On a proposé la restructuration du SSFC dans l'intention de réaliser des économies substantielles aux chapitres du personnel, de l'infrastructure et de la prestation des services de santé. L'effectif médical militaire est passé de plus de 3 000 postes à quelque 1 800 postes, pour ensuite être augmenté à 2 071 postes comme il est indiqué à l'annexe C. Le concept proposé par l'Op Phoenix consistait à établir une équipe médicale militaire à l'appui des opérations. On envisageait qu'à cause des besoins permanents en matière d'opération et d'instruction, les ressources militaires seraient insuffisantes pour satisfaire toutes les exigences prescrites relativement aux soins en garnison et en milieu hospitalier.

2.138 Afin d'assurer la prestation en temps opportun de services de santé en garnison aux FC à l'issue de l'Op Phoenix, un noyau restreint de gestionnaires militaires (le coordonnateur des soins de santé et un administrateur) a été chargé de coordonner la prestation des services de santé en garnison. Le but visé était d'assurer les services essentiels de maintien et de surveillance de l'état de santé des effectifs des FC. Il était prévu d'obtenir les ressources nécessaires à la prestation des services de santé en garnison du bassin de personnel médical militaire essentiel ou non aux opérations, dans la mesure où ces personnes seraient disponibles, et de faire appel à des pourvoyeurs civils pour

---

<sup>28</sup> CANFORGEN 065/99 CDS 054, 29 juillet 1999, Message spécial du CEMD

dispenser les services qui seraient coordonnés par le CSS sur les lieux. Il a été reconnu que toute augmentation des engagements opérationnels accroîtrait la dépendance à l'égard du réseau civil de la santé et du personnel contractuel.

2.139 Comme suite aux Programmes de réduction des Forces, l'Op Phoenix a entraîné une diminution significative du personnel médical militaire, et plus précisément des personnes chargées de dispenser les soins en garnison. En même temps que des réductions étaient apportées aux FC, les écoles civiles de médecine réduisaient le nombre d'étudiants recrutés, ce qui a eu pour effet de restreindre le nombre de médecins civils diplômés. Au cours de la même période (1994-1999), selon l'Institut canadien d'information sur la santé, il est survenu à l'échelle nationale une réduction de 3 p. 100 du nombre des médecins de famille ainsi qu'une restructuration globale des services de santé dispensés par les provinces. En conséquence, il n'a pas été tout à fait possible de réaliser la prémisses de l'Op Phoenix voulant que l'on obtienne du personnel médical supplémentaire du secteur public. Par ailleurs, le taux d'attrition des médecins militaires généralistes a augmenté de l'ordre de 75 à 80 p. 100 à l'issue de la période de service obligatoire, comparativement au taux plus traditionnel de 50 p. 100 qui prévalait au début des années 90. On peut constater les répercussions de cette situation dans le tableau ci-après, qui témoigne de l'augmentation du budget des dépenses du SSFC entre 1993-1994 et 1998-1999, c'est-à-dire de deux ans avant la mise en oeuvre de l'Op Phoenix jusqu'à trois ans après l'opération.

**Tableau 1**

**Dépenses du SSFC**

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999
Adminis- tration	1 656 296 \$	2 176 178 \$	3 038 652 \$	4 068 428 \$	6 123 188 \$	5 020 669 \$
<b>Soins en clinique interne/ externe</b>	<b>12 231 200 \$</b>	<b>11 961 576 \$</b>	<b>12 597 526 \$</b>	<b>13 815 528 \$</b>	<b>17 676 742 \$</b>	<b>19 956 363 \$</b>
<b>Personnel</b>	<b>10 909 247 \$</b>	<b>11 052 216 \$</b>	<b>10 643 936 \$</b>	<b>15 932 809 \$</b>	<b>14 090 475 \$</b>	<b>17 821 707 \$</b>
Réparations et entretien	1 237 777 \$	1 130 656 \$	995 757 \$	839 031 \$	705 419 \$	764 616 \$
Fournitures médicales	21 344 562 \$	21 210 569 \$	20 950 363 \$	16 624 084 \$	17 191 965 \$	22 699 940 \$
Fournitures générales	1 472 918 \$	1 716 805 \$	1 585 766 \$	1 012 120 \$	1 141 117 \$	514 566 \$
<b>Totaux</b>	<b>48 852 000 \$</b>	<b>49 248 000 \$</b>	<b>49 812 000 \$</b>	<b>52 292 000 \$</b>	<b>56 928 906 \$</b>	<b>66 777 861 \$</b>

Nota : Sont exclus de ces dépenses les frais des services dentaires et du personnel militaire. Les dépenses en personnel de ce tableau témoignent exclusivement de l'obtention de personnel médical contractuel.

L'augmentation des coûts directs des soins de santé peut s'expliquer par l'acquisition accrue de soins en clinique interne/externe et de médecins civils contractuels pour répondre aux besoins des FC en garnison. Les économies en personnel militaire peuvent compenser ces dépenses, mais il reste à savoir si la qualité des soins médicaux dispensés aux membres des FC a été affaiblie par la réduction du personnel médical militaire.

2.140 Bien que le personnel médical militaire soit chargé de répondre aux besoins opérationnels des FC, la prestation de soins en garnison dépend de la disponibilité des membres du SSFC. Les membres du personnel médical du GMFC et des commandements fournissent du soutien en garnison lorsqu'ils sont disponibles et que leurs unités se trouvent en garnison, mais la demande de services en garnison ne diminue pas proportionnellement lorsque les unités sont déployées. Les effectifs qui ont besoin de soins ne sont pas déployés et ils continuent d'exiger des soins de l'établissement de santé des FC. La prémisse voulant que des ressources médicales civiles procurent les renforts nécessaires au personnel militaire ne tient pas compte de la disponibilité dans chaque région de médecins prêts à assumer ce rôle, du fardeau administratif qu'entraîne l'acquisition de services civils et de la rentabilité et de l'efficacité relatives des professionnels qui procurent des services aux FC en vertu de modalités de travail assouplies. En conséquence, la charge de travail des pourvoyeurs militaires de soins de santé en garnison s'est sensiblement alourdie et le niveau de stress et d'épuisement de ces effectifs a augmenté, ce qui, de leur propre aveu, a influencé leur moral et leur attitude au travail ainsi que leur capacité de dispenser la qualité des soins qu'ils désirent. Faute de données sur la charge de travail (on a cessé de les recueillir en 1994 au moment de la compression des ressources), il a été impossible d'effectuer sur ce plan des analyses comparatives de la charge de travail et des indicateurs de rendement entre les emplacements.

2.141 Voici comment sont réparties les ressources actuelles en personnel médical dans les FC :

**Tableau 2**

**Répartition du personnel médical au sein du SSFC**

Chef d'état-major des Forces maritimes	Chef d'état-major de l'Armée de terre	Chef d'état-major de la Force aérienne	GMFC	Autres (instruction)
110	723	304	917	265

L'effectif et la répartition ci-dessus des ressources médicales en uniforme sont fondés sur les besoins opérationnels des FC. Cependant, en plus de satisfaire les besoins opérationnels, le concept de l'Op Phoenix prévoit que des professionnels de la santé militaires seront disponibles pour compléter les ressources d'autres services de santé en garnison, combler les besoins des groupes professionnels militaires de la santé et exercer des fonctions nationales qui ne peuvent être confiées à des contractuels civils. Pour accomplir leurs responsabilités liées aux soins de santé en garnison, les coordonnateurs des soins de santé dépendent de la disponibilité de ressources médicales des FC.

2.142 Les ressources médicales en uniforme ne relèvent pas de la chaîne de commandement du CSS. Elles peuvent ne plus être en mesure de dispenser les soins en garnison en raison d'un déploiement, de cours d'instruction préalables ou ultérieurs au déploiement, de formation médicale continue, de perfectionnement professionnel, de congés ou d'un autre motif justifiable. L'absence d'autorité hiérarchique à l'égard de ces effectifs pose des difficultés au CSS qui est appelé à établir le calendrier des services cliniques, à équilibrer la charge de travail et à trouver en temps opportun des remplaçants civils. Il en résulte une qualité inégale des services dispensés aux patients des FC, une continuité des soins déficiente, des retards dans l'obtention des services et des causes supplémentaires de stress pour le personnel soignant autant que pour le patient. Par ailleurs, le CSS étant appelé à accomplir des tâches médicales assignées par le commandant de la base et qui dépassent la portée des soins en garnison, au moyen de ressources envers lesquelles il n'exerce aucune responsabilité hiérarchique, cela ne fait qu'accroître les exigences que l'on impose à l'établissement de santé des FC et qu'enfreindre sa capacité de dispenser quotidiennement les soins en garnison.

2.143 Deux solutions permettraient de réduire le plus possible la perturbation des soins en garnison qu'occasionne un manque de contrôle hiérarchique à l'égard du personnel médical militaire de l'établissement de santé des FC. Premièrement, on devrait établir, à l'aide d'analyses de la charge de travail par emplacement, les exigences minimales en médecins militaires de chaque centre en garnison. On respecterait ces seuils de dotation en embauchant des praticiens civils à contrat ou en prenant d'autres mesures de recrutement de la fonction publique, et l'on utiliserait le processus de la DND 2058<sup>29</sup> exclusivement à court terme ou dans des circonstances pressantes ou extraordinaires, comme il a été prévu à l'origine (se reporter au paragraphe 2.214). Deuxièmement, des accords officiels sur les niveaux de service seraient conclus entre le CSS et le commandement et/ou le GMFC pour garantir l'engagement d'une équipe médicale militaire qui soutiendrait le CSS et relèverait de ce dernier pendant des périodes définies ou indéfinies. On garantirait ainsi la disponibilité de ressources en mesure de dispenser les soins de santé en garnison, et ce, au même niveau de priorité que les affectations opérationnelles.

2.144 Lorsqu'il est question des besoins en effectifs et en ressources du SSFC, le médecin militaire est le facteur primordial. Le tableau ci-après indique les effectifs autorisés et réels de MM généralistes aux grades de capitaine et major entre 1996 et juillet 1999, ainsi que les prévisions d'ici 2002.

---

<sup>29</sup> On explique au paragraphe 2.214 la raison d'être de la DND 2058.

**Tableau 3**

**Médecins militaires généralistes – Effectifs et taux d'attrition**

Année	Capt			Maj			Pénurie globale
	Effectif autorisé	Effectif réel	Pénurie	Effectif autorisé	Effectif réel	Pénurie	
1996	136	116	20	48	46	2	22
1997	100	92	8	51	37	14	22
1998	100	97	3	51	33	18	21
1999	100	80	20	51	37	14	34
2000	100	69	31	51	27	24	55
2001	100	57	43	51	17	34	77
2002	100	36	64	51	7	44	108

Nota : Les postes de médecins généralistes (capitaines et majors) qui sont inscrits aux effectifs en formation avancée ont été exclus. L'incapacité de combler les postes des effectifs en formation avancée (spécialisation médicale, etc.) augmenterait les pénuries.

L'effectif autorisé des médecins militaires est resté inchangé depuis 1997, mais l'effectif réel a été amputé de 21 postes, soit de 14 p. 100, entre 1997 et juillet 1999. Les données non scientifiques sur la charge de travail, l'accès offert aux patients et les délais de service témoignent des répercussions du manque de ressources disponibles. Comme il n'existe aucune statistique sur la charge de travail ni norme de rendement pour ce qui est des soins en garnison, il est difficile d'indiquer en toute objectivité si le nombre de postes permanents est suffisant. Cependant, le manque à gagner par rapport aux effectifs autorisés et le taux d'attrition de 80 p. 100 une fois terminée la période de service obligatoire indiquent qu'il faut accorder une attention aux stratégies de conservation du personnel et de recrutement avant d'être en mesure de déterminer si l'effectif autorisé des MM généralistes est suffisant.

*Analyse des ressources médicales à la disposition des FC comparativement à la population canadienne*

2.145 Une comparaison de l'effectif des médecins militaires généralistes et spécialistes des FC et de l'offre de médecins et de spécialistes au Canada nous donne un autre point de vue quant à la pertinence des ressources en personnel du SSFC. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)<sup>30</sup> fait état d'une augmentation soutenue de la population par rapport au nombre de médecins au Canada depuis 1993. Pendant une bonne partie des années 70 et 80, le rythme de croissance du bassin des médecins dépassait celui de la population. Le rapport Barer-Stoddart de 1991,<sup>31</sup> dont les recommandations ont été acceptées à la Conférence des ministres de la Santé de 1993, soulève cette préoccupation et, même s'il ne prescrit aucun coefficient optimal médecins/patients, il formule des

<sup>30</sup> Institut canadien d'information sur la santé, Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 1997, Base de données médicales Southam

<sup>31</sup> Barer, M. et Stoddart, G., Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada. Rapport préparé en prévision de la conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé, 1991

recommandations visant à corriger ce qu'il appelle «la mauvaise gestion d'une ressource nationale». L'accroissement de la population et la diminution du nombre de médecins se sont conjugués de sorte que pendant sept années de suite, le rapport médecin/population a diminué. En 1997, le nombre de médecins (de pratique générale et spécialistes) du réseau civil se situait à 183 par 100 000 habitants, tandis que la proportion des généralistes à elle seule équivalait à 93 médecins par 100 000 habitants. Au sein du SSFC, le coefficient de postes permanents pour ce qui est des médecins généralistes militaires (MED 55A) et des spécialistes en médecine (MED 55B) en 1999 est de 348:100 000.<sup>32</sup> Le coefficient des seuls postes permanents de MM généralistes est de 252:100 000.<sup>33</sup>

2.146 Même si les coefficients ne témoignent pas fidèlement de la réalité de l'accès des patients aux soins en garnison ni de la disponibilité de ces services (vu la participation des MM à des activités proprement militaires comme le «maintien des compétences», l'instruction opérationnelle, l'entraînement en campagne, la gestion en garnison ou la gestion et la répartition des ressources à l'échelle des FC), ils indiquent que si les ressources en médecins généralistes militaires sont dûment gérées et utilisées, on en récoltera de plus grands profits qu'en augmentant le nombre de postes permanents qui pourraient ne pas être comblés. Il faut reconnaître également que les ressources militaires du SSFC sont complétées par des médecins contractuels à temps complet et à temps partiel, lesquels sont soutenus par l'infrastructure publique de la santé, ce qui accroît les ressources du SSFC qui se comparent avantageusement aux ressources semblables du réseau public. Sans analyse de la charge de travail ni statistique sur les divers emplacements et sans confirmation de la disponibilité des ressources du SSFC pour les soins en garnison permettant de confirmer si les effectifs autorisés du SSFC sont suffisants, les ressources actuelles en médecins généralistes militaires se comparent avantageusement aux médecins de pratique générale accessibles dans le réseau public de la santé.

2.147 On a aussi comparé les niveaux de ressources du SSFC en ce qui concerne les services médicaux spécialisés. Le tableau ci-après indique les effectifs autorisés du SSFC et la dotation réelle pour ce qui est des postes de spécialistes. Il présente également des coefficients approximatifs en ce qui concerne le SSFC par rapport aux patients des FC, comparativement aux coefficients des spécialistes semblables du réseau public canadien.

---

<sup>32</sup> Le coefficient pour les FC a été converti de 209:60 000 à une population normalisée de 100 000 habitants pour fins de comparaison.

<sup>33</sup> Le coefficient des postes de MM généralistes a été converti de 151:60 000 à une population normalisée de 100 000 habitants pour fins de comparaison.

**Tableau 4**

**Spécialités médicales - Comparaison des coefficients du SSFC et du réseau civil canadien**

Spécialité médicale	Effectif autorisé du SSFC	Effectif réel - 1999	Coefficient SSFC : population des FC	Coefficient du réseau public canadien
Chirurgie générale	8	9	1:7 500	1:16 535
Chirurgie orthopédique	4	4	1:15 000	1:28 088
Anesthésie	8	8	1:7 500	1:13 484
Médecine interne	8	8	1:7 500	1:5 347
Psychiatrie	6	5	1:10 000	1:8 284
Radiologie	2	4	1:30 000	1:16 499

Source : (ICIS) Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 1997

Cette analyse comparative indique que les effectifs autorisés du SSFC dans le cas de certaines spécialités se comparent avantageusement à l'effectif disponible dans le réseau public. Cependant, il faut situer ces données dans le contexte ci-après. Bien que certains coefficients du SSFC se comparent avantageusement avec les spécialités que l'on trouve dans le secteur public, la population canadienne est de toute évidence inquiète de la disponibilité des professionnels de la santé. Les membres des FC ont des préoccupations semblables, mais la disponibilité *relative* de certains spécialistes du SSFC dépasse celle des professionnels du réseau public et respecte le besoin de garantir les soins de santé prioritaires des membres des FC qui sont en déploiement.

2.148 Un domaine de spécialité à noter est celui de la psychiatrie, où la proportion de praticiens du SSFC se compare moins avantageusement à celle du réseau public. En raison de la nature des activités permanentes des FC, du gros volume de travail et de la fréquence des déploiements, les problèmes psychosociologiques ne cessent de s'accroître. Ces dossiers exigent beaucoup du service de santé en garnison et des MM généralistes qui doivent répondre à ces besoins aux dépens de la prestation des fonctions médicales générales. Le SSFC dispose de ressources psychiatriques limitées en période d'accroissement de la demande, mais il faut reconnaître que le SSFC fournit des ressources de soutien supplémentaires, c'est-à-dire 33 postes militaires de travailleurs sociaux, des contractuels en socio/psychologie et les nouveaux Centres des sciences du comportement opérationnel pour appuyer les spécialistes en psychiatrie. Il faudra absolument recueillir et analyser des données sur la charge professionnelle/charge de travail afin de déterminer si les ressources dont on dispose dans ce secteur sont suffisantes.

2.149 Une comparaison directe entre les coefficients des FC et du milieu civil ne tient pas compte pleinement de la répartition, de la gestion et de l'utilisation des ressources médicales du SSFC, ni de la qualité des soins que celles-ci dispensent. Par conséquent, l'équipe d'examen en arrive à la conclusion que chaque centre de santé doit faire l'objet d'analyses de la charge de travail, de statistiques et d'un examen de la disponibilité des ressources médicales militaires pour établir la pertinence des niveaux d'effectifs actuels

du SSFC. Un élément essentiel de l'analyse des ressources appropriées est l'étude des stratégies de recrutement et de maintien de l'effectif du SSFC, car les pénuries de personnel et leurs répercussions n'indiquent pas forcément que les niveaux d'effectifs ne sont pas appropriés. La pénurie envisagée de généralistes militaires d'ici l'exercice 2002 (tableau 3) a un effet cumulatif sur le taux de conservation de l'effectif, sur le développement de futurs spécialistes en médecine, sur les tensions que subissent les pourvoyeurs de soins et, en fin de compte, sur leur capacité de dispenser des soins de qualité acceptable et à un niveau approprié aux patients des FC. Les redressements de solde et les mesures incitatives qui ont été mis en oeuvre dernièrement pourraient avoir une incidence à court terme sur le maintien des effectifs une fois terminée leur période de service obligatoire, mais aucune répercussion sur le recrutement ne ressortira tant que les recrues inscrites au PIMM ou au PMEM ne seront pas disponibles après six ans d'études en médecine. La dotation des postes est une préoccupation importante pour le SSFC, mais il est impossible d'évaluer si le nombre de postes permanents est approprié sans analyser la charge de travail propre de chaque emplacement.

2.150 Les réductions de ressources apportées par les FC dans d'autres secteurs que le SSFC ont aussi eu une incidence sur la prestation des soins médicaux de première et de deuxième ligne ainsi que des services de santé en garnison. On a attribué les pénuries actuelles dans la catégorie professionnelle des adjoints médicaux (MED 711) à la réduction des effectifs de l'organisation du SREIFC. Le groupe professionnel des adjoints médicaux équivaut à 1 113 postes sur un total de 2 071 postes du SSFC (55 p. 100). À l'heure actuelle, il y a dans ce GPM un manque à gagner d'environ 300 postes (27 p. 100 de l'effectif autorisé). Le GMFC attribue cette pénurie à l'absence d'une capacité de formation dans ce groupe professionnel plutôt qu'à un manque d'intéressés. Même si la réduction des ressources a eu lieu dans une organisation périphérique, le milieu de la santé des FC en subit les conséquences directes. Cette pénurie se répercutera dans l'ensemble du SSFC car le groupe professionnel des adjoints médicaux est l'organisation qui sert de relève aux autres groupes spécialisés des services de santé<sup>34</sup> dont les techniciens de salle d'opération et les techniciens de laboratoire médical, qui forment un autre 11 p. 100 des effectifs du SSFC.

### *Financement*

2.151 Durant l'examen, on a indiqué à l'équipe de vérification que l'ampleur des services de santé dispensés aux patients des FC était perçue comme une fonction des ressources financières mises à la disposition du SSFC. Même s'il n'existe aucune preuve que quiconque ait été privé de soins ou de traitements médicaux à cause des frais à engager, la possibilité que ce genre de situation se produise a été exprimée spontanément durant les entrevues et les séances de discussion des patients.

---

<sup>34</sup> Techniciens de salle d'opération, techniciens de laboratoire médical, techniciens en radiologie, techniciens en médecine préventive, techniciens en biologie médicale, conseillers techniques des services de santé et techniciens en médecine aéronautique

2.152 À l'heure actuelle, le financement des services de santé des FC émane de la projection de dépenses que fait le GMFC dans le plan d'activités qu'il intègre à la présentation budgétaire annuelle du SMA(RH-Mil). Lorsqu'ils sont approuvés, les budgets sont alloués au DGSS/cmdt GMFC et les pouvoirs de dépenser sont délégués aux conseillers en matière de santé des commandements, aux coordonnateurs des soins de santé des formations et ultérieurement aux coordonnateurs des soins de santé des bases et des escadres. Les CEMA n'affectent aucune ressource directement aux services de santé, sauf les fonds discrétionnaires qui sont ajoutés aux niveaux de référence établis par le GMFC aux fins du soutien des services en garnison.

2.153 La préoccupation première en matière de financement semble être de satisfaire les besoins imprévus. Les crédits supplémentaires en matière de santé que requiert le gestionnaire local (CSS) ressortent dans les prévisions des dépenses supplémentaires, présentées dans le cadre de l'examen semestriel, qui prend la forme d'une demande budgétaire supplémentaire soumise par le MDN en octobre/novembre et qui reçoit l'approbation du Parlement en décembre. Ces fonds sont alloués au GMFC, qui les distribue aux gestionnaires locaux. Cependant, les dépenses provisoires qui sont engagées après l'échéance d'octobre doivent être comblées par des transferts de crédits internes. Ce processus et le délai évident du financement ont donné l'impression, particulièrement aux gestionnaires inexpérimentés des centres de santé, que si des crédits ne sont pas disponibles dès le début d'une période d'engagement, ceux-ci ne peuvent pas être assurés et qu'on peut considérer qu'ils n'arriveront probablement pas. Il s'est donc créé un climat d'incertitude qui incite les membres du personnel et les patients à penser que les soins de santé dans les FC sont axés sur les coûts et que les décisions relatives aux soins et aux traitements seraient fondées sur la disponibilité des fonds. En réalité, le GMFC a été en mesure de combler tous les besoins de crédits supplémentaires au titre des soins de santé. Afin d'éviter la confusion et de créer des impressions qui peuvent engendrer la méfiance des membres du SSFC, les gestionnaires locaux doivent être mieux renseignés sur le processus de financement du GMFC, lequel devrait rester de toute évidence axé sur la prestation des soins de santé aux patients des FC.

#### *Dotation en personnel et leadership*

2.154 La prestation comme telle des soins de santé en garnison conformément à l'éventail des soins et aux normes établies pour les FC relève de la responsabilité du commandant de la base et du coordonnateur des soins de santé. Les médecins militaires qui possèdent des antécédents cliniques ont comblé jusqu'à présent les postes de CSS. Idéalement, les titulaires de ces postes doivent être des professionnels de la santé compétents, qui possèdent des aptitudes en gestion et en leadership et qui sont en mesure d'élaborer des modèles novateurs de prestation des soins de santé en garnison, de diriger les établissements des FC de manière efficace et rentable et de veiller à ce que des services de santé de qualité soient accessibles aux membres des FC pour le compte du commandant de la base. Cependant, les CSS obtiennent souvent très peu de formation ou d'expérience en prévision du rôle de gestion qu'ils sont appelés à exercer. Étant donné l'imprécision des pouvoirs et des responsabilités entre le QG GMFC, les commandants de formation et leurs besoins et les commandants des bases, les CSS ont tendance à attendre

que les directives émanent des services de santé en ce qui regarde les questions de gestion, plutôt que de prendre indépendamment les mesures nécessaires pour régler les questions locales. Le poste de CSS tel qu'il est défini par l'Op Phoenix ne repose pas sur une longue tradition de méthodes définies de fonctionnement, sur des réseaux constitués depuis longtemps avec le secteur public de la santé, sur des précédents établis, ni sur une équipe expérimentée de CSS aptes à donner de l'orientation quant aux meilleurs moyens de réaliser les objectifs du poste. Les CSS qui sont chargés de coordonner et d'assurer la prestation des soins en garnison sont généralement de jeunes gestionnaires inexpérimentés, en grande partie à cause du taux élevé d'attrition parmi les MM généralistes. Par le passé, les médecins-chefs des bases travaillaient en collaboration étroite avec l'équipe du médecin-chef du commandement, ce qui assurait un niveau important de surveillance. Ces postes sont maintenant établis loin des sites, au QGDN, et leurs titulaires ne sont plus disponibles pour offrir la surveillance et le mentorat qui seraient utiles au bassin actuel des CSS. Ces circonstances laissent supposer que le titulaire du poste de CSS aurait intérêt à recevoir une formation et une aide accrues en gestion, plus précisément pour administrer la fonction de CSS comme elle est envisagée dans la restructuration du SSFC. En cette époque où l'on prévoit de grandes pénuries de MM généralistes pour assurer la prestation des soins en garnison, il faudrait également songer à accroître la participation de l'administrateur/l'officier des services de santé à la gestion des activités qui incombent au CSS, tout en optimisant la disponibilité des MM généralistes pour l'exécution des fonctions cliniques en garnison.

2.155 La prestation des services de santé aux membres des FC est assurée ou coordonnée par divers éléments de la Branche des Services de santé des Forces canadiennes en temps de paix et durant les opérations. Le Directeur général – Services de santé (DGSS) est le conseiller principal des FC sur les questions de santé, et il est chargé de coordonner les activités liées à la prestation des soins de santé. Le titulaire de ce poste est l'officier supérieur d'état-major des FC en matière de santé. À l'heure actuelle, il exerce aussi les responsabilités du commandant du Groupe médical des Forces canadiennes.

2.156 Ce poste était autrefois comblé par un médecin militaire choisi parmi les membres de la Branche des services de santé. Le titulaire de ce poste porte aussi en ce moment le titre de Chef – Service de santé des FC. En cette qualité, il est considéré comme le médecin-chef des soins de santé. Le DGSS a la responsabilité de la doctrine en matière de santé, des normes et des politiques connexes et de la gestion des programmes de santé des FC. Les médecins militaires qui ont occupé ce poste par le passé détenaient une formation et des antécédents professionnels divers. Mais à part le fait d'être médecin, il ne semblait pas y avoir de qualifications particulières requises pour ce poste.

2.157 La majorité des postes de niveau supérieur dans le domaine des services de santé au QGDN, dans les quartiers généraux de formation et dans les bases sont confiés à des médecins militaires. C'est aussi le cas des postes de commandant de la plupart des unités de santé. Les titulaires de ces postes possèdent des qualifications et des antécédents variés dans les domaines cliniques ou administratifs de la Branche des services de santé. Cependant, le fait d'être médecin a généralement été la seule qualité exigée.

2.158 Au cours des dernières années, à cause de la réduction des effectifs des FC et des pénuries périodiques de médecins militaires, il est souvent arrivé que les MM nommés à ces postes manquaient d'expérience et de formation en gestion. Avant l'examen du SSFC dans le cadre de l'Op Phoenix, la majorité des médecins militaires veillaient à la prestation et/ou à la coordination des services de santé en garnison.

2.159 Ce bassin de gestionnaires dans le groupe professionnel des médecins militaires a été restreint davantage par un nombre supérieur à la moyenne de libérations des FC. En conséquence, certains médecins militaires ont été promus rapidement à des postes de gestion alors qu'ils possédaient des compétences limitées en gestion ou en leadership. Sans égard aux changements apportés à la structure organisationnelle par suite de l'Op Phoenix, un grand nombre de médecins militaires semblent continuer de détenir la plupart des postes de gestion supérieure au sein du SSFC.

2.160 La question a été examinée dans le cadre de l'Op Phoenix. L'établissement d'une nouvelle classification, celle d'officier des services de santé (OSS), pour combler des postes génériques de commandement, de gestion et d'état-major au niveau des officiers supérieurs a permis de répondre au besoin d'élargir les perspectives de carrière des officiers des soins de santé qui ne sont ni médecin ni dentiste. Par ailleurs, les qualifications élaborées pour cette classification permettraient aux OSS d'acquérir la formation et l'expérience nécessaires pour être efficaces et crédibles en milieu militaire. Les officiers de la catégorie OSS devaient provenir des groupes professionnels de relève dans le secteur de la santé, soit l'administration des services de santé (ASSAN 48), la pharmacie (PHARM 54) et les soins infirmiers (S Infirm 57). Un reclassement dans le groupe des OSS ne serait pas approuvé tant qu'un candidat n'aurait pas obtenu les qualifications professionnelles militaires et administratives requises et qu'il n'aurait pas réalisé au moins une affectation au grade de major dans son groupe professionnel de base. On prévoyait que le GPM des OSS commencerait au grade de major et progresserait jusqu'à celui de colonel. Les groupes professionnels de base devaient être plafonnés au grade de major.

2.161 Durant les premières vérifications d'état-major aux fins de l'élaboration des structures organisationnelles de la nouvelle Branche des services de santé, un nombre important de postes de niveau supérieur ont été classés dans le groupe des OSS. Cependant, durant le processus, on a prévu qu'un bon nombre de ces postes pourraient aussi être comblés par un médecin militaire qualifié. À mesure que le processus a évolué, le nombre de postes supérieurs du groupe OSS a été réduit graduellement et on a créé des postes supplémentaires de médecins militaires supérieurs. Cette tendance est jugée contraire aux recommandations découlant de l'Op Phoenix et réduit l'emploi judicieux des membres du personnel médical qui possèdent des compétences en gestion.

#### *Qualifications requises pour le poste de DGSS*

2.162 Une source de préoccupations pour le SSFC sont les exigences et les qualifications que l'on devrait établir pour le poste de DGSS. Idéalement, le DGSS devrait posséder des antécédents solides dans le domaine des services de santé militaires. À tout le moins, cela devrait comprendre le même niveau de formation sur l'art du commandement et en leadership militaire que l'on exige des officiers des FC qui sont de

grade équivalent. Le titulaire devrait avoir acquis l'expérience des fonctions supérieures de commandement et de gestion et occupé des postes où il a eu l'occasion de démontrer cette capacité. L'expérience de la planification et de la prestation de services opérationnels de santé est essentielle. La formation et l'expérience professionnelle en gestion et en planification des activités des services de santé sont également des éléments clés du poste de DGSS. Outre les exigences susmentionnées, le candidat idéal aurait des antécédents solides dans le secteur clinique.

2.163 Le DGSS doit être un visionnaire en mesure d'établir une orientation stratégique pour le Service de santé des FC, pouvoir obtenir des consensus et être habile à prendre des décisions. Il ou elle doit avoir la capacité de diriger la Branche des services de santé en harmonie avec le reste des FC. Il est primordial que le DGSS s'engage à dispenser des services de santé de qualité et à soutenir les troupes de même que les unités en déploiement, ainsi qu'à fournir des soins de santé en garnison aux membres des FC. Il ou elle doit également savoir planifier les activités au-delà du contexte actuel de la prestation des services de santé. Le DGSS doit être résolu à diriger un service de santé rentable qui soit axé sur les opérations. Il ou elle doit être en mesure d'entretenir des liens avec un éventail de professionnels de la santé, de manière à favoriser le partenariat du SSFC et du réseau public de la santé pour que le rendement du service soit optimal à tous les niveaux, en plus d'avoir la capacité de représenter tous les groupes professionnels faisant partie du SSFC.

#### *Critères de sélection*

2.164 Les critères de sélection du DGSS ne devraient pas être différents de ceux qui servent de fondement à la nomination des titulaires des autres postes supérieurs des FC. Les officiers de tous les groupes professionnels des soins de santé qui ont exercé des fonctions leur permettant d'aspirer et de progresser à ce niveau devraient être admissibles à ce poste. Le titulaire choisi devrait être l'officier le plus qualifié et le plus expérimenté qui est disponible au moment de la sélection.

2.165 La nomination du Chef – Service de santé des Forces canadiennes devrait revenir comme à l'heure actuelle au médecin supérieur de l'organisation. Cependant, il n'y a aucun argument logique qui soutienne que cette fonction soit nécessairement liée au poste de DGSS. Cette fonction devrait être exercée par le DGSS si un médecin est titulaire de ce poste. Si un membre d'un autre groupe professionnel occupe le poste de DGSS, on pourrait nommer Chef – Service de santé le médecin clinicien qui occupe le poste suivant dans la hiérarchie.

2.166 L'équipe d'examen a fait de nombreuses consultations à savoir si une personne qui possède des compétences dans un autre domaine que la médecine pourrait exercer les fonctions de DGSS et/ou de Chef – Service de santé. De l'avis des membres du SSFC, le Chef – Service de santé doit être un médecin militaire (MM). Le titre du poste implique qu'il s'agit d'un MM. Pour assurer sa crédibilité parmi ses collègues du milieu médical militaire international à lui seul, il convient que le Chef – Service de santé soit un médecin militaire. Cependant, la personne qui occupe le poste de DGSS n'a pas

nécessairement besoin d'exercer les fonctions du Chef – Service de santé. En conséquence, il faut évaluer les avantages et les inconvénients d'un tel changement dans le contexte d'une saine dotation des effectifs du SSFC dans les circonstances actuelles. Il arrive souvent que le PDG d'un hôpital civil soit un administrateur des soins de santé, mais cette personne est généralement soutenue par un comité consultatif dont font partie des médecins. Lorsque les FC songent à comparer leur structure de gestion à celle des établissements de santé du secteur civil, il est important de prendre en considération les similitudes et les différences inhérentes à la prestation des soins de santé en milieu civil et dans les Forces canadiennes.

2.167 Des médecins autant que des OSS ont présenté à l'équipe d'examen un bon nombre des facteurs militant pour et contre un changement de la tradition qui consiste à confier le poste de DGSS à un MM. Certains médecins ont soutenu que le DGSS pourrait être un OSS et certains OSS tenaient absolument à ce qu'un médecin continue d'occuper ce poste. Par ailleurs, il y avait toute une gamme de points de vue entre les deux extrêmes. Le fait que certains médecins ont ouvertement appuyé le principe que le DGSS puisse être un OSS vient dissiper le mythe qu'*il ne s'agit pas d'un concept viable parce qu'aucun médecin n'accepterait de travailler sous la direction d'un OSS*. De plus, *l'idée que de classer le DGSS dans le groupe des OSS augmenterait l'attrition et dissuaderait le recrutement pourrait également être sans fondement*. Les médecins travaillent dans des organisations civiles de soins de santé qui ne sont pas dirigées par un médecin, alors en quoi cela diffère-t-il des FC? S'il en résultait une hausse marginale de l'attrition, la situation ne se reproduirait plus, car la structure de commandement et de contrôle du SSFC serait dorénavant connue de tous.

2.168 Les critères de sélection du titulaire du poste de DGSS ne devraient pas se limiter au SSFC. À court terme, durant la période de transition qui s'opère dans le SSFC, on pourrait choisir comme candidat à ce poste un professionnel de la santé qui vienne du milieu ou de l'extérieur des FC et qui possède les qualifications, l'expérience de gestion et les compétences professionnelles pour dûment mettre en oeuvre les concepts, les objectifs et les principes de l'Op Phoenix et paver la voie d'avenir du SSFC. Entre autres éléments des qualifications requises, il devrait y avoir les connaissances, l'expérience et les contacts qui aideraient à établir les partenariats nécessaires avec le réseau public de la santé.

### **Conclusions relatives aux ressources, aux effectifs et à la dotation en personnel du SSFC**

2.169 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. la prestation des services de santé en garnison repose encore en grande partie sur la disponibilité du personnel militaire du SSFC. Les arrangements avec le réseau public de la santé ne se sont pas concrétisés au point d'atteindre les objectifs envisagés par l'Op Phoenix;

- b. on ne fait plus de collecte de données sur la charge de travail et le volume des patients qui permettraient de déterminer le nombre minimal des pourvoyeurs de soins de santé dont on a besoin tant chez les militaires que chez les civils;
- c. une diminution de la proportion de médecins par rapport à la population canadienne a réduit la disponibilité du réseau public de la santé pour les FC et l'accès des FC à ses services;
- d. en règle générale, le coefficient de praticiens généralistes et de spécialistes de la santé (postes permanents) par rapport à la clientèle des services de santé des FC est supérieur à celui des groupes professionnels semblables dans le milieu civil;
- e. accorder une attention à la gestion et à l'utilisation des spécialistes de la santé, entre autres à la dotation des postes qui ne sont pas comblés à l'heure actuelle, s'avérera plus avantageux pour la prestation des services en garnison que d'accroître le nombre de postes permanents autorisés;
- f. la répartition de la population des FC sur un vaste territoire (d'un océan à l'autre) pourrait réduire à rien l'avantage d'avoir des coefficients plus élevés que le milieu civil de professionnels de la santé par rapport au nombre de patients;
- g. la capacité du SSFC de dispenser les services de santé est accrue grâce à l'obtention de ressources civiles, ce qui permet d'optimiser le service de santé des FC;
- h. la pénurie de personnel du SSFC n'équivaut pas à un nombre insuffisant de postes permanents;
- i. les pénuries actuelles dans le groupe professionnel des adjoints médicaux auront une incidence sur les groupes professionnels spécialisés de la santé qui ont comme bassin de recrutement le groupe des adjoints médicaux;
- j. les coordonnateurs des soins de santé n'ont pas suffisamment de formation en gestion et en administration pour dûment exercer la coordination des soins de santé;
- k. alors que l'on prévoit une grande pénurie de MM généralistes pouvant dispenser les soins en garnison, la participation accrue de l'administrateur des soins de santé à la gestion des activités de l'établissement de santé des FC permettrait aux MM de consacrer plus de temps aux fonctions cliniques;
- l. on n'accorde pas suffisamment d'importance à l'expérience en leadership que détiennent les candidats aux postes de gestion supérieure du SSFC.

**Recommandations relatives aux ressources, aux effectifs et à la dotation en personnel du SSFC**

2.170 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :

- a. que des données sur la charge de travail, le nombre de patients et d'autres indicateurs de rendement soient recueillies à tous les emplacements des FC qui dispensent des soins médicaux en garnison;
- b. que l'on comble les postes établis à l'effectif permanent du SSFC avant d'autoriser d'autres postes dans les GPM respectifs;
- c. que l'on élabore des stratégies afin de combler les pénuries de personnel dans le groupe professionnel des adjoints médicaux;
- d. que l'on adopte une stratégie en deux volets afin de combler les carences en gestion des établissements de santé des FC :
  - (1) que l'on accorde aux coordonnateurs des soins de santé une formation appropriée en gestion avant que ceux-ci n'exercent leurs fonctions et une formation permanente une fois qu'ils seront en poste;
  - (2) que les administrateurs des soins de santé et les officiers des services de santé en place dans les établissements médicaux des FC assument une plus grande part des responsabilités administratives liées à la prestation des soins en garnison, de façon à permettre au coordonnateur des soins de santé de se consacrer davantage à la pratique clinique;
- e. que les états-majors compétents examinent les fiches d'analyse des postes supérieurs du SSFC afin de déterminer les compétences requises pour l'exécution des fonctions inhérentes à chacun des postes.

**Recrutement et conservation de l'effectif des médecins militaires**

2.171 Il est évident qu'un plus grand nombre de MM généralistes et spécialistes quittent les FC qu'on en recrute. Il est particulièrement alarmant que les niveaux d'intérêt sont plus faibles à l'égard de programmes comme le Programme d'instruction à l'intention des médecins militaires, dans le cadre duquel l'étudiant voit sa formation payée par les FC en plus de recevoir une rémunération pendant ses études.

2.172 On acceptait autrefois le fort taux de roulement des MM généralistes comme un élément nécessaire de la conduite des activités militaires, et les FC profitaient de l'arrivée de diplômés en médecine jeunes et énergiques qui étaient reconnus selon les normes provinciales et qui connaissaient les dernières techniques de la prestation des soins médicaux. Même s'ils ne possédaient pas autant d'expérience que les médecins qui

pratiquaient depuis plusieurs années, ils étaient tout aussi expérimentés que leurs collègues qui arrivaient sur le marché civil et ils avaient à traiter une population relativement restreinte et en bonne santé.

2.173 Comme il y avait d'autres médecins en formation, le fait que la majorité des MM généralistes ne restaient que quatre ou cinq ans dans les FC n'était pas perçu comme un problème majeur. Par ailleurs, un nombre suffisant de médecins restaient dans les rangs pour occuper les postes administratifs supérieurs. La situation est passablement différente aujourd'hui. La migration projetée des médecins cliniciens militaires dépasse maintenant les arrivées, au point que l'on prévoit les pénuries ci-après aux grades de capitaine et major :

**Tableau 5**

**Pénurie projetée de MM généralistes aux grades de capitaine / major**

ANNÉE	1999	2000	2001
PÉNURIE DE CAPITAINES / MAJORS	34	55	77

2.174 Comme le taux net d'attrition projeté engendrerait les pénuries susmentionnées et comme il faut attendre entre quatre et cinq ans pour qu'un étudiant en médecine puisse exercer sa profession, les FC ont deux solutions. Une stratégie serait d'augmenter le nombre d'officiers qu'elles recrutent directement, principalement grâce à l'adoption d'un régime incitatif, et la deuxième serait de ralentir la migration des MM militaires (c'est-à-dire améliorer le taux de maintien de l'effectif).

2.175 Le Ministère a examiné la question des officiers enrôlés directement et élaboré une stratégie visant à inciter les médecins autorisés à se joindre à la Force régulière pendant quatre ans en échange d'une prime de recrutement unique de 80 000 \$, plus des honoraires compétitifs. Il reste à voir le degré d'intérêt que suscitera cette offre, mais on s'attend qu'elle soit attrayante pour les diplômés récents, qui trouveront probablement le versement forfaitaire utile pour réduire la dette qu'ils auront accumulée durant leurs études.

2.176 À supposer que la stratégie de l'enrôlement direct donne de bons résultats, l'autre aspect de l'équation auquel il faut s'intéresser est celui de la migration ou du maintien des effectifs. Durant les visites sur les lieux, l'équipe d'examen a cherché à savoir quels facteurs poussaient les médecins à quitter les FC à la fin de leur période de service obligatoire et si des changements pourraient être apportés pour encourager un plus grand nombre d'entre eux à rester membres des FC. L'augmentation du taux d'attrition s'explique par des raisons qui sont propres à certains sites, ainsi que par des motifs plus généraux. Voici quelques-uns des facteurs de mécontentement soulevés par les MM :

- a. le rôle exercé par le MM généraliste a beaucoup changé au cours des dernières années : autrefois axé sur la prestation des services de santé en garnison, il est aujourd'hui axé davantage sur les opérations;
- b. les exigences provinciales en matière d'autorisation d'exercer la médecine ont eu une incidence sur les MM généralistes qui sont mutés d'une province à l'autre; ceux-ci peuvent difficilement participer à des activités médicales en dehors des FC. Travailler comme MM généraliste dans les FC a donc des répercussions immédiates et à long terme sur leur carrière;
- c. afin de continuer d'exercer leur pratique clinique, les médecins doivent refuser les promotions au-delà du grade de major, ce qui a pour effet de plafonner leur carrière et de limiter leur rémunération aux éventuelles majorations pour tenir compte de l'inflation. Les MM ont signalé à l'équipe d'examen que les FC découragent ceux qui ont étudié la médecine pour être praticiens en clinique de poursuivre une carrière à long terme dans les Forces;
- d. les MM généralistes qui désirent poursuivre une spécialité ont peu de débouchés et sont limités dans leur progression de carrière, en particulier si ces spécialités ne se trouvent pas dans les domaines opérationnels pour lesquels il existe un besoin dans les FC;
- e. la parité des honoraires avec la pratique civile préoccupe les MM généralistes et les spécialistes – les récents rajustements d'honoraires ont apaisé leurs préoccupations pour le moment;
- f. les MM généralistes se sont dits inquiets du manque d'attention que l'on accorde à la gestion des ressources humaines dans leur groupe professionnel;<sup>35</sup>
- g. le maintien de leurs compétences et les possibilités de formation médicale continue qui leur sont offertes sont une source de préoccupation pour les MM généralistes. Les possibilités ne sont pas les mêmes d'un bout à l'autre du pays et il n'y a pas suffisamment de surveillance, ce qui fait que les MM généralistes sont mal préparés pour les situations qu'ils peuvent être appelés à affronter en déploiement. Les MM ont indiqué qu'ils n'étaient pas à l'aise de travailler au sein du SSFC, où ils peuvent avoir à dispenser des services pour lesquels ils n'ont pas la compétence professionnelle;

---

<sup>35</sup> Cardwell, Mark. The Medical Post, Canada's Military Facing Doctor Shortage, 23 février 1999. (traduction libre) «Malheureusement, on exerce très peu de leadership ou de gestion de carrière dans les Forces canadiennes. En l'espace de quatre ans, j'ai reçu un appel téléphonique et j'ai été convoqué à une seule réunion pour exprimer mes préoccupations, mes désirs, ou ce qui me motiverait à ne pas quitter (...)

- h. les MM ont exprimé le sentiment que leurs efforts et contributions ne sont pas valorisées par l'organisation ni par les patients. Cela se répercute sur le moral, sur leur satisfaction professionnelle et sur leur engagement envers les FC.

2.177 Comme il a été indiqué au début du présent rapport, l'équipe d'examen a constaté qu'il y a plusieurs liens importants entre les problèmes soulevés et que le fait d'en régler un pourrait atténuer des faiblesses dans d'autres secteurs. La liste ci-dessus énonce certains des facteurs de mécontentement des médecins et aide à comprendre pourquoi ils désirent quitter les FC. Cependant, si l'on s'attaquait à certains facteurs de mécontentement, les FC pourraient accorder plus d'importance aux soins dispensés aux patients et aux besoins des soldats au lieu d'investir beaucoup de temps, d'énergie et d'argent dans des stratégies visant à attirer de nouvelles recrues et à réduire le nombre de départs.

### **Conclusions relatives au recrutement et à la conservation de l'effectif des médecins militaires**

2.178 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. vu que le taux d'attrition des MM est sensiblement supérieur aux moyennes historiques et que les régimes d'entrée traditionnels (Programme d'instruction à l'intention des médecins militaires) suscitent peu d'intérêt, le SSFC subira une pénurie importante de médecins militaires au cours des prochaines années;
- b. le SSFC a adopté une stratégie en vue de l'enrôlement direct d'officiers et il la met en oeuvre;
- c. aucune stratégie particulière ne vise à retenir les médecins militaires dans les FC, pourtant les MM ont une gamme de préoccupations auxquelles on pourrait s'intéresser afin de rendre le poste de MM plus attrayant.

### **Recommandations relatives au recrutement et à la conservation de l'effectif des médecins militaires**

2.179 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :

- a. que l'on évalue à intervalles réguliers l'efficacité de la prime qui a été établie pour encourager l'enrôlement direct d'officiers - si l'on juge qu'elle ne répond pas à l'objectif, on devrait la réévaluer et élaborer d'autres stratégies;
- b. que l'on cherche à établir un moyen de partager équitablement les déploiements entre les MM généralistes et les MM spécialistes;

- c. que le SSFC représente ou appuie autrement les MM des FC durant les discussions avec divers organismes provinciaux et territoriaux qui veillent à l'attribution des permis de pratique, selon les besoins, pour les questions qui concernent exclusivement les médecins militaires servant dans les FC (autorisation professionnelle, numéros de facturation, etc.);
- d. avec l'aide d'experts-conseils, que le SSFC entreprenne une étude visant à déterminer les moyens appropriés d'encourager les cliniciens à poursuivre une carrière en médecine clinique dans les FC;
- e. que la formation dispensée aux MM soit validée pour garantir ce qui suit :
  - (1) que les MM reçoivent une instruction suffisante et appropriée pour maintenir leurs compétences et assurer leur formation médicale continue afin de pouvoir exercer leurs responsabilités en milieu opérationnel et en garnison;
  - (2) que des dossiers complets en matière de formation soient tenus à jour et accessibles aux dirigeants qui prendront les décisions quant au déploiement de médecins militaires (traumas, brûlures, gériatrie, pédiatrie, etc.);
- f. que les dirigeants du SSFC examinent les moyens de rehausser le profil de la contribution des MM aux FC.

### **Moral, attitude et capacité de changement du SSFC**

2.180 Les années 90 ont bouleversé le réseau canadien de la santé : perturbations politiques, restructurations, accroissement des coûts des soins de santé, montée en flèche des frais d'infrastructure, transformation de la profession et intérêt suscité par les soins aux patients. Le Service de santé des Forces canadiennes n'a pas été épargné et il a pris des mesures énergiques pour réagir et s'adapter à ces changements. Ces efforts ont toutefois eu une incidence sur le personnel du SSFC et leurs patients. Il y a donc eu des répercussions sur le moral et l'attitude des travailleurs de la santé autant que des bénéficiaires de leurs services. Ces facteurs se répercutent sur la capacité du SSFC d'accepter d'autres changements et d'exécuter les mesures nécessaires comme suite à l'opération Phoenix.

2.181 Le moral et l'attitude du personnel du SSFC du point de vue de leur incidence sur la prestation des soins en garnison ont été évalués dans le cadre des nombreuses entrevues, des échanges en groupes de discussion et du questionnaire administré par l'équipe d'examen. Le moral des particuliers et de l'organisation dans son ensemble a suscité passablement d'intérêt, et de nombreux participants ont exprimé avec véhémence leurs points de vue. Les paragraphes qui suivent résument les sentiments exprimés autant par les pourvoyeurs que les bénéficiaires des soins en garnison et donnent une idée des répercussions que l'on perçoit sur la qualité des soins dispensés.

2.182 Lorsqu'on a demandé aux membres du personnel médical du SSFC s'ils jugeaient frustrant leur travail au sein du SSFC, 63 p. 100 étaient d'accord ou fortement d'accord que cela s'appliquait à leur situation personnelle.<sup>36</sup> Les éléments frustrants de la prestation de soins de santé dans les FC ont été classés dans l'ordre suivant :

- a. la difficulté de dispenser des soins à des patients en garnison tout en ayant à maintenir une compétence professionnelle;
- b. la difficulté de concilier ce qui est dans le meilleur intérêt du patient et les besoins de la chaîne de commandement;
- c. le phénomène courant d'avoir à travailler dans un climat où le moral est affaibli;
- d. avoir à répondre avec les moyens d'aujourd'hui aux attentes traditionnellement élevées des patients;
- e. les difficultés de l'obtention d'une formation médicale continue.

2.183 Outre ces facteurs qui influencent le moral des membres du SSFC, les thèmes ci-après ont été exprimés à l'équipe d'examen. Les membres du personnel du SSFC qui exercent des rôles de leadership au QGDN et dans les centres de santé ont fait savoir que leurs effectifs sont démoralisés et qu'ils estiment ne pas être reconnus pour le bon travail qu'ils accomplissent, alors qu'un nombre restreint de sujets qui ont retenu l'attention du public ont suscité beaucoup d'intérêt. On a dit que les professionnels du SSFC en ont assez des changements et qu'ils aimeraient que des améliorations tangibles soient apportées à la prestation des soins aux patients de même qu'aux conditions de travail des pourvoyeurs de soins de santé. Quarante-vingt pour cent des membres du personnel médical étaient d'avis que les FC «font des efforts moins qu'acceptables» voire «ne s'efforcent pas du tout» lorsque vient le moment de prendre en considération leurs besoins professionnels. Soixante-et-onze pour cent du personnel jugeaient que les FC n'avaient «pas réussi» ou «pas du tout réussi» à offrir des débouchés aux GPM du secteur de la santé.

2.184 Lorsqu'on leur a demandé s'ils pourraient fournir de meilleurs soins médicaux qu'ils peuvent le faire actuellement dans le SSFC, 69 p. 100 des membres du personnel médical du SSFC ont dit pouvoir offrir de meilleurs soins. Une source particulière de frustrations pour les travailleurs de la santé est l'administration qui les soutient dans la prestation des soins. Selon 75 p. 100 des membres du personnel du SSFC, l'administration liée à la prestation des services médicaux est «loin» à «très loin» de répondre aux besoins des membres des FC. Une source importante de frustrations pour les travailleurs de la santé qui a une incidence sur leur moral est que 94 p. 100 d'entre eux

---

<sup>36</sup> Les membres du personnel ont aussi cité de nombreux aspects valorisants de leur travail au sein du SSFC (entre autres, dispenser des soins de grande qualité aux membres des FC, sauver la vie des personnes qui ont choisi de servir leur patrie et l'aspect formateur d'une carrière en médecine dans les FC).

estiment que le SSFC (les pourvoyeurs de ces soins) est critiqué alors que ce sont d'autres éléments de la chaîne de commandement ou des questions administratives liées au domaine médical (telles les catégories médicales temporaires) qui ne répondent pas parfaitement aux attentes des membres des FC.

2.185 Lorsqu'on leur a demandé si le moral actuel du SSFC «influence la façon dont j'exerce mes fonctions cliniques», 65 p. 100 des répondants ont indiqué qu'il influence «dans une certaine mesure» ou «fortement» leur prestation des soins. Il est ressorti pendant qu'on recueillait des faits en prévision de l'examen que le personnel du SSFC à tous les niveaux (y compris les MM, les infirmiers, les adjoints médicaux et les techniciens) éprouvaient beaucoup de frustrations personnelles et professionnelles, au point qu'à leur avis, cela avait des répercussions sur les soins que le SSFC offre aux patients. Cette érosion considérable du moral des effectifs est survenue sur une longue période de restructuration et de renouvellement au sein du SSFC, sans que les pourvoyeurs de soins ne voient d'améliorations à l'horizon. Pour ajouter aux sentiments déjà exprimés, il y a les frustrations inhérentes aux relations complexes de commandement et de contrôle qui régissent les soins en garnison. Le fait d'être tenu responsable de la prestation des soins en garnison sans détenir la responsabilité à l'égard des ressources connexes (paragraphe 2.152) est une source supplémentaire de frustrations pour les pourvoyeurs de soins en garnison en ce qui concerne la gestion du personnel et l'administration.

2.186 Les membres du personnel du SSFC ont aussi indiqué qu'ils étaient tellement occupés à mettre en oeuvre les activités de l'Op Phoenix, à faire la transition organisationnelle et à défendre l'organisation qui en a découlé que les questions touchant les soins aux patients n'ont pas reçu l'attention qu'elles méritaient. Alors que de nombreux commandants opérationnels et patients des FC n'ont pas encore accepté les méthodes actuelles de prestation des soins de santé des FC, les pourvoyeurs de soins se trouvent dans la position injuste d'avoir à expliquer un régime de santé élaboré en majeure partie par d'autres.

2.187 Les membres des FC entretiennent un sentiment général de méfiance envers la capacité du SSFC de répondre à leurs besoins de soins en garnison. La prestation des soins en garnison a été affaiblie par l'impression générale que cette fonction est exercée par les ressources des FC seulement jusqu'au moment où l'on fait appel à elles pour répondre à des besoins opérationnels prioritaires. La mise en oeuvre des stratégies de l'Op Phoenix, la restructuration du Ministère/des FC et les initiatives de renouvellement ont donné lieu à des changements aux régimes de prestation des soins en garnison qui n'ont pas été bien communiqués ni expliqués aux patients. De nombreux membres des FC en service depuis longtemps s'étaient habitués à un ensemble de soins de santé en garnison qui a été sensiblement modifié sans qu'ils n'en perçoivent d'avantages personnels directs. Les attentes qui paraissent non comblées en services de santé, plus les changements apportés aux méthodes de prestation des services qui n'ont pas été bien communiqués ni bien appuyés par des procédés administratifs clairs et efficaces, ont créé le sentiment chez les militaires que le SSFC ne répond pas comme il se doit à leurs besoins personnels. Lorsqu'on ajoute à ces facteurs le fait que les soins de

santé sont dispensés par une équipe professionnelle visiblement tendue et démoralisée, il en résulte une impression générale de méfiance envers la capacité du SSFC de répondre aux besoins des militaires en garnison. La mise en oeuvre prochaine d'initiatives comme l'intégration des soins aux patients dans des hôpitaux civils et les régimes de pourvoyeurs désignés n'atténue pas les perceptions que l'on entretient des soins actuels en garnison, lesquelles reposent sur des incidents ou des expériences personnelles qui ont retenu l'attention de l'ensemble des patients.

2.188 Les points de vue des commandants et des superviseurs des FC reflètent les sentiments exprimés par le personnel du SSFC et l'ensemble des patients des FC. Selon les sondages réalisés auprès des groupes de commandants et de superviseurs, 87 p. 100 jugent que les FC sont «passablement loin» ou «considérablement loin» de répondre aux besoins médicaux de leurs membres. Par ailleurs, 74 p. 100 d'entre eux considèrent que les efforts investis par les FC afin de répondre aux besoins de santé des membres des FC sont «faibles» ou «extrêmement faibles». Cette impression de l'état-major n'échappe pas aux membres de l'effectif du SSFC, qui doivent continuer d'exécuter leurs fonctions malgré la critique dont ils font l'objet.

#### *Questions morales*

2.189 Durant l'examen, les membres du SSFC, les patients des FC et les commandants/superviseurs ont tous soulevé des questions ou des préoccupations d'ordre moral qui influencent la prestation des soins en garnison. Ces questions d'éthique ont des répercussions sur le moral et l'attitude des professionnels de la santé, de même que sur la confiance des membres qui reçoivent les services ou qui doivent compter sur les services pour être en mesure d'atteindre leurs buts et objectifs opérationnels.

2.190 Les MM généralistes qui dispensent des soins aux patients en garnison doivent respecter la structure de commandement et de contrôle de la base. En conséquence, les MM ont indiqué dans le cadre des entrevues et des séances de discussion qu'il était souvent difficile d'exercer des jugements médicaux indépendamment des demandes et des attentes des commandants supérieurs. Plus particulièrement, les MM généralistes aux grades inférieurs ont indiqué qu'ils étaient souvent assujettis à des pressions discrètes et culturelles qui visent à servir les besoins des commandements et les objectifs des FC dans un climat où tout est axé sur les opérations, où l'on a moins de souplesse pour ce qui est des ressources et où l'on est tenu de «faire plus» avec des moyens réduits. Les MM ont indiqué qu'ils font face à d'importants dilemmes moraux et professionnels lorsqu'ils doivent équilibrer le bien-être du patient, les besoins des commandants et les besoins des FC en tant qu'employeur. Selon l'enquête réalisée durant les séances de discussion, 85 p. 100 des MM ont vécu des situations où la chaîne de commandement a pris des mesures (soit occasionnellement, soit plusieurs fois par année) qui ont touché un membre des FC et qui n'étaient pas conformes aux recommandations d'un médecin militaire. C'est le cas principalement de l'administration des catégories médicales temporaires; en effet, 57 p. 100 des MM estiment que la chaîne de commandement n'a pas respecté leurs recommandations en ce qui a trait à l'attribution des catégories médicales temporaires.

2.191 Cette perspective des MM rejoint les points de vue des commandants et superviseurs, qui ont indiqué (71 p. 100 étant «d'accord» ou «fortement d'accord») qu'il faut influencer les praticiens de la médecine dans les questions liées aux soins des patients afin de répondre aux besoins opérationnels des FC. Les membres des FC qui reçoivent des soins de santé du SSFC ont aussi exprimé l'avis que la chaîne de commandement utilise le service de santé à des fins qui n'avaient pas été prévues. On a présenté à l'équipe d'examen des exemples de situations où les catégories médicales temporaires avaient servi de moyen de régler une situation délicate d'administration du personnel en remplacement de la procédure administrative appropriée. De même, certains ont fait ressortir avec véhémence que les critères d'attribution des catégories médicales temporaires ayant une incidence sur la carrière ne sont pas appliqués uniformément à tous les grades, ce qui érode encore davantage leur confiance envers le service de santé.

2.192 La mise en oeuvre du concept d'intégration, selon lequel des membres du personnel du SSFC sont affectés à des hôpitaux civils pour fournir des services médicaux aux FC et à des patients civils et pour parfaire leurs compétences professionnelles, a eu pour effet de supprimer une structure de surveillance et de supervision qui existe normalement dans les FC. Ces initiatives sont fondées sur des objectifs clairs, mais elles ont offert à certaines personnes des occasions qui n'ont pas toujours été dans le meilleur intérêt des FC ou procuré des avantages dont tous les membres du SSFC ne jouissent pas également. En conséquence, l'intégrité du SSFC peut être compromise, ce qui engendre davantage de méfiance envers le service de santé. On a besoin d'établir des lignes directrices pour assurer le maintien de principes moraux au sein des FC, une bonne surveillance et supervision des activités de formation et le respect des règlements et politiques des FC par tous les membres du personnel participant à cette approche novatrice.

#### *Capacité de changement du SSFC*

2.193 Durant la collecte des faits, on a clairement indiqué à l'équipe d'examen que les membres du SSFC sont démoralisés, qu'ils sont mécontents de leur situation professionnelle dans les FC et qu'ils ne se sentent pas représentés par leurs dirigeants. Du point de vue organisationnel, les membres du personnel ont perdu le sentiment d'appartenance à un réseau de la santé des FC, vu la chaîne de commandement disparate et l'absence d'orientations stratégiques claires relativement à la gestion continue des services de santé. Le sentiment d'engagement envers le SSFC s'érode, car les professionnels de la santé voient leurs collègues quitter les FC dès la fin de leur période de service obligatoire – ce qui crée un sentiment d'abandon et qui alourdit la charge de travail des personnes qui restent en place. Le SSFC est une organisation épuisée par les changements, dont la charge de travail est énorme et dont les membres éprouvent de la frustration à exécuter les responsabilités conflictuelles de l'organisation et de la profession tout en essayant de combler leurs aspirations de carrière.

2.194 Cela soulève la question de savoir si le SSFC, dans son état actuel, est en mesure de concevoir les stratégies requises et de mobiliser ses ressources pour prendre les mesures nécessaires à l'exécution de son mandat pour le compte des FC. La discussion sur les **Nouvelles initiatives** à la partie 2 du rapport indique qu'un éventail de stratégies sont en place ou sur le point d'être adoptées en vue de combler les défaillances structurelles et les lacunes du système actuel des soins de santé en garnison. Cependant, la mise en oeuvre de ces mesures ne réussira que si l'on exploite habilement les compétences, les ressources, les connaissances, l'énergie, l'expérience et l'engagement du SSFC. Chacun de ces attributs du SSFC a été contesté au cours des dix dernières années, en particulier depuis l'achèvement de l'examen de l'Op Phoenix. Les membres de la Branche des services de santé ne sont pas convaincus que le SSFC et les dirigeants du Ministère sont résolus à adopter une orientation stratégique organisationnelle, dotée de buts et d'objectifs clairs relatifs à la prestation des soins en garnison. L'isolement relatif de la Branche des activités courantes et du processus décisionnel des FC a eu tendance à marginaliser les soins de santé et a assujéti le personnel médical à d'autres fonctions d'état-major des FC.

2.195 Les membres du personnel du SSFC ont exprimé le sentiment que des points de vue personnel et professionnel, ils ont déjà déployé les efforts et les engagements nécessaires pour maintenir la prestation des soins de santé au cours des dernières années de restructuration et de transition. Ils ont payé un prix élevé en stress, en épuisement et en attrition, ce qui fait qu'on s'inquiète sérieusement des «soins à dispenser aux pourvoyeurs de soins».

2.196 Il est évident pour l'équipe d'examen qu'il reste très peu de réserves à l'effectif du SSFC. On ne peut plus faire l'essai d'autres programmes, apporter des changements draconiens, ni exiger davantage du personnel de la Branche. Il est de la plus haute importance que tous les paliers des FC, et en particulier le SSFC, montrent leur engagement envers les questions de santé et envers le personnel qui administre et dispense ces soins. Les gestionnaires doivent déployer des efforts tangibles en faveur de la prestation des soins cliniques aux membres des FC, des aspirations de carrière de tous les GPM du SSFC et des objectifs de la Branche. À moins que tous les paliers de commandement et de leadership s'intéressent activement à la prestation des services de santé, il est douteux que l'organisation du SSFC ait la capacité de mettre en oeuvre d'autres initiatives. Par ailleurs, on ne devrait pas s'attendre à ce que le SSFC apporte de lui-même de nouveaux changements. Le service aura besoin d'aide pour relever les défis auxquels il est confronté.

### **Conclusions relatives au moral, à l'attitude et à la capacité de changement du SSFC**

2.197 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. les effectifs du SSFC sont généralement démoralisés, ce qui a une incidence négative sur l'attitude du personnel de la santé en milieu clinique;

- b. voici quelques-unes des diverses causes de l'affaiblissement du moral, sans toutefois s'y limiter :
- (1) on a l'impression que les membres du personnel à tous les niveaux du SSFC en ont assez des changements;
  - (2) on ne connaît pas la vision stratégique de l'organisation;
  - (3) le personnel du SSFC ressent un manque d'appréciation ou de compréhension de la part des FC à l'égard des exigences qu'on lui impose;
  - (4) on a l'impression que l'organisation accorde moins d'importance aux soins dispensés aux patients et privilégie la mise en oeuvre de l'Op Phoenix en ce qui a trait à la santé;
  - (5) il y a des préoccupations en matière de leadership au sein du SSFC;
  - (6) la lourde charge de travail, y compris les responsabilités en garnison et en opération, ne semble jamais pouvoir s'alléger;
- c. certains membres du personnel ont exprimé l'avis qu'ils n'ont plus la force de poursuivre leur travail et de subir d'autres changements. Bien qu'il reste des mesures importantes à mettre en oeuvre pour renforcer la prestation des soins en garnison, la réussite de ces initiatives dépendra de la capacité des professionnels de la santé du SSFC qui doivent mettre en oeuvre les changements nécessaires dans l'intérêt à long terme des FC.

**Recommandations relatives au moral, à l'attitude et à la capacité de changement du SSFC**

2.198 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :

- a. que l'on évalue dans quelle mesure on aura besoin d'aide pour mettre en oeuvre les recommandations de l'examen du CS Ex;
- b. que le Ministère accorde son appui aux besoins, une fois validés, en y consacrant les ressources humaines et financières requises.

## **AUTRES QUESTIONS DE GESTION**

2.199 Cette section du rapport portera sur plusieurs questions de gestion qui ont été soulevées durant l'examen et qui auront un impact sur la prestation des soins en garnison. La section comprendra les rubriques suivantes : administration des soins aux patients en garnison, mécanismes de remplacement temporaire de MM, mécanismes d'obtention des services de spécialistes, prestation de soins de première intervention en garnison, migration des idées et gestion de l'information/technologie de l'information à l'appui des services de santé des FC.

### **Administration des soins aux patients en garnison**

2.200 Un thème a souvent été abordé durant les entrevues, à savoir que les patients considèrent l'administration comme un aspect crucial des soins en garnison. Le militaire des FC tend à avoir une perspective holistique de ses soins médicaux, laquelle ne se limite pas aux soins particuliers dispensés, mais comprend plutôt les aspects suivants : la prise du rendez-vous; l'efficacité et l'efficacéité de l'interaction médecin/patient – durant le rendez-vous, le médecin passe son temps à remplir des formules ou bien il prend le temps d'exécuter les procédures cliniques appropriées et de discuter du cas; la façon dont les dossiers des patients sont administrés ou gérés; la façon dont le patient est orienté pendant son séjour dans l'établissement de santé des FC; lorsque le militaire a quitté l'établissement, il savait ou ne savait pas en quoi consistaient les prochaines étapes et qui serait chargé de prendre des arrangements en vue de ces étapes.

2.201 Dans le paragraphe précédent, on souligne un certain nombre de procédures élémentaires qui ont été portées à l'attention de l'équipe d'examen parce qu'elles sont importantes pour le patient et qu'elles ne fonctionnent pas toujours comme prévu. Quand les systèmes ne donnaient pas satisfaction au patient, sa perception des soins reçus des FC diminuait. Durant les séances des groupes de discussion, lorsqu'on demandait aux patients si l'interaction avec le SSFC répondait à leurs attentes, seulement 44 p. 100 ou moins de la moitié répondaient par l'affirmative. Dans les discussions subséquentes, les patients indiquaient que c'était la défaillance ou l'inefficacité de certains de ces processus administratifs de base qui érodait leur satisfaction personnelle à l'égard du SSFC.

2.202 Prise du rendez-vous Comme les militaires le faisaient remarquer, la nature opérationnelle de leur travail, même lorsqu'ils sont en garnison, ne permet pas toujours d'avoir facilement accès à des services téléphoniques ou à des moyens de transport à destination et en provenance d'établissements de santé. En conséquence, le militaire a besoin d'un processus simple pour prendre ses rendez-vous avec les cliniques/centres de santé des bases et doit pouvoir être assuré que ces arrangements auront été pris. De même, qu'il s'agisse de rendez-vous de suivi à la clinique de la base ou de consultations de spécialistes, le militaire souhaite que les processus ne soient pas compliqués afin qu'il ait suffisamment de temps à passer avec le médecin, sans que cela ne lui impose un fardeau administratif excessif.

2.203 Effizienz et efficacité de l'interaction médecin/patient et lacunes administratives connexes Voilà un domaine qui pose un problème pour les patients et les médecins, et bien que la solution soit de nature administrative, elle met également en cause des questions de continuité des soins dont il faut tenir compte. Ce que le patient veut, c'est recevoir une attention clinique durant son rendez-vous et ne pas passer un temps infini à regarder le médecin remplir un nombre excessif de formules. Les médecins ont également fait part à l'équipe de leur frustration lorsqu'ils devaient passer un temps démesuré à remplir des formules. Quoique les médecins reconnaissent la nécessité des formules et de la consignation d'une certaine quantité de données cliniques, ce sont les renseignements «de base» (nom, grade, numéro matricule, unité, etc.) qui étaient particulièrement pénibles à consigner de nombreuses fois sur diverses formules. Dans certaines bases, les établissements de santé fournissaient aux militaires des cartes santé renfermant ces renseignements, à l'instar d'une carte de crédit standard, mais ce n'était pas le cas partout.

2.204 Lorsque de tels processus élémentaires ne sont pas en place, non seulement le temps médecin/patient n'est pas utilisé efficacement, mais encore le processus très manuel de consignation des renseignements risque de causer des erreurs pouvant entraîner un mauvais acheminement des résultats de labo, la perte ou le mauvais classement des dossiers des patients, la fourniture de renseignements médicaux erronés aux patients, etc.

2.205 Administration et gestion des dossiers des patients. Comme il a été discuté précédemment dans le rapport sous la rubrique **Continuité des soins**, une stratégie préconisée par le Chef – Service de santé pour assurer la continuité des soins consiste à tenir de bons dossiers médicaux. Certes, il est probable que dans bien des cas les dossiers des soldats tenaient lieu de dossiers généraux sur les antécédents médicaux des patients, mais on a signalé à l'équipe un nombre important de cas dans lesquels les dossiers des patients avaient été perdus, les résultats de tests ou autres documents manquaient dans les dossiers, ou encore des portions des antécédents médicaux des militaires ne figuraient pas dans les dossiers des patients.

2.206 Le SSFC a établi des lignes directrices<sup>37</sup> concernant l'administration des dossiers des patients. La politique porte sur la façon dont les dossiers devraient être transmis et sur les normes de confidentialité à respecter à l'extérieur du SSFC, mais elle renferme peu de détails sur le traitement des dossiers au sein du SSFC. Il n'y a aucune mention de protocoles du SSFC pour le traitement des dossiers des patients (obtention de dossiers contre signature, postes/GPM autorisés à avoir accès aux dossiers des patients, etc.). Vu le caractère confidentiel des renseignements sur les patients, l'équipe d'examen a conclu que l'absence de lignes directrices précises sur le traitement des dossiers des patients occasionnait trop souvent une mauvaise gestion ou un mauvais traitement des dossiers.

---

<sup>37</sup> Ordre du Service de santé des Forces canadiennes 5-2, Dossiers médicaux, Mod. 21 1984 - 07 - 28

2.207 L'équipe d'examen s'est fait dire que dans la plupart des emplacements des FC, des adjoints médicaux, en affectation temporaire en provenance d'une unité d'instruction opérationnelle, d'une ambulance de campagne ou d'autres organisations ne se trouvant pas dans la chaîne de commandement du CSS, étaient responsables du traitement et de l'administration des dossiers des patients. Or, comme le roulement des adjoints médicaux était très élevé dans les cliniques des bases, en raison de l'actuel rythme des opérations ainsi que d'une pénurie de 300 adjoints médicaux, il y a peu de continuité dans l'administration de ces dossiers. On a également mentionné à l'équipe d'examen que, par le passé, les adjoints médicaux suivaient, en classe, un cours sur la gestion des dossiers médicaux, dans le cadre de leur programme de formation professionnelle à la BFC Borden. Par suite de la réduction des effectifs du SREIFC, la formation relative aux dossiers médicaux se limite maintenant à un cours d'enseignement individuel que les adjoints médicaux suivent en dehors de la salle de classe.

2.208 Satisfaction des besoins administratifs des patients dans des établissements de santé en garnison. Diverses sources ont indiqué à l'équipe d'examen que l'administration, tout particulièrement dans les plus grands centres de santé, n'était pas toujours aussi efficace qu'elle pourrait ou devrait l'être. On nous a signalé des cas où des personnes avaient reçu de mauvais renseignements ou étaient incapables d'obtenir des détails sur l'endroit où elles devaient se présenter pour des tests de laboratoire, des radiographies, des consultations avec des spécialistes, etc. Bien que ces circonstances soient attribuables, en partie, au roulement élevé de personnel médical dans ces établissements, elles révèlent également que l'orientation sur place n'est pas toujours appropriée. Lorsque les militaires reçoivent de mauvais renseignements ou ne peuvent facilement obtenir de l'information à l'intérieur des établissements de santé qui les desservent, leur niveau de confiance dans le système baisse, et il faut beaucoup de temps pour le rétablir.

2.209 Mécanismes, processus et installations permettant de traiter des cas extraordinaires ou inhabituels. Durant plusieurs de nos visites sur place et pendant les séances des groupes de discussion, on a mentionné à l'équipe d'examen des cas où les commandants ou les cliniques des bases devaient composer avec des situations médicales qui étaient inhabituelles et qui ne pouvaient être réglées dans le cadre du nouveau concept d'ouverture de 8 h à 16 h 30 des cliniques des bases ou en ayant recours au système civil. D'après les types de cas portés à l'attention de l'équipe d'examen, il semble que le système civil fonctionne parfois à capacité, alors que les FC doivent maintenant beaucoup compter sur celui-ci en garnison. Parmi le genre de situations mentionnées, signalons les cas où des militaires avaient subi une intervention chirurgicale mineure dans un hôpital civil, puis avaient été renvoyés à leur unité même s'ils avaient encore besoin de soins à domicile. Or, la prestation de soins à domicile pose des difficultés uniques lorsque le patient vit dans des quartiers militaires.

2.210 Il y a aussi le problème du militaire qui menace de se suicider. On a en effet signalé des cas où il a été établi, après évaluation, que des personnes nécessitaient une surveillance 24 heures sur 24, mais qu'elles n'étaient pas suffisamment malades pour être prises en charge par les services civils de santé mentale. Dans un troisième cas, une personne se trouvait à un stade précoce d'une affection dégénérative qui n'avait pas

encore été diagnostiquée. Cette personne était incapable de conduire, de cuisiner ou de subvenir à ses besoins, mais n'était pas jugée suffisamment malade pour être admise à un hôpital qui se trouvait à trois heures de route. Il n'y a plus d'hôpitaux dans les bases qui peuvent fournir des soins. Dans chacun de ces cas, les FC pouvaient auparavant régler ces situations à court terme en ayant recours à leur propre réseau hospitalier. En l'absence de ces systèmes, il faut trouver des solutions innovatrices. Bien que chaque cas ait été géré par les unités, grâce à la mise en place de mesures extraordinaires, les situations étaient inquiétantes pour les commandants et les patients en cause, qui avaient l'impression que les changements apportés aux soins médicaux en garnison et la capacité réduite des établissements civils leur faisaient douter de l'engagement des FC à prendre soin de leurs soldats, marins, aviateurs ou aviatrices.

### **Conclusions relatives à l'administration des soins aux patients en garnison**

2.211 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. les patients ont une vision holistique de leurs soins médicaux, ce qui comprend l'administration connexe;
- b. les patients des FC qui font l'expérience de piètres pratiques administratives lorsqu'ils reçoivent des soins médicaux en garnison interprètent souvent ces problèmes comme étant une mauvaise prestation des soins médicaux;
- c. les centres de soins de santé n'ont pas tous mis en place des outils raisonnables de gestion des dossiers (Bradma Plates ou l'équivalent) afin de réduire le fardeau administratif et les risques d'erreur;
- d. l'absence de lignes directrices internes à l'égard des politiques et procédures de traitement des dossiers des patients a laissé aux unités des FC en garnison une très grande latitude pour cet important processus;
- e. vu le caractère confidentiel et très personnel des renseignements médicaux, il est nécessaire que des protocoles soient mis en place pour le traitement des dossiers des patients au sein du SSFC;
- f. le roulement élevé du personnel médical dans les établissements de santé des FC, tout particulièrement dans le cas des adjoints médicaux responsables de l'administration et de la gestion des dossiers, risque d'avoir des répercussions négatives sur la façon dont les dossiers sont gérés;

- g. l'accroissement des responsabilités de l'étudiant qui doit apprendre par lui-même la gestion des dossiers des patients plutôt que de recevoir la formation d'un instructeur a augmenté le risque que les adjoints médicaux ne couvrent pas toute la matière ou, s'ils la couvrent, qu'ils ne la comprennent pas parfaitement - cette façon de dispenser l'instruction est peut-être économique, mais elle est moins efficace et ne peut être confirmée sans un processus de validation adéquat;
- h. les besoins administratifs des patients ne sont pas satisfaits de façon régulière dans les établissements des FC en garnison, ce qui laisse aux militaires une mauvaise impression du SSFC et finit par éroder leur confiance dans le système qui les dessert;
- i. il se présente des situations médicales qui ne sont pas facilement réglées par le SSFC ou le système médical civil;
- j. bien que ces cas peuvent se produire en raison de circonstances locales qui prévalent à un moment précis, des problèmes analogues font surface en divers endroits;
- k. certes, on trouve généralement des solutions acceptables (pas toujours idéales) aux problèmes, mais plus les CSS en savent sur la façon dont les autres ont réglé des situations semblables, mieux ils devraient être placés pour réagir de façon appropriée, le cas échéant.

### **Recommandations relatives à l'administration des soins aux patients en garnison**

2.212 L'équipe recommande ce qui suit :

- a. que les centres de soins de santé des FC examinent leurs fonctions et processus administratifs internes afin de s'assurer que :
  - (1) des outils élémentaires de gestion de l'information, comme les Bradma Plates ou l'équivalent, sont en place;
  - (2) d'autres mécanismes visant à rationaliser le traitement des patients en garnison sont établis et fonctionnent comme prévu;
- b. que les lignes directrices des FC concernant les politiques et les procédures relatives au traitement des dossiers des patients soient suffisamment claires et complètes pour assurer un niveau approprié de protection des documents et un niveau raisonnable d'intégrité de l'information fournie dans le dossier et garantir au militaire que ses renseignements médicaux sont adéquatement protégés lorsqu'ils sont confiés à la garde du SSFC et des pourvoyeurs civils de services médicaux;

- c. que des instructions permanentes d'opérations soient mises en application et tenues à jour dans tous les établissements de santé des FC afin d'assurer une administration régulière et de haute qualité à l'appui de la prestation des soins médicaux en garnison;
- d. que les CSS tiennent un registre des incidents médicaux qui n'ont pu être réglés au moyen des dispositions de soins en garnison prises par les FC ou du système civil (ces incidents devraient être signalés au Chef – Service de santé à titre informatif);
- e. que l'on fasse part de la façon dont ces expériences ont été traitées lors des forums réunissant les CSS et axés sur la migration des idées (ce concept est discuté davantage dans la partie 2 du présent rapport, à la section **Migration des idées**).

### **Mécanismes d'obtention des services de médecins civils en garnison**

2.213 Les CSS ont été chargés de fournir des soins en garnison par l'entremise des établissements de santé des FC au niveau des bases/escadres/formations partout au pays, mais ils ne disposent plus des ressources militaires (médecins et adjoints médicaux), au sein de leur chaîne de commandement, pour dispenser le service. De plus, un processus administratif adéquat permettant d'obtenir ces services dans le milieu civil n'a pas été mis sur pied avant que les ressources militaires spécialisées ne soient éliminées des effectifs des établissements de santé des FC.

2.214 Les CSS ont fourni des soins de santé en garnison en ayant provisoirement recours aux services de médecins civils engagés en vertu de contrats à court terme (DND 2058) et à des MM prêtés par les unités opérationnelles, les ambulances de campagne, etc. du GMFC. Par conséquent, on s'attendait à ce que les CSS offrent des services médicaux à temps plein (bien que les heures d'ouverture de la plupart des centres de soins de santé aient été réduites de façon considérable), malgré une main-d'oeuvre professionnelle très instable. Étant donné que des dispositions administratives adéquates n'ont pas été prises pour obtenir les services de professionnels civils, il a fallu instaurer des mesures extraordinaires au sein du cadre des MM des FC, y compris le rappel de militaires en congé, l'annulation de congés militaires et l'imposition d'heures supplémentaires excessives au personnel, afin de dispenser le service requis.

2.215 En analysant pourquoi il a été difficile d'obtenir les services de médecins civils pour la prestation des soins aux patients en garnison, on a constaté que le phénomène était attribuable, en partie du moins, au processus administratif utilisé pour obtenir ces services. Comme on l'a signalé à l'équipe d'examen, la formule DND 2058 est le moyen utilisé à l'échelle du pays pour obtenir, à contrat, les services de personnel médical civil temporaire. Ce processus contractuel abrégé est intéressant pour le CSS car il évite les complexités d'un processus d'appel d'offres plus traditionnel et permet ainsi de combler rapidement un poste provisoire. Le processus est également intéressant pour un médecin qui cherche du travail à court terme et qui est disponible immédiatement.

2.216 La formule DND 2058 est censée être utilisée pour embaucher des médecins civils à court terme ou pour répondre à des besoins urgents. Les médecins civils engagés au moyen de ce processus pour exercer la médecine en garnison bénéficient souvent de contrats répétitifs qui se prolongent pendant de longues périodes. Or, le processus contractuel de la DND 2058 n'avait pas été conçu à cette fin.

2.217 Voici deux grands inconvénients à ne pas utiliser la formule DND 2058 à la fin prévue :

- a. en effectuant de tels renouvellements (dans certains cas, sur une période de plusieurs années), on court le risque que ce processus ne soit pas conforme aux dispositions de la Loi sur les relations de travail dans la fonction publique;
- b. il est difficile, par le biais de cet arrangement contractuel précaire, d'attirer un effectif stable de médecins civils disposés à s'engager à fournir des services à long terme, même à temps partiel, lorsque les FC ne veulent pas s'engager pour des périodes dépassant six mois à la fois.

2.218 La plupart des médecins civils contractuels interviewés ont indiqué qu'ils trouvaient que certains aspects du travail dans le milieu militaire en garnison étaient très intéressants. Une partie de l'attrait consiste à traiter une population adulte relativement en santé, ce qui peut représenter du travail professionnel stimulant, mais non pénible; les heures sont régulières, il y a peu de travail les fins de semaine, et pour ceux qui ne sont pas intéressés par la traumatologie, la plupart des cliniques des FC n'ont plus de services d'urgence. Le travail ne comporte aucune responsabilité en matière de marketing/sollicitation de patients étant donné que les militaires constituent un auditoire captif, non plus qu'aucune responsabilité de gestion de bureau puisque c'est le CSS et son administrateur des soins de santé qui s'en occupent.

2.219 Par conséquent, la façon dont les FC envisagent, sur le plan administratif, la passation de contrats avec des médecins civils met en danger une pratique qui, autrement, serait favorable tant pour les médecins que pour les FC et qui risque de susciter des critiques de la part d'organismes centraux à l'égard des méthodes d'embauchage.

### **Conclusions relatives aux mécanismes d'obtention des services de médecins civils en garnison**

2.220 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. la décision de restructurer l'organisation du SSFC de façon qu'elle soit davantage axée sur l'aspect opérationnel, sans toutefois mettre en place des systèmes permettant de remplacer provisoirement les MM par des médecins civils contractuels, a imposé un énorme fardeau aux CSS responsables de la prestation des soins aux patients en garnison;

- b. ce fardeau a ensuite été transmis aux MM qui devaient non seulement composer avec un rythme d'opérations accru, mais aussi faire d'autres sacrifices personnels pour s'assurer que les soins aux patients continuaient d'être fournis en garnison (rappel de personnel en congé, annulation de congés, MM classé dans une catégorie médicale temporaire et censé travailler des demi-journées alors qu'il effectue des quarts de 12 à 14 heures, etc.);
- c. le recours à des palliatifs pour engager à contrat des médecins civils est devenu pratique courante dans la plupart des établissements de santé des FC, il est injuste, dans la majorité des cas, pour le médecin contractuel et enfreint les méthodes d'embauchage reconnues de la fonction publique qui sont définies dans la Loi sur les relations de travail dans la fonction publique. Pour bon nombre d'établissements de santé des FC, la mise en oeuvre du Programme de pourvoyeurs désignés (PPD) (discuté plus en détail dans la partie du rapport intitulée **Nouvelles initiatives**) n'est pas prévue avant quelque temps.

### **Recommandations relatives aux mécanismes d'obtention des services de médecins civils en garnison**

2.221 L'équipe recommande ce qui suit :

- a. que le Chef – Service de santé, avec l'appui des FC, fasse avancer le plus rapidement possible la mise en oeuvre du PPD dans les établissements de santé en garnison du SSFC, partout au Canada;
- b. en attendant la mise en oeuvre du PPD, que les emplacements des FC fournissant des soins en garnison déterminent s'il est approprié de continuer à utiliser la formule 2058 pour engager des médecins civils temporaires. Si un mécanisme plus approprié ne peut être mis en place avant l'instauration du PPD, les CSS devraient alors, à tout le moins, avertir les médecins civils ayant conclu un contrat avec les FC que la mise en oeuvre du PPD est imminente et que ce changement pourrait avoir des répercussions sur eux.

### **Obtention des services de spécialistes pour la prestation des soins en garnison**

2.222 Les FC éprouvent des difficultés plus ou moins grandes à obtenir les services de spécialistes civils pour dispenser des soins aux militaires en garnison, selon la région du Canada où le service est requis et la nature de la spécialité recherchée. Assortir l'offre à la demande, en ce qui concerne les médecins et les patients, pose nettement un problème national dans le milieu civil aussi bien que dans l'organisation militaire. Dans les régions où il y a pénurie de certains spécialistes médicaux, des organisations ont pris des mesures extraordinaires pour garantir des soins de santé plus opportuns à leurs clients. La Commission des accidents du travail de la province d'Alberta, par exemple, a proposé de

défrayer l'achat de services plus rapides auprès de médecins travaillant en dehors du régime provincial, même si ses membres sont couverts par le régime d'assurance-maladie de la province. Le public y a réagi défavorablement, étant donné que cette pratique créait un système de soins de santé à deux paliers qui, essentiellement, assurait un service plus rapide à ceux qui étaient en mesure de payer, repoussant les autres au bout de la file.

2.223 Certaines personnes interviewées ont suggéré à l'équipe d'examen de prendre des dispositions semblables pour les membres des FC. Elles justifiaient ce traitement préférentiel accordé aux militaires des FC en arguant que le travail qu'ils effectuent assure la paix et la sécurité du pays et qu'ils doivent maintenir un certain niveau d'aptitude physique et mentale pour accomplir ce travail. L'opinion inverse s'exprimerait ainsi : en tant que citoyen canadien, le militaire des FC devrait avoir droit aux mêmes soins qu'un civil, et non à un service supérieur. La plupart des personnes interviewées ont reconnu les deux aspects de l'argument.

2.224 Plutôt que de s'aventurer dans l'arène de ces deux vues diamétralement opposées et de risquer d'exposer le Ministère et les FC à une éventuelle critique négative des politiciens et des médias, l'équipe d'examen offre deux possibilités moins controversées. Une des options consisterait à évaluer les services dont les patients ont besoin, en moyenne, dans une spécialité donnée et d'effectuer *des achats en bloc de services de médecin et/ou de périodes en salle d'opération*. Cette approche pourrait être perçue comme une forme d'assurance pour les FC, et si les services ne sont pas entièrement utilisés chaque mois, les coûts occasionnés dans ce cas seraient considérés tout simplement comme le prix à payer pour fournir des soins médicaux en garnison à une force opérationnellement prête. Une deuxième option serait *un traitement transrégional*. En vertu de ce concept, il faudrait déterminer, dans chaque cas, qu'une situation non urgente donnée exige un service de priorité supérieure à ce qui pourrait être offert dans la région de la garnison. On pourrait alors utiliser le réseau des coordonnateurs de soins de santé pour trouver la région dans le pays où les listes d'attente sont les plus courtes pour la spécialité requise, et si la différence est marquée, le nom du patient militaire serait alors ajouté à la liste d'attente des civils. Il s'agirait ensuite de transporter le patient vers la région où le service est offert, d'obtenir le traitement en question, puis de ramener le patient dans la région de sa garnison le plus rapidement possible pour la période de convalescence.

### **Conclusions relatives à l'obtention des services de spécialistes pour la prestation des soins en garnison**

2.225 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. de façon générale, il ne serait pas approprié que le MDN et les FC donnent l'impression de court-circuiter les files d'attente dans le milieu civil en utilisant des pourvoyeurs de soins de santé payés à l'acte;

- b. on pourrait envisager certaines stratégies pour obtenir les services de spécialistes rapidement dans des circonstances extraordinaires. Les deux possibilités consistent à acheter des blocs de temps chez le médecin et à avoir recours au traitement transrégional.

**Recommandations relatives à l'obtention des services de spécialistes pour la prestation des soins en garnison**

2.226 L'équipe recommande ce qui suit :

- a. que l'on recueille et analyse des statistiques en vue de déterminer les domaines où les FC comptent un nombre exceptionnellement élevé de cas nécessitant des soins spécialisés dispensés dans le milieu civil, et si l'on en dégage des tendances régulières et qu'il est difficile d'obtenir ce genre de soins, il faudrait alors prendre des dispositions pour acheter des blocs de temps chez le médecin;
- b. dans des situations non urgentes, que l'on détermine, dans chaque cas, si des mesures extraordinaires devraient être prises pour que le militaire reçoive des soins spécialisés à l'extérieur de sa région géographique d'affectation, lorsque le service peut être dispensé plus rapidement à cet endroit.

**Prestation de soins de première intervention en garnison**

2.227 À l'heure actuelle, les FC fournissent des services médicaux de première intervention dans la plupart des BFC à l'échelle du pays en ayant recours au personnel du service des incendies, seul ou de concert avec le personnel médical. Lorsque l'emplacement des FC qui nécessite le service est suffisant proche d'une installation municipale appropriée, on prend parfois des arrangements avec les autorités civiles locales pour la prestation des soins de première intervention.

2.228 Bien que la prestation de soins de première intervention ne soit pas une responsabilité médicale du SSFC à proprement parler, c'est un aspect de qualité de vie qui a des répercussions sur la santé des militaires. Les pompiers ainsi que le personnel médical susceptibles d'être sollicités ont fait part à l'équipe de leurs inquiétudes concernant les soins de première intervention. Du point de vue des pompiers, il s'agit d'une responsabilité qui leur a été confiée, en grande partie, par suite de la réduction, en étendue et en heures, des services auparavant offerts par les hôpitaux des FC, et c'est un rôle qui est traditionnellement dévolu aux pompiers dans les communautés civiles. Les anciens hôpitaux des FC ont généralement été transformés en cliniques qui n'offrent plus de services en médecine traumatologique d'urgence. Certes, la majorité des pompiers ont reçu une formation à divers niveaux dispensée par l'Ambulance Saint-Jean en matière de secourisme élémentaire, secourisme avancé et RCR, mais cette formation n'a pas été donnée de façon uniforme à l'échelle du service des incendies.

2.229 Le service des incendies est préoccupé par l'étendue des responsabilités qui lui sont confiées relativement à la prestation de soins de première intervention. Faudrait-il inclure la prestation de services aux personnes à charge aussi bien qu'aux militaires des FC? Dans quelle mesure faudrait-il faire appel aux établissements de santé des FC en garnison pour les soins de première intervention? À un des emplacements, il y a un adjoint médical qui est affecté au service des incendies uniquement pour répondre à de tels besoins en cas d'urgence. À un autre endroit, les ressources ont été développées au point où les FC fournissent elles-mêmes un service de première intervention à la population civile de la base ainsi qu'à la communauté locale, et elles reçoivent en retour une subvention de la municipalité.

2.230 À certains emplacements, les coordonnateurs de soins de santé ne savent pas exactement dans quelle mesure on peut faire appel à leurs ressources en garnison pour aider à dispenser des soins de première intervention. Dans certains établissements de santé des FC, les adjoints médicaux désignés sont frustrés, car on ne sollicite pas leurs services pour fournir des soins de première intervention à la base ou à l'escadre, même s'ils se sentent bien qualifiés pour remplir ce rôle. Comme les établissements de santé des FC et la caserne des pompiers de la base relèvent du commandant de celle-ci, les dispositions qui ont été prises sont bien souvent fonction des désirs des autorités locales.

### **Conclusions relatives à la prestation de soins de première intervention en garnison**

2.231 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. même si les soins de première intervention constituent une question secondaire pour les services de santé, il règne une certaine confusion parmi ceux qui sont chargés de fournir des soins en garnison, si bien que cette question pourrait influencer sur le niveau de soins dispensés aux soldats, marins, aviateurs et aviatrices;
- b. le Chef – Service de santé doit fournir des conseils médicaux au CEMD sur l'efficacité des arrangements en cours relativement à la prestation de soins de première intervention. Il devrait être en mesure d'indiquer au CEMD si les membres des FC reçoivent des soins de première intervention qui équivalent à ceux dont bénéficient les Canadiens en général et, s'il y a des lacunes, dans quelle mesure le risque s'accroît pour les militaires.

### **Recommandations relatives à la prestation de soins de première intervention en garnison**

2.232 L'équipe recommande ce qui suit :

- a. que le Chef – Service de santé donne des conseils médicaux à la chaîne de commandement, y compris les commandants de base, sur les questions touchant la prestation des soins de première intervention en garnison;

- b. dans le cadre des visites d'aide d'état-major effectuées dans les garnisons des FC, que le Directeur – Prestation des services de santé ajoute à ses sujets d'examen l'à-propos des soins de première intervention, que les recommandations découlant de telles évaluations servent de points de discussion avec le commandant de la base, le coordonnateur des soins de santé, le chef des pompiers ainsi que les autorités locales susceptibles d'être touchées, et que des mesures appropriées soient ensuite prises en fonction des directives du commandant de la base;
- c. que des communications soient diffusées au niveau des bases/escadres/formations pour expliquer les arrangements locaux concernant la prestation des soins de première intervention.

### **Migration des idées**

2.233 La migration des idées est un processus qui s'est révélé assez difficile, par le passé, pour le MDN et les FC, alors que les organisations tentaient de se renouveler et de se restructurer. Durant le présent examen, l'équipe a constaté que le SSFC, tout comme d'autres secteurs du Ministère, a de la difficulté à partager les idées exprimées à l'interne. Les discussions mentionnées dans des sections précédentes du présent rapport et touchant les questions organisationnelles révèlent une organisation plutôt sectaire, comportant à la fois des cloisonnements organisationnels et professionnels qui peuvent nuire à la migration des idées.

2.234 Le fait de combiner des organisations cloisonnées à des groupes professionnels de soutien et spécialisés ne contribue pas à créer un environnement naturellement propice à l'échange d'idées. Ce phénomène, auquel s'ajoute l'éparpillement géographique du personnel dans tout le pays et parfois dans le monde, présente un défi de taille pour les chefs et les gestionnaires qui doivent tirer parti de la créativité des gens et susciter la formulation et la propagation d'idées innovatrices au sein du SSFC.

2.235 Au moment de la rédaction de l'ébauche initiale du rapport, les premières visites d'aide d'état-major (VAEM)<sup>38</sup> organisées par le QG GMFC étaient sur le point d'être effectuées dans les établissements de santé des FC en garnison partout au Canada. Dans les cas où la continuité du personnel affecté à ces équipes peut être assurée, la migration des idées susceptibles de découler des VAEM présente plusieurs avantages, dont en voici quelques-uns :

- a. les équipes peuvent constituer une banque de meilleures pratiques à chaque emplacement;

---

<sup>38</sup> Le contexte entourant les VAEM et les recommandations visant à améliorer le concept actuel sont fournis dans la section Nouvelles initiatives, qui figure plus loin dans cette partie du rapport.

- b. les équipes peuvent constituer une banque des faiblesses les plus courantes dans les établissements de santé des FC, de façon à pouvoir fournir des mises en garde générales au SSFC dans les domaines où des problèmes pourraient surgir si des mesures proactives ne sont pas prises;
- c. au cours de leur entrevue finale avec le CSS au terme de la visite sur place, les équipes de VAEM pourraient cerner, à l'aide de leur banque de meilleures pratiques, des domaines qui sont particulièrement pertinents pour cet emplacement. Il pourrait notamment s'agir de fournir le nom d'une personne-ressource sur place où l'équipe de VAEM a observé le fonctionnement d'une meilleure pratique en vue d'en faciliter la mise en oeuvre.

2.236 Durant les visites de l'équipe d'examen, des organisations locales faisaient souvent des démonstrations de technologies de l'information fondées sur des initiatives locales. Ce sujet fera l'objet d'une discussion plus détaillée dans la prochaine section du rapport, mais il importe de souligner que certaines applications de bases de données élaborées à divers endroits et utilisées pour la prestation de soins aux patients en garnison suscitaient un niveau particulièrement élevé d'enthousiasme et d'excitation. Cependant, lorsqu'on a demandé aux réalisateurs s'ils avaient eu l'occasion de partager leurs idées avec leurs collègues, ils répondaient invariablement par un «non» catégorique.

2.237 Étant donné que le gros des médecins militaires généralistes (MMG) des FC sont généralement recrutés par le biais du PIMM et que, par conséquent, ils se trouvent en début de carrière militaire et professionnelle, ils vivent une période d'apprentissage intense. De même, bon nombre d'entre eux accomplissent uniquement leurs quatre années de service obligatoire, puis quittent les FC. Il est donc particulièrement important qu'ils bénéficient des expériences des autres afin qu'ils puissent apporter une contribution aussi efficace que possible durant leur court séjour au sein des FC.

2.238 Compte tenu des taux élevés d'attrition que les FC ont connus au cours des dernières années, il n'est pas rare que des médecins, en début de carrière, soient promus au grade de major/capitaine de corvette et qu'ils doivent assumer l'entière responsabilité de la prestation des soins en garnison au niveau des bases/escadres/formations. Les FC ne peuvent se permettre de laisser les CSS apprendre tout par eux-mêmes, répéter les erreurs commises par leurs prédécesseurs et rater l'occasion de tirer parti des idées de leurs collègues.

### **Conclusions relatives à la migration des idées**

2.239 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. il y a peu d'occasions, au sein du SSFC, de partager facilement des idées et des solutions innovatrices qui pourraient contribuer à une prestation efficiente et efficace des soins de santé en garnison;

- b. le personnel du SSFC a de bonnes idées, surtout celles qui touchent la gestion des bases de données sur les patients, il met ses idées en application à certains endroits, et l'échange de telles idées en matière de GI/TI permet d'optimiser les idées qui ont déjà été développées;
- c. l'échange d'idées ne se fait pas tout seul, mais exige plutôt un effort délibéré en vue de tirer un avantage maximal de ce concept.

### **Recommandations relatives à la migration des idées**

2.240 L'équipe recommande ce qui suit :

- a. que le personnel du SSFC veille, lorsqu'il organise des programmes d'instruction, des ateliers, des conférences ou d'autres forums réunissant des membres de la branche, à prévoir des séances réservées à l'échange des idées;
- b. que les ressources liées aux visites d'aide d'état-major (VAEM) récemment mises en place dans l'organisation du Chef d'état-major adjoint – Prestation des soins de santé (CEMA Pres SS) soient utilisées au maximum pour lancer et provoquer la migration des idées à l'échelle du SSFC.

### **Gestion de l'information/technologie de l'information à l'appui des services de santé des FC**

2.241 Le SSFC ne dispose pas, à l'heure actuelle, d'un système intégré de gestion de l'information ou de technologie de l'information. Dans la plupart des cas, l'information courante sur la santé est recueillie et gérée dans un environnement fondé sur le papier. Plusieurs unités et emplacements ont mis au point et en application, à divers degrés, des technologies de l'information, habituellement en formats de traitement de texte ou de tableurs, qui répondent à des besoins particuliers. Il y a cependant très peu d'uniformisation ou de gestion de l'information à l'intérieur de ces systèmes, et aucune filière de rapport centralisée. Dans certains cas, la mise sur pied de ces systèmes autonomes exige beaucoup de travail, et même si les unités peuvent en tirer des avantages, cette façon de procéder perpétue le problème de cloisonnement qui existe depuis longtemps à l'échelle des FC. On peut prévoir, à long terme, lorsqu'un système commun de GI/TI en matière de soins de santé aura été élaboré, que certaines organisations hésiteront à abandonner les systèmes locaux qui ont été mis au point, qui ont fait l'objet d'un engagement interne et qui répondent bien à leurs besoins particuliers. Toutefois, en raison de la mobilité des membres des FC et parce qu'il faut échanger des renseignements sur la santé avec tous les régimes de santé provinciaux au Canada et ceux de nos alliés durant les déploiements, il est essentiel de s'engager à mettre sur pied un système de GI/TI dans le domaine de la santé, à l'échelle de l'organisation.

2.242 Le SSFC n'a pas de système adéquat de GI/TI malgré qu'on ait reconnu l'incidence des questions de santé sur les FC et la nécessité de disposer de connaissances en temps réel sur l'état de santé des unités opérationnelles qui doivent remplir des rôles opérationnels. La mobilité de la population des FC, l'augmentation des déploiements opérationnels, le recours accru aux pourvoyeurs civils de soins de santé, les difficultés éprouvées dans la tenue manuelle des dossiers médicaux ainsi que la gestion de la prestation de soins de santé de qualité uniforme dans tous les emplacements des FC confirment qu'il est nécessaire d'établir un système intégré d'information sur la santé au sein du SSFC. Dans sa présentation au CPDNAC concernant le quatrième pilier du volet Qualité de vie (Soins donnés aux militaires blessés, aux anciens combattants et aux retraités), le CEMD déclarait ceci : « nous devons fournir à tous les militaires malades ou blessés des soins constants et complets durant le service, après la libération et au moment de la retraite ». Pour mettre ce principe en application, les FC doivent s'assurer que des renseignements complets et précis sur la santé des militaires sont recueillis tout au long de leur carrière, et que ces renseignements sont accessibles à tous les niveaux, dans les milieux opérationnels et non opérationnels, pendant la carrière du militaire et après sa libération.

2.243 À l'heure actuelle, les commandants opérationnels et les pourvoyeurs de soins n'ont pas facilement accès à des renseignements précis et à jour sur l'état de santé de leur personnel. Les gestionnaires des soins de santé à tous les niveaux n'ont pas suffisamment de données sur lesquelles fonder leurs décisions concernant l'attribution efficace et efficiente des ressources en matière de soins de santé, et l'information disponible pour la prise de décisions stratégiques est limitée. D'autres pays de l'OTAN ainsi que les services de santé civils font des progrès dans l'élaboration de systèmes qui permettent à leurs pourvoyeurs de soins de santé, à leurs patients et à leurs décideurs d'avoir accès à des renseignements précis et à jour sur la santé. Les FC, par contre, accusent du retard et peuvent éprouver certaines difficultés à partager l'information sur la santé avec des pourvoyeurs civils et des alliés de l'OTAN. Si la gestion des services de santé exige beaucoup de main-d'oeuvre et qu'elle est malgré tout limitée, c'est que les établissements de santé au niveau du pays et des bases n'ont pas d'outils de gestion adéquats et suffisants et qu'ils sont incapables de partager et d'utiliser efficacement les renseignements sur la santé. Les pourvoyeurs de soins au niveau local n'ont pas accès aux outils d'aide à la décision clinique pouvant leur fournir des données sur le régime de traitement le plus approprié à suivre ou leur permettant de recommander des pratiques cliniques aux FC. L'absence d'outils de GI/TI alourdit également la charge de travail déjà énorme des établissements de santé des FC et empêche les professionnels de la santé du SSFC de gérer efficacement les services de santé dispensés aux membres des FC. Les systèmes de gestion actuels offrent des possibilités extrêmement restreintes en ce qui concerne le suivi du personnel ou du traitement médical reçu durant les déploiements ou obtenu du secteur public, ou encore le suivi de programmes d'immunisation particuliers, du tableau réel de la morbidité ou d'autres questions de santé.

2.244 Le Service de santé des Forces canadiennes est en train d'élaborer un grand projet distinct de GI/TI en matière de santé (projet G2800). Ce système est fondé sur les lignes directrices du Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé du gouvernement fédéral, lequel préconise l'amélioration des soins aux patients grâce à la création, à l'échelle des provinces et territoires, de systèmes de dossiers médicaux électroniques fondés sur la personne. Ces systèmes donneront accès à tous les renseignements pertinents sur les antécédents médicaux des patients, y compris les états pathologiques et les diagnostics ainsi que les traitements et médicaments.<sup>39</sup> Le but du projet G2800 est de mettre en place un système de gestion de l'information qui fournira les bons renseignements à la bonne personne au bon moment, améliorant ainsi l'efficacité opérationnelle des FC ainsi que la qualité des soins dispensés et l'état de santé général des FC.<sup>40</sup>

2.245 Le système de TI envisagé dans le cadre du projet G2800 doit étayer l'actuel modèle de prestation des soins de santé ainsi que les pratiques de gestion des FC. Pour l'instant toutefois, le SSFC n'a pas de modèle clair et uniforme en place, et les pratiques cliniques dans les établissements de santé changent constamment, tandis que les coordonnateurs des soins de santé s'efforcent d'établir des liens avec la collectivité locale des services de santé, d'éclaircir les rapports de commandement et de contrôle pour les ressources en garnison et de déterminer des méthodes de fonctionnement et pratiques appropriées pour les centres de soins de santé. Le système de GI/TI proposé visera à saisir tous les renseignements sur la santé concernant les soins dispensés aux membres des FC et à établir un dossier médical électronique qui facilitera la gestion des patients individuels. Par le passé, les FC ont pu obtenir la plupart des renseignements concernant les soins fournis aux membres des FC des pourvoyeurs de soins de santé et des établissements de santé du SSFC. Or, comme on a de plus en plus recours aux services de santé civils, à des praticiens d'exercice privé, à des spécialistes et à des technologues médicaux (laboratoires, etc.), il est plus important que jamais d'avoir les moyens de saisir des données dans un format compatible.

2.246 La solution de GI/TI pour l'avenir du Service de santé des FC, soit le projet G2800, devrait être finalisé au cours de l'AF 2008. Le projet en est actuellement à la phase préliminaire de développement, la planification des architectures d'entreprise (PAE) devant débiter immédiatement. Même si la date cible d'achèvement est l'AF 2008, des progrès considérables sont réalisés entre-temps, en dépit de certaines restrictions d'ordre pratique. D'ici décembre 2000, un contrat sera adjugé, et l'élaboration d'une capacité opérationnelle initiale à l'égard du système d'information des FC en matière de santé sera terminée. Cependant, la restructuration des pratiques cliniques des FC en garnison préalable à l'automatisation, l'intégration à tous les systèmes d'information provinciaux sur la santé, l'établissement de normes de communication et de sécurité pour les dossiers médicaux ainsi que l'évolution constante de la gestion de l'information dans les services de santé civils ne sont que quelques-uns des aspects qui auront des répercussions à long terme sur la mise en place d'un système d'information sur la santé à l'échelle des FC.

---

<sup>39</sup> Rapport final, Inforoute santé au Canada (février 1999)

<sup>40</sup> Séance d'information donnée au CCGI sur le projet G2800, 24 février 1999

2.247 Tout système d'information sur la santé élaboré à l'intention des FC doit être suffisamment souple pour s'adapter aux changements dans la prestation des soins de santé qui surviennent au sein des collectivités militaires et civiles. Généralement, les projets de GI/TI dans le domaine médical qui ont été exécutés à l'interne ont connu des phases de développement et de mise en oeuvre extrêmement lentes, si bien que le système était déjà désuet au moment où la mise en oeuvre était achevée. À l'heure actuelle, il n'existe, pour les services de santé, aucun système de GI/TI qui fonctionne à partir de dossiers médicaux électroniques. On reconnaît toutefois les avantages évidents d'un tel système, étant donné que la méthode actuelle d'extraction manuelle des données pertinentes sur les patients au moyen de fiches médicales traditionnelles est inefficace et coûteuse. Bien que de meilleurs renseignements sur la santé soient nécessaires pour mieux appuyer les opérations, améliorer les soins dispensés au personnel des FC, accroître l'efficacité et l'efficience de la prestation des soins et faciliter l'accès à l'information sur les soins de santé, le modèle de prestation des soins de santé dans les garnisons des FC n'a pas été adéquatement établi ou mis au point de façon à permettre l'élaboration d'une infrastructure de GI/TI. L'élaboration prématurée d'un système de GI/TI pourrait donc entraîner de grandes dépenses en capital à l'égard d'un système qui serait désuet au moment de sa mise en oeuvre.

2.248 Questions touchant la sécurité de l'information sur la santé. Par le passé, les FC s'occupaient de dispenser le gros des soins de santé à leurs membres dans leurs établissements, si bien qu'elles étaient habituées à disposer de presque toute l'information clinique et professionnelle dont elles avaient besoin pour évaluer l'état de santé des militaires. Or, légalement, les pourvoyeurs civils de soins de santé ne peuvent divulguer de détails personnels sur la santé sans le consentement du patient ou d'une ordonnance de la cour. Le SSFC faisant maintenant davantage appel au système civil, il doit absolument définir le type particulier de renseignements qu'il lui faut et établir un mécanisme officiel permettant de recueillir cette information. Les dossiers médicaux électroniques des membres des FC devraient essentiellement faciliter les décisions relatives à la santé au travail plutôt que de rassembler la totalité des données cliniques. Durant l'examen portant sur l'Op Phoenix, on a envisagé la possibilité de saisir uniquement l'information qui aurait des répercussions sur l'aptitude physique et mentale à long terme du militaire et qui est requise pour déterminer l'admissibilité aux prestations d'invalidité. On estimait alors que la saisie de renseignements médicaux et la tenue de dossiers médicaux électroniques étaient nécessaires pour répondre aux besoins des FC en matière de santé au travail. L'information obtenue au moyen des demandes de remboursement de frais médicaux fournirait des précisions sur l'endroit où les soins ont été dispensés et sur le type de services offerts. On s'efforcera ainsi de n'obtenir que les renseignements requis à l'appui des décisions sur la santé au travail. Un système de collecte des données fondé sur ces principes serait, selon toute probabilité, approuvé par les membres des FC en ce qui a trait à la divulgation de renseignements sur la santé personnelle, puisque ceux-ci faciliteraient le traitement des demandes de prestations d'invalidité présentées au cours de leur carrière.

2.249 En vertu des règlements des FC sur la sécurité, l'information sur la santé a été désignée «Protégé B» et elle est protégée en conséquence dans les établissements de soins de santé des FC. Or, comme de plus en plus de soins courants sont dispensés à l'extérieur des établissements des FC, la transmission et le traitement de l'information provenant de sources externes ne sont pas conformes à la classification de sécurité interne établie pour ce genre d'information. Lorsque des services de santé primaires sont dispensés aux militaires à l'extérieur des établissements des FC, il est difficile d'avoir accès à ces renseignements. Même s'il existe des normes, dans le milieu civil, pour le traitement de l'information sur la santé, celles-ci ne sont pas compatibles avec la désignation de sécurité des FC, ce qui pose un problème pour la transmission de renseignements aux pourvoyeurs civils de soins de santé ou par ceux-ci. Afin de régler ce problème, il faudrait effectuer une évaluation réaliste des risques pour la sécurité, de façon à assurer une intégration viable et efficiente des systèmes d'information militaires et civils sur la santé, ce qui faciliterait par le fait même la mise sur pied d'un système intégré d'information médicale à l'échelle des FC.

2.250 Au début de la phase de mise en œuvre de l'Op Phoenix, le SSFC a cessé de recueillir, résumer et analyser une foule de données sur la charge de travail et le rendement à l'égard de la prestation des services médicaux des FC, ce qui a eu comme résultat de réduire la capacité de prendre des décisions sur la gestion et l'allocation des ressources à partir de données sur la gestion/mesure du rendement. Or, l'accès à des renseignements sur les soins de santé qui soient fiables, constamment disponibles et utiles pour la prise de décisions est essentielle à la prestation et à la gestion des services de santé au sein des FC.

### **Conclusions relatives à la gestion de l'information/technologie de l'information à l'appui des services de santé des FC**

2.251 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. le SSFC ne dispose pas d'un système adéquat de GI/TI pour fournir, en temps réel, des données exactes sur l'état de santé de ses unités opérationnelles et pour bien remplir ses rôles opérationnels;
- b. le SSFC doit disposer d'un système intégré d'information sur la santé en raison de la grande mobilité de la population des FC, de la nécessité, sur le plan opérationnel, de connaître l'état de santé des FC, du recours accru aux soins de santé civils et de la nécessité d'assurer une prestation de soins de santé de qualité uniforme dans tous les emplacements des FC;
- c. les modèles de prestation de soins de santé dans les garnisons des FC ne sont pas suffisamment au point pour faciliter l'établissement d'une infrastructure de GI/TI au sein du SSFC;

- d. l'intégration de plus en plus grande entre les soins de santé fournis par le SSFC en garnison et par le réseau civil soulève des questions de sécurité, étant donné que les normes de sécurité des FC pour l'information sur la santé sont plus élevées que celles des établissements civils;
- e. le SSFC n'est pas en mesure de prendre des décisions appropriées en matière de gestion et d'allocation des ressources en raison du manque de données statistiques sur les soins de santé et la charge de travail.

**Recommandations relatives à la gestion de l'information/technologie de l'information à l'appui des services de santé des FC**

2.252 L'équipe recommande ce qui suit :

- a. qu'un modèle de prestation des soins de santé en garnison soit établi et mis en place afin de déterminer le soutien requis en matière de GI/TI;
- b. que les FC établissent une politique concernant l'obtention, le traitement et la divulgation d'information sur la santé, à l'interne et à l'externe, à l'intention des militaires;
- c. que l'on détermine les renseignements nécessaires pour répondre aux besoins des FC en matière de santé au travail, ainsi que les façons d'obtenir et de contrôler cette information;
- d. que le SSFC mette à jour et simplifie les pratiques de fonctionnement et de gestion actuellement utilisées afin de rationaliser les méthodes administratives et d'améliorer le traitement de l'information sur les patients en milieu clinique;
- e. que les pratiques de fonctionnement du SSFC soient modifiées de façon à tirer parti des applications logicielles commerciales sur les soins de santé, à réduire par le fait même les coûts de conception et d'élaboration, et à faciliter l'intégration avec les pourvoyeurs civils de soins de santé;
- f. que l'on accélère les plans visant à mettre en œuvre, au sein du SSFC, des solutions de GI/TI qui peuvent être rapidement mises en place et qui sont suffisamment souples pour répondre aux conditions et besoins changeants dans le domaine des soins de santé militaires et civils;
- g. que l'on procède à une évaluation des risques pour la sécurité en ce qui concerne l'information sur la santé des FC, de manière à faciliter l'établissement des liens nécessaires avec le milieu civil.

## **NOUVELLES INITIATIVES**

2.253 En dépit des problèmes et des lacunes signalés et discutés dans le présent rapport, le SSFC a commencé à mettre en œuvre plusieurs initiatives nouvelles qui devraient entraîner, dans le futur, une amélioration considérable de la prestation des soins fournis aux FC en garnison. La discussion qui suit porte sur ces initiatives et sur certains des facteurs à considérer pour en améliorer les chances de réussite.

### **Visites d'aide d'état-major**

2.254 Mentionnons, à titre d'information contextuelle, qu'au printemps 1998, le Chef – Service de santé a reconnu qu'en adoptant le concept d'une force davantage axée sur les opérations et en réduisant de façon draconienne son personnel de quartier général, il ne bénéficiait plus du même niveau d'intervention qu'auparavant dans la prestation des soins en garnison. Il a également reconnu que même si ce niveau d'intervention était bien inférieur à ce qu'il était par le passé, un certain degré de surveillance devait malgré tout être assuré par les professionnels des FC responsables de l'orientation et des directives stratégiques régissant la prestation de soins de santé fournis à tous les militaires.

2.255 Par conséquent, à l'automne de 1998, le poste de Chef d'état-major adjoint – Prestation des soins de santé (CEMA Pres SS) a été créé, le titulaire devant, entre autres, surveiller la prestation des soins de santé en garnison. Au début du printemps 1999, le CEMA Prs SS avait rédigé et fait approuver par le Conseil exécutif du GMFC les fonctions et attributions d'un comité d'examen des services de santé (CESS) qui serait chargé d'examiner la prestation des soins en garnison grâce à des visites d'aide d'état-major (VAEM) organisées sur place par le GMFC.

2.256 Le comité compte des représentants de quelque 20 postes/groupes professionnels à l'intérieur et à l'extérieur du SSFC, mais la participation constitue essentiellement une fonction secondaire, et seulement un sous-ensemble de ce groupe participerait activement à une VAEM donnée. Le personnel du GMFC envisage d'effectuer une VAEM par mois au cours de la première année, les équipes étant composées de cinq à sept membres, selon l'emplacement, et représentant surtout les domaines de compétences des membres du CESS. La composition des équipes pour les divers emplacements dépendra de l'endroit visité et de la disponibilité du personnel, qui devra s'absenter de son travail principal pour remplir cette fonction.

2.257 En principe, l'équipe d'examen du CS Ex appuie fermement cette initiative. Vu l'autonomie dont bénéficie maintenant le SSFC en région, la perte de la surveillance assurée auparavant par les médecins-chefs de commandant, le changement d'orientation occasionné par les événements ayant abouti à l'Op Phoenix et la nouvelle importance accordée aux questions de qualité de la vie pour le soldat, il est plus opportun que jamais de pouvoir effectuer des VAEM portant sur la prestation des services de santé en garnison.

2.258 L'une des préoccupations concernant la tenue des VAEM est la disponibilité des ressources nécessaires. Les spécialistes qui y participeront le feront à titre de fonction secondaire, ce qui limitera la permanence du personnel et, par conséquent, les avantages susceptibles de découler de cette entreprise. Un de ces avantages a été discuté dans une section précédente, intitulée **Migration des idées**, et dans ce cas, la VAEM pourrait servir de catalyseur en vue de la migration des bonnes idées entre les divers établissements du SSFC en garnison. En outre, si le gros de l'équipe consiste en des personnes pour qui la VAEM est une fonction secondaire, il y aura des risques d'annulation à la dernière minute, ce qui pourrait nuire à l'efficacité de la visite ou même entraîner l'annulation d'une visite. La tenue des VAEM à titre de fonction secondaire peut également présenter un troisième inconvénient, c'est-à-dire que le fonctionnement de l'équipe risque de ne pas être aussi efficace. La durée accrue des préparatifs pour chaque visite, l'utilisation inefficace du temps passé sur place et le manque de disponibilité du personnel après la visite pour rédiger les documents et rapports voulus sur les constatations sont tous des facteurs de risque élevé engendrés par un trop grand nombre de membres d'équipe itinérants. Un quatrième inconvénient de la non-permanence des membres d'équipe effectuant des VAEM se manifestera lorsqu'il faudra adapter et ajuster les listes de contrôle de l'examen. Si l'équipe avait une certaine continuité, il serait beaucoup plus facile de déterminer ce qui est important pour l'examen et ce qui ne l'est pas, et d'apporter au programme d'examen les modifications les plus appropriées en fonction de l'expérience de l'équipe.

### **Conclusions relatives aux visites d'aide d'état-major**

2.259 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. la visite d'aide d'état-major (VAEM) est une mesure cruciale qui mérite un solide appui de la part du Chef – Service de santé;
- b. d'après la structure organisationnelle actuelle, les équipes de VAEM courent le risque d'être beaucoup moins efficaces qu'elles ne pourraient l'être si elles étaient constituées de membres plus stables. Cette stabilité est particulièrement importante au cours des premières années de VAEM, alors que les équipes en sont encore à déterminer comment tirer le meilleur parti possible de leurs compétences lorsqu'elles sont sur place.

### **Programme de pourvoyeurs désignés**

2.260 Le Programme de pourvoyeurs désignés (PPD) est un mécanisme conçu pour améliorer considérablement la prestation des services de santé aux membres des FC en garnison. Il s'agit d'un programme à quatre volets qui comblera une grande lacune engendrée par l'interruption de la mise en œuvre de l'Op Phoenix.

2.261 Le PPD devrait produire les quatre réalisations principales suivantes :

- a. mettre au point un mécanisme central pour traiter les factures liées à l'achat de services de santé et une façon de promulguer les rapports de gestion aux fins du processus décisionnel;
- b. établir un réseau officiel de pourvoyeurs à l'extérieur afin d'éviter les interruptions de service et de constituer un cadre de travail pour la négociation de taux et de conditions favorables;
- c. fournir un mécanisme amélioré pour remplacer sur place les pourvoyeurs en uniforme;
- d. établir une ligne d'information santé des FC (centre d'appels 1-800) afin que les membres des FC aient un meilleur accès aux soins, peu importe la disponibilité des pourvoyeurs militaires.<sup>41</sup>

2.262 L'approche actuellement adoptée par le MDN à l'égard du PPD présente l'avantage d'optimiser l'expérience acquise par suite d'arrangements déjà conclus avec Anciens combattants Canada (ACC). En outre, l'équipe d'examen a appris que la Gendarmerie royale du Canada (GRC) deviendra elle aussi un partenaire dans cette entreprise trilatérale. L'entente initiale conclue avec ACC s'échelonne sur une période de cinq ans. Comme des initiatives interministérielles antérieures dans le domaine des soins de santé ont donné des résultats variables (par exemple, Initiatives de coordination des soins dentaires et des soins de la vue prises conjointement avec Service correctionnel Canada et d'autres ministères), l'équipe d'examen du CS Ex préconise que le SSFC adopte, surtout à long terme, une approche plus souple.

2.263 L'équipe d'examen manifeste un optimisme réservé à l'égard du PPD. Le programme sera plus intéressant à certains endroits, et moins à d'autres. Comme on l'a indiqué au début du présent rapport, il existe des différences régionales, si bien qu'une solution universelle ne fonctionne pas toujours à l'échelle du pays et qu'il faudra vraisemblablement apporter des ajustements à chacun des emplacements. Par ailleurs, le PPD offre la possibilité d'aplanir certaines divergences régionales dans la prestation des soins en garnison en confiant des fonctions administratives à une autorité centrale. Si un entrepreneur pouvait assumer une partie du fardeau administratif des CSS, ceux-ci pourraient alors se concentrer de nouveau sur les soins aux patients.

2.264 Le PPD n'est pas conçu comme mesure d'économie; en fait, dans certains endroits isolés, sa mise en œuvre sera coûteuse. Néanmoins, le PPD vise à assurer des soins de santé en garnison plus réguliers et uniformes et à améliorer la prestation des services.

---

<sup>41</sup> Karpetz, capv H., Administrateur de projet – Programme de pourvoyeurs désignés, Designated Provider Plan Update Briefing to DGHS Council, 12 avril 1999

2.265 Au moment de la rédaction du présent rapport, divers éléments du PPD en étaient à différents stades d'approbation et de mise en œuvre. Le protocole d'entente entre le MDN et ACC pour l'établissement de dispositions de facturation par l'entremise de la Croix bleue a été signé par les parties intéressées en juin 1999 et devrait être mis en œuvre le 1<sup>er</sup> avril 2000. L'une des préoccupations du bureau de projet du PPD, au QG GMFC, portait sur le processus d'acquisition/de passation de contrats pour la mise en place du centre d'appels et l'installation des pourvoyeurs de services sur place. Comme on est en train de rassembler le matériel de communication, notamment les fiches de santé des patients sur lesquelles on mentionne le centre d'appels dont on annonce l'ouverture pour le 1<sup>er</sup> avril 2000, l'équipe d'examen s'est fait dire que les arrangements d'acquisition/de passation de contrats devaient être pris dans les plus brefs délais.

### **Conclusions relatives au Programme de pourvoyeurs désignés**

2.266 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. la mise en œuvre réussie du PPD permettra d'atteindre les objectifs fixés dans le plan de mise en œuvre de l'Op Phoenix;
- b. le PPD est destiné à alléger considérablement le fardeau administratif des CSS et à leur permettre de concentrer leur attention sur la prestation de soins aux patients en garnison;
- c. comme le PPD ne peut produire des médecins, des infirmières et infirmiers spécialisés ou des pharmaciennes et pharmaciens, il sera coûteux d'attirer des professionnels de la santé qui pourront répondre aux besoins des FC dans les endroits du pays où il a toujours été difficile d'obtenir de tels services;
- d. afin de respecter l'échéance de mise en œuvre du 1<sup>er</sup> avril 2000 pour le centre d'appels 1-800 et pour les arrangements avec les pourvoyeurs sur place, le QG GMFC devra compter sur l'appui solide et opportun du personnel d'approvisionnement du MDN et de TPSGC.

### **Centre du MDN et d'ACC pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leurs familles**

2.267 La continuité des soins, au sens le plus traditionnel, a toujours été et demeure une source de préoccupation pour les FC. Il en est de même de la question plus vaste de la continuité des soins pendant que le militaire est en service dans les FC, après sa libération et lorsqu'il est retraité.

2.268 Par le passé, les FC avaient tendance à s'occuper des soins médicaux préalables à la libération et, par la suite, à laisser le militaire prendre ses propres arrangements administratifs pour obtenir une carte d'assurance-maladie provinciale, traiter directement avec ACC pour les questions de pension, obtenir des prothèses, des fauteuils roulants, etc. Cette façon de procéder ne fonctionnait pas bien, car les militaires qui étaient les plus

malades ou les plus grièvement blessés étaient souvent ceux qui avaient le plus besoin d'une gamme étendue de services, mais les moins en mesure de se les procurer en raison de leur état de santé. Dans bien des cas, les patients se sentaient abandonnés par le système et par les FC. Les militaires éprouvaient souvent de la frustration du fait qu'une organisation à qui ils avaient tellement donné avait perdu tout intérêt envers eux, étant donné qu'ils ne pouvaient plus satisfaire aux exigences universelles du service.

2.269 Dans le cadre du projet de qualité de vie des FC, on a déterminé qu'on avait besoin d'une organisation centrale pour fournir des renseignements, des services de consultation et de l'aide sur les pensions et autres questions à tous les membres des FC, aux militaires retraités/libérés ainsi qu'à leurs familles ou survivants.<sup>42</sup> En conséquence, le 13 avril 1999, le Centre du MDN et d'ACC pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leurs familles a été ouvert en tant qu'organisation du SMA(RH-Mil).

2.270 On a indiqué à l'équipe d'examen que des militaires avaient souvent recours au nouveau centre pour obtenir de l'aide. Comme il y a un employé d'ACC du niveau de DG qui travaille au bureau du MDN et un membre des FC (bgén) qui travaille au bureau d'ACC, le personnel du bureau de projet de la qualité de vie indique que cet arrangement présente déjà d'importants avantages tangibles. Des modifications législatives adoptées en 1995 ont permis à ACC de réduire son temps de traitement des demandes de pension initiales de dix-huit mois à six, et les nouveaux rapports établis entre ACC et le MDN devraient raccourcir encore ce délai.

### **Conclusions relatives au Centre du MDN et d'ACC pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leurs familles**

2.271 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. le centre du MDN et d'ACC constitue un mécanisme adéquat pour régler la question de la continuité des soins, sur le plan stratégique, comme l'avait demandé le CEMD;
- b. les FC aussi bien qu'ACC semblent déterminés à appuyer cette initiative;
- c. cet arrangement a déjà commencé à produire des résultats tangibles.

### **CF 98 – Rapport en cas de blessure ou de mort subite**

2.272 La formule CF 98 est un élément important du dossier médical d'un militaire, étant donné qu'il s'agit du document critique qui est requis pour demander une pension. La CF 98 est la formule sur laquelle sont consignés les détails concernant une blessure ou le début d'une maladie causée par les fonctions militaires. Deux problèmes de taille sont liés à l'administration de cette formule et entraînent des difficultés pour les militaires :

---

<sup>42</sup> Message CANFORGEN du SMA(RH-Mil), Centre du MDN et d'ACC pour le soutien des militaires blessés ou retraités, 13 mars 1999

- a. la CF 98 est dûment remplie, mais elle n'est pas versée au dossier médical du militaire, elle est mal classée ou perdue;
- b. la CF 98 n'est pas remplie au départ.

2.273 Comme on en a parlé à la section intitulée **Administration et gestion des dossiers des patients**, le classement des dossiers médicaux semble généralement poser des problèmes au sein du SSFC, et il arrive que des CF 98 soient perdues dans ces circonstances. Lorsque des CF 98 n'ont pas été remplies par le passé, diverses raisons expliquaient cet état de fait. Voici une liste partielle des raisons mentionnées à l'équipe d'examen :

- a. la blessure n'était pas jugée suffisamment importante pour justifier qu'on remplisse la formule;
- b. le médecin qui avait traité le militaire n'était pas au courant qu'il fallait remplir la formule;
- c. la maladie grave a commencé lentement, si bien que la formule n'était pas jugée appropriée comme elle l'aurait normalement été lors d'un incident ou d'un événement traumatique.

2.274 Par suite du nombre d'incidents signalés au cours des récentes enquêtes sur les services médicaux et les soins donnés aux militaires blessés, l'équipe du projet de QV a entrepris dernièrement de remanier la CF 98. Ainsi, la CF 98 révisée, qui devrait être utilisée d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2000, n'exigera plus que le SSFC fournisse des renseignements médicaux. Grâce à cette nouvelle façon de procéder, il incombera désormais conjointement au commandant et au militaire de remplir la CF 98. Une fois celle-ci remplie, elle sera transmise directement de l'unité au centre du MDN et d'ACC afin que les données y soient consignées en cas de besoins futurs. On prévoit que ce transfert de responsabilité augmentera la probabilité que la formule soit remplie, et le fait qu'elle soit immédiatement transmise au centre du MDN et d'ACC garantira la consignation de l'événement au point de contact avec les autorités responsables des pensions, ce qui permettra à ces dernières de commencer à constituer un dossier sur le militaire touché.

2.275 À l'avenir, les renseignements médicaux résultant d'une évaluation clinique du patient devraient être accessibles puisqu'ils seront archivés dans le dossier du patient. Il se peut qu'il ne soit pas nécessaire d'avoir accès au dossier médical lorsque la CF 98 est disponible, mais les autorités d'ACC sauront qu'elles peuvent obtenir les renseignements au besoin.

**Conclusions relatives à CF 98 – Rapport en cas de blessure ou de mort subite**

2.276 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. l'administration de la CF 98 a posé des problèmes pour les FC et leurs patients par le passé, à tel point que parfois des formules dûment remplies ne sont pas accessibles lorsque les patients doivent présenter des demandes de prestations de retraite pour des raisons médicales;
- b. dans le cadre du projet de qualité de vie, on a reconnu l'importance de la CF 98 pour le militaire et on a mis au point de nouvelles formules révisées qui devraient être utilisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000.

**Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes (PAMFC)**

2.277 Le 22 avril 1999, le SMA(RH-Mil) a annoncé que le Conseil des Forces armées avait approuvé le PAMFC, qui était destiné à fournir un soutien psychologique et émotif aux membres des FC et à leurs personnes à charge, tout en assurant la confidentialité des personnes touchées. Le programme est conçu tout particulièrement pour aider les militaires qui ont été victimes de harcèlement, de harcèlement sexuel ou d'agression sexuelle.

2.278 Le PAMFC est offert aux membres de la Force régulière ainsi qu'aux membres de la Première réserve, aux cadets, aux membres du Cadre des instructeurs de cadets, aux Rangers canadiens et à leurs familles. Le programme vise à aider le personnel à relativement court terme; ainsi, le nombre maximal de séances de counselling professionnel a été fixé à huit, car on estime qu'un conseiller professionnel aurait alors suffisamment de temps pour aider la personne et déterminer si une autre intervention médicale s'impose.

2.279 Le service est facilement accessible : il suffit de composer un numéro 1-800 au Canada ou aux États-Unis ou de faire un appel à frais virés en provenance d'outre-mer. Le service est offert 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.

**Conclusions relatives au Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes (PAMFC)**

2.280 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. le PAMFC permet de combler une importante lacune dans les soins qui sont actuellement dispensés aux membres des FC, tout en assurant la confidentialité des renseignements sur les patients et en tenant compte des répercussions sur la carrière, aspect qui, par le passé, inquiétait beaucoup les membres des FC. Ce programme a été mis au point de façon à ne

menacer personne, ce qui devrait encourager le personnel qui, normalement, n'oserait pas se faire traiter, à se manifester et à tirer profit de ce service;

- b. l'établissement et la mise en application du PAMFC montrent nettement que les FC sont prêtes et disposées à investir dans des programmes innovateurs destinés à régler les problèmes de qualité de vie, liées au domaine médical, pour les membres des FC et d'autres personnes qui leur sont étroitement associées.

### **Centres des sciences du comportement opérationnel**

2.281 À l'automne de 1998, le Conseil de gestion du programme a approuvé la création de centres des sciences du comportement opérationnel dans cinq emplacements au Canada, soit Halifax, Valcartier, Ottawa, Edmonton et Victoria. Ces centres devaient ouvrir en septembre 1999, leur objectif premier consistant à appuyer les personnes souffrant d'une maladie ou d'une réaction normale à une situation anormale, à la suite d'opérations. De telles maladies ou réactions se manifestent souvent par l'abus d'intoxicants, la toxicomanie, la dépression, l'angoisse ou divers autres troubles mentaux comme le syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

2.282 Les premières ressources auxquelles on fera appel pour fournir les services prévus sont les travailleurs sociaux, les infirmières et infirmiers en santé mentale, les psychiatres, les psychologues cliniciens, les médecins, les aumôniers et les infirmières et infirmiers en santé communautaire. D'après ce concept, les services essentiels seront offerts par cinq personnes affectées à chaque centre – un psychiatre, un psychologue, un travailleur social, une infirmière ou un infirmier en santé mentale et un aumônier. On fera appel à d'autres experts au besoin.

2.283 Ces maladies ou réactions qui affectent un nombre important de militaires ont été mises au jour dans le rapport McLellan sur les soins donnés aux militaires blessés ou retraités et à leurs familles ainsi que dans le rapport du CPDNAC. Dans le cadre des initiatives sur la qualité de vie découlant de ces deux rapports, on a déterminé qu'il y avait lieu d'établir de tels centres des sciences du comportement opérationnel. Comme dans le cas du PAMFC, la confidentialité est la pierre angulaire de ce programme, et les FC encouragent fortement les militaires à avoir recours à ces centres pour régler leurs problèmes.

### **Conclusions relatives aux centres des sciences du comportement opérationnel**

2.284 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. la mise sur pied d'un programme comme celui-ci, assortie de l'engagement des fonds nécessaires, indique que le MDN et les FC sont résolus à relever les défis psychosociaux auxquels doivent faire face les militaires, par suite du travail qu'ils effectuent sur les théâtres d'opérations;

- b. les FC doivent reconnaître, aux fins de programmes tels que les centres des sciences du comportement opérationnel, que la définition de *théâtre d'opérations* ne peut se limiter aux activités qui se déroulent en territoire international.

### **Guide d'information sur les services de santé des FC**

2.285 Le Chef – Service de santé achève la rédaction d'un guide d'information destiné aux militaires et autres personnes admissibles et intitulé «Explication des soins de santé et modes d'accès». Le guide vise à décrire les prestations et services de soins de santé qui sont financés par l'État et mis à la disposition des militaires et autres personnes admissibles ainsi qu'à fournir des directives sur la façon d'obtenir des soins.

2.286 La publication de cette brochure d'information coïncide avec la mise sur pied de certains volets du PPD. Il y a plusieurs éléments dans cette brochure qui devraient être très intéressants pour ceux qui reçoivent des services médicaux des FC, car ils portent sur des domaines au sujet desquels les militaires avaient exprimé des préoccupations à l'équipe d'examen.

2.287 La brochure mentionne notamment le document sur la gamme de soins, un document relativement nouveau découlant de l'Op Phoenix. Comme dans le cas de toute initiative nouvelle, la communication pose toujours un défi. En effet, les membres des FC ne sont pas tous au courant des prestations subventionnées par l'État auxquelles ils ont droit.

2.288 Une deuxième initiative nouvelle introduite par le SSFC est la ligne d'information santé des FC. Il s'agit d'un numéro sans frais qui sera accessible 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, et qui apparaît sur la carte santé des FC remise à chaque militaire. Si les militaires utilisent couramment la ligne secours :

- a. l'accès à des conseils et à des renseignements généraux sur les soins de santé devrait, à l'occasion, épargner au militaire une visite dans un établissement de santé et lui permettre d'obtenir en tout temps de l'information générale sur la santé;
- b. les conseils sur la façon d'obtenir des soins de santé et où se présenter devraient éviter au militaire des situations où il se rend à un établissement de santé des FC pour constater que celui-ci est fermé ou qu'il ne peut fournir le service requis. Ce service est non seulement commode pour le militaire, mais il devrait également réduire le risque qu'un patient ne perde du temps précieux en se présentant au mauvais endroit pour obtenir un service.

## **Conclusions relatives au guide d'information sur les services de santé des FC**

2.289 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. la mise au point d'un guide d'information santé est une nouvelle initiative qui répond à un grand besoin et qui offre des avantages considérables aux membres des FC qui sont à la recherche de soins de santé;
- b. la brochure sera particulièrement utile aux militaires si les FC, à leur tour, exécutent ce qu'elles annoncent dans le document. Pour ce faire :
  - (1) le service téléphonique devra être offert par des personnes compétentes, polies et courtoises qui cherchent à servir les intérêts médicaux des patients et qui donnent aux patients l'impression que c'est exactement ce qu'elles font;
  - (2) il faudra établir des mécanismes pour garantir que le personnel de la ligne secours disposera des renseignements les plus à jour sur les heures d'ouverture des cliniques militaires, l'étendue des services offerts dans chaque établissement, les listes de pourvoyeurs désignés les plus accessibles pour le militaire ainsi que d'autres détails pertinents qui assureront au militaire un service à la clientèle de haute qualité;
- c. la brochure sera particulièrement utile aux militaires si elle est mise à jour régulièrement et si elle se révèle une source fiable d'information aidant le militaire à obtenir de bons soins de santé.

## **Conclusions générales relatives aux nouvelles initiatives**

2.290 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. Les FC et le SSFC ont reconnu que les systèmes du MDN et des FC présentaient des lacunes sur les plans des soins fournis en garnison et de la qualité de vie des militaires. Le lancement de ces nouvelles initiatives devrait indiquer aux militaires que leurs commentaires ont été entendus et pris au sérieux.
- b. La mise en place de ces nouvelles initiatives ne relève pas uniquement du SSFC, mais nécessite plutôt la collaboration, l'appui et l'aide d'autres secteurs du MDN et des FC ainsi que d'autres ministères. Au moment de la rédaction du présent rapport, le SSFC avait tout particulièrement besoin d'appui de la part du personnel d'approvisionnement/de passation de contrats du SMA(Mat) et de TPSGC pour faire avancer la mise en œuvre du PPD.

- c. Ces nouvelles initiatives marquent le point de départ d'un long cheminement visant à rétablir la confiance des militaires et à leur faire réaliser que les autorités supérieures sont déterminées à fournir des soins médicaux appropriés en garnison et à prendre des mesures draconiennes pour améliorer la qualité de vie des militaires. Il ne suffira pas cependant d'annoncer et de mettre en œuvre de nouvelles initiatives. Les membres des FC non seulement s'attendent à des soins médicaux de haute qualité en garnison, mais ils doivent également avoir l'impression qu'ils reçoivent de tels soins. La continuité des soins, un traitement médical et une administration connexe appropriés durant les périodes où des catégories médicales temporaires s'appliquent, une bonne gestion des dossiers des patients, un traitement professionnel courtois par le personnel dispensant des services directs et auxiliaires de soins en garnison doivent tous recevoir l'attention voulue si on veut instaurer un niveau de confiance adéquat chez les patients.
  
- d. Le SSFC ainsi que ses partenaires des FC et d'ACC méritent des éloges pour avoir lancé des initiatives qui ont connu un franc succès dans le milieu civil et pour avoir reconnu qu'elles pouvaient s'appliquer aux militaires (p. ex., le concept du centre d'appels 1-800 pour orientation des patients et autres services d'aide a été extrêmement populaire et bien reçu dans la province du Nouveau-Brunswick et est maintenant sérieusement envisagé pour l'Ontario).

## **ANALYSE COMPARATIVE DU SERVICE DE SANTÉ DES FORCES CANADIENNES**

2.291 L'analyse comparative se définit comme un procédé systématique et continu de mesure et d'évaluation des procédés administratifs d'une organisation par rapport à des organisations prépondérantes n'importe où dans le monde pour acquérir des données qui favoriseront l'amélioration continue.<sup>43</sup> Afin de réaliser cet examen du SSFC conformément aux objectifs d'étude établis, il a été utile de comparer la prestation des soins de santé dispensés en garnison par le SSFC et la manière dont des services semblables sont offerts par d'autres organisations militaires. Bien qu'on n'ait pas soumis un gros échantillon de pays à des enquêtes et à des comparaisons exhaustives, on a effectué une comparaison générique par rapport à trois organisations militaires afin de déterminer les facteurs de changement des services de santé militaires et les réactions organisationnelles, structurelles et procédurales à ces impératifs. En plus des faits présentés dans cette section du rapport, des constatations découlant de l'analyse comparative ont été intégrées à certains sujets du rapport.

---

<sup>43</sup> Sharp, C.A. (1994) Industry Best Practice Benchmarking in the Evaluation Context. Evaluation News and Comment.

2.292 Facteurs de changement Depuis la fin de la guerre froide, tous les pays occidentaux affrontent de nouveaux défis en ce qui a trait à leurs organisations et missions militaires. Parallèlement à la réduction des forces opérationnelles et des forces de soutien, il y a eu des compressions d'infrastructure et des restrictions financières. Les services de santé de ces organisations n'ont pas été épargnés, ce qui a exigé la modification des modes de prestation des services de santé aux militaires. La réduction générale des effectifs militaires a eu pour effet de réduire les installations médicales. Le ministère de la Défense des États-Unis a réduit ses hôpitaux militaires de 35 p. 100 entre 1987 et 1997, tandis que le Service de santé du ministère de la Défense du Royaume-Uni a fermé tous les hôpitaux militaires sauf deux à Gibraltar et en Irlande du Nord. La Force de défense de Nouvelle-Zélande (FDNZ) fournit un service de santé intégré qui comprend le soutien opérationnel et non opérationnel, mais elle ne possède elle-même aucune infrastructure d'hôpital militaire. Le service de santé que dispense la FDNZ est essentiellement un service de médecine du travail qui veille à ce que les membres du personnel soient aptes à accomplir leurs fonctions militaires. Elle offre un service de soins primaires en garnison, ainsi que des services de gestion et d'orientation des patients vers les services publics/privés de santé de la Nouvelle-Zélande pour ce qui est des soins secondaires et des services supérieurs.

2.293 Un autre facteur de changement a été l'augmentation des frais des soins médicaux, autant en milieu civil qu'en milieu militaire. Certaines des principales causes sont la disponibilité et l'emploi de technologies améliorées, entre autres les nouvelles procédures de diagnostic et l'arrivée d'équipements et de régimes de traitement nouveaux et coûteux. On fait aussi un plus grand usage du réseau de la santé en général, car les citoyens s'intéressent davantage à leur santé et exigent des services plus que jamais. Par ailleurs, les changements démographiques se répercutent sur les soins de santé à mesure qu'évolue la répartition de la population par groupe d'âge.

2.294 Toutes les organisations militaires faisant l'objet de cette analyse comparative ont reconnu que même si la prestation de soins de santé en temps de paix constitue une mission importante, le service de santé militaire doit soutenir en priorité les opérations militaires. À la lumière des changements qui s'imposaient, les organisations militaires ont constaté qu'il fallait trouver de nouveaux moyens de répondre aux besoins de soins de santé en temps de paix tout en préservant la capacité de déployer du personnel médical militaire à l'appui des missions opérationnelles.

2.295 Toutes les organisations étudiées comparativement au SSFC ont opté pour une plus grande dépendance à l'égard du réseau civil de la santé afin de combler leurs besoins non opérationnels. Au Royaume-Uni, les services médicaux en garnison sont maintenant dispensés dans des hôpitaux civils. En vertu d'une entente conclue avec le National Health Service de Grande-Bretagne, le ministère de la Défense a créé dans 12 hôpitaux civils des unités de santé du ministère de la Défense (MDHU), dont le personnel médical est militaire.

2.296 Afin de maintenir l'état de préparation au combat en procurant des soins de santé optimums à tous les membres admissibles, le ministère de la Défense des États-Unis a pour sa part introduit le régime TRICARE. Ce régime de soins de santé est administré à l'échelle régionale à l'intention de tous les membres admissibles. Il réunit les ressources de la santé de l'Armée de terre, de la Marine et de la Force aérienne et leur procure des réseaux de professionnels civils de la santé afin de leur offrir de meilleurs services tout en maintenant la capacité d'appuyer les opérations militaires. On assigne à chaque militaire un gestionnaire des soins primaires qui sert de point de contact unique pour les soins de santé non urgents. Selon l'emplacement et la disponibilité des professionnels de la santé, les membres peuvent choisir un gestionnaire des soins primaires qui se trouve dans un hôpital ou une clinique militaire, ou encore un professionnel civil qui fait partie du réseau retenu dans la communauté. Les gestionnaires des soins primaires dispensent et coordonnent les soins, tiennent à jour les dossiers médicaux et recommandent des services de prévention et de mieux-être, en plus de prendre des dispositions s'il y a lieu afin que les membres puissent consulter des spécialistes ou être hospitalisés. Dans la plupart des cas, c'est le membre qui choisit son gestionnaire des soins primaires.

2.297 La Force de défense de Nouvelle-Zélande fournit un service de santé intégré qui comprend des services de soutien opérationnels et non opérationnels. Du point de vue organisationnel, il existe un service de santé opérationnel militaire qui peut se déployer à l'étranger, tandis que le service non opérationnel est formé de professionnels militaires et civils. Le service de santé opérationnel (formé de militaires) est axé sur l'entraînement et les exercices opérationnels, tandis que le service non opérationnel procure les services de santé quotidiens en garnison et la gestion des patients qui s'adressent au secteur public/privé de la santé. Le personnel militaire est intégré au service non opérationnel pour assurer le roulement des effectifs et la formation clinique. La FDNZ estime que les soins dispensés en garnison visent directement à maintenir l'efficacité au travail du personnel et qu'ils font donc partie intégrante des soins opérationnels. Les ressources, y compris les frais d'immobilisations, en personnel et de fonctionnement, sont allouées de façon disproportionnée aux soins de santé non opérationnels, mais les efforts prioritaires consacrés au personnel, à la formation, etc., sont axés sur les ressources médicales qui peuvent être déployées en opération.

2.298 Les pays que l'on a comparés au SSFC ont fourni à l'équipe d'examen les évaluations générales ci-après de leur service de santé militaire. Une analyse comparative est résumée sous forme de tableau à l'annexe B du rapport.

- a. Service de santé du ministère de la Défense du Royaume-Uni. Les effectifs médicaux en temps de paix sont fondés sur le besoin opérationnel de soutien médical. L'effectif est basé sur le nombre de préposés aux services de santé dont ont besoin les unités médicales opérationnelles en déploiement, plus un nombre restreint chargé d'accomplir les tâches essentielles incombant au personnel militaire lorsque les services de santé opérationnels ont été déployés. Il y a aussi une marge pour l'instruction et la dotation en personnel permettant de tenir compte des personnes en formation spécialisée, qui poursuivent des travaux de recherche, et ainsi de

suite. Les soins en garnison relèvent de la responsabilité de chaque service d'armée et sont dispensés par du personnel médical nécessaire aux opérations, avec l'aide de médecins civils qui sont embauchés directement par le ministère de la Défense et de généralistes civils embauchés à contrat. Les soins primaires dispensés par le Service de santé du ministère de la Défense du Royaume-Uni sont qualifiés à l'heure actuelle de fragmentés et d'inégaux des points de vue de la quantité et de la qualité.<sup>44</sup> En conséquence, le ministère de la Défense compte centraliser la gestion de ses soins primaires sous la direction du médecin-chef et confier certaines responsabilités aux directeurs généraux des services de santé. La centralisation vise à simplifier la mise en oeuvre des règlements en matière de santé, les autorisations nécessaires et la gestion clinique.

Les soins de santé secondaires sont également considérés comme insatisfaisants et font l'objet d'un examen.<sup>45</sup> Le médecin-chef (Surgeon General) est responsable de l'emploi de la majorité des spécialistes des hôpitaux en temps de paix et de leur affectation aux différentes forces armées pour qu'ils puissent servir au sein d'unités opérationnelles en cas de besoin. En temps de paix, ces spécialistes travaillent au sein d'unités d'hôpitaux du ministère de la Défense qui font partie du National Health Service (NHS). La capacité qui a été perdue par suite de la fermeture des principaux hôpitaux militaires sera remplacée par un centre de la médecine de la Défense qui sera allié à un centre médical civil d'excellence. Par conséquent, les soins secondaires dépendent énormément du régime civil de la santé auquel sont affectés les militaires assurant la prestation des soins secondaires.

Un problème significatif relevé par le ministère de la Défense du R.-U. est le fait que le NHS ne peut pas accorder la priorité aux militaires sauf pour des motifs cliniques. Cela complique le retour au travail de militaires qui souffrent de problèmes de santé légers et crée des listes d'attente qui sont trop longues. À l'instar de la situation au Canada, c'était le cas en particulier des soins d'orthopédie.

Le recrutement et la conservation de l'effectif médical est une source de préoccupation pour le ministère de la Défense du Royaume-Uni. Il a indiqué qu'il y avait une migration considérable de personnel qu'il n'arrivait pas à remplacer, en particulier dans les domaines cliniques. Cela est attribué à la mise en oeuvre de changements à bref délai et au fait que les cliniciens et techniciens semblent subir les inconvénients de l'organisation militaire et du National Health Service et ne récolter les avantages ni de l'un ni de l'autre.<sup>46</sup> Un troisième facteur serait la

---

<sup>44</sup> Brigadier L.P. Lillywhite, Directeur du personnel, de l'instruction et des politiques en matière de santé, Surgeon General's Department, ministère de la Défense du Royaume-Uni

<sup>45</sup> Idem

<sup>46</sup> Idem

rémunération applicable aux spécialistes des forces armées comparative-ment aux honoraires qu'ils pourraient recevoir dans le réseau civil. Une intégration plus étroite avec le NHS a mis en évidence ces écarts relatifs.

- b. Force de défense de Nouvelle-Zélande. On trouvera à l'annexe B une analyse comparative détaillée du Service de santé de la FDNZ, à partir des critères et des sujets d'examen. On a aussi fourni à l'équipe d'examen l'évaluation qualitative ci-après du taux de satisfaction des militaires à l'égard de leurs services de santé. Selon des données non scientifiques, les militaires acceptent en général la qualité des services médicaux de la FDNZ. Du point de vue organisationnel, la prestation des soins médicaux est perçue comme prioritaire car elle se reflète directement dans le moral des effectifs. On a toutefois signalé que certains membres de la FDNZ pourraient avoir des attentes irréalistes, c'est-à-dire souhaiter des soins médicaux complets, ne sachant pas que l'ordre de priorités des ressources et des décisions en matière de santé est fondé sur les besoins et non sur les désirs. La FDNZ a souligné que son mandat ne consiste pas à fournir «des soins médicaux complets», mais des «soins médicaux exhaustifs».
- c. Service de santé du ministère de la Défense des États-Unis : Le régime de soins de santé du ministère de la Défense des États-Unis a subi de profonds changements par suite de facteurs semblables à ceux qu'a connus le SSFC. Devant l'augmentation des coûts, les préoccupations quant à l'accès aux services essentiels et la nécessité de maintenir un corps médical dûment formé et apte à servir à l'appui des membres en garnison et en déploiement, le service militaire de la santé a adopté le programme TRICARE pour répondre à ses besoins médicaux en garnison. Le réseau TRICARE compte sur une intégration étroite avec le milieu civil de la santé et il a été mis en place pour apporter des solutions aux sources de préoccupation suivantes :
- Améliorer l'accès des membres autorisés aux soins de santé
  - Accélérer et simplifier l'accès aux soins de santé civils
  - Créer des moyens plus rentables d'obtenir des soins de santé
  - Offrir des services améliorés, y compris les soins préventifs
  - Mettre en place des choix en matière de santé
  - Contrôler l'escalade des coûts

En dépit des buts et des intentions du régime TRICARE, le General Accounting Office des États-Unis ainsi que le Comité du Congrès sur la Défense ont relevé plusieurs défaillances dans ce mode de prestation des services. Ils ont soulevé en particulier la préoccupation que le programme des soins gérés compromette la qualité et la disponibilité des soins de santé et ne fournisse pas à tous les membres des indemnités et des services uniformes. Les responsables du programme ont eu de la difficulté à susciter l'intérêt de médecins civils qualifiés et à procurer l'accès à des

soins de qualité à un coût abordable dans les régions éloignées ou rurales. Des pourvoyeurs de soins civils ont signalé les lacunes administratives du régime TRICARE qui, entre autres facteurs, les font hésiter à participer au programme. Le Comité du Congrès craignait en particulier que les procédés administratifs aient préséance sur la prestation des services de santé requis. Même si une des pierres angulaires du programme TRICARE consiste à établir des normes garantissant l'accès en temps opportun aux soins médicaux, il serait impossible d'appliquer ces normes sans système adéquat de surveillance de la conformité.

Le ministère de la Défense des États-Unis prend également des mesures proactives pour mettre en oeuvre un programme visant à aider les militaires à contrôler le stress de combat. Il est reconnu que l'accroissement des déploiements opérationnels, en particulier dans les zones de conflit, augmente les niveaux de stress du personnel militaire. Le ministère de la Défense des États-Unis accentue maintenant l'importance critique du leadership et de la sensibilisation, afin que les dirigeants soient au courant des effets du stress de combat sur les individus et sur l'unité militaire. Dans cette optique, le Ministère a entamé la planification de cours améliorés destinés aux supérieurs hiérarchiques afin de les aider à reconnaître les signes du stress de combat et à prêter assistance aux militaires.

Les réponses à un sondage sur les soins de santé réalisé par le ministère de la Défense en 1997 ont permis d'évaluer les taux de satisfaction des bénéficiaires à l'égard des services reçus par l'entremise de leur régime militaire de soins de santé. Le tableau ci-après résume les résultats de cette enquête et les réponses obtenues sur des sujets semblables de la part des groupes de patients des FC que l'équipe d'examen du CS Ex a réunis. Bien que les groupes échantillons, les méthodologies et les échéances ne soient pas les mêmes (1997 et 1999), il est intéressant de noter le classement relatif des services de santé militaires.

**Tableau 6**

<b>Cotes de satisfaction par rapport aux soins de santé militaires</b>		
	<b>Sondage 1997 du ministère de la Défense des É.-U. sur les soins de santé</b>	<b>Sondage 1999 auprès des groupes de patients des FC</b>
Satisfaction personnelle à l'égard du service militaire de soins de santé	57,1 %	44 %
Cote générale «entre bon et excellent» attribuée au service	70,9 %	70 %

**Conclusions relatives à l'analyse comparative du Service de santé des Forces canadiennes**

2.299 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. un grand nombre d'autres organisations militaires comptent sur le milieu civil de la santé pour dispenser les soins médicaux en garnison afin de préserver la capacité de déployer du personnel médical militaire à l'appui des missions opérationnelles;
- b. les effectifs militaires consacrés à la santé sont axés principalement sur les besoins opérationnels qui ont été identifiés, d'où la nécessité de compléter les services dispensés en garnison au moyen de ressources civiles;
- c. l'accès aux soins médicaux en temps opportun est une préoccupation centrale du militaire et demeure un objectif du service de santé militaire;
- d. les questions socio/psychologiques et les stratégies connexes sont une grande source de préoccupation pour les services de santé militaires;
- e. le taux d'attrition des médecins à l'issue de la période de service obligatoire est élevé (entre 40 et 80 p. 100) dans toutes les organisations que l'on a comparées au SSFC;
- f. toutes les organisations faisant l'objet de l'analyse comparative ont indiqué que leur service de santé militaire élaborait des stratégies et des initiatives nouvelles visant à dispenser des services de santé appropriés aux militaires tout en préservant la capacité de respecter les engagements opérationnels dans le secteur de la santé.

## **PARTIE 3 - CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS RELATIVES À CHACUNE DES QUESTIONS DE GESTION**

### **Conclusions relatives à l'orientation stratégique**

- 3.1 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :
- a. les pourvoyeurs de services de santé du SSFC ne trouvent pas qu'une orientation stratégique a été clairement articulée en ce qui a trait à la prestation des services médicaux dans les FC;
  - b. l'absence d'orientation stratégique a fait en sorte que le SSFC est épuisé des changements et se demande quel est le plan à long terme de l'organisation et quelles priorités stratégiques lui permettraient de le réaliser;
  - c. l'élaboration d'une orientation stratégique exige un processus réfléchi, interactif et itératif qui engage pleinement les bénéficiaires, les intervenants et les fournisseurs du programme;
  - d. le personnel du SSFC doit savoir que le processus est en cours, qu'ils auront l'occasion de collaborer au plan et qu'il y aura de nombreuses communications sur les résultats de l'orientation stratégique de la Branche.

### **Recommandations relatives à l'orientation stratégique**

- 3.2 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :
- a. que l'on prenne des mesures sans tarder afin d'entamer l'élaboration de l'orientation stratégique de la Branche du SSFC;
  - b. qu'une stratégie de communication soit élaborée afin d'informer tous les membres du SSFC des objectifs et du processus liés à la formulation de «l'orientation stratégique»;
  - c. que l'exercice de conception de «l'orientation stratégique» porte sur tous les aspects des services de santé et qu'il ne se limite pas aux services médicaux.

### **Conclusions relatives à l'incidence de l'Op Phoenix sur les soins en garnison**

- 3.3 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :
- a. la mise en oeuvre de l'Op Phoenix a eu des répercussions favorables et défavorables;

- b. du point de vue des retombées favorables, la mise en place de certains aspects de l'Op Phoenix, comme l'obtention de services civils, a sensibilisé le SSFC à des difficultés dont on ne connaissait pas parfaitement l'ampleur aux stades de planification de la restructuration;
- c. pour ce qui est des répercussions défavorables, la mise en oeuvre des concepts de l'Op Phoenix a été partielle et fragmentée. Ce processus, qui s'est étalé sur une longue période et qui n'est pas encore terminé, s'est avéré très difficile pour les pourvoyeurs de services médicaux et leurs clients, au point que d'importantes questions de moral et de confiance surgissent. Il en a découlé un effet d'érosion dans ces secteurs, et l'équipe d'examen estime que le SSFC mettra beaucoup de temps à s'en remettre.

### **Conclusions relatives à la qualité des soins offerts aux membres des FC**

#### **3.4 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :**

- a. le SSFC, en vertu des documents qui lui confèrent son autorité (ORFC) et de la publication intitulée Soins de santé garantis par les Forces canadiennes, a le pouvoir de fournir des services de santé qui sont à tout le moins comparables à ceux offerts en vertu des régimes provinciaux d'assurance-maladie;
- b. en ce qui concerne la médecine du travail des FC, la portée des soins de santé dispensés dépasse en réalité celle des services offerts aux «Canadiens assurés»;
- c. d'après leurs réactions, les membres des groupes de discussion et les personnes interrogées reconnaissent que ces services sont compris, mais ils indiquent que le SSFC ne parvient pas à offrir toute cette capacité à cause des fardeaux administratifs, de la diminution perçue de la qualité du service attribuable aux retards imposés par l'interface avec les régimes provinciaux de santé et de la qualité des services à la clientèle offerts par le SSFC;
- d. pour ce qui est des compétences médicales, des traitements et de la gamme des soins, le SSFC se compare aux services provinciaux de santé qui sont accessibles à tous les Canadiens. Cependant, ces services ne semblent pas être aussi bien dispensés aux membres des FC qu'à la population civile. Comme l'a constaté l'équipe d'examen dans le cadre de ses entrevues et séances de discussion, les membres du personnel médical des FC ont admis collectivement qu'ils sont démoralisés et qu'ils ont peu de défis professionnels à relever, ce qui a créé un climat de travail qui se reflète dans les soins dispensés aux patients et dans la perception qu'ont les patients des soins qu'ils reçoivent.

**Recommandations relatives à la qualité des soins offerts aux membres des FC**

3.5 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :

- a. que l'on donne aux professionnels de la santé du SSFC des directives claires quant à la qualité des soins médicaux que l'on attend d'eux en garnison – il faudrait entre autres énoncer la portée et la gamme des services qui doivent être dispensés;
- b. que l'on examine les façons de procéder des centres de santé/cliniques des bases afin d'évaluer les procédures administratives en place et, là où c'est nécessaire, que l'on apporte les correctifs qui amélioreront le service à la clientèle dans tous les milieux cliniques en garnison;
- c. que l'on offre aux patients des FC la possibilité d'avoir accès à des traitements civils en dehors de la région de manière à harmoniser les priorités opérationnelles et médicales et la disponibilité des soins pour réduire les périodes d'attente - on devrait juger au cas par cas s'il y a lieu d'offrir aux membres des FC des traitements hors région;
- d. qu'une organisation extérieure soit chargée de réaliser des vérifications indépendantes des établissements de santé des FC (en plus des visites d'aide d'état-major (VAEM) du personnel du GMFC/DGSS) afin d'évaluer et de comparer les normes de prestation des soins;
- e. que l'on étudie la possibilité de demander au Conseil canadien d'agrément des services de santé d'agréer les établissements de santé des FC dans chaque province pour garantir aux patients des FC des services comparables à ceux offerts par l'entremise des installations provinciales/civiles.

**Conclusions relatives à la continuité des soins**

3.6 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. la continuité des soins est un concept fondamental de la pratique de la médecine familiale et on a l'impression qu'elle n'est pas offerte dans la mesure où elle pourrait ou devrait l'être dans les FC;
- b. des organisations militaires et paramilitaires alliées mettent en oeuvre des stratégies semblables à celles adoptées par le SSFC afin d'améliorer la continuité des soins offerts à leur personnel grâce à l'usage accru de ressources médicales civiles. Certains des alliés ont pris d'autres mesures que le Canada pourrait avoir intérêt à examiner. Il serait utile que le SSFC soit au courant des initiatives qui ont réussi pour d'autres forces de défense et de celles qui ont échoué, de façon à tirer le meilleur parti possible de l'expérience des autres;

- c. les membres de la profession médicale estiment en général que la continuité des soins est plus importante pour le traitement des maladies chroniques que pour le traitement des problèmes de nature plus courante;
- d. la rupture de la continuité des soins dans les forces armées affaiblit le moral des patients et peut atténuer la qualité des soins dispensés.

**Recommandations relatives à la continuité des soins**

3.7 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :

- a. que l'on prenne en priorité des initiatives favorisant le recrutement de médecins civils pour combler des postes temporaires et de durée indéterminée, notamment par le biais du Programme de pourvoyeurs désignés et d'autres stratégies;
- b. que l'on examine des stratégies adoptées par d'autres pays (par exemple celle du gestionnaire des soins primaires dans les forces armées américaines) afin de déterminer si elles pourraient s'appliquer à des emplacements en particulier ou à l'échelle nationale sous la direction du SSFC;
- c. que le Chef – Service de santé communique à tout le personnel du SSFC, par l'entremise du bulletin d'information de la Branche, de visites sur les lieux, du site Web du Réseau d'information de la Défense et par d'autres moyens, l'importance du maintien de la continuité des soins dispensés aux patients dans la mesure où il est possible de le faire en garnison, en accordant la préséance aux militaires qui souffrent de problèmes chroniques;
- d. que des procédures soient établies dans les centres de santé de manière à offrir toutes les chances possibles d'assurer la continuité des soins aux patients et à mettre en oeuvre l'OSSFC 27-02;
- e. que l'on prenne des mesures pour que la continuité des soins fasse partie du programme de tous les cours donnés par les FC sur les questions cliniques et administratives liées à la prestation des soins en garnison;
- f. que l'on rappelle au personnel du SSFC et aux dirigeants de la chaîne de commandement opérationnelle qu'ils ont la responsabilité d'aider les membres des FC à recevoir des soins médicaux continus.

**Conclusions relatives à l'administration des catégories médicales temporaires**

3.8 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. le concept des catégories médicales temporaires se fonde sur un raisonnement valable;
- b. le processus des CMT est valable, mais certains aspects administratifs pourraient être améliorés dans l'intérêt des FC et de leurs membres;
- c. la plupart des patients qui font l'objet ou ont déjà fait l'objet d'une CMT ne comprennent pas bien le processus;
- d. les militaires entretiennent une méfiance à l'égard du processus des CMT du point de vue des répercussions sur leur carrière;
- e. il arrive souvent que des militaires se sentent rejetés par leurs pairs et parfois leurs supérieurs lorsqu'on leur attribue une CMT;
- f. les militaires ne sont pas tous du même avis en ce qui concerne la rapidité à laquelle ils souhaitent que les décisions soient prises à l'égard de leurs CMT, mais c'est généralement dans l'intérêt des FC et de leurs membres que ces questions soient réglées dans les meilleurs délais;
- g. le nombre important de militaires qui se voient attribuer des CMT à répétition et l'usage restreint de la liste des effectifs indisponibles pour raisons de santé constituent une grande source de frustrations pour les commandants qui s'efforcent de prendre les bonnes décisions pour les patients, mais qui doivent également réaliser la mission opérationnelle avec des moyens réduits;
- h. les médecins militaires subissent peut-être des pressions de la part de militaires et de commandants supérieurs en ce qui concerne les décisions relatives aux CMT – ces pressions posent aux médecins militaires des dilemmes moraux importants;
- i. même si l'on peut établir un lien entre le manque de participation des dirigeants et un certain nombre de situations où le processus des CMT n'a pas fonctionné aussi bien que prévu, les commandants et les superviseurs reconnaissent qu'il s'agit d'un processus administratif et qu'ils ont un rôle significatif à jouer pour en assurer le bon fonctionnement;
- j. la GI/TI pourrait simplifier l'administration des CMT, et certains systèmes autonomes, conçus et utilisés sur le terrain, aident à l'administration des CMT;

- k. il y a un coût important à l'attribution de CMT aux militaires;
- l. il est digne de mention que le personnel de la D Pol Méd a accompli des progrès marqués au cours des derniers mois afin de réduire à des niveaux traitables l'arriéré des dossiers relatifs aux CMT soumis à l'étude du QGDN.

### **Recommandations relatives aux catégories médicales temporaires**

#### 3.9 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :

- a. que l'on s'efforce d'accroître les connaissances et la sensibilisation des patients en ce qui a trait aux catégories médicales temporaires;
  - (1) que tout le personnel clinique du SSFC soit familiarisé avec le concept et le processus des CMT et prêt à répondre aux questions les plus fréquemment posées à l'égard des CMT;
  - (2) que des provisions de la brochure récemment publiée par la D Pol Méd sur les CMT soient aisément accessibles dans les établissements de santé où des soins sont dispensés aux membres des FC en garnison et que l'on en fasse une grande diffusion;
- b. que les dirigeants participent suffisamment à l'administration des CMT pour que le militaire faisant l'objet d'une CMT ne soit pas écarté du point de vue administratif et laissé sans surveillance ni appui suffisant;
- c. que les dirigeants exercent leurs responsabilités de manière que les collègues du militaire à qui l'on a attribué une CMT soient au courant du processus et comprennent la raison d'être de l'attribution des CMT;
- d. qu'en règle générale, les décisions relatives à l'administration des CMT soient prises le plus rapidement qu'il est possible et pratique de le faire, compte tenu des meilleurs intérêts du patient, de l'unité et des FC;
- e. que les cours de sensibilisation des MM à la pratique de la médecine dans les FC et au concept des CMT familiarisent les MM non seulement avec le fonctionnement des CMT, mais aussi avec certaines des réalités connexes ayant trait aux ressources humaines;
- f. que le Chef – Service de santé et d'autres membres du personnel du SSFC profitent de leur participation à diverses tribunes de la haute direction des FC pour faire ressortir les responsabilités de la chaîne de commandement à l'égard des CMT et de la continuité des soins.

**Conclusions relatives au commandement et au contrôle de la prestation des soins en garnison**

- 3.10 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :
- a. l'imprécision des responsabilités, des pouvoirs et des obligations de rendre compte se répercute sur la prestation des soins;
  - b. dans une grande mesure, la prestation des soins de santé en garnison dépend de l'habile coordination et intégration des ressources de trois chaînes de commandement distinctes. Cette structure est fortement influencée par des personnalités et des priorités divergentes plutôt que de se fonder sur des principes organisationnels;
  - c. les structures actuelles de commandement et de contrôle du SSFC empêchent le DGSS/cmdt GMFC de fournir des directives organisationnelles ou stratégiques ou d'exercer un leadership face à la majeure partie des ressources médicales, qui relève des états-majors d'armée;
  - d. le manque d'unité de commandement du CSS par rapport aux ressources qui fournissent les soins en garnison se répercute sur la capacité du CSS d'administrer avec efficacité l'établissement de santé de la base et de fournir des services axés sur les patients;
  - e. pour le moment, la structure actuelle est celle qui convient le mieux au mandat confié au SSFC en vertu du concept de l'Op Phoenix.

**Recommandations relatives au commandement et au contrôle de la prestation des soins en garnison**

- 3.11 Il est recommandé ce qui suit :
- a. que l'on stabilise l'engagement des ressources du GMFC et des commandements à l'appui des soins dispensés aux patients en garnison. On devrait conclure des accords sur les niveaux de service entre les détachements du GMFC, les unités des commandements et les établissements de santé des FC, afin que des ressources minimales soient consacrées aux soins en garnison;
  - b. que l'on apporte immédiatement des améliorations à la prestation des soins de santé en garnison par le biais de rajustements d'ordre administratif, de procédure et de dotation en personnel plutôt qu'en modifiant la structure fonctionnelle;

- c. que l'on précise les responsabilités, les pouvoirs et les obligations de rendre compte du personnel du GMFC, du personnel relevant des CEMA, des commandants des bases et des pourvoyeurs de soins de santé à l'égard de la prestation des soins aux patients en garnison;
- d. que les responsabilités du coordonnateur des soins de santé soient axées exclusivement sur la prestation des soins en garnison aux membres des FC et sur le fonctionnement du centre de santé. Les questions d'ordre opérationnel et les autres questions médicales liées aux FC qui relevaient du médecin-chef de la base avant l'opération Phoenix devraient être confiées au personnel médical des états-majors d'armée;
- e. que l'on étudie d'ici 18 à 24 mois la possibilité d'établir une organisation centralisée des services de santé.

**Conclusions relatives aux ressources, aux effectifs et à la dotation en personnel du SSFC**

3.12 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. la prestation des services de santé en garnison repose encore en grande partie sur la disponibilité du personnel militaire du SSFC. Les arrangements avec le réseau public de la santé ne se sont pas concrétisés au point d'atteindre les objectifs envisagés par l'Op Phoenix;
- b. on ne fait plus de collecte de données sur la charge de travail et le volume des patients qui permettraient de déterminer le nombre minimal des pourvoyeurs de soins de santé dont on a besoin tant chez les militaires que chez les civils;
- c. une diminution de la proportion de médecins par rapport à la population canadienne a réduit la disponibilité du réseau public de la santé pour les FC et l'accès des FC à ses services;
- d. en règle générale, le coefficient de praticiens généralistes et de spécialistes de la santé (postes permanents) par rapport à la clientèle des services de santé des FC est supérieur à celui des groupes professionnels semblables dans le milieu civil;
- e. accorder une attention à la gestion et à l'utilisation des spécialistes de la santé, entre autres à la dotation des postes qui ne sont pas comblés à l'heure actuelle, s'avérera plus avantageux pour la prestation des services en garnison que d'accroître le nombre de postes permanents autorisés;

- f. la répartition de la population des FC sur un vaste territoire (d'un océan à l'autre) pourrait réduire à rien l'avantage d'avoir des coefficients plus élevés que le milieu civil de professionnels de la santé par rapport au nombre de patients;
- g. la capacité du SSFC de dispenser les services de santé est accrue grâce à l'obtention de ressources civiles, ce qui permet d'optimiser le service de santé des FC;
- h. la pénurie de personnel du SSFC n'équivaut pas à un nombre insuffisant de postes permanents;
- i. les pénuries actuelles dans le groupe professionnel des adjoints médicaux auront une incidence sur les groupes professionnels spécialisés de la santé qui ont comme bassin de recrutement le groupe des adjoints médicaux;
- j. les coordonnateurs des soins de santé n'ont pas suffisamment de formation en gestion et en administration pour dûment exercer la coordination des soins de santé;
- k. alors que l'on prévoit une grande pénurie de MM généralistes pouvant dispenser les soins en garnison, la participation accrue de l'administrateur des soins de santé à la gestion des activités de l'établissement de santé des FC permettrait aux MM de consacrer plus de temps aux fonctions cliniques;
- l. on n'accorde pas suffisamment d'importance à l'expérience en leadership que détiennent les candidats aux postes de gestion supérieure du SSFC.

**Recommandations relatives aux ressources, aux effectifs et à la dotation en personnel du SSFC**

3.13 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :

- a. que des données sur la charge de travail, le nombre de patients et d'autres indicateurs de rendement soient recueillies à tous les emplacements des FC qui dispensent des soins médicaux en garnison;
- b. que l'on comble les postes établis à l'effectif permanent du SSFC avant d'autoriser d'autres postes dans les GPM respectifs;
- c. que l'on élabore des stratégies afin de combler les pénuries de personnel dans le groupe professionnel des adjoints médicaux;
- d. que l'on adopte une stratégie en deux volets afin de combler les carences en gestion des établissements de santé des FC :

- (1) que l'on accorde aux coordonnateurs des soins de santé une formation appropriée en gestion avant que ceux-ci n'exercent leurs fonctions et une formation permanente une fois qu'ils seront en poste;
  - (2) que les administrateurs des soins de santé et les officiers des services de santé en place dans les établissements médicaux des FC assument une plus grande part des responsabilités administratives liées à la prestation des soins en garnison, de façon à permettre au coordonnateur des soins de santé de se consacrer davantage à la pratique clinique;
- e. que les états-majors compétents examinent les fiches d'analyse des postes supérieurs du SSFC afin de déterminer les compétences requises pour l'exécution des fonctions inhérentes à chacun des postes.

**Conclusions relatives au recrutement et à la conservation de l'effectif des médecins militaires**

3.14 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. vu que le taux d'attrition des MM est sensiblement supérieur aux moyennes historiques et que les régimes d'entrée traditionnels (Programme d'instruction à l'intention des médecins militaires) suscitent peu d'intérêt, le SSFC subira une pénurie importante de médecins militaires au cours des prochaines années;
- b. le SSFC a adopté une stratégie en vue de l'enrôlement direct d'officiers et il la met en oeuvre;
- c. aucune stratégie particulière ne vise à retenir les médecins militaires dans les FC, pourtant les MM ont une gamme de préoccupations auxquelles on pourrait s'intéresser afin de rendre le poste de MM plus attrayant.

**Recommandations relatives au recrutement et à la conservation de l'effectif des médecins militaires**

3.15 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :

- a. que l'on évalue à intervalles réguliers l'efficacité de la prime qui a été établie pour encourager l'enrôlement direct d'officiers - si l'on juge qu'elle ne répond pas à l'objectif, on devrait la réévaluer et élaborer d'autres stratégies;
- b. que l'on cherche à établir un moyen de partager équitablement les déploiements entre les MM généralistes et les MM spécialistes;

- c. que le SSFC représente ou appuie autrement les MM des FC durant les discussions avec divers organismes provinciaux et territoriaux qui veillent à l'attribution des permis de pratique, selon les besoins, pour les questions qui concernent exclusivement les médecins militaires servant dans les FC (autorisation professionnelle, numéros de facturation, etc.);
- d. avec l'aide d'experts-conseils, que le SSFC entreprenne une étude visant à déterminer les moyens appropriés d'encourager les cliniciens à poursuivre une carrière en médecine clinique dans les FC;
- e. que la formation dispensée aux MM soit validée pour garantir ce qui suit :
  - (1) que les MM reçoivent une instruction suffisante et appropriée pour maintenir leurs compétences et assurer leur formation médicale continue afin de pouvoir exercer leurs responsabilités en milieu opérationnel et en garnison;
  - (2) que des dossiers complets en matière de formation soient tenus à jour et accessibles aux dirigeants qui prendront les décisions quant au déploiement de médecins militaires (traumas, brûlures, gériatrie, pédiatrie, etc.);
- f. que les dirigeants du SSFC examinent les moyens de rehausser le profil de la contribution des MM aux FC.

### **Conclusions relatives au moral, à l'attitude et à la capacité de changement du SSFC**

3.16 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. les effectifs du SSFC sont généralement démoralisés, ce qui a une incidence négative sur l'attitude du personnel de la santé en milieu clinique;
- b. voici quelques-unes des diverses causes de l'affaiblissement du moral, sans toutefois s'y limiter :
  - (1) on a l'impression que les membres du personnel à tous les niveaux du SSFC en ont assez des changements;
  - (2) on ne connaît pas la vision stratégique de l'organisation;
  - (3) le personnel du SSFC ressent un manque d'appréciation ou de compréhension de la part des FC à l'égard des exigences qu'on lui impose;

- (4) on a l'impression que l'organisation accorde moins d'importance aux soins dispensés aux patients et privilégie la mise en oeuvre de l'Op Phoenix en ce qui a trait à la santé;
  - (5) il y a des préoccupations en matière de leadership au sein du SSFC;
  - (6) la lourde charge de travail, y compris les responsabilités en garnison et en opération, ne semble jamais pouvoir s'alléger;
- c. certains membres du personnel ont exprimé l'avis qu'ils n'ont plus la force de poursuivre leur travail et de subir d'autres changements. Bien qu'il reste des mesures importantes à mettre en oeuvre pour renforcer la prestation des soins en garnison, la réussite de ces initiatives dépendra de la capacité des professionnels de la santé du SSFC qui doivent mettre en oeuvre les changements nécessaires dans l'intérêt à long terme des FC.

**Recommandations relatives au moral, à l'attitude et à la capacité de changement du SSFC**

3.17 L'équipe d'examen recommande ce qui suit :

- a. que l'on évalue dans quelle mesure on aura besoin d'aide pour mettre en oeuvre les recommandations de l'examen du CS Ex;
- b. que le Ministère accorde son appui aux besoins, une fois validés, en y consacrant les ressources humaines et financières requises.

**Conclusions relatives à l'administration des soins aux patients en garnison**

3.18 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. les patients ont une vision holistique de leurs soins médicaux, ce qui comprend l'administration connexe;
- b. les patients des FC qui font l'expérience de piètres pratiques administratives lorsqu'ils reçoivent des soins médicaux en garnison interprètent souvent ces problèmes comme étant une mauvaise prestation des soins médicaux;
- c. les centres de soins de santé n'ont pas tous mis en place des outils raisonnables de gestion des dossiers (Bradma Plates ou l'équivalent) afin de réduire le fardeau administratif et les risques d'erreur;

- d. l'absence de lignes directrices internes à l'égard des politiques et procédures de traitement des dossiers des patients a laissé aux unités des FC en garnison une très grande latitude pour cet important processus;
- e. vu le caractère confidentiel et très personnel des renseignements médicaux, il est nécessaire que des protocoles soient mis en place pour le traitement des dossiers des patients au sein du SSFC;
- f. le roulement élevé du personnel médical dans les établissements de santé des FC, tout particulièrement dans le cas des adjoints médicaux responsables de l'administration et de la gestion des dossiers, risque d'avoir des répercussions négatives sur la façon dont les dossiers sont gérés;
- g. l'accroissement des responsabilités de l'étudiant qui doit apprendre par lui-même la gestion des dossiers des patients plutôt que de recevoir la formation d'un instructeur a augmenté le risque que les adjoints médicaux ne couvrent pas toute la matière ou, s'ils la couvrent, qu'ils ne la comprennent pas parfaitement - cette façon de dispenser l'instruction est peut-être économique, mais elle est moins efficace et ne peut être confirmée sans un processus de validation adéquat;
- h. les besoins administratifs des patients ne sont pas satisfaits de façon régulière dans les établissements des FC en garnison, ce qui laisse aux militaires une mauvaise impression du SSFC et finit par éroder leur confiance dans le système qui les dessert;
- i. il se présente des situations médicales qui ne sont pas facilement réglées par le SSFC ou le système médical civil;
- j. bien que ces cas peuvent se produire en raison de circonstances locales qui prévalent à un moment précis, des problèmes analogues font surface en divers endroits;
- k. certes, on trouve généralement des solutions acceptables (pas toujours idéales) aux problèmes, mais plus les CSS en savent sur la façon dont les autres ont réglé des situations semblables, mieux ils devraient être placés pour réagir de façon appropriée, le cas échéant.

### **Recommandations relatives à l'administration des soins aux patients en garnison**

3.19 L'équipe recommande ce qui suit :

- a. que les centres de soins de santé des FC examinent leurs fonctions et processus administratifs internes afin de s'assurer que :

- (1) des outils élémentaires de gestion de l'information, comme les Bradma Plates ou l'équivalent, sont en place;
  - (2) d'autres mécanismes visant à rationaliser le traitement des patients en garnison sont établis et fonctionnent comme prévu;
- b. que les lignes directrices des FC concernant les politiques et les procédures relatives au traitement des dossiers des patients soient suffisamment claires et complètes pour assurer un niveau approprié de protection des documents et un niveau raisonnable d'intégrité de l'information fournie dans le dossier et garantir au militaire que ses renseignements médicaux sont adéquatement protégés lorsqu'ils sont confiés à la garde du SSFC et des pourvoyeurs civils de services médicaux;
  - c. que des instructions permanentes d'opérations soient mises en application et tenues à jour dans tous les établissements de santé des FC afin d'assurer une administration régulière et de haute qualité à l'appui de la prestation des soins médicaux en garnison;
  - d. que les CSS tiennent un registre des incidents médicaux qui n'ont pu être réglés au moyen des dispositions de soins en garnison prises par les FC ou du système civil (ces incidents devraient être signalés au Chef – Service de santé à titre informatif);
  - e. que l'on fasse part de la façon dont ces expériences ont été traitées lors des forums réunissant les CSS et axés sur la migration des idées.

**Conclusions relatives aux mécanismes d'obtention des services de médecins civils en garnison**

3.20 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. la décision de restructurer l'organisation du SSFC de façon qu'elle soit davantage axée sur l'aspect opérationnel, sans toutefois mettre en place des systèmes permettant de remplacer provisoirement les MM par des médecins civils contractuels, a imposé un énorme fardeau aux CSS responsables de la prestation des soins aux patients en garnison;
- b. ce fardeau a ensuite été transmis aux MM qui devaient non seulement composer avec un rythme d'opérations accru, mais aussi faire d'autres sacrifices personnels pour s'assurer que les soins aux patients continuaient d'être fournis en garnison (rappel de personnel en congé, annulation de congés, MM classé dans une catégorie médicale temporaire et censé travailler des demi-journées alors qu'il effectue des quarts de 12 à 14 heures, etc.);

- c. le recours à des palliatifs pour engager à contrat des médecins civils est devenu pratique courante dans la plupart des établissements de santé des FC, il est injuste, dans la majorité des cas, pour le médecin contractuel et il enfreint les méthodes d'embauchage reconnues de la fonction publique qui sont définies dans la Loi sur les relations de travail dans la fonction publique. Pour bon nombre d'établissements de santé des FC, la mise en oeuvre du Programme de pourvoyeurs désignés (PPD) n'est pas prévue avant quelque temps.

**Recommandations relatives aux mécanismes d'obtention des services de médecins civils en garnison**

3.21 L'équipe recommande ce qui suit :

- a. que le Chef – Service de santé, avec l'appui des FC, fasse avancer le plus rapidement possible la mise en oeuvre du PPD dans les établissements de santé en garnison du SSFC, partout au Canada;
- b. en attendant la mise en oeuvre du PPD, que les emplacements des FC fournissant des soins en garnison déterminent s'il est approprié de continuer à utiliser la formule 2058 pour engager des médecins civils temporaires. Si un mécanisme plus approprié ne peut être mis en place avant l'instauration du PPD, les CSS devraient alors, à tout le moins, avertir les médecins civils ayant conclu un contrat avec les FC que la mise en oeuvre du PPD est imminente et que ce changement pourrait avoir des répercussions sur eux.

**Conclusions relatives à l'obtention des services de spécialistes pour la prestation des soins en garnison**

3.22 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. de façon générale, il ne serait pas approprié que le MDN et les FC donnent l'impression de court-circuiter les files d'attente dans le milieu civil en utilisant des pourvoyeurs de soins de santé payés à l'acte;
- b. on pourrait envisager certaines stratégies pour obtenir les services de spécialistes rapidement dans des circonstances extraordinaires. Les deux possibilités consistent à acheter des blocs de temps chez le médecin et à avoir recours au traitement transrégional.

**Recommandations relatives à l'obtention des services de spécialistes pour la prestation des soins en garnison**

3.23 L'équipe recommande ce qui suit :

- a. que l'on recueille et analyse des statistiques en vue de déterminer les domaines où les FC comptent un nombre exceptionnellement élevé de cas nécessitant des soins spécialisés dispensés dans le milieu civil, et si l'on en dégage des tendances régulières et qu'il est difficile d'obtenir ce genre de soins, il faudrait alors prendre des dispositions pour acheter des blocs de temps chez le médecin;
- b. dans des situations non urgentes, que l'on détermine, dans chaque cas, si des mesures extraordinaires devraient être prises pour que le militaire reçoive des soins spécialisés à l'extérieur de sa région géographique d'affectation, lorsque le service peut être dispensé plus rapidement à cet endroit.

**Conclusions relatives à la prestation de soins de première intervention en garnison**

3.24 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. même si les soins de première intervention constituent une question secondaire pour les services de santé, il règne une certaine confusion parmi ceux qui sont chargés de fournir des soins en garnison, si bien que cette question pourrait influencer sur le niveau de soins dispensés aux soldats, marins, aviateurs et aviatrices;
- b. le Chef – Service de santé doit fournir des conseils médicaux au CEMD sur l'efficacité des arrangements en cours relativement à la prestation de soins de première intervention. Il devrait être en mesure d'indiquer au CEMD si les membres des FC reçoivent des soins de première intervention qui équivalent à ceux dont bénéficient les Canadiens en général et, s'il y a des lacunes, dans quelle mesure le risque s'accroît pour les militaires.

**Recommandations relatives à la prestation de soins de première intervention en garnison**

3.25 L'équipe recommande ce qui suit :

- a. que le Chef – Service de santé donne des conseils médicaux à la chaîne de commandement, y compris les commandants de base, sur les questions touchant la prestation des soins de première intervention en garnison;

- b. dans le cadre des visites d'aide d'état-major effectuées dans les garnisons des FC, que le Directeur – Prestation des services de santé ajoute à ses sujets d'examen l'à-propos des soins de première intervention, que les recommandations découlant de telles évaluations servent de points de discussion avec le commandant de la base, le coordonnateur des soins de santé, le chef des pompiers ainsi que les autorités locales susceptibles d'être touchées, et que des mesures appropriées soient ensuite prises en fonction des directives du commandant de la base;
- c. que des communications soient diffusées au niveau des bases/escadres/formations pour expliquer les arrangements locaux concernant la prestation des soins de première intervention.

### **Conclusions relatives à la migration des idées**

3.26 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. il y a peu d'occasions, au sein du SSFC, de partager facilement des idées et des solutions innovatrices qui pourraient contribuer à une prestation efficiente et efficace des soins de santé en garnison;
- b. le personnel du SSFC a de bonnes idées, surtout celles qui touchent la gestion des bases de données sur les patients, il met ses idées en application à certains endroits, et l'échange de telles idées en matière de GI/TI permet d'optimiser les idées qui ont déjà été développées;
- c. l'échange d'idées ne se fait pas tout seul, mais exige plutôt un effort délibéré en vue de tirer un avantage maximal de ce concept.

### **Recommandations relatives à la migration des idées**

3.27 L'équipe recommande ce qui suit :

- a. que le personnel du SSFC veille, lorsqu'il organise des programmes d'instruction, des ateliers, des conférences ou d'autres forums réunissant des membres de la Branche, à prévoir des séances réservées à l'échange des idées;
- b. que les ressources liées aux visites d'aide d'état-major (VAEM) récemment mises en place dans l'organisation du Chef d'état-major adjoint – Prestation des soins de santé (CEMA Pres SS) soient utilisées au maximum pour lancer et provoquer la migration des idées à l'échelle du SSFC.

**Conclusions relatives à la gestion de l'information/technologie de l'information à l'appui des services de santé des FC**

3.28 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. le SSFC ne dispose pas d'un système adéquat de GI/TI pour fournir, en temps réel, des données exactes sur l'état de santé de ses unités opérationnelles et pour bien remplir ses rôles opérationnels;
- b. le SSFC doit disposer d'un système intégré d'information sur la santé en raison de la grande mobilité de la population des FC, de la nécessité, sur le plan opérationnel, de connaître l'état de santé des FC, du recours accru aux soins de santé civils et de la nécessité d'assurer une prestation de soins de santé de qualité uniforme dans tous les emplacements des FC;
- c. les modèles de prestation de soins de santé dans les garnisons des FC ne sont pas suffisamment au point pour faciliter l'établissement d'une infrastructure de GI/TI au sein du SSFC;
- d. l'intégration de plus en plus grande entre les soins de santé fournis par le SSFC en garnison et par le réseau civil soulève des questions de sécurité, étant donné que les normes de sécurité des FC pour l'information sur la santé sont plus élevées que celles des établissements civils;
- e. le SSFC n'est pas en mesure de prendre des décisions appropriées en matière de gestion et d'allocation des ressources en raison du manque de données statistiques sur les soins de santé et la charge de travail.

**Recommandations relatives à la gestion de l'information/technologie de l'information à l'appui des services de santé des FC**

3.29 L'équipe recommande ce qui suit :

- a. qu'un modèle de prestation des soins de santé en garnison soit établi et mis en place afin de déterminer le soutien requis en matière de GI/TI;
- b. que les FC établissent une politique concernant l'obtention, le traitement et la divulgation d'information sur la santé, à l'interne et à l'externe, à l'intention des militaires;
- c. que l'on détermine les renseignements nécessaires pour répondre aux besoins des FC en matière de santé au travail, ainsi que les façons d'obtenir et de contrôler cette information;

- d. que le SSFC mette à jour et simplifie les pratiques de fonctionnement et de gestion actuellement utilisées afin de rationaliser les méthodes administratives et d'améliorer le traitement de l'information sur les patients en milieu clinique;
- e. que les pratiques de fonctionnement du SSFC soient modifiées de façon à tirer parti des applications logicielles commerciales sur les soins de santé, à réduire par le fait même les coûts de conception et d'élaboration, et à faciliter l'intégration avec les pourvoyeurs civils de soins de santé;
- f. que l'on accélère les plans visant à mettre en œuvre, au sein du SSFC, des solutions de GI/TI qui peuvent être rapidement mises en place et qui sont suffisamment souples pour répondre aux conditions et besoins changeants dans le domaine des soins de santé militaires et civils;
- g. que l'on procède à une évaluation des risques pour la sécurité en ce qui concerne l'information sur la santé des FC, de manière à faciliter l'établissement des liens nécessaires avec le milieu civil.

### **Conclusions générales relatives aux nouvelles initiatives**

3.30 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. Les FC et le SSFC ont reconnu que les systèmes du MDN et des FC présentaient des lacunes sur les plans des soins fournis en garnison et de la qualité de vie des militaires. Le lancement de ces nouvelles initiatives devrait indiquer aux militaires que leurs commentaires ont été entendus et pris au sérieux.
- b. La mise en place de ces nouvelles initiatives ne relève pas uniquement du SSFC, mais nécessite plutôt la collaboration, l'appui et l'aide d'autres secteurs du MDN et des FC ainsi que d'autres ministères. Au moment de la rédaction du présent rapport, le SSFC avait tout particulièrement besoin d'appui de la part du personnel d'approvisionnement/de passation de contrats du SMA(Mat) et de TPSGC pour faire avancer la mise en œuvre du PPD.
- c. Ces nouvelles initiatives marquent le point de départ d'un long cheminement visant à rétablir la confiance des militaires et à leur faire réaliser que les autorités supérieures sont déterminées à fournir des soins médicaux appropriés en garnison et à prendre des mesures draconiennes pour améliorer la qualité de vie des militaires. Il ne suffira pas cependant d'annoncer et de mettre en œuvre de nouvelles initiatives. Les membres des FC non seulement s'attendent à des soins médicaux de haute qualité en garnison, mais ils doivent également avoir l'impression qu'ils reçoivent de tels soins. La continuité des soins, un traitement médical et une

administration connexe appropriés durant les périodes où des catégories médicales temporaires s'appliquent, une bonne gestion des dossiers des patients, un traitement professionnel courtois par le personnel dispensant des services directs et auxiliaires de soins en garnison doivent tous recevoir l'attention voulue si l'on veut instaurer un niveau de confiance adéquat chez les patients.

- d. Le SSFC ainsi que ses partenaires des FC et d'ACC méritent des éloges pour avoir lancé des initiatives qui ont connu un franc succès dans le milieu civil et pour avoir reconnu qu'elles pouvaient s'appliquer aux militaires (p. ex., le concept du centre d'appels 1-800 pour orientation des patients et autres services d'aide a été extrêmement populaire et bien reçu dans la province du Nouveau-Brunswick et est maintenant sérieusement envisagé pour l'Ontario).

### **Conclusions relatives à l'analyse comparative du Service de santé des Forces canadiennes**

3.31 L'équipe d'examen a conclu ce qui suit :

- a. un grand nombre d'autres organisations militaires comptent sur le milieu civil de la santé pour dispenser les soins médicaux en garnison afin de préserver la capacité de déployer du personnel médical militaire à l'appui des missions opérationnelles;
- b. les effectifs militaires consacrés à la santé sont axés principalement sur les besoins opérationnels qui ont été identifiés, d'où la nécessité de compléter les services dispensés en garnison au moyen de ressources civiles;
- c. l'accès aux soins médicaux en temps opportun est une préoccupation centrale du militaire et demeure un objectif du service de santé militaire;
- d. les questions socio/psychologiques et les stratégies connexes sont une grande source de préoccupation pour les services de santé militaires;
- e. le taux d'attrition des médecins à l'issue de la période de service obligatoire est élevé (entre 40 et 80 p. 100) dans toutes les organisations que l'on a comparées au SSFC;
- f. toutes les organisations faisant l'objet de l'analyse comparative ont indiqué que leur service de santé militaire élaborait des stratégies et des initiatives nouvelles visant à dispenser des services de santé appropriés aux militaires tout en préservant la capacité de respecter les engagements opérationnels dans le secteur de la santé.

## **PARTIE 4 - PLAN D'ACTION ISSU DU GROUPE DE TRAVAIL DU CHEF D'ÉTAT-MAJOR DE LA DÉFENSE**

### **Groupe de travail du CEMD – Services de santé à l'appui des Forces canadiennes Réorienter les services de santé vers la prestation des soins**

#### **SOMMAIRE**

4.1 Lorsque le CEMD a été informé du projet de Rapport du CS Ex sur l'examen du Service de santé, il est arrivé à la conclusion que ce document ne pouvait pas être diffusé sans plan d'action et sans engagement officiel en vue de sa mise à exécution immédiate. Afin d'élaborer le plan d'action, il a réuni un groupe de travail formé de professionnels militaires du secteur de la santé et de conseillers civils (annexe A). Le groupe de travail est allé au-delà des 59 recommandations du CS Ex et s'est intéressé à d'autres questions que le CS Ex avait soulevées et qui avaient besoin d'être approfondies. Le plan d'action renferme des centaines de recommandations.

#### **CONTEXTE**

4.2 La situation que dépeint le CS Ex n'est pas reluisante. Or, il est évident que ce n'est là que la pointe de l'iceberg. Le Service de santé a grandement besoin de correctifs. Lorsque le Groupe de travail a terminé la lecture du Rapport du CS Ex et sa première semaine de breffages à huis clos, les membres n'en revenaient pas. Peu importe où ils jetaient leur regard, la situation était intenable ou ne tenait qu'à un fil. Ils se demandaient à quel moment cela se répercuterait sur la capacité du Service de santé de fournir des soins de santé opérationnels adéquats - si ce n'était déjà fait.

4.3 Avant d'aller plus loin, prenons le temps de prendre en considération les normes canadiennes et militaires en matière de soins de santé. Nous entendons souvent dire que les soins de santé au Canada comptent parmi les services de la meilleure qualité au monde. Quelle est la norme canadienne? Est-elle la même à Tuktoyaktuk qu'à Toronto? Intuitivement, nous savons qu'il y a une grande différence entre la qualité des soins offerts à ces deux emplacements. Pourtant, les deux sont représentatifs de la qualité des soins dispensés au Canada.

4.4 Même à l'époque où le SSFC était considéré comme « riche et élitiste », la capacité militaire était inférieure à la norme attendue ou présumée du Canada. Pourquoi cela? Parce que pour être en mesure de dispenser des soins de santé opérationnels là où les membres des FC sont affectés, nous employons quelque personnel polyvalent mais qui ne détient pas forcément tous les permis, quelques médicaments que nous administrons ne sont pas brevetés et l'équipement médical n'est pas tout homologué par l'ACNOR. En grande partie, dans un but de formation, nous fonctionnons en garnison comme nous le faisons en contexte opérationnel. C'est tout à fait acceptable en vertu des lois fédérales.

4.5 Alors qu'autrefois nous pouvions combler raisonnablement l'écart entre les deux capacités, la fermeture des hôpitaux des FC a considérablement élargi l'écart au cours des dernières années. Cela ne veut pas dire pour autant que nous devrions revenir en arrière. Mais il faut reconnaître que le défi à relever est de taille. D'une part, il est prévu que la tendance à s'en remettre au secteur civil s'accroîtra à mesure que l'on développera et mettra en œuvre des techniques, des équipements et des médicaments nouveaux et que les gouvernements réinvestiront de manière significative dans le secteur de la santé dont plusieurs considèrent ce système n'as pas été doté de fonds suffisants. D'autre part, étant donné que les membres du personnel militaire qui ne détiennent pas les permis d'exercer ne peuvent pas travailler dans des établissements civils pour maintenir leurs compétences cliniques, on s'attend que le déclin des services militaires se poursuivra et même accélérera à mesure que les compétences et les connaissances s'affaibliront et se détérioreront.

### **FONDEMENT JURIDIQUE DU MANDAT DES FC EN SOINS DE SANTÉ**

4.6 Le mandat des FC en matière de soins de santé consiste à fournir les services de santé à l'appui d'une force plurifonctionnelle, déployable et apte au combat dans toute la gamme des scénarios militaires.

4.7 La santé est un secteur amorphe dont les services sont répartis entre les paliers d'administration fédéraux ou provinciaux selon le but et l'effet visés. C'est pour cette raison que le paragraphe 91(7) de la Loi constitutionnelle de 1867 sert de fondement au mandat qu'exercent les FC dans le secteur de la santé.

4.8 La Loi canadienne sur la santé de 1984, qui énonce dans quelles conditions le gouvernement fédéral transfère aux provinces les sommes destinées aux services de santé, indique clairement que les membres des FC sont exclus de la définition des « personnes assurées ». Pour que le personnel des FC soit inclus dans la définition des « personnes assurées », il faudrait que le Parlement modifie la Loi canadienne sur la santé. Les lois de neuf des dix provinces prévoient l'exclusion de quiconque a droit aux soins de santé en vertu d'une loi fédérale. Par ailleurs, les lois de l'Alberta, de la Saskatchewan et de l'Île-du-Prince-Édouard excluent expressément les membres des FC et devraient aussi être modifiées en conséquence.

4.9 Pour soulever cette question auprès des provinces, le Ministère faudrait établir un consensus bureaucratique et politique avec Santé Canada, le BCP, les Affaires intergouvernementales, le CT, le ministère des Finances, Corrections Canada et le Solliciteur général (au nom de la GRC). Le Comité interministériel fédéral chargé de la politique en matière de santé, que préside Santé Canada, est le forum par lequel il faudrait obtenir le consensus nécessaire.

4.10 Bref, le MDN est tenu de par la loi de fournir aux membres des FC, qu'ils soient au Canada ou à l'étranger, des services de santé universels, mobiles, exhaustifs, accessibles et administrés publiquement. Le MDN a le loisir de déterminer la façon dont les services de santé sont dispensés aux membres des FC.

## **RAISON D'ÊTRE D'UN SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE**

4.11 L'état de santé physique et mentale des membres des FC est intimement lié à leur disponibilité opérationnelle, à leur efficacité et à leur rentabilité en tant que force combattante. Avant d'envoyer des soldats en mission dangereuse, la chaîne de commandement doit connaître non seulement les restrictions au niveau physique et/ou de la santé mentale qui pourraient nuire à la réalisation des tâches militaires, mais aussi l'état de santé et l'aptitude physique des effectifs des FC de même que les restrictions d'emploi à leur égard. De plus, il arrive souvent que les séances d'entraînement et les missions militaires occasionnent des blessures graves qui exigent l'accès immédiat à des ressources vitales en soins de santé. Les forces armées elles-mêmes sont les mieux placées pour dispenser les services nécessaires en temps opportun.

4.12 Il ne faut pas entendre par là que les pourvoyeurs militaires de soins de santé doivent être en mesure de tout faire eux-mêmes. Il est évident que pendant la majeure partie de sa carrière, un militaire reçoit des services de santé par le biais d'un partenariat entre les pourvoyeurs civils et militaires. Cependant, tout comme l'ont fait les membres des FC, les pourvoyeurs militaires de soins de santé ont pris en toute connaissance de cause la décision de renoncer à leurs droits et libertés individuelles et de servir les intérêts de la patrie avant leurs propres intérêts. Cette décision préméditée d'assumer une responsabilité illimitée permet aux pourvoyeurs militaires de soins de santé de servir les membres des FC où qu'ils soient et en toutes circonstances. Ils peuvent aller à des endroits où leurs homologues civils ne peuvent parfois pas aller. Ils sont formés et prêts à répondre aux exigences de notre pays, comme le sont les autres membres des FC.

## **CONTINUITÉ DES SOINS**

4.13 L'inquiétude la continuité des soins, ou le manque de suivi des patients, est au principal ce qui a poussé le CEMD à demander au CS Ex de faire un *Examen du Service de santé*.

4.14 Nous sommes tous d'accord qu'il faut soigner les blessures physiques et psychologiques dont sont affligés les membres des FC. Les symptômes sont complexes, les régimes de traitement diversifiés. Pour les membres des FC, la capacité d'établir une relation étroite et stable avec les pourvoyeurs de soins de santé est essentielle. Pour le MDN, la responsabilité de fournir un minimum de suivi est fondamentale.

4.15 Afin d'assurer la continuité des soins, en particulier dans les nombreuses régions mal servies où sont affectées les FC, le MDN doit élaborer une structure de soins de santé qui offre un minimum de stabilité, qui soit agréée et qui soit gérée suivant une orientation claire.

4.16 Comment devons-nous nous y prendre pour établir une structure stable de services de santé? Premièrement, le Groupe de travail a tâché de cerner dans quels secteurs de la santé les pourvoyeurs militaires devraient se concentrer. Les résultats sont résumés à l'annexe B. Comme vous pouvez le constater, des employés civils ou des

contractuels, en particulier au Canada, pourraient se charger d'environ 60 % du travail exigé. Qui fait le travail en ce moment? Personne, dans bien des cas. Cela a des répercussions sur tous les secteurs de la prestation des services de santé, au Canada et à l'étranger. On a besoin de ressources civiles pour combler ces lacunes.

4.17 Deuxièmement, le Groupe de travail a tâché de cerner les fonctions essentielles en garnison qui auraient le plus d'incidence sur la continuité des soins si elles étaient offertes dans un contexte stable au moyen de ressources civiles de base. À l'échelle des Forces canadiennes, des administrateurs agréés en soins de santé devraient voir à la gestion des cliniques. Le but visé serait d'établir un réseau d'administrateurs agréés en soins de santé pour élargir l'accès aux services, tant au niveau local qu'entre les régions. Par ailleurs, il devrait y avoir un certain nombre de généralistes civils, d'infirmières praticiennes et/ou de gestionnaires des soins à chaque emplacement des grands centres ou dans chaque région, pour répondre aux besoins des personnes qui requièrent des soins plus approfondis en raison de la complexité de leur état de santé. Enfin, un noyau de personnel civil devrait exécuter les fonctions de réception, de prise des rendez-vous, de tenue des dossiers médicaux et de suivi des patients. On a besoin de ressources civiles, dont le nombre sera propre à chaque site, pour compenser les pénuries actuelles et pour assurer la continuité des soins. Cela suppose en outre l'existence de mécanismes d'embauchage qui simplifient et soutiennent le processus, et qu'idéalement, nous ne ferions pas concurrence aux provinces pour l'obtention des rares professionnels de la santé.

4.18 Troisièmement, le Groupe de travail s'est intéressé à la norme des soins de santé offerts en garnison. Selon les éléments de preuve présentés à l'équipe, les services de santé offerts en garnison ont grandement besoin d'amélioration. Dans cette optique, l'équipe a décidé d'établir des partenariats avec le Collège canadien des directeurs de services de santé et le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Cette dernière organisation évalue les établissements et leur attribue une cote d'agrément s'ils respectent une série de critères. L'idée serait de confirmer les normes, de sonder tous les emplacements afin de déterminer les écarts en capacités et d'y injecter des ressources, de façon à rétablir la qualité des soins de santé en garnison. Il nous reste à déterminer les ressources dont on aura besoin pour combler ces lacunes.

4.19 Quatrièmement, le Groupe de travail a examiné d'autres moyens de simplifier l'accès aux services et de réduire les pénuries, tels le Programme de pourvoyeurs désignés. Au moment de la signature du protocole d'entente entre le MDN et ACC le 1<sup>er</sup> avril 2000, le Programme de pourvoyeurs désignés procurera un réseau de fournisseurs de soins de santé à l'intention des membres des FC. Cela apaisera quelque peu la situation, sans toutefois répondre aux besoins de ceux qui se trouveront dans les régions mal servies.

4.20 Les réservistes constituent un bassin de ressources dans lequel on peut puiser pour accroître l'accès aux services et combler les pénuries de personnel. Les professionnels de la santé qui se joignent à la Réserve détiennent les mêmes permis et reçoivent la même formation que leurs homologues de la Force régulière. De plus, ils ont établi des contacts ou ils travaillent, souvent à temps plein, dans le milieu civil de la santé. Il y aurait de grands avantages à fusionner le personnel des soins de santé de la Réserve et de la Force régulière en une composante militaire unifiée d'une seule équipe des soins de santé.

4.21 Cinquièmement, le Groupe de travail a examiné la question du maintien de la compétence clinique des pourvoyeurs de soins de santé. Comme il a déjà été mentionné, l'écart entre les capacités civiles et militaires dans le domaine de la santé s'élargit rapidement. La solution consiste à assurer le maintien de la compétence clinique en milieu civil des pourvoyeurs militaires de soins de santé. En collaboration avec le Collège canadien des directeurs de services de santé, on propose d'obtenir l'appui de certaines des plus grandes organisations canadiennes de la santé pour garantir le maintien de la compétence clinique. Dans cette optique, nous devons aller de l'avant et accorder des permis d'exercice aux adjoints médicaux ou trouver une solution de rechange à ce groupe professionnel qui soit conforme aux exigences. Il nous faut également trouver un moyen de surmonter les obstacles que pose l'attribution de permis d'exercice provinciaux – un autre défi que nous aurons à relever.

4.22 Enfin, le Groupe de travail a étudié la complexité des rapports hiérarchiques actuels et leur impact sur les structures verticales et horizontales de reddition de comptes du Ministère. Il émet l'hypothèse qu'il faut centraliser les ressources de commandement et de contrôle des services de santé et élaborer la structure requise de reddition de comptes.

4.23 Les questions de santé touchent tous les militaires, peu importe leur élément d'affectation. Faute de marins, de soldats et d'aviateurs/aviatrices en bonne santé, les FC ne peuvent pas se déployer. Un compte ministériel a déjà été établi pour financer la prestation des services de santé aux membres des FC. Comme il a aisément accès à toute la gamme des experts militaires en soins de santé, le DGSS accomplit déjà la majorité, si ce n'est la totalité des tâches de gestion et d'élaboration des politiques en matière de santé du SMA (RH-Mil). Cela sera particulièrement vrai lorsque le centre d'instruction médicale deviendra une unité de la DGSS plutôt que du SREIFC. Le DGSS est le générateur de ressources en soins de santé des FC. Il doit pouvoir soutenir la Marine et dispenser des services en médecine de plongée. Il doit être en mesure de soutenir l'Armée de terre et de dispenser des soins de santé opérationnels n'importe où sur le champ de bataille non linéaire. Il doit pouvoir soutenir la Force aérienne et offrir des services en médecine de l'air. Enfin, de par son rôle unique, le DGSS doit pouvoir travailler aux niveaux stratégique, opérationnel et tactique. Le DGSS est dans une position unique qui justifie que son poste soit de niveau Un. Le fait de nommer le DGSS au premier niveau de la hiérarchie du QGDN communiquerait aux membres des FC l'importance que le MDN accorde aux questions de santé.

## **FACTEURS CLÉS**

4.24 Réorienter les services de santé vers la prestation des soins est une entreprise d'envergure aussi vaste, sinon plus vaste, que notre projet d'amélioration de la qualité de vie. Il faudra y consacrer du temps et il faudra conjuguer nos efforts pour la réaliser. Quels sont les facteurs essentiels de la réussite? En premier lieu, il faut constituer un comité supérieur d'examen, formé du CEMD/SM et de certains membres du CGD. En deuxième lieu, il faut créer un bureau de projet, sous la surveillance du CS Ex. En troisième lieu, la chaîne de commandement doit participer à la conception et à la mise en œuvre de mesures de commandement et de contrôle qui rehausseront la prestation des services de santé à l'appui d'une force plurifonctionnelle, déployable et apte au combat dans toute la gamme des scénarios militaires. En quatrième lieu, il faut établir une collaboration avec des organisations civiles essentielles de la santé, comme le Collège canadien des directeurs de services de santé et le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Enfin, il faut une approche de communications solide, que la DGAP a élaborée.

## **ENGAGEMENT**

4.25 De l'avis du Groupe de travail, les problèmes relevés par l'équipe du CS Ex ne sont pas attribuables au code de déontologie, au dévouement, ni au professionnalisme du personnel de la Branche des services de santé. Avant la restructuration du Service de santé, les pourvoyeurs militaires de soins de santé n'étaient pas axés sur les services opérationnels, car ils étaient trop occupés à dispenser des soins de santé en garnison. Après la restructuration, les pourvoyeurs militaires de soins de santé étaient aux prises avec des ressources réduites pour la prestation des soins de santé en garnison; une structure de commandement impossible; un budget réduit et scruté à la loupe; un régime civil de soins de santé remanié et doté d'un effectif comprimé, alors qu'ils comptaient travailler en partenariat avec ce milieu; et des personnes encore plus malades à traiter – comme suite à la multiplicité des déploiements souvent stressants.

4.26 Le plan proposé nous procure une stratégie bien fondée en vue de la prestation de « *Soins de santé – De même qualité partout, en toutes circonstances* ».

**INCLUS 1**

**GROUPE DE TRAVAIL DU CEMD - SERVICES DE SANTÉ À L'APPUI DES FC**

- Chef d'équipe - Col Lise Mathieu, C de C/CEMD
- Participants - Col D. Read, C de C/VCEMD  
Col D. Saint-Amour, CEM/GMFC  
Col Quinn, Cmdt 41 GBC  
Lcol H. Jaeger, CEFTC  
Lcol B. O'Rourke, GMFC  
Lcol M. Roy, GMFC  
Lcol W. Franklin, FMAR(P)  
Lcol MacGregor, FMAR(A)  
Capf Slaunwhite, CS USFC (O)  
Capc H. Cunningham, 3 UIO SS Halifax  
Adjuc MacBride, FMAR(P)
- Conseillers - M. Gaston Levac, président  
Collège canadien des directeurs de services de santé  
M. Hubley, CS Ex  
M. Black, CS Ex  
M. McEachern, CS Ex  
Lcol B. Boudreau, DGAP
- Soutien - Maj P. O'Grady, GMFC  
M<sup>me</sup> J. Maloney, OEM3/CEMD

**ORDRE DES PRIORITÉS**

**1. Services à l'appui des soins de santé opérationnels 1. Mil 2. Civ**

**2. Services de prévention**

1. Médecine préventive générale – Hygiène – Désinfection – Lutte contre les insectes et animaux nuisibles – Santé publique / Programmes obligatoires	Civ Civ Civ Civ	Collectif – Mil
2. Hygiène du travail – En garnison – En déploiement	Civ 1. Civ 2. Mil	
3. Médecine opérationnelle – Médecine de l'air / de plongée – Guerre NBC – Politique / Plans	1. Mil 2. Civ 1. Mil 2. Civ Mil	
4. Contrôle des maladies infectieuses	1. Mil 2. Civ	
5. Épidémiologie / Dépistage	Civ	
6. Renseignement dans le domaine de la santé	1. Mil 2. Civ	
7. Réglementation	Civ	
8. R et D	Civ	
9. Facteurs humains / Ergonomie	Civ	
10. PHE / Catégories médicales / Examens	1. Mil 2. Civ	
11. Immunisation – Politique – R et D – Prestation – Administration du programme (dossiers, etc.)	1. Mil 2. Civ Civ Civ Civ	

**3. Traitement 1. Civ 2. Mil**

**4. Promotion de la santé Civ**

Memorandum

7055-42-2 (CRS)

13 Apr 99

Dist List

NOTIFICATION OF CRS REVIEW 0134 –  
REVIEW OF CF MEDICAL SERVICES

Ref: Meeting Gen Baril, CDS / LGen Leach, CLS/  
MGen Couture, A/ADM(HR-Mil) / MGen Penney,  
CRS 13 Jan 99

**BACKGROUND**

1. The Canadian Forces Medical Service (CFMS) has been the subject of a range of reviews over the years, including those by Chief of Review Services and the Office of the Auditor General. However, it has not been the subject of a comprehensive independent assessment since the major renewal and restructuring exercise initiated by Op Phoenix in 1994. Op Phoenix marked a significant turning point for the CFMS as the new organization was premised on a more operationally-focussed medical service that would achieve its objectives with fewer uniformed medical officers while placing a greater reliance on the civilian sector for the delivery of in-garrison care.

2. The provision of medical services to the CF in the post Op Phoenix environment is a critical component of the departmental Quality of Life initiative. It is an ongoing concern of the CF that quality medical care continues to be provided by the CFMS, recognizing that significant renewal changes have been experienced. Accordingly, CRS has been tasked to conduct a review to address those issues which impact on the provision and delivery of medical care to CF members.

Note de service

7055-42-2 (CS Ex)

Le avril 1999

Liste distr

AVIS D'EXAMEN DU CS EX 0134 –  
EXAMEN DU SERVICE DE SANTÉ DES FC

Réf : Réunion du gén Baril, CEMD/ lgén Leach,  
CEMAT/mgén Couture, SMA(RH-Mil) p.i./  
mgén Penney, CS Ex, 13 janv 99

**CONTEXTE**

1. Le Service de santé des Forces canadiennes (SSFC) a fait l'objet de divers examens au fil des ans, y compris ceux qui ont été menés par le Chef - Service d'examen et le Bureau du vérificateur général. Cependant, le Service n'a pas été l'objet d'une évaluation indépendante complète depuis l'important exercice de renouveau et de restructuration amorcé dans le cadre de l'op Phoenix en 1994. Cette opération a marqué un important tournant pour le SSFC, puisque la nouvelle organisation est fondée davantage sur les opérations et vise à atteindre ses objectifs en faisant appel à moins de médecins militaires et en confiant au secteur civil un plus grand nombre de services médicaux en garnison.

2. La prestation de services médicaux aux FC depuis la réalisation de l'op Phoenix est un élément essentiel de l'initiative du Ministère en matière de qualité de vie. Les FC tiennent à ce que des soins de santé de qualité continuent d'être fournis par le SSFC et reconnaissent que le renouveau a entraîné d'importants changements. Dans ce contexte, le CS Ex a été chargé de mener un examen pour régler les questions qui ont des répercussions sur la prestation de services de santé aux membres des FC.

## AIM and SCOPE

3. The aim of this review is to provide senior departmental management with findings, analysis and recommendations regarding the effectiveness of the CFMS and the level of care that is provided to regular force members of the CF.

4. In addition to a comprehensive review of issues which impact on the quality and delivery of CF medical care, the CRS review team has been directed to address the concept of 'continuity of care in the CFMS' and the management and administration of 'medical temporary categories'. The specific direction that has been provided to CRS is as follows:

- a. "CRS is to conduct an independent review and audit of the Canadian Forces Medical Service (CFMS)'s ability to provide continuity of care, identify areas of potential improvements and assess CFMS' ability to implement such improvements in the current context of Op Phoenix"; and
- b. "CRS is to conduct an independent audit and review of the assignment of temporary medical categories and the subsequent administrative review action with a view to recommending improvements that will better serve the CF and its members".

## BUT et PORTÉE

3. Cet examen vise à fournir à la haute direction du Ministère des conclusions, une analyse et des recommandations concernant l'efficacité du SSFC et les soins fournis aux membres de la Force régulière des FC.

4. L'équipe d'examen du CS Ex a été chargée non seulement d'examiner de façon complète les questions qui ont des répercussions sur la qualité et la prestation des soins de santé des FC, mais également de se pencher sur le concept de la «continuité des soins au sein du SSFC» et sur la gestion et l'administration des «catégories médicales temporaires». Voici les directives précises qui ont été fournies au CS Ex :

- a. Le CS Ex doit mener une vérification et un examen indépendants portant sur la capacité du Service de santé des Forces canadiennes (SSFC) d'assurer la continuité des soins, identifier les domaines qui pourraient être améliorés et évaluer la capacité du SSFC de réaliser ces améliorations en question dans le contexte de l'op Phoenix ;
- b. Le CS Ex doit mener une vérification et un examen indépendants portant sur l'attribution des catégories médicales temporaires et les mesures ultérieures d'examen administratif en vue de recommander des améliorations qui permettront de servir encore mieux les intérêts des FC et de leurs membres.

## METHODOLOGY

5. Program evaluation and review guidelines as prescribed by the Treasury Board will be adhered to in the conduct of this review. Information gathered through literature and file reviews will be augmented by the conduct of an extensive series of interviews and focus groups and consultation with health care professionals. Foreign military organizations will be contacted for their insights on the delivery of medical care services. As well, other Canadian organizations such as the RCMP, whose members are excluded from coverage under the Canada Health Act, will also be consulted during the course of this review.

## DELIVERABLES

6. An interim briefing of study findings will be provided to the Chief of the Defence Staff (CDS) in Jun 99. A draft report will be issued for OPI comments by 30 Sep 99 followed by a final report.

## TEAM MEMBERSHIP

7. The review team will be comprised as follows:

Approval Authority: MGen K.G. Penney, Chief  
Review Services  
Team Leader: Mr. Harry C. Hubley, Principal  
Team Member: Mr. Norm J. Black, Principal

## MÉTHODOLOGIE

5. Cet examen sera effectué conformément aux lignes directrices du Conseil du Trésor sur les examens et les évaluations de programme. Une série complète d'entrevues, de discussions de groupe et de consultations menées avec des professionnels des soins de santé s'ajouteront aux examens de documents et de dossiers. Des organisations militaires étrangères seront contactées afin de connaître leur point de vue sur la prestation de services médicaux. De plus, d'autres organisations canadiennes, comme la GRC, dont les membres ne bénéficient d'aucune couverture en vertu de la Loi canadienne sur la santé, seront consultées durant l'examen.

## COMPTES RENDUS

6. Un exposé sur les conclusions provisoires de l'étude sera présenté au Chef d'état-major de la Défense (CEMD) en juin 99. Un rapport provisoire sera remis au BPR d'ici le 30 sep 99 pour obtenir ses commentaires, avant la publication du rapport final.

## MEMBRES DE L'ÉQUIPE

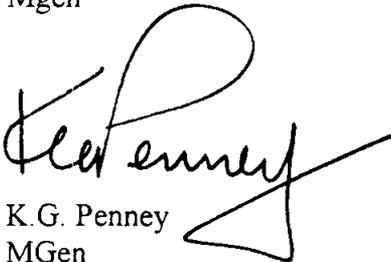
7. L'équipe d'examen sera composée des personnes suivantes :

Autorité approbatrice : Mgén K.G. Penney,  
Chef - Service d'examen  
Chef d'équipe : M. Harry C. Hubley,  
gestionnaire d'examen  
Membre d'équipe : M. Norm J. Black,  
gestionnaire d'examen

The CRS team will be augmented by consultant resources, including experts in the conduct of focus groups and advisors with health care backgrounds, in order to provide appropriate professional advice and support to the CRS team.

Des experts-conseils, y compris des spécialistes des groupes de discussion et des conseillers possédant de l'expérience dans le domaine de la santé, prêteront main-forte à l'équipe du CS Ex, en lui fournissant un soutien et des avis professionnels.

CS Ex  
Mgén



K.G. Penney  
MGen  
CRS  
995-8561

Dist List

Liste distr

Action

Exécution

VCDS  
DCDS  
ADM(Pol)  
CMS  
CLS  
CAS  
ADM(Mat)  
ADM(HR-Mil)  
ADM(HR-Civ)  
ADM(Fin CS)  
ADM(IE)  
JAG

VCEMD  
SCEMD  
SMA(Pol)  
CEMFM  
CEMAT  
CEMFA  
SMA(Mat)  
SMA(RH-Mil)  
SMA(RH-Civ)  
SMA(Fin SM)  
SMA(IE)  
JAG

Info

Info

DM  
CDS

SM  
CEMD

**ANALYSE COMPARATIVE DES SERVICES DE SANTÉ MILITAIRES**

Questions d'examen	Service de santé des Forces canadiennes	Service de santé de la FDNZ	Service de santé du ministère de la Défense du R.-U.	Service de santé du ministère de la Défense des É.-U.
<p><b>Taux de conservation de l'effectif des médecins militaires</b></p>	<p>Taux d'attrition de 80 p. 100 des MM généralistes une fois terminé leur service obligatoire</p>	<p>Les élèves-officiers en médecine quittent généralement la FDNZ à l'issue de leur service obligatoire. Les médecins militaires spécialistes sont embauchés pour des périodes contractuelles précises.</p>		<p>Taux d'attrition annuel de 11 p. 100 pour les officiers des soins de santé Taux d'attrition de 40 p. 100 après le service obligatoire, c'est-à-dire un an et demi de service par année de formation en médecine. La disponibilité des médecins militaires s'améliore, car les Forces sont perçues comme une solution attrayante au « régime de soins gérés » et des MM réservistes s'engagent en vertu de contrats à plus long terme.</p>
<p><b>Prestation de soins médicaux «en temps de paix» en garnison</b></p>	<p>Les soins en garnison sont tout aussi importants que la médecine opérationnelle et l'entraînement aux opérations. Les commandants des bases exercent la responsabilité hiérarchique de la prestation des soins en garnison, lesquels sont financés par le cmdt GMFC. Le DGSS exerce la responsabilité fonctionnelle de la norme et de la qualité des soins dispensés. Les ressources médicales sont principalement des médecins civils sous la coordination d'un CSS et elles sont renforcées par des effectifs militaires lorsqu'ils sont disponibles. Le Programme de pourvoyeurs</p>	<p>Un service de santé intégré est offert et comprend le soutien médical opérationnel et non opérationnel. Il s'agit d'un service de soins primaires; la gestion et l'orientation des patients se font vers le réseau public/privé de la santé de la N.-Z. pour ce qui est des soins secondaires et de niveau supérieur. Le service de santé opérationnel est en uniforme et apte à se déployer. Le service de santé non opérationnel est à la fois militaire et civil.</p>	<p>Depuis la récente restructuration, les services médicaux en garnison sont dispensés dans des hôpitaux civils. En vertu d'un accord conclu avec le National Health Service de la Grande-Bretagne, le ministère de la Défense a créé des unités de santé (MDHU) dans une douzaine d'hôpitaux civils. Ces unités sont dotées de personnel médical militaire. Les ressources excédentaires sont partagées avec le National Health Service.</p>	<p>Le ministère de la Défense exploite l'un des plus gros régimes de soins du pays. En effet, 8,3 millions de personnes sont admissibles au Military Health Services System (MHSS). Pour maintenir l'état de préparation au combat tout en fournissant les meilleurs soins possibles à toutes les personnes admissibles, le ministère de la Défense a mis en place le TRICARE, un programme de soins gérés à l'intention des militaires en service actif ou à la retraite et de leurs familles. Le programme TRICARE réunit les ressources en soins de santé de l'Armée de terre, de la Marine et de la Force</p>

Questions d'examen	Service de santé des Forces canadiennes	Service de santé de la FDNZ	Service de santé du ministère de la Défense du R.-U.	Service de santé du ministère de la Défense des É.-U.
	<p>désignés accroîtra le recours au réseau civil de la santé aux fins de la prestation de ces soins.</p>			<p>aérienne et les complète par des réseaux de professionnels civils de la santé, de manière à assurer l'accès à des services de qualité tout en maintenant la capacité d'appuyer les opérations militaires. Tous les membres en service actif sont inscrits au régime TRICARE Prime, qui garantit l'accès en temps opportun aux centres de traitement militaires ou au réseau de pourvoyeurs civils. On attribue à chaque membre des Forces un gestionnaire des soins primaires, qui est un professionnel de la santé ou une équipe médicale à qui les patients s'adressent en premier lieu pour obtenir des soins. Les gestionnaires des soins primaires sont appuyés par des spécialistes militaires et civils, que les patients consultent s'ils ont besoin de soins particuliers. Les coûts per capita des soins de santé du ministère de la Défense s'élèvent à 1 807 \$US.</p>

Questions d'examen	Service de santé des Forces canadiennes	Service de santé de la FDNZ	Service de santé du ministère de la Défense du R.-U.	Service de santé du ministère de la Défense des É.-U.
Continuité des soins	<p>Le membre des FC peut choisir son MM lorsqu'il est pratique de le faire, tel que le stipule la politique. Le PPD procurera au membre des FC l'accès à un même pourvoyeur de soins.</p> <p>Une plus grande dépendance à l'égard des médecins civils et du réseau public de la santé favorise la continuité des traitements.</p> <p>On accorde beaucoup d'importance à l'exhaustivité et à la disponibilité des dossiers médicaux.</p>	<p>La continuité des soins s'améliore parce qu'on fait un usage accru de personnel civil dans les centres de traitement, que l'on augmente la stabilité des effectifs et que l'on veille à ce que les dossiers cliniques soient exhaustifs.</p> <p>L'administration des services de santé veille à ce que les notes cliniques soient complètes, aisément accessibles et justifiées. Les affectations du personnel ont été prolongées.</p>	<p>Le Service de santé de la Défense met en oeuvre un système interarmées de renseignements médicaux qui comprend une banque de données centrale servant à stocker les renseignements médicaux et les catégories médicales. Grâce à des interfaces, le personnel médical peut mettre à jour les données sur l'état de santé des militaires. Le système d'approvisionnement de la santé utilisera la base de données pour améliorer son réseau de distribution et l'Agence d'épidémiologie de la Défense se servira des données pour étudier certaines questions de santé dans le contexte militaire.</p>	<p>Dans le cadre du programme TRICARE, un gestionnaire des soins primaires (GSP) est assigné à chaque militaire et sert de point de contact pour les soins de santé non urgents. Les militaires peuvent choisir un GSP dans un hôpital ou une clinique militaire, ou encore un professionnel civil qui est membre du réseau TRICARE retenu dans la communauté. Les GSP dispensent et coordonnent les soins, veillent à ce que les dossiers soient tenus à jour et recommandent des services de prévention et de mieux-être. Le GSP prend aussi des dispositions afin que les patients puissent consulter un spécialiste ou être hospitalisés s'il y a lieu.</p>
Administration des catégories médicales temporaires	<p>On attribue une catégorie médicale lorsque l'état de santé du militaire l'empêche d'exécuter ses fonctions dans les FC. Les catégories médicales visent à éviter que le militaire se blesse davantage pendant qu'il se rétablit et à garantir l'efficacité opérationnelle de l'équipe militaire. Deux catégories médicales d'une durée de six mois peuvent être attribuées à l'échelle locale avant que le dossier ne soit soumis au QG pour qu'on y donne suite. Les retards prolongés qu'accusent l'attribution et l'examen des catégories se répercutent sur la disponibilité des effectifs.</p>	<p>Le Service de santé de la FDNZ est principalement le service de médecine du travail. Les militaires qui ne respectent pas les normes de santé parce qu'ils sont blessés ou malades ou qui échouent à l'examen médical quadrimestriel voient leurs fonctions restreintes par l'attribution d'une cote médicale. Les personnes ainsi classées sont administrées au cas par cas et leur dossier est évalué à intervalles réguliers. Si le problème de santé est à long terme, on étudie la possibilité que le militaire serve avec des restrictions ou qu'il soit libéré pour des raisons médicales, généralement au choix de l'intéressé.</p>		<p>On peut placer les militaires visés en service limité pendant une période de six à douze mois et restreindre leurs fonctions. On les affecte à une «compagnie en service limité» où l'on surveille étroitement leur rétablissement. Au bout de 12 mois, on réévalue leur situation de carrière.</p> <p>Un bon nombre des militaires en service limité sont des patients qui éprouvent des problèmes socio/psychologiques.</p>

<b>Questions d'examen</b>	<b>Service de santé des Forces canadiennes</b>	<b>Service de santé de la FDNZ</b>	<b>Service de santé du ministère de la Défense du R.-U.</b>	<b>Service de santé du ministère de la Défense des É.-U.</b>
<p><b>Liens entre les soins de santé dispensés en garnison et «en opération»</b></p>	<p>La proportion de l'effectif du GMFC par rapport à l'effectif global est de 917/2071. Depuis 1998, on accorde aux soins de santé en garnison la même priorité que les soins médicaux opérationnels et l'instruction en vue des déploiements opérationnels.</p>	<p>Il est reconnu que le Service de santé de la FDNZ est un service de médecine du travail. Il veille à ce que le personnel soit apte au service et ne compte donc aucun service de santé «non opérationnel». D'après les coûts d'immobilisations, de personnel et de fonctionnement, 48 p. 100 des ressources sont attribuées au secteur opérationnel et 52 p. 100 aux services de santé non opérationnels.</p>		<p>La mission médicale du ministère de la Défense des É.-U. consiste à fournir des services de santé et à appuyer les forces armées durant les opérations militaires et à dispenser des services de santé et de soutien à ses membres, à leurs familles et aux autres personnes autorisées. La préparation à la prestation du soutien nécessaire fait partie intégrante de la mission du Ministère. Le régime TRICARE, qui permet de renforcer les centres de traitement militaires grâce à des ressources et à des professionnels de la santé venant d'organisations médicales civiles, fait en sorte qu'un grand nombre d'unités médicales sont prêtes à appuyer les forces militaires. La disponibilité de MM réservistes pour les déploiements ou pour occuper temporairement les postes à l'échelle nationale simplifie le soutien des opérations militaires.</p>

Questions d'examen	Service de santé des Forces canadiennes	Service de santé de la FDNZ	Service de santé du ministère de la Défense du R.-U.	Service de santé du ministère de la Défense des É.-U.
<p><b>Maintien des compétences en médecine</b></p>	<p>Réalisé grâce à l'intégration aux établissements du réseau civil, à la formation médicale continue, à des conférences et à des cours militaires spécialisés. Formation offerte dans le cadre du Programme de maintien de la compétence (MOCOMP) aux spécialistes et au personnel infirmier. Les adjoints médicaux recevront la formation des infirmiers auxiliaires autorisés et la formation en soins médicaux d'urgence.</p>	<p>Il s'agit d'une priorité de la FDNZ. Les chirurgiens et les anesthésistes sont embauchés à contrat pour des périodes de un à trois ans, de sorte que leurs compétences cliniques sont à jour et qu'ils sont accessibles pour les déploiements. Les médecins militaires ont droit à 22 jours ouvrables de congé clinique par année, auxquels s'ajoutent des conférences, des séminaires et des cours.</p>	<p>La création des unités de santé du ministère de la Défense vise à exposer les médecins militaires à une gamme élargie de dossiers médicaux, y compris les traumas et d'autres spécialités. On s'attend que les membres du personnel médical venant de ces établissements acquièrent une plus vaste expérience des situations fréquentes en déploiement opérationnel.</p>	<p>Le ministère de la Défense des É.-U. utilise les services de la Uniformed Services University of Health Services (Batesda Md.) pour former les médecins militaires, à un coût de 300 p. 100 supérieur à la formation dans une université civile. Il accorde une grande importance aux études supérieures en médecine (GME) et à la prestation de services à une vaste gamme de patients autres que des militaires en service actif. Le coefficient des patients traités est de 4:1 en faveur des non-membres du personnel en service actif. Les compétences en trauma sont maintenues grâce à des partenariats conclus avec des hôpitaux généraux communautaires. La restructuration organisationnelle a eu pour effet de stipuler le nombre d'heures par année qu'un MIM recevra en formation dans chaque domaine de spécialité.</p>
<p><b>Satisfaction des militaires à l'égard de leur service de santé</b></p>	<p>Selon les commentaires reçus des groupes de discussion, 44 p. 100 des répondants sont personnellement satisfaits des traitements reçus du SSFC et 70 p. 100 sont satisfaits du SSFC en tant que pourvoyeur de soins médicaux. Les questions soulevées durant les audiences du CPDNAC sur la qualité</p>	<p>Les données non scientifiques indiquent que la qualité des services de santé de la FDNZ est généralement acceptée. Les soins médicaux sont une priorité organisationnelle car ils ont des répercussions directes sur le moral des effectifs. Certaines attitudes montrent qu'on a des attentes irréalistes face à l'obtention de soins médicaux complets.</p>		<p>Les sondages réalisés en 1997 sur les «soins gérés» (TRICARE) indiquent que 16 p. 100 sont mécontents de l'accès aux soins de santé, mais qu'un fort pourcentage des répondants sont satisfaits de la qualité des soins. La mise en place du régime TRICARE a établi des normes rigoureuses d'accès aux</p>

Questions d'examen	Service de santé des Forces canadiennes	Service de santé de la FDNZ	Service de santé du ministère de la Défense du R.-U.	Service de santé du ministère de la Défense des É.-U.
Stratégies visant à renforcer la prestation des soins de santé aux militaires	<p>de vie indiquent un certain mécontentement et niveau de préoccupation à l'égard des services reçus du SSFC.</p> <p>La mise en place d'honoraires compétitifs à l'intention des professionnels de la santé vise à apaiser les préoccupations des MM.</p> <p>La mise en oeuvre du PPD simplifiera l'accès au réseau civil et améliorera la continuité des soins en garnison.</p>	<p>sans égard à l'ordre de priorité des ressources et au fait que les décisions médicales sont basées sur les besoins en santé et non sur les désirs. La FDNZ ne fournit pas à ses membres des soins médicaux complets, mais des soins médicaux exhaustifs.</p> <p>La FDNZ a réalisé un examen sur les services de santé de la Défense qui accentue les résultats souhaités et les services essentiels. L'objectif consiste à délimiter clairement les ressources et à évaluer la possibilité de recourir à des services externes là où ils sont rentables.</p>	<p>Les unités de santé du ministère de la Défense visent à améliorer la disponibilité et la qualité des soins médicaux offerts aux patients militaires en uniformisant la prestation des services. Les établissements visent à garantir que le personnel médical militaire reçoive suffisamment de formation et d'heures de pratique dans ses domaines de spécialité. Le système de technologie de l'information du chef du service de santé vise à renforcer la prestation des soins médicaux aux militaires en leur garantissant des soins plus uniformes que l'on ne pourrait dispenser à une population civile moins mobile.</p>	<p>soins et des temps d'attente pour les rendez-vous, les tests de diagnostic et les examens. Ces normes ne sont pas toujours respectées.</p> <p>La demande en soins de santé a commencé à dépasser la capacité des réseaux de prestation – outre l'accroissement des coûts de la santé et la nécessité de maintenir une équipe de professionnels de la santé dûment formée et prête à appuyer les militaires en temps de paix ou de combat. Le réseau TRICARE a été mis en place pour relever le défi du maintien de l'état de préparation au combat des ressources de la santé et pour assurer des soins de santé de qualité aux personnes admissibles. Le 7 juin 1999, la Maison Blanche a demandé au ministère de la Défense de prendre des mesures en vue de la mise en oeuvre d'un programme de contrôle du stress de combat et d'élargir l'aspect communautaire d'un programme de prévention du suicide.</p>

**Ressources médicales du SSFC en 1998-1999**

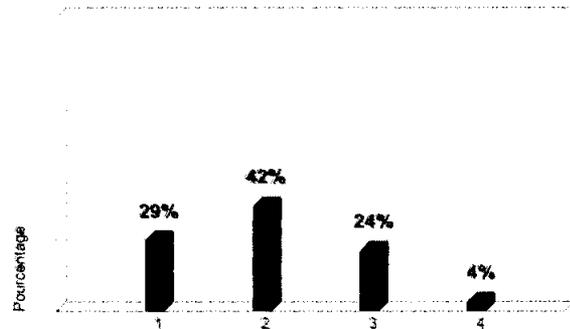
<b>CGPM</b>	<b>Groupe professionnel militaire</b>	<b>NPD</b>
58	Travailleurs sociaux	33
57	Infirmiers	232
56	Officiers des sciences biologiques	18
55	Médecins militaires	212
54	Pharmaciens	44
52	Officiers du service de santé	55
49	Physiothérapeutes	10
48	Administrateurs des soins de santé	123
711	Adjoints médicaux	1 113
713	Techniciens de salle d'opération	29
714	Techniciens de laboratoire médical	26
715	Techniciens en radiologie	26
716	Techniciens en médecine préventive	76
718	Techniciens biomédicaux	18
719	Conseillers techniques des services de santé	36
731	Techniciens en médecine aéronautique	20
	<b>TOTAL</b>	<b>2 071</b>

Le niveau de soins médicaux auquel les membres des FC sont admissibles est suffisamment clair et précis.

1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec cet énoncé.

A- Le niveau de soins médicaux auquel les membres des FC sont admissibles est suffisamment clair et précis.

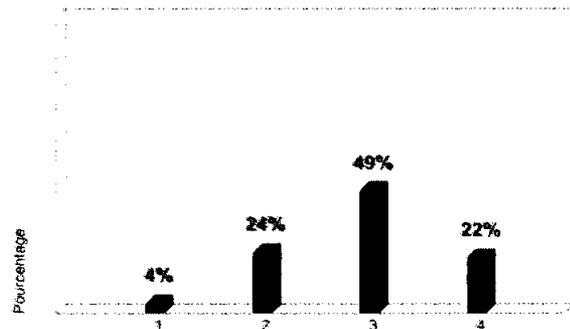


Il faut influencer les médecins praticiens des FC sur les questions liées au soin des malades afin de répondre aux besoins opérationnels des FC.

1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec cet énoncé.

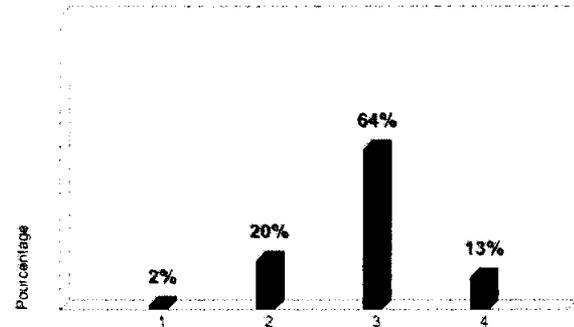
B- Il faut influencer les médecins praticiens des FC sur les questions liées au soin des malades afin de répondre aux besoins opérationnels des FC.



1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec cet énoncé?

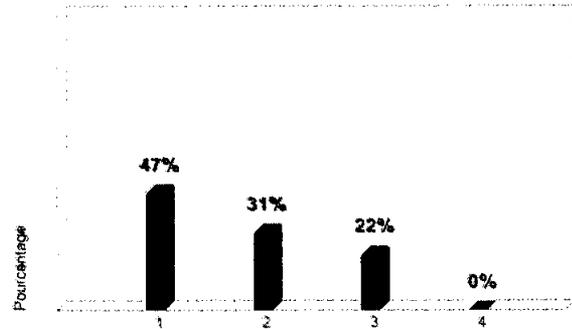
D- La chaîne de commandement devrait jouer un rôle plus important dans la surveillance et la gestion des personnes à qui un PMT est attribué.



1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec cet énoncé?

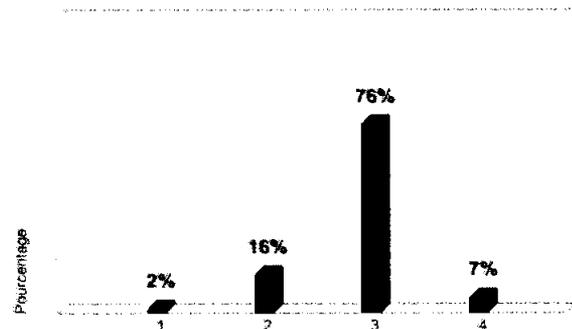
A- Le traitement administratif des profils médicaux temporaires fonctionne généralement très bien.



1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec cet énoncé?

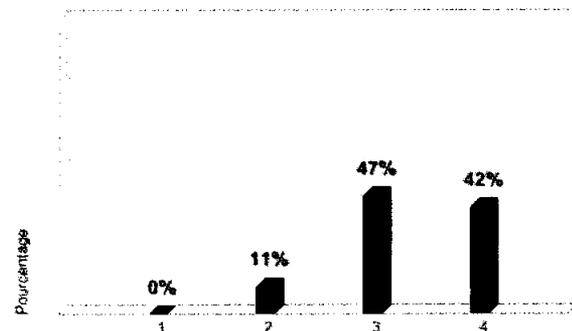
B- Les militaires ayant un PMT sont parfois considérés comme faisant un usage abusif du régime et peuvent être mis à l'index par leurs unités.



1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec cet énoncé?

C- La chaîne de commandement devrait jouer un rôle plus important dans la surveillance et la gestion des personnes à qui un PMT est attribué.

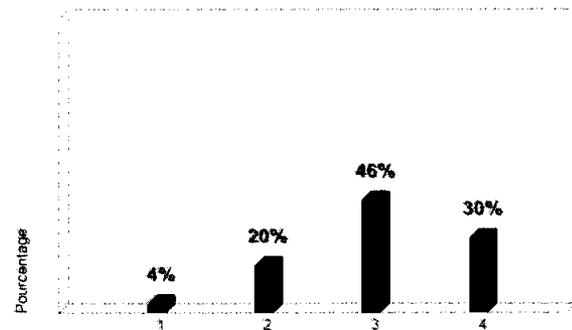


Le « suivi des soins » fourni par le SSFC influe sur la capacité opérationnelle des FC.

1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec cet énoncé?

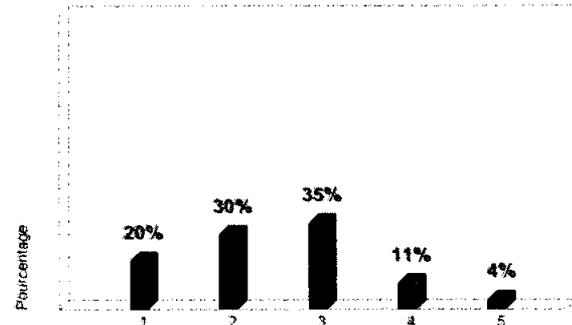
G- Le « suivi des soins » fourni par le SSFC influe sur la capacité opérationnelle des FC.



Dans les FC, le suivi des soins :

1. est de qualité inacceptable pour les membres des FC.
2. laisse beaucoup à désirer par rapport à ce qui est offert dans le secteur civil.
3. laisse à désirer par rapport à ce qui est offert dans le secteur civil.
4. se compare avec ce qui est offert dans le secteur civil.
5. est aussi bon qu'il peut l'être compte tenu de la grande mobilité des fournisseurs de services médicaux et des patients des FC.

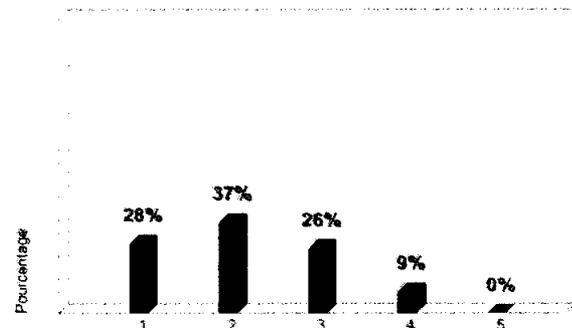
H- Dans les FC, le suivi des soins :



**Je décrirais l'aspect administratif de la prestation des services médicaux comme suit.**

1. Il répond si peu aux besoins des membres des FC que c'est pénible pour les malades.
2. Il ne répond pas aux besoins des membres des FC.
3. Il ne répond pas tout à fait aux besoins des membres des FC.
4. Il répond bien aux besoins des membres des FC.
5. Il répond très bien aux besoins des membres des FC.

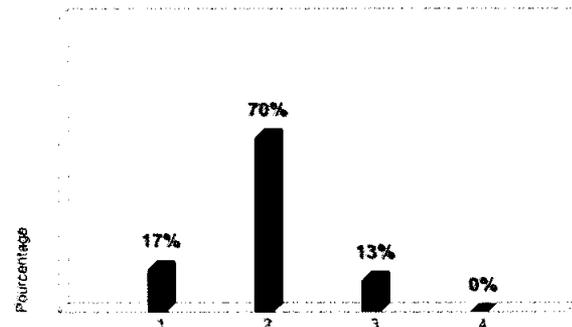
**D- Je décrirais l'aspect administratif de la prestation des services médicaux comme suit.**



**À mon avis, le degré de volonté des FC de répondre aux besoins en soins de santé de leurs membres :**

1. ne répond absolument pas aux besoins des membres des FC.
2. ne répond pas tout à fait aux besoins des membres des FC.
3. répond aux besoins des membres des FC.
4. répond très bien aux besoins des membres des FC.

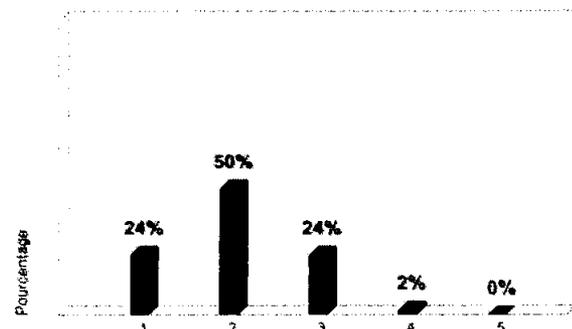
**E- À mon avis, le degré de volonté des FC de répondre aux besoins en soins de santé de leurs membres :**



**À mon avis, le degré d'énergie investi par les FC en vue de répondre aux besoins en soins de santé des membres des FC est :**

1. inadmissible.
2. faible.
3. acceptable.
4. élevé.
5. très élevé.

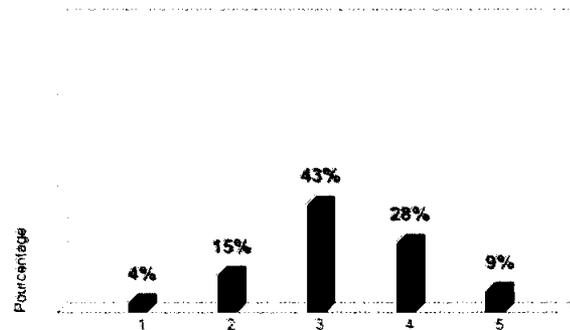
**F- À mon avis, le degré d'énergie investi par les FC en vue de répondre aux besoins en soins de santé des membres des FC est :**



Par rapport à ce qui est offert au niveau provincial, la qualité des soins de santé fournis aux membres des FC est :

1. de beaucoup inférieure.
2. inférieure.
3. à peu près identique.
4. supérieure.
5. de beaucoup supérieure.

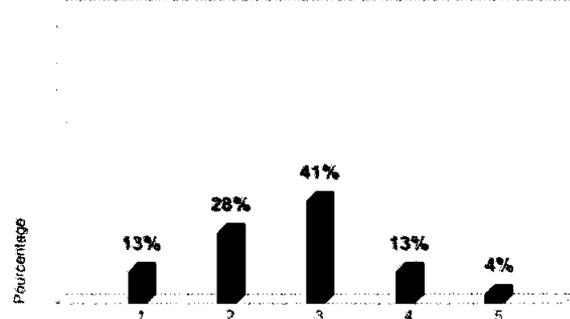
A- Par rapport à ce qui est offert au niveau provincial, la qualité des soins de santé fournis aux membres des FC est :



À mon avis, la qualité des soins de santé reçus par les membres des FC :

1. ne répond absolument pas aux besoins des membres des FC si bien que les patients sont en danger.
2. ne répond pas aux besoins des membres des FC.
3. ne répond pas tout à fait aux besoins des membres des FC.
4. répond aux besoins des membres des FC.
5. dépasse les besoins des membres des FC.

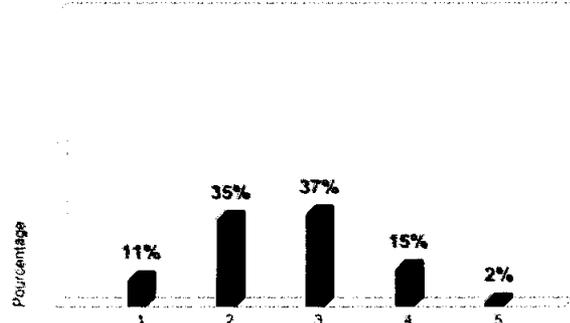
B- À mon avis, la qualité des soins de santé reçus par les membres des FC :



À mon avis, les services médicaux sont fournis dans un délai qui:

1. ne répond absolument pas aux besoins des membres des FC si bien que les patients sont en danger.
2. ne répond pas aux besoins des membres des FC.
3. ne répond pas tout à fait aux besoins des membres des FC.
4. répond aux besoins des membres des FC.
5. dépasse les besoins des membres des FC.

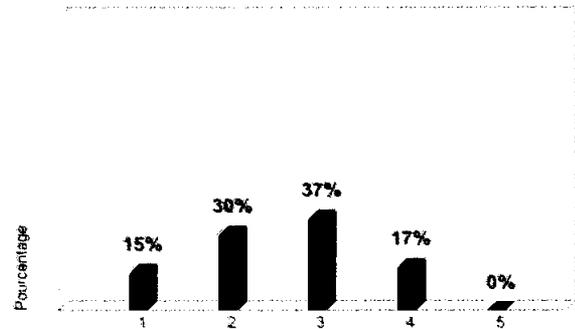
C- À mon avis, les services médicaux sont fournis dans un délai qui:



À mon avis, la capacité du SSFC de fournir les soins médicaux nécessaires pour les opérations des FC est:

1. faible.
2. moins qu'acceptable.
3. acceptable.
4. élevée.
5. très élevée.

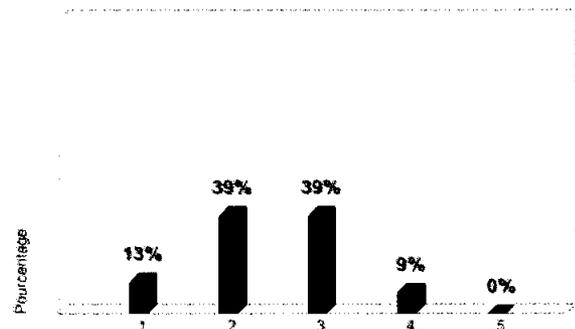
D- À mon avis, la capacité du SSFC de fournir les soins médicaux nécessaires pour les opérations des FC est:



À mon avis, la capacité du SSFC de fournir des soins de santé de qualité aux membres des FC est :

1. faible.
2. moins qu'acceptable.
3. acceptable.
4. élevée.
5. très élevée.

E- À mon avis, la capacité du SSFC de fournir des soins de santé de qualité aux membres des FC est :

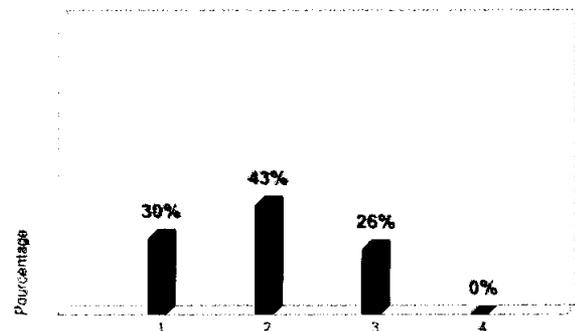


En ce qui concerne la structure de commandement et de contrôle du SSFC, il est facile de savoir de qui relèvent les divers services médicaux.

1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec l'énoncé ci-dessus.

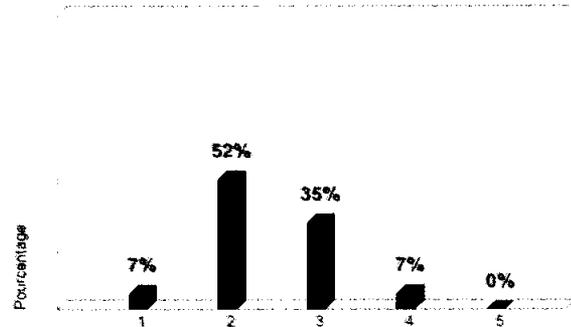
F- En ce qui concerne la structure de commandement et de contrôle du SSFC, il est facile de savoir de qui relèvent les divers services médicaux.



Comment coteriez-vous la sensibilité du système de santé aux besoins des membres des FC en tant que patients?

1. Loin d'être assez sensible.
2. Pas assez sensible.
3. Suffisamment sensible.
4. Tout à fait sensible.
5. Très sensible.

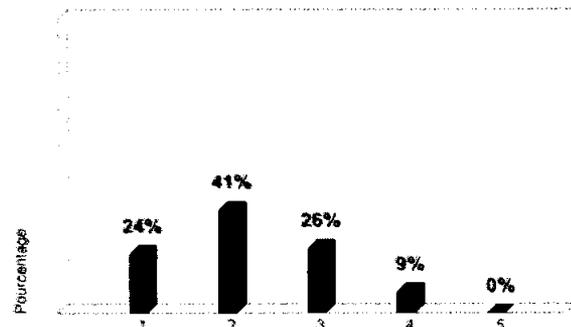
A- Comment coteriez-vous la sensibilité du système de santé aux besoins des membres des FC en tant que patients?



Comment coteriez-vous l'aptitude des soins de santé offerts par les FC à répondre aux besoins des commandants et autres chefs ayant des engagements à respecter sur les plans des opérations et de l'instruction?

1. Loin d'être assez sensible.
2. Pas assez sensible.
3. Suffisamment sensible.
4. Tout à fait sensible.
5. Très sensible.

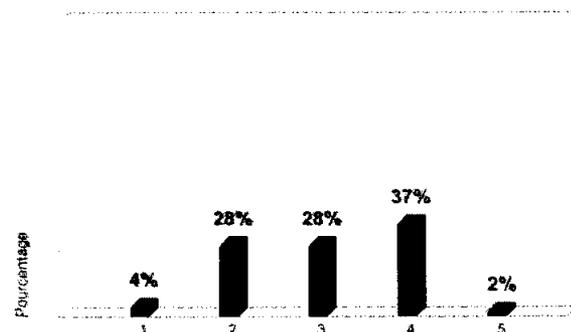
B- Comment coteriez-vous l'aptitude des soins de santé offerts par les FC à répondre aux besoins des commandants et autres chefs ayant des engagements à respecter sur les plans des opérations et de l'instruction?



Dans quelle mesure le SSFC vous aide-t-il à remplir les missions et à jouer les rôles qu'on vous assigne?

1. Le SSFC m'empêche d'accomplir les missions et de jouer les rôles qui me sont assignés.
2. Le SSFC me nuit dans une certaine mesure.
3. Le SSFC ne m'aide pas, mais ne me nuit pas non plus.
4. Le SSFC m'aide.
5. Le SSFC m'aide beaucoup.

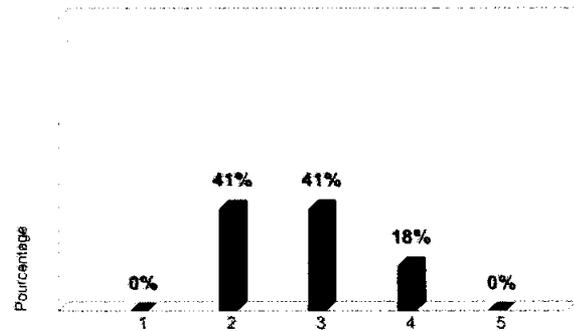
C- Dans quelle mesure le SSFC vous aide-t-il à remplir les missions et à jouer les rôles qu'on vous assigne?



Comment décriez-vous la qualité des soins de santé fournis aux FC par le SSFC?

1. Très mauvaise.
2. Moins qu'acceptable.
3. Acceptable.
4. Bonne.
5. Excellente.

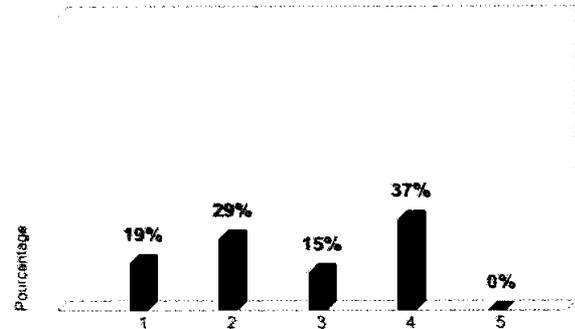
A- Comment décriez-vous la qualité des soins de santé fournis aux FC par le SSFC?



Mon moral en tant que fournisseur de services médicaux dans les FC est :

1. extrêmement bas.
2. un peu bas.
3. ni haut ni bas.
4. bon.
5. excellent.

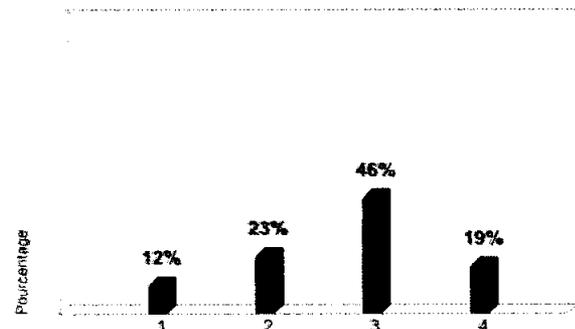
A- Mon moral en tant que fournisseur de services médicaux dans les FC est :



Voici dans quelle mesure mon moral influe sur l'exécution de mes tâches cliniques.

1. Il n'influe pas du tout.
2. Il influe un peu.
3. Il influe dans une certaine mesure.
4. Il influe beaucoup.

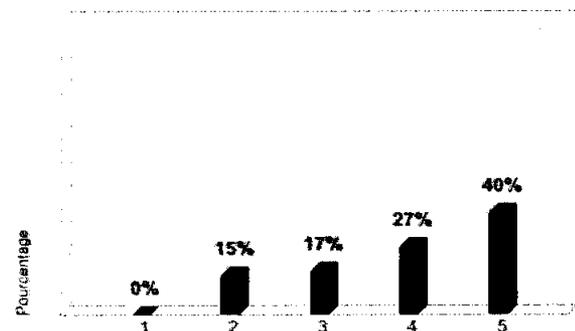
B- Voici dans quelle mesure mon moral influe sur l'exécution de mes tâches cliniques.



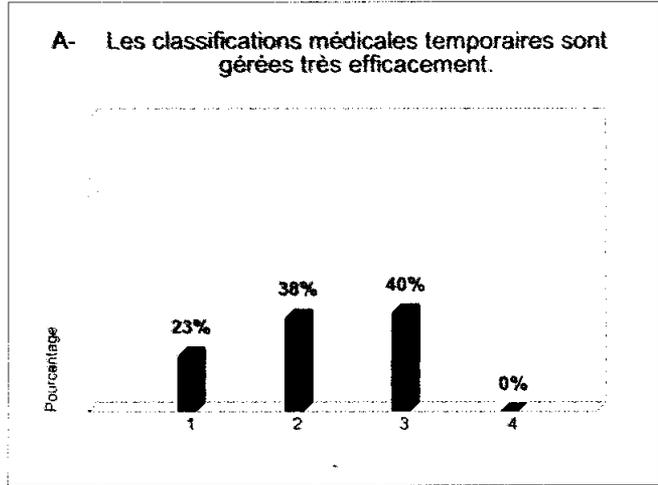
Il arrive que les décisions de la chaîne de commandement ne concordent pas avec les recommandations d'ordre médical.

1. Jamais.
2. Très peu souvent.
3. Rarement.
4. Plusieurs fois par année.
5. Plus de plusieurs fois par année.

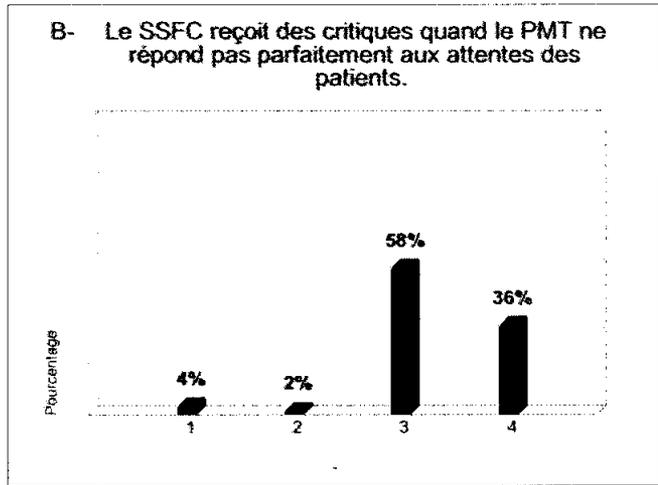
C- Il arrive que les décisions de la chaîne de commandement ne concordent pas avec les recommandations d'ordre médical.



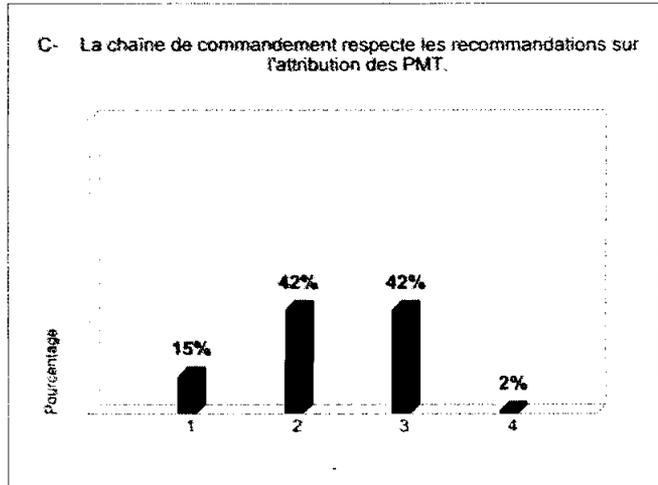
1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Entièrement d'accord



1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Entièrement d'accord



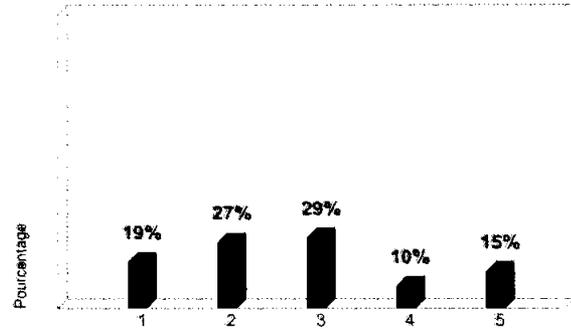
1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Entièrement d'accord



**Lequel des énoncés ci-dessous décrit le mieux le «suivi des soins» dans les FC?**

1. Le suivi des soins est d'une qualité inadmissible pour les membres des FC.
2. Le suivi des soins laisse beaucoup à désirer par rapport à ce qui est offert dans le secteur civil.
3. Le suivi des soins laisse à désirer par rapport à ce qu'il est possible d'obtenir dans le secteur civil.
4. Le suivi des soins se compare à ce qui est offert dans le secteur civil.
5. Le suivi des soins est d'aussi bonne qualité qu'il peut l'être compte tenu de la grande mobilité des fournisseurs de services médicaux et des patients des FC.

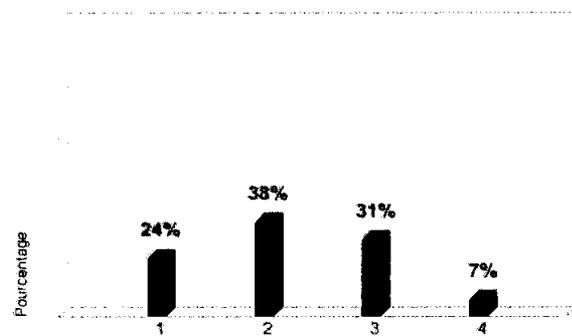
**A- Lequel des énoncés ci-dessous décrit le mieux le «suivi des soins» dans les FC?**



À mon avis, l'importance qu'accordent les FC à la satisfaction des besoins médicaux de leurs membres :

1. répond très peu aux besoins des membres des FC.
2. ne répond pas aux besoins des membres des FC.
3. répond bien aux besoins des membres des FC.
4. répond très bien aux besoins des membres des FC.

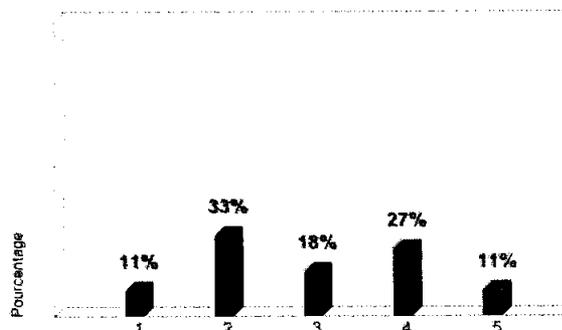
G- À mon avis, l'importance qu'accordent les FC à la satisfaction des besoins médicaux de leurs membres :



Je sais quel niveau ou degré de qualité de soins de santé les FC souhaitent que je fournisse.

1. Ce n'est pas du tout clair.
2. Ce n'est pas toujours clair ou bien articulé.
3. C'est à peu près clair.
4. C'est bien compris, mais non exprimé de façon explicite.
5. C'est très clair et très bien défini.

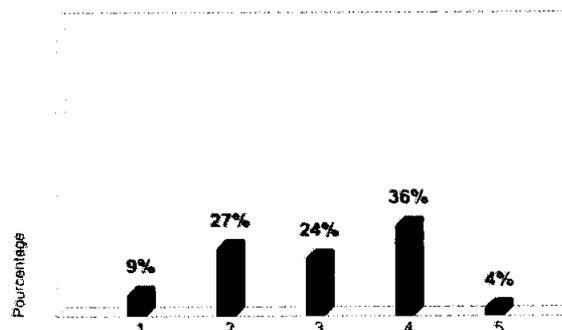
D- Je sais quel niveau ou degré de qualité de soins de santé les FC souhaitent que je fournisse.



À mon avis, la prestation des services médicaux se fait dans un délai :

1. ne répondant absolument pas aux besoins des membres des FC, ce qui met les patients en danger.
2. ne répondant pas aux besoins des membres des FC.
3. répondant à peine aux besoins des membres des FC.
4. répondant aux besoins des membres des FC.
5. dépassant les besoins des membres des FC.

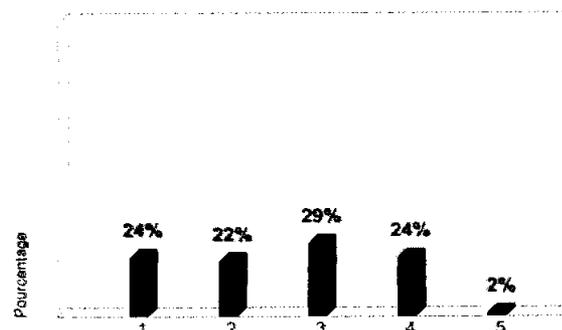
E- À mon avis, la prestation des services médicaux se fait dans un délai :



Voici comment je décrirais l'aspect administratif de la prestation des services médicaux.

1. Il ne répond absolument pas aux besoins des membres des FC, ce qui est pénible pour les patients
2. Il ne répond pas aux besoins des membres des FC.
3. Il répond à peine aux besoins des membres des FC.
4. Il répond aux besoins des membres des FC.
5. Il répond très bien aux besoins des membres des FC.

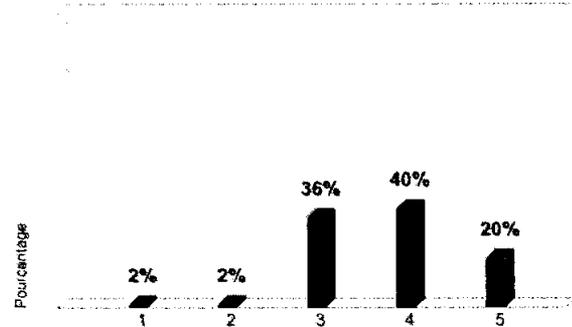
F- Voici comment je décrirais l'aspect administratif de la prestation des services médicaux.



Le degré de confiance que m'inspire la prestation des traitements médicaux et des services de soins aux malades relevant de moi est :

1. peu élevé.
2. moins que pleinement acceptable.
3. acceptable.
4. élevé.
5. très élevé.

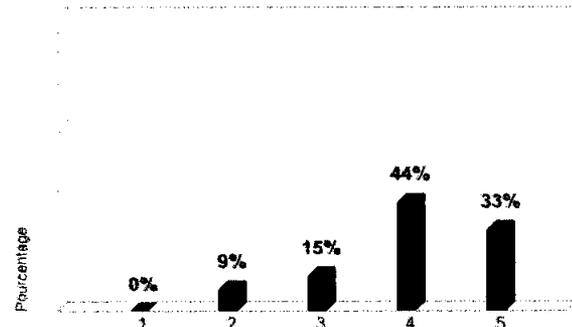
A- Le degré de confiance que m'inspire la prestation des traitements médicaux et des services de soins aux malades relevant de moi est :



Par rapport à ce qui est offert aux autres Canadiens par les provinces, le niveau de soins de santé fourni aux membres des FC est :

1. de beaucoup inférieur.
2. inférieur.
3. à peu près identique.
4. supérieur.
5. de beaucoup supérieur.

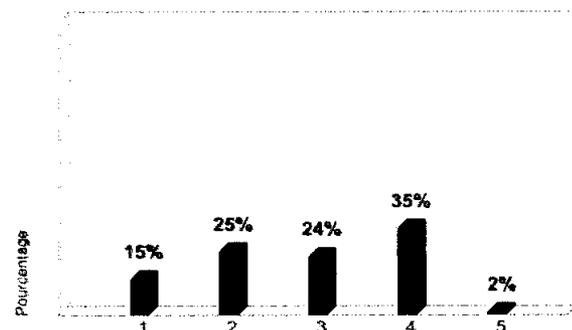
B- Par rapport à ce qui est offert aux autres Canadiens par les provinces, le niveau de soins de santé fourni aux membres des FC est :



Je décrirais la qualité des soins de santé que reçoivent les membres des FC comme étant :

1. ne répondant absolument pas aux besoins des membres des FC, ce qui met les patients en danger.
2. ne répondant pas aux besoins des membres des FC.
3. répondant à peine aux besoins des membres des FC.
4. répondant aux besoins des membres des FC.
5. dépassant les besoins des membres des FC.

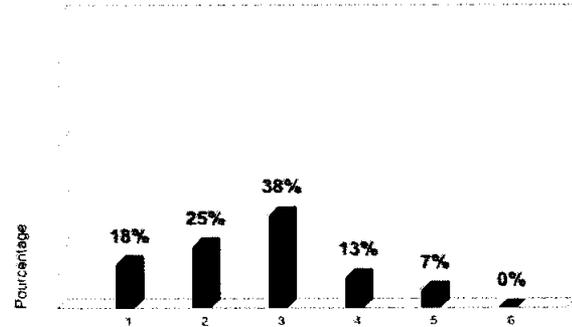
C- Je décrirais la qualité des soins de santé que reçoivent les membres des FC comme étant :



Pour ce qui est de prêter attention aux besoins du personnel médical des FC sur le plan de l'avancement professionnel, les FC :

1. ne font aucun effort.
2. font un effort très faible.
3. font un effort à peu près inadmissible.
4. font un effort acceptable.
5. font un bon effort.
6. font un excellent effort.

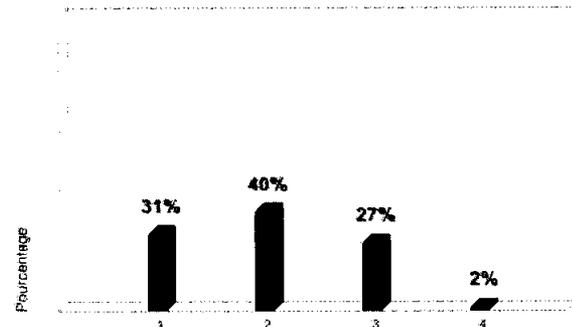
G- Pour ce qui est de prêter attention aux besoins du personnel médical des FC sur le plan de l'avancement professionnel, les FC :



Quel succès obtiennent les FC pour ce qui est d'offrir des possibilités d'avancement aux membres de votre GPM?

1. Absolument aucun.
2. Aucun.
3. Un certain succès.
4. Beaucoup.

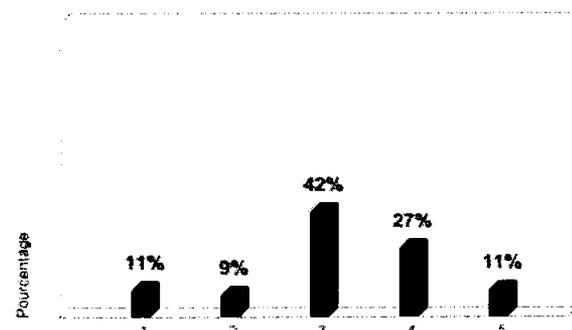
H- Quel succès obtiennent les FC pour ce qui est d'offrir des possibilités d'avancement aux membres de votre GPM?



Les occasions de servir au cours de déploiements opérationnels :

1. sont loin d'être assez nombreuses.
2. ne sont pas assez nombreuses.
3. sont à peu près suffisantes.
4. sont plus élevées qu'elles devraient l'être.
5. sont beaucoup plus élevées qu'elles devraient l'être.

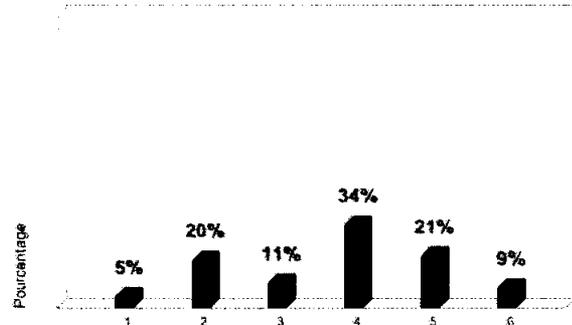
I- Les occasions de servir au cours de déploiements opérationnels :



Le deuxième aspect le plus satisfaisant du soin des malades dans les FC est le suivant :

1. la compensation financière.
2. fournir un service de grande qualité aux membres des FC.
3. servir son pays.
4. contribuer à sauver la vie de ceux qui ont choisi de servir leur pays.
5. les possibilités de formation.
6. autre.

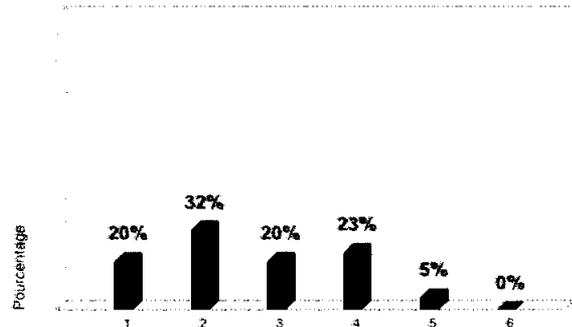
D- Le deuxième aspect le plus satisfaisant du soin des malades dans les FC est le suivant :



Voici quel est l'aspect le plus frustrant de la prestation de soins de santé dans les FC.

1. Répondre aux attentes élevées des patients, qui sont fondées sur le passé, avec les ressources d'aujourd'hui.
2. S'occuper des malades exigeant des soins courants en garnison tout en devant maintenir sa compétence professionnelle, deux exigences concurrentielles.
3. Travailler dans des conditions où le moral est souvent bas.
4. S'efforcer de faire ce qui est le mieux pour le patient tout en répondant aux besoins du commandant de l'unité, deux exigences concurrentielles.
5. L'incapacité de recevoir une formation continue dans le domaine des soins de santé.
6. Autre.

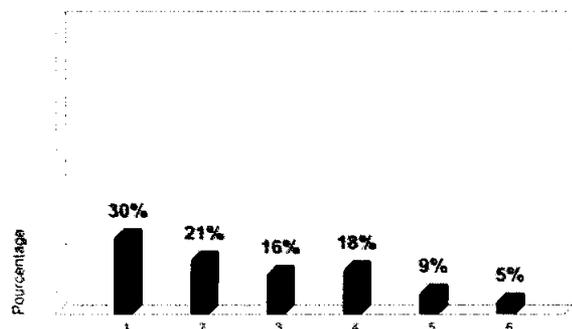
E- Voici quel est l'aspect le plus frustrant de la prestation de soins de santé dans les FC.



Voici quel est le deuxième aspect le plus frustrant de la prestation des soins de santé dans les FC.

1. Répondre aux attentes élevées des patients, qui sont fondées sur le passé, avec les ressources d'aujourd'hui.
2. S'occuper des malades exigeant des soins courants en garnison tout en devant maintenir sa compétence professionnelle, deux exigences concurrentielles.
3. Travailler dans des conditions où le moral est souvent bas.
4. S'efforcer de faire ce qui est le mieux pour le patient tout en répondant aux besoins du commandant de l'unité, deux exigences concurrentielles.
5. L'incapacité de recevoir une formation continue dans le domaine des soins de santé.
6. Autre.

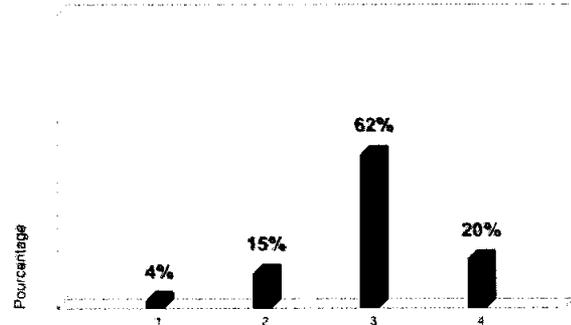
F- Voici quel est le deuxième aspect le plus frustrant de la prestation des soins de santé dans les FC.



En tant que fournisseur de soins aux malades des FC, je trouve mon travail très satisfaisant.

1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

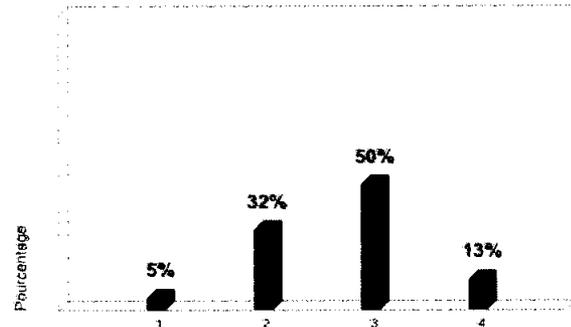
A- En tant que fournisseur de soins aux malades des FC, je trouve mon travail très satisfaisant.



En tant que fournisseur de soins aux malades des FC, je trouve mon travail très frustrant.

1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

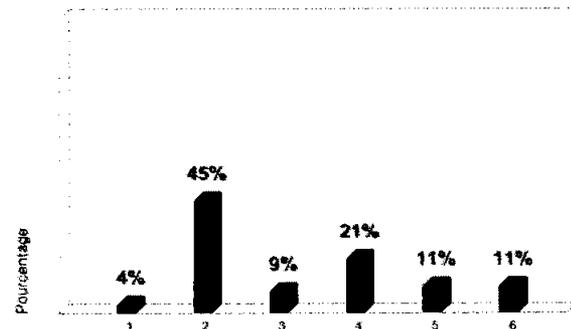
B- En tant que fournisseur de soins aux malades des FC, je trouve mon travail très frustrant.



L'aspect le plus satisfaisant du soin des malades dans les FC est le suivant :

1. la compensation financière.
2. fournir un service de grande qualité aux membres des FC.
3. servir son pays.
4. contribuer à sauver la vie de ceux qui ont choisi de servir leur pays.
5. les possibilités de formation.
6. autre.

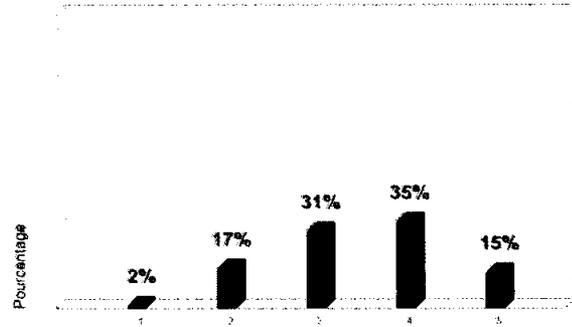
C- L'aspect le plus satisfaisant du soin des malades dans les FC est le suivant :



À mon avis, les soins de santé fournis par les FC sont :

1. de très mauvaise qualité.
2. de mauvaise qualité.
3. de qualité acceptable.
4. de très bonne qualité.
5. d'excellente qualité.

A- À mon avis, les soins de santé fournis par les FC sont :

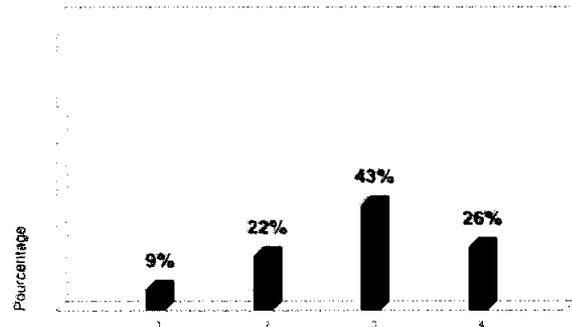


Je pourrais fournir de meilleurs soins médicaux que ceux que je peux fournir actuellement dans le SSFC.

1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec cet énoncé.

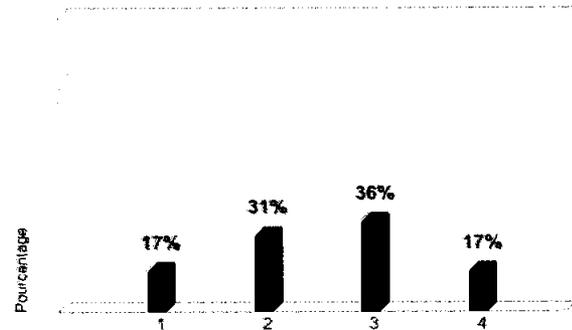
B- Je pourrais fournir de meilleurs soins médicaux que ceux que je peux fournir actuellement dans le SSFC.



En tant que membre des FC, comment estimez-vous être soigné par rapport au citoyen canadien moyen?

1. Un membre des FC reçoit des soins de santé de qualité inacceptable par rapport aux autres Canadiens.
2. Un membre des FC reçoit des soins de santé de moins bonne qualité que ses homologues civils.
3. Un membre des FC reçoit des soins de santé d'aussi bonne qualité que les autres Canadiens.
4. Un membre des FC reçoit les meilleurs soins de santé possibles.

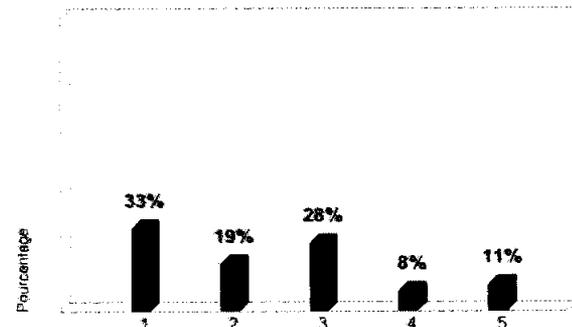
A- En tant que membre des FC, comment estimez-vous être soigné par rapport au citoyen canadien moyen?



En tant que membre des FC, je préférerais recevoir mes soins de santé en garnison :

1. d'un médecin militaire des FC dans un établissement sanitaire de la base.
2. d'un médecin civil dans un établissement sanitaire de la base.
3. d'un médecin militaire des FC dans un secteur d'un hôpital civil réservé aux FC.
4. d'un médecin civil dans un secteur d'un hôpital civil réservé aux FC.
5. de la même façon que les civils canadiens.

B- En tant que membre des FC, je préférerais recevoir mes soins de santé en garnison :

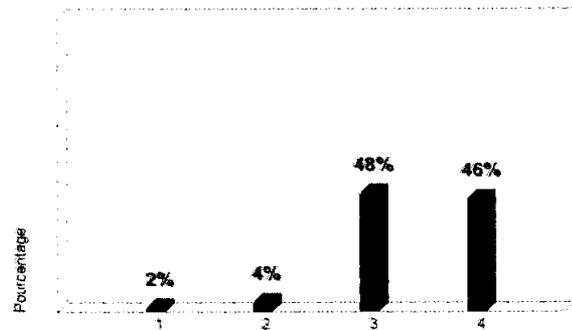


J'estime que je recevrais des soins médicaux de qualité optimale si les services du SSFC m'étaient toujours fournis par le même médecin militaire ou civil.

1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

Indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec cet énoncé

A- J'estime que je recevrais des soins médicaux de qualité optimale si les services du SSFC m'étaient toujours fournis par le même médecin militaire ou civil.

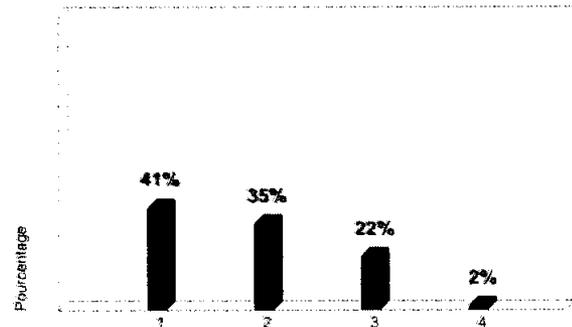


Les énoncés suivants portent sur la façon dont le suivi des soins est fait dans le cas des membres des FC.

1. Il n'est pas fait aussi bien qu'il pourrait ou devrait l'être.
2. Il est fait aussi bien que possible compte tenu de la grande mobilité des médecins et des patients des FC.
3. Il pourrait être fait beaucoup plus efficacement.
4. Il est fait très efficacement compte tenu de la grande mobilité des médecins et des patients des FC.

Avec lequel des énoncés êtes-vous le plus d'accord?

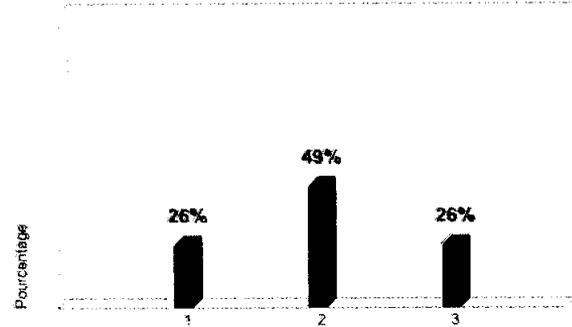
B- Les énoncés suivants portent sur la façon dont le suivi des soins est fait dans le cas des membres des FC.



De qui, à votre avis, relèvent la gestion, l'administration et la surveillance des membres des FC auxquels on a attribué un PMT?

1. De la chaîne de commandement militaire.
2. Du SSFC.
3. Autre.

D- De qui, à votre avis, relèvent la gestion, l'administration et la surveillance des membres des FC auxquels on a attribué un PMT?

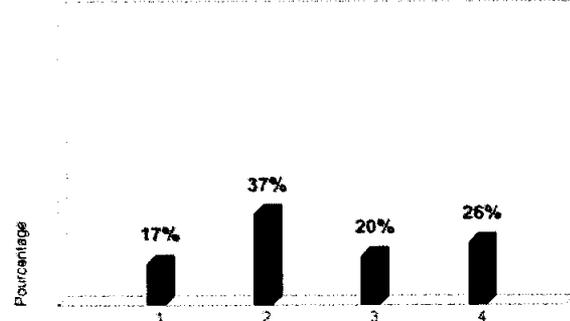


Si on vous a déjà attribué un profil médical temporaire ou permanent, comment décriez-vous la façon dont les catégories médicales vous ont été expliquées?

1. Je n'ai reçu aucune explication.
2. J'ai reçu des explications insatisfaisantes.
3. J'ai reçu certaines explications.
4. Elles m'ont été très bien expliquées.

Appuyez sur « 0 » si on vous a déjà attribué un profil médical temporaire ou permanent.

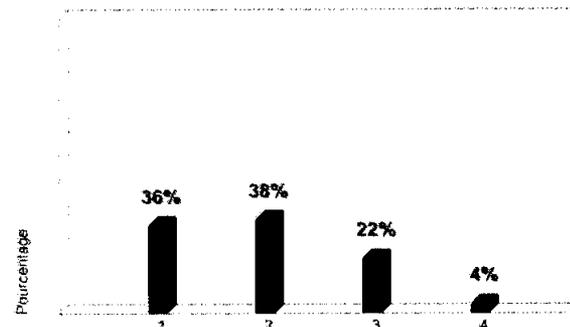
A- Si on vous a déjà attribué un profil médical temporaire ou permanent, comment décriez-vous la façon dont les catégories médicales vous ont été expliquées?



Que pensez-vous du profil médical temporaire (PMT) tel que vous le comprenez?

1. Que la méthode n'est pas acceptable telle qu'elle est gérée à l'heure actuelle.
2. Qu'il s'agit d'une mauvaise méthode administrative.
3. Qu'il s'agit d'une méthode administrative acceptable.
4. Qu'il s'agit d'une très bonne méthode administrative.

B- Que pensez-vous du profil médical temporaire (PMT) tel que vous le comprenez?

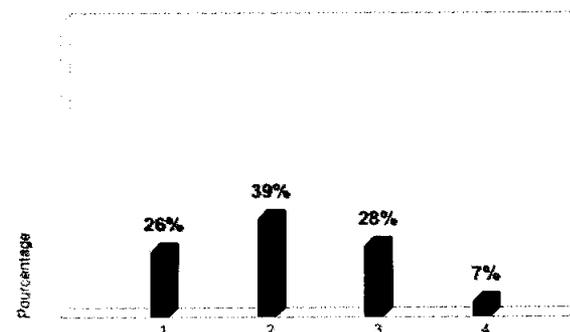


L'administration des PMT est suffisamment souple pour convenir aux membres des FC aux différentes étapes de leur carrière militaire ou selon les différentes tâches militaires qu'ils accomplissent.

1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec cet énoncé.

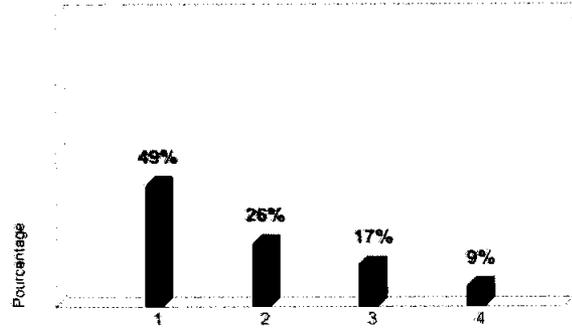
C- L'administration des PMT est suffisamment souple pour convenir aux membres des FC aux différentes étapes de leur carrière militaire ou selon les différentes tâches militaires qu'ils accomplissent.



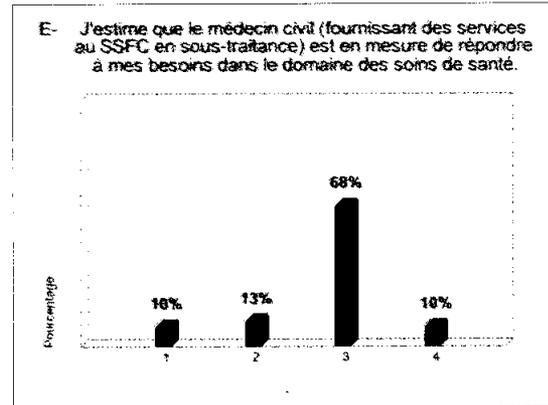
Lorsque vous avez eu besoin de soins du SSFC, de quelle façon décidez-vous la rapidité avec laquelle vous avez été acheminé au fournisseur de soins médicaux approprié?

1. Dans un délai inacceptable.
2. Pas très rapidement.
3. Rapidement.
4. Très rapidement.

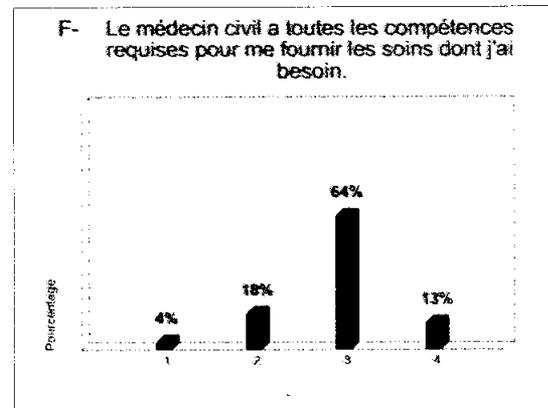
A- Lorsque vous avez eu besoin de soins du SSFC, de quelle façon décidez-vous la rapidité avec laquelle vous avez été acheminé au fournisseur de soins médicaux approprié?



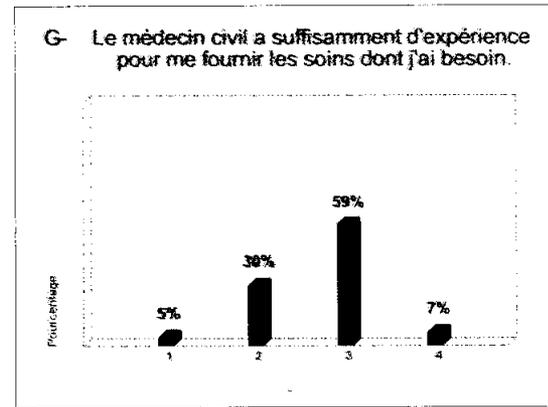
1. Absolument pas d'accord.  
2. Pas d'accord.  
3. D'accord.  
4. Tout à fait d'accord.



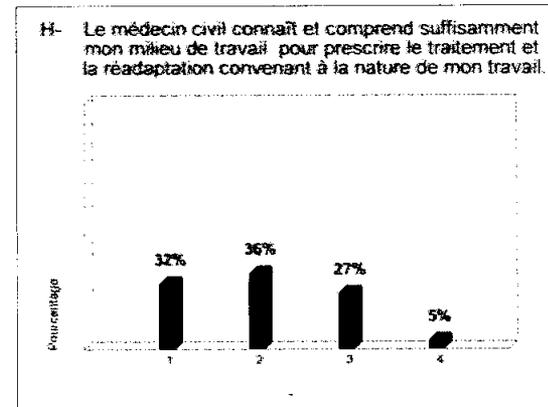
1. Absolument pas d'accord.  
2. Pas d'accord.  
3. D'accord.  
4. Tout à fait d'accord.



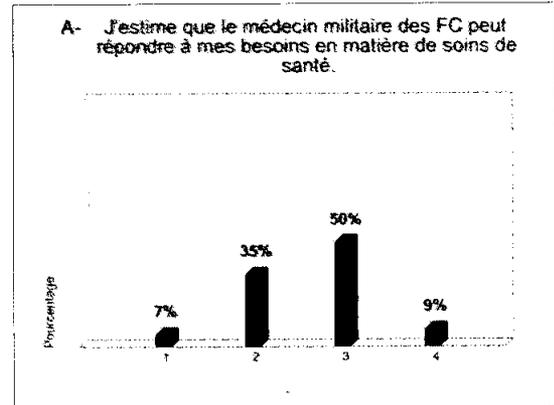
1. Absolument pas d'accord.  
2. Pas d'accord.  
3. D'accord.  
4. Tout à fait d'accord.



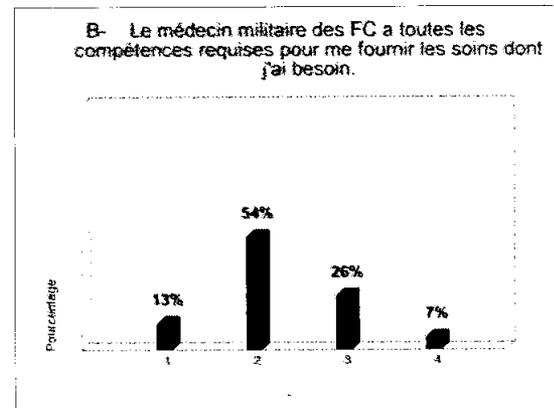
1. Absolument pas d'accord.  
2. Pas d'accord.  
3. D'accord.  
4. Tout à fait d'accord.



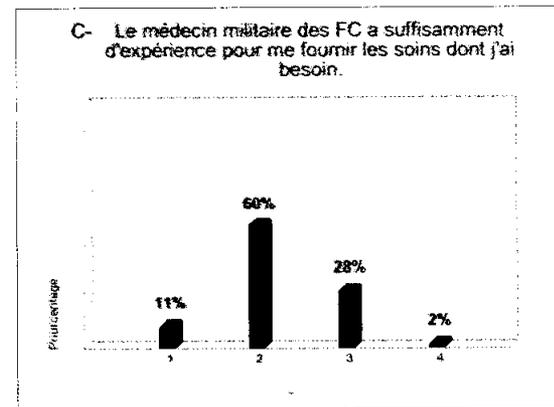
1. Absolument pas d'accord.  
2. Pas d'accord.  
3. D'accord.  
4. Tout à fait d'accord.



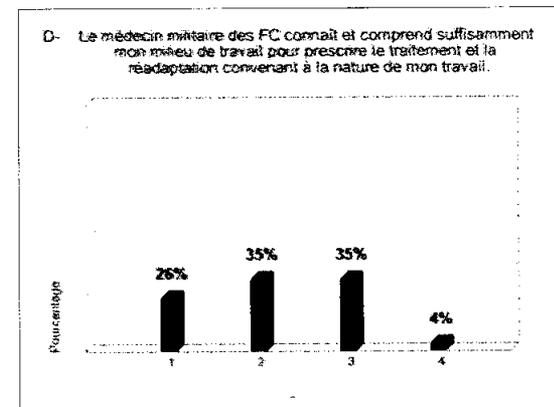
1. Absolument pas d'accord.  
2. Pas d'accord.  
3. D'accord.  
4. Tout à fait d'accord.



1. Absolument pas d'accord.  
2. Pas d'accord.  
3. D'accord.  
4. Tout à fait d'accord.



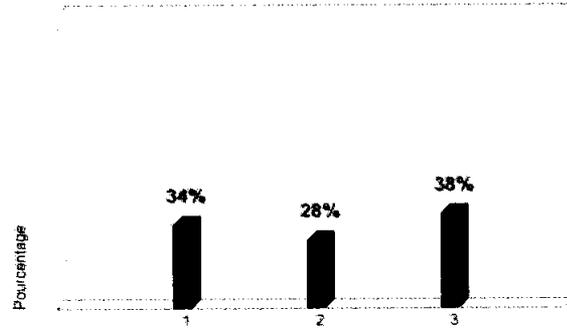
1. Absolument pas d'accord.  
2. Pas d'accord.  
3. D'accord.  
4. Tout à fait d'accord.



**Je préférerais recevoir mes soins médicaux :**

1. d'un médecin militaire des FC.
2. d'un médecin civil fournissant des services au SSFC en sous-traitance.
3. d'un médecin civil me fournissant des soins de santé dans le cadre du système de soins de santé des provinces.

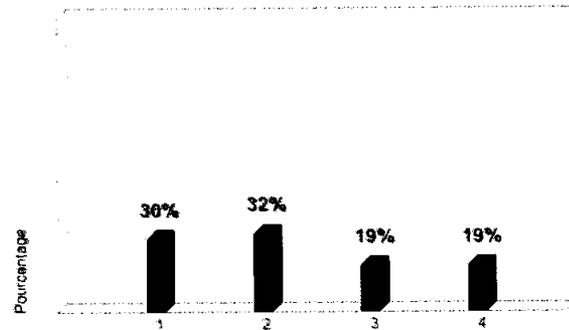
**D- Je préférerais recevoir mes soins médicaux :**



La qualité des soins médicaux que j'ai reçus à la suite de ma plainte d'ordre médical était :

1. insatisfaisante.
2. satisfaisante.
3. bonne.
4. excellente.

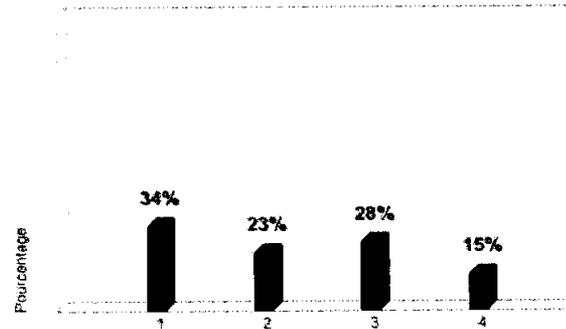
A- La qualité des soins médicaux que j'ai reçus à la suite de ma plainte d'ordre médical était :



La qualité de l'aspect administratif de ma visite médicale (disponibilité des dossiers, obtention du rendez-vous, réception, établissement du calendrier des rendez-vous de suivi) était :

1. insatisfaisante.
2. satisfaisante.
3. bonne.
4. excellente.

B- La qualité de l'aspect administratif de ma visite médicale (disponibilité des dossiers, obtention du rendez-vous, réception, établissement du calendrier des rendez-vous de suivi) était :



Mon interaction avec le SSFC a répondu à mes attentes.

1. Absolument pas d'accord.
2. Pas d'accord.
3. D'accord.
4. Tout à fait d'accord.

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec cet énoncé.

C- Mon interaction avec le SSFC a répondu à mes attentes.

