



Chef – Service d'examen

Examen du Service de santé des FC - Sommaire
et

Plan d'action issu du groupe

de travail du Chef d'état-major de la Défense

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

	PAGE
SOMMAIRE	i
PARTIE 1 – CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS RELATIVES À CHACUNE DES QUESTIONS DE GESTION	
Orientation stratégique	1
Incidence de l'Op Phoenix sur les soins en garnison	1
Qualité des soins offerts aux membres des FC	2
Continuité des soins	3
Administration des catégories médicales temporaires	5
Commandement et contrôle de la prestation des soins en garnison	7
Ressources, effectifs et dotation en personnel du Service de santé des Forces canadiennes	8
Recrutement et conservation de l'effectif des médecins militaires	10
Moral, attitude et capacité de changement du Service de santé des Forces canadiennes	11
Administration des soins aux patients en garnison	12
Mécanismes d'obtention des services de médecins civils en garnison	14
Obtention des services de spécialistes pour la prestation des soins en garnison	15
Prestation de soins de première intervention en garnison	16
Migration des idées	17
Gestion de l'information/technologie de l'information à l'appui des services de santé des FC	18
Nouvelles initiatives	19
Analyse comparative du Service de santé des Forces canadiennes	20
PARTIE 2 – PLAN D'ACTION ISSU DU GROUPE DE TRAVAIL DU CHEF D'ÉTAT-MAJOR DE LA DÉFENSE	22
ANNEXES - PLAN D'ACTION ISSU DU GROUPE DE TRAVAIL DU CHEF D'ÉTAT-MAJOR DE LA DÉFENSE	
Annexe A – Avis d'examen A-1	
Annexe B – Analyse comparative (tableau) B-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'égarer 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 - CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS RELATIVES À CHACUNE DES QUESTIONS DE GESTION

Conclusions relatives à l'orientation stratégique

- 1.1 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

- 1.2 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

- 1.3 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

1.4 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

1.5 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

1.6 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

1.7 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

1.8 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

1.9 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

- 1.10 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

- 1.11 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

1.12 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

1.13 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

1.14 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

1.15 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

1.16 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

1.17 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

1.18 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

1.19 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

1.20 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

1.21 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

1.22 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

1.23 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

1.24 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

- 1.25 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

- 1.26 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

1.27 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

1.28 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

- 1.29 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

- 1.30 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

1.31 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 2 - 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

2.1 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

2.2 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.

2.3 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.

2.4 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.

2.5 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

2.6 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.

2.7 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.

2.8 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.

2.9 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.

2.10 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

2.11 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.

2.12 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

2.13 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*.

2.14 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.

2.15 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.

2.16 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.

2.17 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.

2.18 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 reste à déterminer les ressources dont on aura besoin pour combler ces lacunes.

2.19 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^{er} 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.

2.20 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.

2.21 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.

2.22 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.

2.23 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

2.24 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

2.25 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.

2.26 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* ».

ANNEXE A

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^{me} J. Maloney, OEM3/CEMD

ANNEXE B

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