



National
Defence

Défense
nationale

Chief Review Services Chef - Service d'examen

CRS  CS Ex

Revu par le CS Ex conformément à la *Loi sur l'accès à l'information* (LAI). Renseignements NON CLASSIFIÉS.

Évaluation du soutien
aux militaires des FC blessés
et à leurs familles

Juin 2009

1258-165 (CS Ex)



Canada 

Table des matières

Liste d'acronymes et d'abréviations	i
Sommaire des résultats	v
Introduction	1
Contexte	1
But	1
Objectifs.....	1
Portée	1
Méthodologie	1
Description du programme.....	2
Soins de santé physique	5
Soins de santé mentale	14
Administration des membres des FC blessés	38
Soutien aux familles des membres des FC malades ou blessés	55
Analyse comparative des soins dispensés aux blessés par les FC et les forces alliées	63
Résumé	65
Constatations et recommandations	68
Annexe A – Plan d'action de la direction	A-1
Annexe B – Relations entre les programmes des FC et d'ACC	B-1
Annexe C – Plan de campagne du CPM pour les soins aux blessés.....	C-1
Annexe D – Processus d'évaluation de la santé mentale – CSTSO.....	D-1
Annexe E – Organisation du programme de soutien social pour les victimes de stress opérationnel.....	E-1



Liste d'acronymes et d'abréviations

ABCA	Amérique, Grande-Bretagne, Canada et Australie (programme de normalisation)
ACC	Anciens Combattants Canada
Adj au méd	Adjoint au médecin
AE	Années d'expérience
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASPFC	Agence de soutien du personnel des Forces canadiennes
AUP	Avis d'urgence personnelle
BC	Bureau consultatif
BFC	Base des Forces canadiennes
BPR	Bureau de première responsabilité
CANFORGEN	Message général des Forces canadiennes
CatP	Catégorie permanente
CDF	Chef – Développement des forces
CEMA	Chef d'état-major d'armée
CEMAT	Chef d'état-major de l'Armée de terre
CEMD	Chef d'état-major de la Défense
CEMFA	Chef d'état-major de la Force aérienne
CEMFM	Chef d'état-major de la Force maritime
CERM	Contraintes à l'emploi pour raisons médicales
CFA	Conseil des Forces armées
Cmdt	Commandant
COCIM	Coopération civilo-militaire
COM Canada	Commandement Canada
COMFEC	Commandement de la Force expéditionnaire du Canada
COMFOSCAN	Commandement – Forces d'opérations spéciales du Canada
COMSOCAN	Commandement du soutien opérationnel du Canada
CPDNAC	Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants
CPM	Chef – Personnel militaire
CRFM	Centre de ressources pour les familles des militaires
CS Ex	Chef – Service d'examen
CS	Conseiller spécial



CSP	Coordonnateur du soutien par les pairs
CSPF	Coordonnateur du soutien par les pairs pour les familles
CSTSO	Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels
DAQ	Directeur – Assurance de la qualité
DASA	Defence Analytical Services and Advice
DEM EMIS	Directeur d'état-major – État-major interarmées stratégique
D Gest SB	Directeur – Gestion du soutien aux blessés
DGPM	Directeur général – Personnel militaire
DGRAS	Directeur général – Rémunération et avantages sociaux
DGS San	Directeur général – Services de santé
DGSPEC	Directeur général – Stratégies et programmes d'emploi des civils
DGSSPF	Directeur général – Services de soutien au personnel et aux familles
DME	Dossier médical électronique
DOAD	Directives et ordonnances administratives de la Défense
DOCC	Directeur – Organisation et classification civiles
DQV	Directeur – Qualité de la vie
DSFM	Directeur – Services aux familles des militaires
DSM	Directeur – Santé mentale
DSOI	Directives du SCEMD pour les opérations internationales
DTL	Décompression dans un tiers lieu
É.-U.	États-Unis
EM	Expert en la matière
ENA	Effectifs en non-activité
FC	Forces canadiennes
FOA	Force opérationnelle en Afghanistan
GAA	Groupe d'aide à l'arrivée
GAD	Groupe d'aide au départ
GI	Gestion de l'information
Gp Svc S	Groupe des services de santé
GPM	Groupe professionnel militaire
GRC	Gendarmerie royale du Canada
GS	Gamme de soins
GSD	Groupe de soutien au déploiement



IDSGPM	Identification de la structure des groupes professionnels militaires
IRD	Indemnité de retour au domicile
IRSP	Initiative de renouvellement des soins primaires
JAG	Juge-avocat général
LEPND	Liste des effectifs du personnel non disponible
MDN	Ministère de la Défense nationale
Méd C	Médecin-chef
MMG	Médecin militaire généraliste
MOF	Médecin agréé
MSP	Médecin spécialiste
O AFC	Ordonnances administratives des Forces canadiennes
OD	Officier désigné
OL	Officier de liaison
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORFC	Ordonnances et règlements royaux applicables aux Forces canadiennes
OTAN	Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
P rés	Première réserve
PFSS	Partenariat fédéral pour les soins de santé
PPP	Plus proche parent
QV	Qualité de la vie
R.-U.	Royaume-Uni
RAMA	Régime d'assurance-mutilation accidentelle
RARM	Régime d'assurance-revenu militaire
RH	Ressources humaines
Roto	Rotation
S & T	Science et technologie
S PERS	Sélection du personnel
SC	Santé Canada
SCC	Service correctionnel Canada
SCEMD	Sous-chef d'état-major de la Défense
SCT	Secrétariat du Conseil du Trésor
SF RARM	Services financiers du RARM
SGRH	Système de gestion des ressources humaines



SISFC	Système d'information sur la santé des Forces canadiennes
SITREP RCMI	Compte rendu de situation du Royal Canadian Military Institute
SM	Santé mentale
SMA(GI)	Sous-ministre adjoint (Gestion de l'information)
SMA(Mat)	Sous-ministre adjoint (Matériels)
SMA(RH-Civ)	Sous-ministre adjointe (Ressources humaines – Civils)
SMA(RH-Mil)	Sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires)
SSFC	Services de santé des Forces canadiennes
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
SSVSO	Soutien social aux victimes de stress opérationnel
TI	Technologie de l'information
TRAC2ES	Système de commandement et de contrôle d'évacuation sanitaire du Transportation Command
TSO	Traumatisme lié au stress opérationnel
UISP	Unité intégrée de soutien du personnel
UPSS	Unité de prestation de soins de santé
USD	Dollar des États-Unis
VCEMD	Vice-chef d'état-major de la Défense



Sommaire des résultats

Le Chef – Service d'examen (CS Ex) a évalué le soutien offert aux militaires des Forces canadiennes (FC) blessés ou gravement malades, tant les membres de la Force régulière que les réservistes, ainsi qu'à leurs familles. Les dirigeants des FC considèrent cette question comme une priorité absolue.

La présente évaluation vise à vérifier si les politiques, les programmes et les activités qui sont mis en œuvre pour améliorer les soins aux blessés et le soutien à leurs familles, notamment en ce qui a trait aux questions administratives, sont pertinents et atteignent leurs objectifs.

L'évaluation a englobé les blessures physiques et psychologiques subies en service ou en dehors du service et examiné les soins prodigués sur les lieux de la blessure, la continuité des soins et les questions administratives connexes.

Le CS Ex a évalué la situation actuelle en fonction d'un certain nombre de critères, dont les dimensions suivantes :

- **clinique** (c.-à-d. l'efficacité de la prestation des soins de santé);
- **administrative** (c.-à-d. l'efficience de la gestion des soins de santé aux niveaux tactique, opérationnel et stratégique).

L'évaluation est axée sur les questions cliniques et administratives compte tenu de l'évolution des besoins liés à l'Afghanistan.

En outre, le CS Ex a cherché à comprendre comment les militaires des FC blessés et leurs familles percevaient eux-mêmes les soins et les renseignements qu'ils recevaient ou avaient reçus. Il n'a pas évalué les programmes auxquels les anciens combattants blessés peuvent avoir accès par l'entremise d'ACC après leur libération, mais il a examiné l'efficacité de la gestion de la transition du MDN à ACC dans le cas des militaires libérés pour des raisons médicales.

L'évaluation a fait ressortir la complexité de l'ensemble des soins et du soutien, qui exige une coordination intraministérielle et interministérielle ainsi que la participation du militaire et de sa famille. Des lacunes et des possibilités d'amélioration ont été cernées dans plusieurs domaines.

Évaluation globale

- Les dirigeants des FC se sont fermement engagés à assurer des soins de grande qualité aux militaires blessés ou gravement malades et à apporter un soutien à leurs familles.
- Bien que les soins liés aux blessures physiques soient généralement excellents, la prestation des soins de santé mentale reste difficile à cause d'un manque de capacité et d'infrastructure dans certains endroits.
- La continuité des soins pour les réservistes demeure également un problème.
- Il existe une vaste gamme de politiques et de programmes administratifs pour les militaires blessés, mais il faut s'efforcer davantage de les communiquer à tous les intéressés.
- Dans le cas des militaires libérés pour des raisons médicales, il existe encore des problèmes de transition du ministère de la Défense nationale (MDN) à Anciens Combattants Canada (ACC).
- Même si le soutien aux familles s'est grandement amélioré ces dernières années, il faut se pencher à nouveau sur les politiques familiales afin de confirmer le niveau approprié de soutien et d'apporter les modifications nécessaires.



Recommandations clés

Soins médicaux

Effectuer un examen approfondi de la force de campagne des Services de santé des Forces canadiennes (SSFC) qui indique son rôle crucial dans la constitution du personnel médical pour les opérations, y compris un examen du modèle d'établissement de l'Initiative de renouvellement des soins primaires (IRSP). Selon les résultats de l'examen, mettre en place la capacité des SSFC requise pour établir les conditions nécessaires à la réussite du soutien médical et dentaire décrit dans les modèles de développement des forces.

Normaliser les relations de commandement et de contrôle touchant le soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO) pour faire en sorte que le directeur compétent, en l'occurrence le Directeur – Gestion du soutien aux blessés (D Gest SB), soit entièrement au courant et responsable de toutes les activités du programme du MDN sur les traumatismes liés au stress opérationnel (TSO), et qu'il agisse notamment à titre d'expert en la matière (EM) et de conseiller spécial (CS) auprès du Chef – Personnel militaire (CPM) afin d'accroître l'acceptation et l'intégration universelles et d'exploiter les points forts du programme de SSVSO.

Ordonner l'établissement d'une Identification de la structure des groupes professionnels militaires (IDSGPM) pour les fonctions de psychologue clinicien, à la fois dans la Force régulière et la Réserve, et créer les nouveaux postes nécessaires au lieu de chercher des postes compensatoires dans les ressources actuelles des SSFC.

Élaborer des politiques pour un programme de stages/d'apprentissage destiné aux praticiens civils de la santé.

Administration des membres des FC blessés ou malades

Maintenir un lien administratif avec les membres des FC (réguliers et réservistes) qui nécessitent une attention exceptionnelle pendant et après le processus de libération, jusqu'à ce qu'ACC et le MDN aient conclu que la transition a eu lieu avec succès.

Ordonner un examen complet de la rémunération et de la dotation du personnel civil des soins de santé, dont le processus de classification des postes de soins de santé dans la fonction publique, afin de résoudre les problèmes liés au recrutement et au maintien en poste des professionnels de la santé au sein du MDN.

Veiller à ce que l'harmonisation des gammes de soins du MDN et d'ACC se poursuive.

Nota : Une liste complète des recommandations du CS Ex et des réponses de la direction figure à l'[annexe A](#).



Introduction

Contexte

Conformément à son plan de travail de 2007-2008, le CS Ex a évalué le soutien offert aux militaires des FC blessés et à leurs familles. L'évaluation a été axée sur le soutien incluant les activités prescrites en vertu de la *Loi sur la défense nationale* à l'égard des membres des FC blessés, ainsi que les activités qui ont été entreprises pour remplir le « contrat social » entre le gouvernement du Canada et les membres des FC et leurs familles.

But

La présente évaluation visait à évaluer l'efficacité du soutien apporté aux membres des FC blessés et à leurs familles.

Objectifs

Les objectifs de l'évaluation étaient les suivants :

- Les programmes de soutien actuels des FC/du MDN pour les militaires blessés et leurs familles sont-ils suffisamment complets et atteignent-ils leurs objectifs?
- Les rôles et les rapports entre les FC/le MDN, ACC, d'autres ministères et institutions à tous les niveaux sont-ils clairs et bien compris de toutes les parties?
- Les efforts de la direction des FC/du MDN à tous les niveaux ont-ils établi les conditions nécessaires à la réussite des programmes de soutien destinés aux militaires blessés et à leurs familles?

Portée

L'évaluation a porté principalement sur les soins que les membres des FC malades ou blessés reçoivent par l'entremise des SSFC. Nous avons aussi évalué l'efficacité des initiatives entreprises dans le cadre du Plan de campagne pour les soins aux blessés¹ que le CPM a lancé en janvier 2008, et des initiatives touchant les militaires actifs/en transition et leurs familles aux termes de la nouvelle Charte des anciens combattants d'ACC.

Méthodologie

L'évaluation s'est déroulée selon les pratiques reconnues et a comporté les éléments suivants :

- examen de la documentation disponible, des documents internes et des politiques ou accords pertinents;
- examen des questions du point de vue des intervenants internes et externes;

¹ Plan de campagne du Chef – Personnel militaire pour les soins aux blessés, novembre 2008 (voir l'[annexe C](#)).

- comparaison des pratiques des FC/du MDN avec celles des forces militaires de nos principaux alliés;
- analyse des pratiques des FC/du MDN par rapport à celles de certaines organisations et institutions canadiennes;
- groupes de discussion et nombreuses entrevues approfondies menées auprès d'intervenants clés, à tous les niveaux.

Description du programme

En ce qui a trait aux soins médicaux, les mesures administratives prises par les FC ainsi que les gouvernements fédéral et provinciaux pour soutenir les membres des FC blessés/malades et leurs familles sont extrêmement complexes, nombreuses et assez intimidantes pour les personnes qui tentent d'avoir accès au système à ses divers points d'entrée, ou qui essaient simplement de comprendre comment les processus fonctionnent tous ensemble. Il n'existe pas qu'un seul programme pour les nombreux processus médicaux et administratifs interactifs qui servent à apporter des soins et un soutien aux membres des FC blessés/malades et à leurs familles, depuis le moment où la blessure ou la maladie survient jusqu'au retour au travail ou jusqu'à la libération des FC. Nombreux sont les effectifs médicaux et administratifs, à l'échelle nationale et internationale, qui assurent la gamme complète des services aux membres des FC blessés. Il y a toutefois une constante dans ce système complexe : le militaire blessé ou malade².

Le graphique de l'[annexe B](#), préparé par un ancien officier de liaison (OL) des FC auprès d'ACC, illustre la complexité des processus qui touchent uniquement ACC et le MDN. Il donne un aperçu des processus médicaux et administratifs qui s'appliquent aux membres des FC blessés/malades et à leurs familles, et ce, strictement du point de vue d'ACC et du MDN. Le graphique n'englobe pas le soutien médical et administratif complexe de première ligne qui est fourni en garnison et lors de déploiements opérationnels, ni le transfert des membres des FC blessés/malades entre le lieu de déploiement et un établissement de soins tertiaires au Canada ou leur unité d'appartenance.

Au cours de la dernière décennie, le CS Ex a effectué plusieurs évaluations et vérifications portant sur les aspects médicaux et administratifs des soins aux membres des FC blessés ou malades^{3 4 5 6 7}. L'évaluation que le CS Ex a effectuée en 1999 sur les services médicaux

² Aux fins de la présente évaluation, nous avons utilisé la définition suivante de « perte militaire », établie par le D Gest SB :

« Il s'agit d'un militaire de la Force régulière (service actif ou effectif en non-activité [ENA]), un militaire de la Première réserve en service de classe « A », « B » ou « C », ou un militaire étranger en formation, en service ou en poste d'échange qui :

- a. tombe gravement malade ou très gravement malade, est blessé grièvement ou très grièvement;
- b. est porté disparu; ou
- c. meurt ou est tué. » (Manuel d'administration des pertes militaires, D Gest SB, décembre 2008).

³ 7055-42-2 (CS Ex) Examen des services médicaux des FC, octobre 1999.

⁴ 5000-6 (CS Ex) Évaluation (MDN/ACC) du Centre MDN-ACC pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leurs familles, mars 2002.

⁵ 7045-71 (CS Ex) Vérification du projet du Système d'information sur la santé des FC, octobre 2004.

⁶ 1258-136 (CS Ex) Évaluation interministérielle (MDN/ACC) du réseau de soutien par les pairs du programme SSVSO, janvier 2005.

⁷ 1258-140 (CS Ex) Évaluation du soutien médical des FC pour les opérations de déploiement, juin 2006.



des FC a constitué l'élément moteur de la réorganisation des soins médicaux des FC en garnison, qui a été réalisée dans le cadre du programme baptisé « Rx2000 ». Depuis la création de Rx2000, et de ses composantes, des changements considérables ont été entrepris pour améliorer les soins offerts aux militaires malades ou blessés, tant lors de déploiements opérationnels qu'en garnison.

Rx2000 avait pour mandat d'instaurer des mesures correctives visant à assurer des soins de santé de grande qualité à tous les membres des FC, partout et en tout temps. Il s'agit d'un projet de réforme destiné à restructurer le système de soins de santé des FC pour en faire un système axé sur les patients, accessible et capable de répondre aux besoins des membres des FC au pays et à l'étranger. À cette fin, quatre objectifs ont été établis :

1. élaborer une structure de prestation des soins de santé qui garantira la continuité des soins de santé offerts aux membres des FC et aux autres membres du personnel admissible;
2. mettre en œuvre un cadre national de responsabilisation pour le système renouvelé de soins de santé des FC sous la direction du Directeur général – Services de santé;
3. établir des programmes qui permettront de prévenir les blessures et les maladies afin de protéger les membres des FC tout en respectant les exigences des opérations du MDN/des FC;
4. élaborer un cadre de ressources humaines visant à attirer des professionnels de la santé compétents et à les maintenir en poste, pour ainsi garantir la viabilité des SSFC.

Au cours de la dernière décennie, les avantages et le soutien administratif offerts aux membres des FC malades ou blessés ainsi qu'à leurs familles ont aussi subi des changements notables qui reflètent ceux apportés aux SSFC. Par suite du rapport du Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants (CPDNAC) publié en 1998, un bureau conjoint MDN-ACC (le Centre) a été créé pour fournir un meilleur soutien administratif aux membres des FC qui sont malades ou blessés et à leurs familles. Conjuguée à l'adoption par le Parlement en 2005 de la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* (appelée couramment la nouvelle Charte des anciens combattants), cette initiative a contribué à améliorer l'aide inter-ministérielle, les indemnités et les avantages. En 2008, le CPM a commencé à mettre en place des unités intégrées de soutien du personnel (UISP) dont la fonction sera d'intégrer l'administration des militaires malades ou blessés.

Avec le niveau accru des opérations en Afghanistan et les pertes subies depuis la fin de 2005, il a fallu accroître le rythme des changements dans les efforts médicaux et administratifs nécessaires pour soutenir les membres des FC malades ou blessés et leurs familles. Ces efforts n'ont pas tous atteint les niveaux souhaités d'efficacité, et il en est question dans la présente évaluation.

L'évaluation donnera une vue d'ensemble des réussites ou des faiblesses du processus complet auxquels sont soumis les membres des FC blessés/malades et leurs familles.

Voici les descriptions des FC concernant les « rôles » médicaux dans le traitement des malades et des blessés :



Définitions des Forces canadiennes concernant les « rôles/échelons » des soins médicaux/dentaires

Soutien médical – Installations terrestres/aériennes de traitement médical

Rôle 1. Ce rôle consiste à prodiguer des soins de santé primaires, à repérer les victimes, à leur donner les premiers soins et les soins médicaux d'urgence et à les transporter dans un endroit plus sûr, à trier les patients selon la priorité de traitement et à les stabiliser en prévision de l'évacuation vers les installations d'un autre rôle de soins, le cas échéant.

Rôle 2. Ce rôle met l'accent sur l'évacuation efficiente et rapide des patients stabilisés depuis les éléments appuyés et la prestation de soins provisoires pendant le transport. Des procédures d'urgence peuvent être exécutées pour sauver la vie du patient. Selon la politique d'évacuation, les patients qui nécessitent des soins mineurs peuvent être gardés pendant de courtes périodes pour ensuite reprendre leur service. Les installations de rôle 1 appuyées peuvent être réapprovisionnées en matériel médical.

Rôle 3. Ce rôle englobe la réanimation, la chirurgie initiale, les soins postopératoires ainsi que les soins médicaux et chirurgicaux de courte durée pour les patients hospitalisés. Des services de diagnostic (p. ex., rayons X et laboratoire) et une gamme limitée de services de médecine interne et de psychiatrie sont offerts. La réception et l'entreposage des fournitures médicales et du sang sont assurés, de même que la distribution aux unités appuyées et la réparation de l'équipement médical dans la zone d'opérations. D'autres capacités auxiliaires comprennent des équipes de liaison médicale nationale pour le suivi des patients canadiens dans des établissements de forces alliées ou du pays hôte, l'évacuation à l'intérieur du théâtre et la préparation des évacuations sanitaires aériennes.

Rôle 4. Ce rôle englobe les soins indiqués, la reconstruction, la réadaptation, l'entreposage et la distribution des stocks médicaux nationaux et les activités importantes de réparation ou d'acquisition d'équipement médical et dentaire.

Soutien médical – Installations maritimes de traitement médical

Échelon 1. Cet échelon prévoit des soins de santé primaires intégrés pour appuyer les unités. Les capacités se limitent à la réanimation, à la stabilisation et à celles qui sont décrites dans le rôle 1. Si l'unité ne compte aucun personnel médical, les soins sont limités aux soins autoadministrés et aux soins prodigués à un collègue. Sont visés également les navires dotés de personnel médical, mais sans médecin, et les navires dotés de médecins militaires et de personnel médical.

Échelon 2. Cet échelon prévoit des interventions chirurgicales d'urgence. Comme la capacité d'accueil pour les soins postopératoires est limitée, il est essentiel d'évacuer les patients convalescents.

Échelon 3. Cet échelon prévoit des équipes chirurgicales spécialisées et un soutien médical plus poussé. Il s'agit essentiellement de l'équivalent du rôle 3 de l'Armée de terre.

Échelon 4. Cet échelon prévoit les soins médicaux complets et indiqués et est identique au rôle 4 de l'Armée de terre.

Le soutien médical déployé dans le cas de navires de guerre et d'un groupe opérationnel naval se limite habituellement à un adjoint au médecin (Adj au méd) à bord des frégates de la classe CITY et des sous-marins de la classe UPHOLDER, à un personnel médical avec médecin militaire généraliste (MMG) à bord des destroyers de la classe TRIBAL et à un MMG avec Adj au méd à bord des pétroliers ravitailleurs d'escadres. Les soins se limitent au rôle 1 et à un minimum de rôle 2. Les ressources alliées/coalisées assurent tout traitement au-delà de ces niveaux, soit à terre, soit à bord de navires d'autres pays.

Le soutien médical déployé dans le cas de contingents de la Force aérienne se limite au rôle 1, ce qui comprend la présence d'un médecin de l'air (c.-à-d. un MMG spécialisé en médecine aéronautique).

La présente évaluation porte principalement sur la prestation du soutien médical aux forces terrestres, qui constitue l'activité la plus complexe et la plus exigeante en ressources des SSFC. Selon l'endroit, la quantité de tâches et de troupes, les forces terrestres et la présence possible d'une force opérationnelle interarmées du Canada, il faut assurer la gamme complète des soins médicaux, depuis le rôle 1 jusqu'au rôle 3 dans le théâtre, le rôle 4 étant rempli au Canada ou dans un établissement médical allié.

Soins de santé physique

Généralités

Cette section du rapport traite des soins de santé physique prodigués aux membres des FC malades ou blessés depuis le moment où la blessure ou la maladie survient jusqu'au retour au travail ou jusqu'à la libération des FC en raison de cette blessure ou maladie. Dans le cas des blessures opérationnelles subies en Afghanistan, elle englobe l'acheminement des victimes des rôles 1 à 3 dans le théâtre, l'évacuation vers les installations de rôle 4 à Landstuhl, en Allemagne (au besoin) et le retour au Canada pour d'autres traitements dans des établissements de soins tertiaires. L'évaluation comporte aussi une étude des soins que les militaires blessés ou malades reçoivent en garnison.

Rx2000, IRSP et élaboration du Modèle de soins de santé des FC

Le rapport d'octobre 1999 du CS Ex sur les services médicaux des FC a donné lieu à la mise en œuvre du projet Rx2000, qui, depuis 2001, produit une série de changements notables dans la prestation des soins de santé des FC.

« Le mandat des FC en ce qui a trait aux soins de santé est de fournir le soutien médical nécessaire pour soutenir des forces de combat multidisciplinaires qui peuvent être déployées dans un vaste éventail de scénarios militaires. Le rapport du CS Ex confirme que les FC ont la responsabilité de fournir les services de santé à leurs membres puisque ces derniers sont exclus de la couverture provinciale des soins de santé tel qu'indiqué dans la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Le MDN a donc l'obligation légale de pourvoir aux soins de santé des membres des FC, au pays comme à l'étranger, de sorte que ces soins soient universels, transférables, complets, accessibles et administrés publiquement. »⁸

Une autre retombée du projet Rx2000 a été l'élaboration de l'IRSP en garnison⁹. Cette initiative a fourni l'orientation du nouveau modèle de clinique de soins de santé des FC¹⁰.

Le nouveau modèle de clinique en garnison a été conçu en fonction de l'énoncé suivant :

« La clinique médicale des FC est axée sur le patient et vise la santé à long terme des membres des FC et de la communauté des FC grâce à une équipe interdisciplinaire de dispensateurs de soins de santé travaillant de concert afin d'améliorer les soins au patient et le soutien apporté aux opérations des FC. La clinique médicale des FC fait la promotion d'un environnement qui comprend et respecte les compétences professionnelles, les connaissances et les responsabilités des dispensateurs de soins cliniques des SSFC. La clinique médicale des FC encouragera la normalisation tout en répondant aux besoins uniques des FC à l'échelle locale. »¹¹

Selon le modèle de clinique, chaque unité de prestation de soins de santé (UPSS) dispose d'une équipe médicale professionnelle qui est composée de médecins militaires, d'infirmières, de techniciens médicaux, d'infirmières praticiennes, d'Adj au méd et de

⁸ Charte du projet Rx2000, projet PSD 00000297, 19 octobre 2000.

⁹ Stratégie de mise en œuvre de l'IRSP.

¹⁰ La clinique médicale des FC.

¹¹ Stratégie de mise en œuvre de l'IRSP.



personnel de soutien. Chaque UPSS de la clinique d'une base/escadre doit s'occuper d'un certain nombre d'unités/escadrons de cette base/escadre. On veut ainsi offrir une meilleure continuité des soins aux membres des FC en leur garantissant qu'ils pourront voir régulièrement la même équipe de fournisseurs de soins de santé en garnison.

On a également modifié la gestion des cliniques des bases en nommant un gestionnaire pour surveiller le fonctionnement et les secteurs d'activité de chaque clinique. En outre, un praticien militaire est nommé médecin-chef de la base et agit à titre de principal conseiller médical auprès du commandant de la base et du commandant de la formation sur place, le cas échéant.

Dans le cadre de la réorganisation des cliniques des bases, les cliniques connexes de santé mentale ont été regroupées en deux équipes de santé mentale : Services psychosociaux et Services généraux de santé mentale.

Malgré le manque reconnu de personnel médical militaire pour doter le modèle élargi de clinique, les changements se sont poursuivis et la réorganisation prescrite a eu lieu jusqu'à un certain point dans les FC.

Réseaux professionnels et techniques – Chefs nationaux des services professionnels en médecine et en soins infirmiers des FC

Le réseau professionnel et technique, officialisé sous les auspices de Rx2000, est conçu pour offrir, en dehors de la chaîne de commandement officielle, une filière descendante/ascendante qui permet d'obtenir des conseils cliniques spécialisés sur des questions techniques et des pratiques exemplaires. Chacun de ces réseaux professionnels possède à sa tête un « chef national des services professionnels ».

Au sein des professions médicales cliniques des FC/du MDN (p. ex. médecins, infirmières, chirurgiens et anesthésistes), il existait des réseaux professionnels bien avant la mise en œuvre des initiatives de Rx2000, principalement grâce aux conseils de leurs collègues respectifs. Dans l'ensemble, les cliniciens en médecine générale et les chirurgiens spécialisés ont pu intégrer les pratiques exemplaires et les conseils techniques internes dans leur vie professionnelle, tout en respectant leur chaîne de commandement opérationnelle.

La fonction de chef national des services professionnels constitue une tâche relativement simple chez les médecins et les infirmières : le haut représentant de chaque profession est connu de toutes les personnes concernées, et la communication s'effectue bien dans les filières techniques qui existent entre les praticiens de la discipline en question. Rx2000 n'a eu guère d'incidence sur ces relations.

Soins médicaux lors d'opérations de déploiement – Rôles 1 à 3

Bien qu'elle n'exclue pas les maladies ou les blessures survenues au pays ou pendant l'entraînement, la présente section du rapport met l'accent sur le traitement des blessures subies par des membres des FC dans un théâtre d'opérations. Le traitement de ces blessures est l'un des principaux objectifs des services médicaux des FC et englobe la plupart des pires éventualités qui pourraient se présenter du point de vue médical.



L'évaluation a révélé que, dans le cas de l'Afghanistan, depuis les lieux de la blessure jusqu'à l'évacuation sanitaire à partir des installations de rôle 3 dirigées par le Canada dans le théâtre d'opérations, les fournisseurs de soins de santé des SSFC prodiguent aux membres des FC des soins médicaux qui n'ont rien à envier à ceux de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN). Il est fondamentalement prouvé que les militaires blessés qui ont subi un traumatisme important et survécu au transport jusqu'aux installations de rôle 3 peuvent s'attendre à survivre s'ils sont évacués rapidement de l'endroit où ils ont été blessés.

Il existe aussi d'importantes preuves empiriques selon lesquelles les améliorations apportées avec le temps à la formation du personnel médical et non médical en ce qui concerne le secourisme d'urgence en situation de combat se sont révélées efficaces pour sauver la vie de militaires gravement blessés sur le terrain. Cela a contribué à accroître la quantité et la qualité des soins offerts aux membres des FC.

Les « blessés ambulatoires » des FC prennent habituellement des vols réguliers en provenance du théâtre soit pour retourner à leur base d'appartenance aux fins de convalescence, soit pour être traités dans un établissement de santé civil au Canada, si besoin est.

Dans le cas des militaires plus grièvement blessés, la transition depuis les installations de rôle 3 à Kandahar jusqu'aux installations de rôle 4 à Landstuhl, en Allemagne, via la base aérienne de Bagram et le système d'évacuation sanitaire américain, s'est avérée efficace. Le fait que les FC ont accès au système automatisé TRAC2ES du Transportation Command des États-Unis (É.-U.) a facilité le suivi des patients pendant le transport. L'appui de nos alliés américains dans ce domaine a aidé l'organisation des FC, les militaires et leurs familles.

Les personnes interrogées ont aussi qualifié d'exemplaires les soins prodigués par les médecins et chirurgiens américains dans l'hôpital de rôle 4 à Landstuhl, mentionnant que les patients des FC y étaient traités aussi bien que les militaires américains. En 2008, le COMSOCAN a assumé le commandement de l'équipe de soutien aux blessés des FC à Landstuhl. Les patients des FC ont affirmé que la présence de personnel médical et d'aumôniers des FC à Landstuhl avait été un élément positif dans leur expérience d'évacuation.

Par ailleurs, les FC ont investi dans plusieurs bases de données et projets américains/coalisés concernant le suivi et l'identification des blessés, ce qui permet la saisie de données et l'accès à l'information sur les tendances en matière de blessures. Elles ont établi un partenariat avec les É.-U. dans le cadre du système conjoint de suivi des traumatismes, afin de suivre les tendances en matière de blessures. Cet investissement a aidé à accroître la surveillance des résultats de traitements multivariés grâce à une meilleure visibilité de multiples logiciels de critères. Cette approche analytique englobe l'attention accrue portée récemment aux militaires des FC exposés au choc d'une explosion, afin de surveiller les effets de ces incidents sur la santé à long terme¹².

¹² CANFORGEN 192/08 CMP 082/08 211739Z OCT 08 – RAPPORT DU GROUPE CONSULTATIF DES SERVICES DE SANTÉ DES FORCES CANADIENNES SUR LE TRAITEMENT DU TRAUMATISME CÉRÉBRAL LÉGER DANS LE CADRE DES OPÉRATIONS MILITAIRES.



Sélection d'un établissement de soins au Canada

Si un militaire des FC blessé doit rentrer au Canada pour recevoir d'autres soins en établissement, une décision est prise dans le théâtre au sujet de l'hôpital civil de soins tertiaires où il sera envoyé. Le médecin-chef et le personnel médical du théâtre prennent cette décision de concert avec le blessé (si c'est possible et souhaitable, compte tenu de son état).

La décision d'admettre un militaire des FC dans un certain établissement de soins civil n'est pas sans problèmes. En effet, plusieurs des médecins-chefs des bases des FC consultés durant l'évaluation se sont dits préoccupés par un certain nombre de problèmes liés à ce processus. L'une des principales préoccupations concerne la capacité de l'établissement visé d'apporter un soutien adéquat au blessé. Les hôpitaux canadiens ne sont pas tous en mesure d'offrir des soins avancés en traumatologie ou d'autres spécialités comme la neurochirurgie. Les fournisseurs de soins de santé des FC ont dit à l'équipe d'évaluation du CS Ex que l'établissement est choisi le plus souvent en fonction de la proximité du plus proche parent (PPP) qui pourra apporter un soutien moral au militaire blessé.

En conséquence, certains blessés sont envoyés dans un hôpital civil qui se trouve hors de portée de l'unité ou de la base de mise sur pied de la force et dont les capacités médicales sont moins qu'idéales. Cela fait augmenter considérablement les besoins administratifs, y compris la création ponctuelle de postes d'infirmière de liaison et l'affectation de gestionnaires de cas, ce qui ne fait qu'alourdir le fardeau des soins de santé des FC.

Constatation. Le personnel médical des FC a fait observer que du moins pour le traitement initial à l'arrivée au Canada, il est préférable qu'un militaire grièvement ou très grièvement blessé soit envoyé dans un endroit choisi en consultation avec le médecin-chef de la base de mise sur pied de la force et l'unité du militaire. Si ce dernier a besoin de soins continus dans un hôpital, une fois que les blessures les plus graves ont été soignées, il pourrait alors être transféré dans un établissement plus près du PPP.

Recommandation

Consulter le médecin-chef de la base de mise sur pied de la force, l'unité du militaire et le PPP afin de choisir le lieu d'hospitalisation d'un militaire grièvement ou très grièvement blessé. Si ce dernier a besoin de soins continus dans un hôpital, une fois que les blessures les plus graves ont été soignées, il pourrait alors être transporté dans un établissement plus près du PPP.

BPR : CPM

Soins aux blessés des FC dans des établissements de santé canadiens

À la fin des années 1990, les SSFC ont cessé de fournir des installations médicales de rôle 3 ou 4 aux membres des FC au Canada. Les FC envoient maintenant les militaires malades ou blessés dans des établissements de soins de santé provinciaux.



Cette approche ressemble un peu à celle en vigueur dans les forces armées du Royaume-Uni (R.-U.), à l'exception des unités de soins militaires dans des établissements spécialisés du R.-U. qui dispensent des soins avancés en traumatologie¹³.

Les forces armées américaines possèdent un vaste système (TRICARE) leur permettant d'assurer des soins de santé complets, principalement dans leurs propres installations, aux militaires en service actif et à leurs familles, à certains réservistes et aux anciens combattants admissibles.

Selon des études de sources indépendantes telles que le Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, le traitement des membres des FC varie d'une province à l'autre, et d'un endroit à l'autre dans chaque province¹⁴. L'équipe d'évaluation a déterminé qu'il peut y avoir des différences notables entre les établissements de soins civils qui sont accessibles ou situés près des bases des FC responsables de la mise sur pied d'une force.

Un certain nombre de bases des FC se trouvent dans des endroits qui sont mal desservis sur le plan médical. C'est le cas de la Base des Forces canadiennes (BFC) Petawawa et de la BFC Gagetown, deux bases de mise sur pied de la force pour le déploiement en Afghanistan qui font un usage considérable de tous les niveaux de ressources médicales. Parce que ces deux endroits manquent d'installations médicales complètes, en particulier pour le traitement des traumatismes graves, les membres des FC blessés ou malades qui y vivent doivent parcourir de grandes distances pour recevoir des traitements spécialisés. Cela signifie aussi que les militaires grièvement blessés sont inévitablement placés dans des établissements éloignés de leur principale unité/base de soutien.

Le Directeur général – Services de santé (DGS San) a récemment établi des cellules de coopération civilo-militaire (COCIM pour le soutien en matière de santé – à ne pas confondre avec la fonction de COCIM interarmées qui est remplie dans les opérations en cours en Afghanistan) selon une structure de force opérationnelle interarmées régionale/canadienne, afin de tenter d'évaluer les capacités de certains des établissements de soins civils. La plupart de ces cellules comptent un civil; et il arrive parfois que le médecin-chef de la Force opérationnelle interarmées des FC en fasse volontairement partie. Cette COCIM des SSFC sert à la fois de mécanisme d'évaluation et de bureau de liaison pour le placement éventuel des membres des FC blessés ou malades. D'après l'équipe de COCIM de la Force opérationnelle interarmées de l'Atlantique, chaque établissement médical pressenti dans le Secteur de l'Atlantique a participé à ce programme avec empressement et enthousiasme.

Dès qu'un membre des FC est placé dans un établissement de santé civil, les FC ne peuvent plus dans une large mesure exercer une surveillance et un contrôle directs sur les soins médicaux qu'il reçoit. Les entrevues menées auprès de plusieurs membres du personnel médical des FC concernant l'accès aux dossiers des patients, l'évaluation de la

¹³ Principalement au Selly Oak Hospital, University Hospital Birmingham Foundation Trust. Le Royal Centre for Defence Medicine se trouve aussi dans cet établissement. Le principal centre de réadaptation orthopédique du R.-U. est le Defence Medical Rehabilitation Centre, Headley Court.

¹⁴ Le rapatriement des soldats blessés, Rapport du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, deuxième session, trente-neuvième législature, 2008.



pertinence du traitement dans ces établissements et la transmission générale de l'information sur les patients, ont révélé que la pertinence des soins prodigués aux membres des FC dans ces établissements ne fait guère l'objet d'une évaluation qualitative de la part des professionnels de la santé des FC. La plupart des cliniciens des FC jugent suffisants les dossiers de transfert des patients ainsi que les relevés des services facturables. Or, cela va à l'encontre de l'Instruction 7000-73 du Groupe des SSFC¹⁵.

Le CS Ex a constaté que les membres des FC ont rarement l'occasion de formuler des commentaires opportuns sur les soins reçus, car les expériences que les militaires blessés ou malades ont connues dans des établissements de soins de santé civils n'ont pas été évaluées de façon systématique. Il est important que les FC, en tant qu'organisation apprenante, offrent aux militaires blessés ou malades la possibilité de formuler des commentaires sur leur expérience, y compris leur préparation, les soins reçus et les contacts continus avec le personnel du MDN/des FC, tels que les gestionnaires de cas.

Le fait qu'on admette que les soins prodigués aux civils par les établissements médicaux canadiens sont, par extension, appropriés dans le cas des militaires blessés ne tient pas compte des différences notables entre les deux populations. Par exemple, la plupart des hôpitaux canadiens ont eu peu l'occasion de traiter les traumatismes inhabituels subis au combat et les blessures psychologiques souvent dommageables qui peuvent les accompagner. En outre, la chaîne de commandement des FC n'a pas l'assurance que les besoins culturels propres aux militaires sont convenablement pris en compte dans les régimes de traitement.

Constatation. Bien que les FC aient imparti les responsabilités nationales de rôles 3 et 4 à des établissements civils de soins tertiaires au Canada, il existe un manque de consultation avec les militaires malades ou blessés au sujet de la qualité des soins reçus dans ces établissements. Par conséquent, les militaires qui ont des observations ou des suggestions visant à améliorer les soins reçus ou les processus administratifs ne disposent d'aucun mécanisme officiel pour les transmettre.

Recommandation

Mettre en œuvre un système de sondage sur la satisfaction des patients à l'égard de tous les services médicaux impartis dans le cas des membres des FC blessés ou malades.

BPR : CPM

BC : SMA(Mat)/DAQ

Dossiers médicaux

Les politiques et procédures régissant la gestion des dossiers médicaux des FC sont énoncées en détail dans l'Instruction 7000-34 du Groupe des SSFC¹⁶. Lorsqu'un militaire des FC est affecté à une opération, une copie ou un double du CF 2034, son principal dossier médical, l'accompagne. Si le militaire est blessé ou tombe malade, divers

¹⁵ Instruction 7000-73 du Groupe des SSFC, Conservation et élimination des renseignements personnels sur la santé, révision en date du 9 mai 2006.

¹⁶ Instruction 7000-34 du Groupe des SSFC, Aperçu général – Gestion de l'information et des dossiers sur la santé, révision en date du 9 mai 2006.



documents liés à la blessure/maladie seront versés dans ce double, qui est ensuite renvoyé avec le militaire à sa base/unité de mise sur pied de la force afin d'être ajouté au dossier principal. Ce processus n'est pas sans problèmes.

Quand nous leur avons demandé si tous les documents relatifs à une blessure étaient versés dans le dossier principal du militaire, certains interrogés ne savaient pas au juste si c'était le cas ou même si cela devait l'être. Des problèmes particuliers surgissent lorsqu'on cherche à obtenir des renseignements médicaux pour des demandes d'indemnisation d'ACC, et il est possible que des documents manquants nuisent au cas à l'étude. Un travail mal fait peut avoir de lourdes conséquences pour le militaire, particulièrement après son départ à la retraite lorsqu'il faut traiter avec ACC et le Tribunal des anciens combattants (révision et appel).

Nous avons entendu diverses opinions dans l'ensemble des FC au sujet du transfert des dossiers médicaux des membres des FC soignés dans des établissements civils. Certains médecins-chefs de bases interrogés dans le cadre de la présente évaluation ont affirmé qu'ils recevaient assez d'information, alors que d'autres ont indiqué qu'ils préféreraient recevoir toutes les copies des dossiers de traitement de leurs patients et éliminer eux-mêmes les documents inutiles, au lieu de recevoir simplement un résumé du traitement à titre d'unique document officiel.

Un examen détaillé du Système d'information sur la santé des FC (SISFC) et la voie à suivre proposée en ce qui a trait aux dossiers médicaux électroniques sont présentés dans la section administrative de l'évaluation.

Constatation. La tenue des dossiers médicaux est inégale.

Recommandation

Clarifier les politiques, rôles et responsabilités concernant la tenue des dossiers médicaux et les communiquer.

BPR : CPM

Soins de santé en garnison pour les membres des FC blessés ou malades

Les opérations en cours, les pénuries de personnel médical, les exigences de mise sur pied d'une force et l'augmentation considérable du nombre de militaires blessés ou malades ont imposé un fardeau imprévu à plusieurs cliniques de bases des FC, notamment dans les principales bases de mise sur pied d'une force.

Le modèle de l'IRSP est encore en voie de mise en œuvre et la fin de la transition n'est pas prévue avant 2010. La majorité des cliniques l'ont mis en œuvre en partie; deux cliniques que l'équipe d'évaluation a visitées, soit celles d'Halifax et d'Edmonton, l'ont presque entièrement mis en œuvre. Étant donné la mise en œuvre asynchrone du nouveau modèle dans l'ensemble des FC, il a été possible d'examiner la fonctionnalité du modèle d'UPSS dans ses diverses phases.

Même si Halifax et Edmonton ont pratiquement fini la mise en œuvre du modèle, la fonctionnalité variait entre les deux cliniques. L'efficacité de la prestation des services reposait sur une dotation suffisante des cliniques et, facteur presque aussi important, sur une infrastructure suffisante pour appuyer le nouveau concept d'UPSS.

Les rapports hiérarchiques varient entre les cliniques médicales et la chaîne de commandement dans l'ensemble des FC. Dans les bases d'Halifax et d'Esquimalt, les cliniques médicales sont placées sous le contrôle opérationnel du commandant de la base. Il existe des rapports similaires dans les bases de la Force aérienne du Canada qui remplissent des rôles opérationnels.

À Edmonton, comme à toutes les principales bases de mise sur pied d'une force au sein de l'Armée de terre (Valcartier, Gagetown et Petawawa), la clinique médicale de la base est une sous-unité de l'ambulance de campagne hébergée. Le personnel militaire d'autres sous-unités de l'ambulance de campagne d'appartenance peut être et est affecté à tour de rôle à la clinique médicale.

La plupart des soins cliniques offerts dans les bases des FC sont actuellement dispensés par des professionnels civils de la santé qui appartiennent à la fonction publique et d'autres qui sont engagés à contrat. Le but du modèle de l'IRSP était que la composante civile aide le personnel militaire à assurer la continuité des soins offerts aux malades et aux blessés, lacune qui avait été cernée précédemment. Toutefois, il n'y a souvent que peu, ou pas du tout, de fournisseurs militaires de soins de santé disponibles pour exécuter le travail courant dans les cliniques des bases. Ce problème survient peu importe si une clinique en particulier est actuellement dotée d'un effectif militaire suffisant en vertu du nouveau modèle de l'IRSP. Avec le rythme opérationnel accru et le déploiement des membres militaires de l'équipe de santé des FC, la majorité des cliniques des bases seront privées de personnel militaire pendant des périodes prolongées.

Nous avons constaté que l'une des grandes lacunes du système de soins de santé en garnison pour les militaires blessés réside dans le manque de programmes de physiothérapie et de réadaptation appropriés aux graves traumatismes physiques que des militaires subissent maintenant lors d'opérations. Faute de ressources des FC, la majeure partie du travail de réadaptation avancée en cas de traumatisme était confiée à des établissements civils.

Or, les recherches effectuées pour la présente évaluation ont indiqué que la plupart des centres civils de réadaptation physique et de physiothérapie s'adressent principalement à une population âgée qui ne vise pas nécessairement un programme de retour au travail, mais qui veut simplement améliorer sa mobilité. Les FC exigent plus que de simples améliorations au niveau de la mobilité pour qu'un militaire retourne au travail à temps plein. Les SSFC ont reconnu cette lacune et mis en œuvre le nouveau programme d'amélioration des services de réadaptation afin d'y remédier¹⁷.

¹⁷ CANFORGEN 179/08 CMP 077/08 301704Z SEP 08, NOUVEAU PROGRAMME DE RÉADAPTATION PHYSIQUE POUR LE PERSONNEL DES FC.



Constatation. Le modèle de l'IRSP n'a pas tenu compte de la constitution nécessaire du personnel médical dans l'ensemble des FC. Il n'y a pas assez de personnel médical dans tous les groupes professionnels militaires (GPM) au sein des effectifs des UPSS pour assurer à la fois les soins en garnison et le soutien des opérations de déploiement.

Recommandation

Effectuer un examen approfondi de la force de campagne des SSFC qui indique son rôle crucial dans la constitution du personnel médical pour les opérations, y compris un examen du modèle d'établissement de l'IRSP. Selon les résultats de l'examen, mettre en place la capacité des SSFC requise pour établir les conditions nécessaires à la réussite du soutien médical et dentaire décrit dans les modèles de développement des forces.

BPR : CDF

BC : CPM



Soins de santé mentale

Généralités

Cette section porte sur les soins de santé mentale prodigués aux militaires blessés ou malades depuis le moment où la blessure ou maladie survient jusqu'au retour au travail ou jusqu'à la libération des FC en raison de cette blessure ou maladie. Depuis quelques années, on met de plus en plus l'accent sur les problèmes de santé mentale du personnel militaire, principalement ceux qui sont associés aux opérations militaires. En décembre 2008, l'Ombudsman du MDN et des FC a publié un rapport important¹⁸ qui décrit les expériences de soins de santé et d'administration vécues par des membres des FC ayant subi des TSO. Dans ce rapport, il soulève des problèmes systémiques qui exigent des mesures correctives.

Les FC définissent généralement la santé mentale comme étant « un aspect de la santé qui concerne des questions cognitives, affectives, organisationnelles et spirituelles. Elle ne concerne donc pas uniquement les troubles psychiatriques. Elle comprend des facteurs intrapsychiques, interpersonnels, sociaux et professionnels. Les facteurs nuisant à la santé mentale d'un militaire peuvent être de nature sociale, individuelle, biologique ou familiale. »¹⁹

Des problèmes de santé mentale peuvent souvent accompagner des troubles multiples (ce qu'on appelle « comorbidité ») ou des comportements non diagnostiques (comme les toxicomanies) auxquels il faut également remédier. Au rétablissement et à la réadaptation qui suivent de graves blessures physiques s'entremêlent souvent des problèmes de santé mentale ou émotionnelle (dépression, anxiété, peur et colère).

Mesure de la santé mentale dans les FC en 2002

En 2002, de concert avec Statistique Canada, les FC ont entrepris un projet visant à déterminer la prévalence des problèmes courants de santé mentale et l'ampleur des besoins non satisfaits en matière de soins de santé mentale. Connue sous le nom d'Enquête sur la santé mentale dans les FC, cette étude a fourni des données de base afin de renseigner les décideurs sur la nature et l'importance des problèmes de santé mentale chez les militaires canadiens. Le rapport de l'Enquête sur la santé mentale²⁰ a comparé les troubles de santé mentale répandus dans la population des FC (Force régulière et Réserve) avec ceux de la population canadienne en général.

Les résultats ont révélé que le pourcentage de membres des FC ayant des problèmes de santé mentale était similaire à celui de leurs homologues civils, mais la dépression était beaucoup plus répandue chez les membres de la Force régulière comparativement aux réservistes ou aux civils du même âge et du même sexe. Bien que la raison de cet excès de

¹⁸ Rapport de l'Ombudsman du MDN et des FC, *Un long chemin vers la guérison : Le combat contre les traumatismes liés au stress opérationnel – Deuxième examen des mesures du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel*, décembre 2008.

¹⁹ Document de conception des soins de santé mentale, para 8, p. vi.

²⁰ Enquête sur la santé mentale.



dépression ne soit pas claire, diverses études laissent supposer que les déploiements eux-mêmes constituent tout au plus un facteur secondaire. L'enquête a examiné les troubles anxieux (comme le trouble d'anxiété généralisée, le trouble panique, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et la phobie sociale), les troubles de l'humeur (comme la dépression) et les troubles non diagnostiqués (comme les pensées suicidaires et les troubles de l'alimentation)²¹. Des résultats analogues ont aussi été enregistrés dans le volet santé mentale du Sondage sur la santé et le style de vie des FC²², qui est mené tous les quatre ans depuis 2000.

Initiative de santé mentale des FC

Les résultats de l'étude de 2002 ont fait prendre conscience aux dirigeants et à la collectivité opérationnelle des FC des répercussions que dix années de rythme opérationnel élevé avaient sur la santé et l'efficacité des militaires. Il a été déterminé que les FC n'étaient pas en mesure de répondre aux besoins de santé mentale, étant donné que la sensibilisation et la demande à l'égard des services de soins de santé mentale ont atteint des niveaux jamais vus depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Le Groupe des SSFC a entrepris d'évaluer les services de santé mentale offerts à l'époque et s'est engagé à élaborer un système qui répondrait mieux aux besoins de tous les membres des FC.

Parallèlement à ce travail, des démarches internes du DGS San ont été entreprises par le Groupe de travail sur la santé mentale, qui relevait du Comité permanent de révision de la médecine opérationnelle, dans le cadre du travail préparatoire pour Rx2000. Son rapport détaillé de 2000 faisait suite à plusieurs enquêtes de l'Ombudsman du MDN et commissions d'enquête indépendantes relatives aux soins dispensés dans les années 1990 après les engagements en Somalie, en Bosnie, en Croatie, au Timor-Oriental et au Kosovo. En février 2001, ce groupe de travail a rédigé une série de recommandations détaillées visant à améliorer les soins de santé mentale dans les FC²³.

Le produit du MDN et des FC dérivé de ce travail préparatoire sur la santé mentale dans le cadre du programme Rx2000 a été baptisé Initiative de santé mentale. Le DGS San lui a donné son aval en septembre 2003 pour en faire le nouveau concept des soins de santé mentale dans les FC²⁴. Ce concept a été élaboré grâce à de nombreuses consultations entre les fournisseurs internes de soins de santé mentale, la collectivité des SSFC en général, les clients opérationnels et les spécialistes externes. Il décrivait comment les ressources de santé mentale devaient être employées et présentait un plan sommaire visant à normaliser les soins de santé mentale. Le DGS San a demandé la collaboration de tous les fournisseurs de soins (pas seulement ceux spécialisés dans les soins de santé mentale) afin d'adopter et de mettre en œuvre le modèle de santé mentale.

²¹ AMD015FHPAF001, p. 42.

²² Sondage sur la santé et le style de vie dans les FC (pour les résultats); CANFORGEN 2008/210-08 pour l'année d'enquête 2008.

²³ Annexe A de l'Initiative de santé mentale des FC, 23 septembre 2003, « Concept des soins de santé mentale dans les Forces canadiennes ».

²⁴ Ibid.



« Nous tenterons de fournir des services supplémentaires de fournisseurs de soins de santé mentale, qu'il s'agisse de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux et de personnel en soins infirmiers. Nous insistons également sur les liens qui doivent exister entre les fournisseurs de soins de santé primaires et les fournisseurs de soins en santé mentale. Les fournisseurs de soins de santé primaires jouent un rôle important lorsqu'il s'agit d'identifier les militaires qui souffrent d'une maladie mentale et de gérer leur cas. C'est ce que nous appelons le partage des soins. »

Document de conception des soins de santé mentale dans les FC, 2003²⁵

La stratégie des FC en matière de santé mentale devait être axée dans une faible mesure sur la promotion de la santé, mais principalement sur les soins prodigués en cas de maladie/blessure à l'aide de pratiques fondées sur l'expérience clinique.

Modèle des FC pour la santé mentale

Le modèle de santé mentale dans les FC repose sur une approche multidisciplinaire à l'égard de l'évaluation et du traitement, comme l'indique le Concept des soins de santé mentale dans les FC. Des équipes de santé mentale devaient être composées de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, de personnel infirmier en santé mentale, de conseillers en toxicomanie et d'aumôniers spécialistes de la santé mentale²⁶.

Cette approche clinique multidisciplinaire est utilisée dans les établissements civils de santé mentale au Canada; les pays de l'OTAN/ABCA (Amérique, Grande-Bretagne, Canada et Australie) l'emploient également dans leurs modèles militaires de soins de santé. L'intégration de la santé mentale dans les soins primaires est conforme aux pratiques exemplaires du secteur civil et appuyée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)²⁷.

Dans les FC, au niveau de la prestation des services de santé mentale/niveau tactique, ce modèle multidisciplinaire a été précisé davantage afin de diviser les cliniques de santé mentale des garnisons des FC en deux équipes fonctionnelles : Services généraux de santé mentale et Services psychosociaux. Les soins de santé mentale devaient être intégrés dans le système de prestation des services généraux de santé et être dispensés aux membres des FC sous la supervision de leur médecin militaire généraliste (MMG).

²⁵ Ibid.

²⁶ Appendice 2 de l'annexe D de l'Initiative de santé mentale des FC, 23 septembre 2003, « Concept des soins de santé mentale dans les Forces canadiennes ».

²⁷ Rapport de l'OMS intitulé « Integrating mental health into primary care—A global perspective » http://www.who.int/mental_health/policy/Integrating%20MH%20into%20primary%20care-%20final%20low-res%20140908.pdf.

Ce modèle de prestation des services de santé mentale devait atteindre les objectifs suivants :

[trad.] « Le concept de santé mentale proposé représente l'option la plus rentable pour combler les lacunes opérationnelles et humaines cernées dans les examens et rapports récents. Il établit la composante militaire minimale qui est essentielle au soutien efficace des opérations, tout en prévoyant une capacité stable de prestation des soins en garnison qui optimise la continuité des soins. La structure et les processus mis en place favorisent la coordination, le travail d'équipe et la synergie des efforts, non seulement chez les membres de l'équipe interdisciplinaire de santé mentale mais aussi dans les services de santé mentale, de soins primaires et de protection de la santé et la chaîne de commandement opérationnelle. Cela permet de conserver des ressources limitées tout en accroissant la capacité de protéger la santé mentale des membres des FC et de traiter les blessures efficacement lorsqu'elles surviennent. »²⁸

L'équipe d'évaluation du CS Ex s'est mise à la recherche de preuves indiquant que ce modèle de santé mentale a produit les résultats attendus ci-dessus.

Soutien en matière de soins de santé mentale pour les opérations de déploiement

Le dépistage médical et psychosocial préalable au déploiement fait partie du processus général de dépistage en vue des opérations de déploiement. Une fois les troupes déployées, le concept d'opération des FC en matière de santé mentale doit intégrer une équipe de santé mentale adaptée aux besoins. Par exemple, l'engagement en Afghanistan prévoit un psychiatre, deux membres du personnel infirmier en santé mentale et un travailleur social qui sont affectés à l'hôpital de rôle 3 de l'OTAN à l'aérodrome de Kandahar. Leur rôle principal consiste à fournir des soins de santé mentale aussitôt que possible après le début d'une réaction de stress de combat.

La recherche médicale a montré que la probabilité d'effets positifs à long terme sur la santé mentale est grandement accrue si les soins nécessaires sont disponibles le plus en avant possible dans le théâtre opérationnel et reçus dès que possible après un incident, et si le militaire peut en même temps bénéficier de la camaraderie et de la confiance de sa « famille » militaire. Ce concept militaire de santé mentale a été baptisé modèle PIE (« proximité, immédiateté et expectative »)²⁹.

La plupart des dirigeants de cliniques de santé mentale qui ont été consultés lors de l'évaluation ont fait observer que l'affectation de spécialistes en santé mentale à partir du petit nombre de professionnels disponibles pour cette tâche a mis à rude épreuve les cliniques de santé mentale au pays. Malgré ces contraintes, l'équipe d'évaluation du CS Ex a confirmé que les cliniciens, les commandants et les militaires sont satisfaits des services de santé mentale déployés.

²⁸ Annexe A de l'Initiative de santé mentale des FC, 23 septembre 2003, « Concept des soins de santé mentale dans les Forces canadiennes ».

²⁹ <http://www.rcmi.org/archives/SITREP/08/08-3%20Sitrep.pdf> « Partnership in Performance: Leaders and Mental Health Care Providers », SITREP RCMI, mai-juin 2008, vol. 68, n° 3, p. 9.



Dans le cas des déploiements de plus faible envergure et des déploiements de navires, le dépistage des troubles mentaux inclut l'approbation d'un travailleur social en santé mentale et du médecin du militaire, afin d'éviter que celui-ci ne soit rapatrié pendant son affectation à cause d'un problème de santé mentale pour lequel il ne peut obtenir aucun soutien.

Toutefois, il se peut qu'aucun dépistage n'ait lieu au retour. Les commandants (Cmndt) interrogés aux fins de l'évaluation ont émis des commentaires sur les problèmes relatifs à un petit nombre d'arrivées sans préavis, dans leurs unités d'appartenance, de militaires en bonne santé, blessés ou malades qui rentrent d'une opération sans être examinés par du personnel médical. Il existe un risque élevé que des militaires, en particulier des renforts individuels, ne fassent pas l'objet d'un dépistage des problèmes de santé.

Des administrateurs, des responsables du soutien aux familles et des fournisseurs de soins de santé ont dit à l'équipe du CS Ex que la mise en œuvre, par la Force aérienne, de déploiements plus fréquents mais plus courts, d'une durée de 56 jours, a eu des conséquences imprévues pour la santé mentale des militaires de leurs familles. Les SSFC ont modifié les normes locales de surveillance médicale, et la Force aérienne est en train de revoir sa politique sur la durée des déploiements.

Lors du redéploiement, la plupart des unités formées participent à une décompression dans un tiers lieu (DTL)³⁰. Durant cette DTL, le personnel de santé mentale donne des séances d'information obligatoires sur la santé mentale qui sont complétées par des services de counselling volontaire. Le COMSOCAN assure maintenant ce programme à Chypre.

Le Groupe d'aide à l'arrivée (GAA) renseigne les militaires de l'unité au sujet du processus de dépistage des troubles mentaux auquel ils doivent se soumettre. Les groupes formés qui retournent au Canada subissent des évaluations obligatoires de la santé mentale qui sont faites par des praticiens nationaux de la santé mentale du MDN et des FC de trois à six mois après le déploiement.

Il se peut que le dépistage postdéploiement présente une lacune dans le cas des militaires qui sont rapatriés tôt et de ceux qui sont transférés à mi-rotation. En effet, ces personnes doivent être soumises au dépistage avant la plupart des membres de leur unité. Par ailleurs, le taux d'achèvement du dépistage obligatoire des troubles mentaux après le déploiement se situe à 72 p. 100³¹. Comme pour toutes les activités postdéploiement, il incombe au commandant actuel du militaire de s'assurer que toute la liste de vérification postdéploiement est remplie en temps opportun. Si les militaires ne sont pas tous soumis au dépistage postdéploiement, c'est principalement parce que certains Cmndt (mais certainement pas tous) n'y veillent pas, sans doute à cause d'exigences concurrentes.

³⁰ http://cfjsg.kingston.mil.ca/documents/cfjsg/orders/dcdfs/DDIO_e.pdf Directives du SCEMD pour les opérations internationales, chapitre 12, section 6. La politique de dépistage et de réintégration des FC exige que tous les militaires qui rentrent d'une opération internationale d'une durée de 60 jours ou plus soient soumis au processus amélioré de dépistage postdéploiement dans un délai de 90 à 180 jours après le retour au Canada.

³¹ Note de synthèse du D^r Mark Zamorski, faisant état d'une amélioration par rapport aux taux d'achèvement antérieurs de 41 et 56 p. 100.

Malgré la nécessité de soumettre un plan détaillé de dépistage et de réintégration trois mois avant la fin de chaque rotation, les dépistages ne sont souvent pas intégrés longtemps à l'avance dans le calendrier d'instruction de l'unité. La politique actuelle de dépistage et de réintégration (DSOI, chapitre 12, section 6) exige que les Cmdt fassent rapport « périodiquement » aux responsables de la mise sur pied de la force de l'état d'avancement des activités de dépistage, mais ils ne le font pas de façon systématique. En raison des faiblesses du Système de gestion des ressources humaines (SGRH), le suivi de l'état d'avancement du dépistage est un processus manuel qui varie d'une base à l'autre, d'une rotation à l'autre et d'une unité à l'autre. On ne peut se fier au SGRH pour dresser rapidement des listes nominatives de déploiement exactes. Sans elles, il faut utiliser des sources de données ponctuelles locales, ce qui empêche les échelons supérieurs de constater l'état d'avancement du dépistage et entraîne le risque que certaines personnes ne soient pas soumises au processus à cause de sources de données imparfaites. L'exactitude des dates de départ et de retour est particulièrement importante parce que les besoins de dépistage sont déterminés par la durée du déploiement, et le moment où doit avoir lieu le dépistage est dicté par la date de retour. Au cours des dix dernières années, plusieurs rapports et commissions d'enquête ont indiqué que l'incapacité des FC à dresser rapidement des listes nominatives de déploiement exactes constituait une lacune importante, mais peu de progrès ont été réalisés jusqu'à maintenant.

Au lieu d'une liste détaillée d'activités précises (comme c'est le cas pour le dépistage préalable au déploiement/la vérification de l'état de préparation du personnel), le SGRH ne comporte qu'une seule case à cocher pour indiquer que la longue liste de vérification postdéploiement a été remplie. Cela limite considérablement l'utilité de l'outil lorsqu'il s'agit de surveiller l'état d'avancement des activités de dépistage et réintégration. Enfin, sans listes nominatives exactes, il est impossible de faire des recherches sur les conséquences pour la santé des membres des FC précédemment déployés et d'exercer une surveillance à cet égard.

Les améliorations annoncées³² en vue d'accroître l'efficacité et l'efficience du dépistage préalable et postérieur au déploiement ne se sont pas encore fait sentir sur le terrain. L'équipe d'évaluation a remarqué que les questions de santé mentale font désormais partie des examens médicaux courants et du processus d'évaluation de santé périodique³³. En dépit de la conformité inégale au dépistage postdéploiement, il est prouvé que ce mécanisme et d'autres fonctionnent afin que des soins soient prodigués beaucoup plus tôt que par le passé. À titre d'exemple, environ la moitié des militaires qui ont signalé des symptômes du SSPT durant le dépistage postdéploiement recevaient déjà des soins au moment du dépistage, lequel avait lieu en moyenne cinq mois environ après le retour. En 2002, l'Enquête de Statistique Canada sur la santé mentale a révélé que les militaires atteints du SSPT lié au service devaient généralement attendre plus de cinq ans avant d'être soignés.

En outre, une vérification effectuée à la BFC Edmonton après la roto 1 de la FOA a indiqué qu'environ le tiers du personnel basé à Edmonton avait demandé des soins de santé mentale au cours de la première année suivant son retour.

³²Rapport sur les plans et les priorités 2008-2009 du ministère de la Défense nationale, p. 48.

³³ CF 2033 (02-2007) FICHE D'EXAMEN MÉDICAL (ÉVALUATION DE SANTÉ PÉRIODIQUE).



Les principales bases de mise sur pied d'une force disposent en permanence de groupes de soutien au déploiement (GSD) qui utilisent de solides processus, notamment pour le dépistage des troubles mentaux. Toutefois, les GSD/bases répondent plus ou moins aux besoins des conjoints/familles, ce qui explique la variation des taux de participation des conjoints sur le plan psychosocial. Les GSD/ bases ont aussi normalisé les GAA, qui concentrent particulièrement le dépistage sur les réservistes (leçon retenue concernant la difficulté de les retrouver plus tard).

Les réservistes attendent le plus longtemps après un déploiement qu'on détermine le type d'évaluation et de soins qui peuvent être offerts durant la période généralement courte qui reste dans leurs contrats. Les SSFC et la chaîne de commandement admettent que le suivi des soins de santé fournis aux réservistes après le déploiement présente une lacune à laquelle les FC consacrent beaucoup d'énergie pour tenter d'atteindre le plus de réservistes possible, compte tenu des contraintes.

Mesure de la santé mentale liée aux déploiements

Généralement, les praticiens de la santé mentale des FC sont en faveur de la DTL et des séances d'information sur la santé mentale lors de la DTL pour améliorer la participation au processus subséquent de dépistage des troubles mentaux en garnison. Ils soulignent cependant la nécessité de reconnaître la charge de travail supplémentaire et non financée que les Groupes d'aide au départ (GAD), les GAA et les DTL ont imposée aux fournisseurs de soins de santé mentale des FC/du MDN et qui réduit davantage la capacité des cliniques de santé mentale des FC.

La plupart des données du processus amélioré de dépistage des problèmes de santé mentale post-déploiement sont recueillies de trois à six mois après le déploiement. L'analyse à laquelle les SSFC soumettent les données connues permet de déterminer les taux de prévalence des symptômes évoquant le SSPT, la dépression, les pensées suicidaires, le trouble panique, le trouble d'anxiété généralisée et des comportements tels que la consommation d'alcool à haut risque (y compris les troubles comorbides)^{34 35}. Les résultats de cette analyse laissent supposer une demande continue de services généraux de santé mentale, particulièrement à mesure que davantage d'anciens combattants de l'Afghanistan commenceront à passer par le système de soins de santé mentale.

L'équipe d'évaluation a examiné des études des FC et d'autres études comparatives selon lesquelles les processus de sélection, d'instruction et de dépistage contribuent de manière positive à la santé mentale générale de la population des FC et justifient les taux déclarés de troubles mentaux qui sont proportionnés à la nature des opérations. Malgré les mesures en place, les professionnels de la santé mentale des FC et du MDN admettent que les opérations de déploiement exposeront certains militaires à un risque plus élevé de

³⁴ Aucune donnée diagnostique précise n'est disponible à l'heure actuelle, d'où l'utilisation du terme « évoquant ».

³⁵ NOTE DE SYNTHÈSE SUR LES RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES DU PROCESSUS AMÉLIORÉ DE DÉPISTAGE POSTDÉPLOIEMENT À L'ÉGARD DES MILITAIRES RENTRANT DE L'OP ARCHER/FORCE OPÉRATIONNELLE EN AFGHANISTAN EN DATE DU 28 AVRIL 2008, préparée par le D^f Mark Zamorski, chef de la Section de la santé des militaires déployés, 26 mai 2008 (voir l'annexe D, extrait 2).



problèmes de santé mentale. Le débat se poursuit entre les professionnels sur la question de savoir si les problèmes de santé mentale augmentent avec la fréquence et l'intensité des déploiements.

Constatation. La prévalence des symptômes signalés au moment du dépistage postdéploiement est stable. Les spécialistes de la santé des militaires déployés et de la santé mentale des FC estiment que la prévalence apparente des problèmes de santé mentale est proportionnée à la nature de l'opération.

Cliniques de santé mentale et prestation de soins de santé mentale au pays

La clinique de soins de santé de la base locale est l'endroit où sont dispensés les soins primaires des FC au Canada. Les membres des FC y sont soignés sous la direction de leur MMG (ou généraliste civil). Au besoin, le MMG est responsable d'orienter les patients vers des ressources de santé mentale à l'échelle locale. Sur les 51 cliniques médicales que les FC exploitent au Canada dans des lieux géographiques différents, dix sont assez grandes pour appuyer des cliniques de santé mentale, et cinq d'entre elles comportent à la fois des cliniques de santé mentale et des Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO). Les autres cliniques emploient une équipe partielle de spécialistes de la santé mentale.

Les services offerts dans les cliniques de santé mentale sont divisés en deux secteurs : Services généraux de santé mentale (spécialisés dans le traitement à long terme des patients) et Services psychosociaux (pour les évaluations et les interventions à court terme). La principale distinction entre les deux secteurs réside dans le fait que l'accès aux Services généraux de santé mentale est possible uniquement sur la recommandation du médecin. Toutefois, les Services psychosociaux sont accessibles sans recommandation et tiennent des dossiers séparés³⁶.

Étant donné la durée de la mise en œuvre de Rx2000, l'équipe d'évaluation s'attendait à ce que des progrès notables aient été accomplis dans l'exécution de l'Initiative de santé mentale, et à ce que des résultats puissent être montrés quant à l'intégration efficace des disciplines de la santé mentale. Or, certains gestionnaires de cliniques de santé mentale et les chefs nationaux des services professionnels de santé mentale ont encore de grandes difficultés à surmonter pour intégrer de façon appropriée les disciplines relatives aux soins de santé mentale.

Avant 2003, la majorité des disciplines de la santé mentale ne fonctionnaient pas sous forme d'équipes multidisciplinaires de santé mentale. La plupart des professionnels de la santé mentale possédaient une certaine expérience du travail d'équipe dans des hôpitaux et des établissements civils de santé mentale plus importants. Toutefois, sauf quelques exceptions, l'approche axée sur l'équipe de santé mentale n'était pas pratique courante au sein des FC et du MDN depuis la dissolution de la capacité nationale de rôle 3/rôle 4 dans les années 1990. La mise en œuvre des équipes interdisciplinaires de santé mentale décrites dans le plan de mise en œuvre de l'Initiative de santé mentale a modifié la

³⁶ Le dossier psychosocial est un sous-dossier du dossier médical du militaire (CF 2034). Il pose problème car il peut contenir des renseignements sur les relations du militaire ou sur d'autres personnes et est conservé indéfiniment.

dynamique de la prestation des services et l'équilibre des disciplines assignées aux cliniques dans l'ensemble des FC. Pour assurer la coordination et le leadership requis, les SSFC ont créé un poste de Directeur – Santé mentale en janvier 2009.

Constatation. Malgré la longue mise en œuvre de Rx2000, certains gestionnaires de cliniques de santé mentale et les chefs nationaux des services professionnels de santé mentale ont encore de grandes difficultés à surmonter pour intégrer de façon appropriée les disciplines relatives aux soins de santé mentale. Le nouveau Directeur – Santé mentale a été chargé de faire en sorte que cette intégration nécessaire soit réalisée efficacement à court terme.

Comorbidité et blessures physiques

Les entrevues auprès de fournisseurs de soins de santé mentale dans l'ensemble des FC et du MDN ont indiqué qu'il y a très souvent, du moins au début, des problèmes de santé mentale associés à une blessure, qu'il s'agisse d'une blessure subie au combat ou d'un grave accident d'entraînement, ou même d'un accident de voiture survenu au pays. Les praticiens de la santé mentale interrogés dans le cadre de la présente étude, ainsi que les recherches documentaires effectuées par l'équipe d'évaluation, ont également révélé que des problèmes importants de santé mentale peuvent souvent comporter des niveaux accrus de toxicomanie et d'autres comportements destructeurs.

Les FC sont entièrement tributaires des établissements civils de soins tertiaires pour les militaires les plus grièvement blessés ou malades, afin que les blessures physiques graves constituant un danger de mort soient traitées en priorité. Elles dépendent aussi des centres de traitement civils dans le cas de nombreux troubles mentaux graves. L'équipe d'évaluation a pris connaissance de plusieurs cas où ces établissements civils n'avaient pas traité activement les troubles mentaux comorbides. Les fournisseurs de soins de santé ont attribué cette situation à la nature hautement spécialisée des établissements eux-mêmes. Dans plusieurs de ces cas, l'équipe d'évaluation a constaté que les fournisseurs de soins de santé des FC et du MDN n'avaient pas été mis au courant des troubles comorbides potentiels ou n'avaient pas donné suite aux problèmes soupçonnés. Cela a eu des conséquences pour les militaires touchés, principalement en raison de la coordination moins qu'idéale entre les équipes de gestion des cas.

Constatation. Les pratiques exemplaires indiquent que dans les cas complexes de blessures physiques graves exigeant une longue hospitalisation, il faut améliorer la coordination et la participation des équipes de santé mentale et de réadaptation selon une approche multidisciplinaire.

Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels

Cinq bases des FC possèdent des CSTSO qui offrent un niveau de soutien accru à l'égard des problèmes psychologiques, émotifs, spirituels et sociaux qui découlent des opérations militaires³⁷. Selon le concept de santé mentale, les ressources de santé mentale devaient être réparties géographiquement dans des endroits situés à proximité des clients³⁸.

Créés en 1999, les CSTSO ont évolué de façon indépendante jusqu'en 2007. Cette année-là, le Médecin-chef adjoint a ordonné que le personnel des CSTSO adopte une approche commune en ce qui a trait à leurs protocoles d'évaluation et de traitement dans l'ensemble des FC. Les entrevues avec les dirigeants clés de ces cliniques ont fait ressortir les progrès accomplis récemment en vue d'uniformiser le traitement et d'assurer la continuité des soins que les patients reçoivent lorsqu'ils sont transférés d'un établissement à l'autre; toutefois, il reste des points litigieux et des désaccords professionnels qui nécessitent d'autres travaux et efforts de normalisation³⁹.

Il existe un sérieux problème dans la répartition des ressources et la charge de travail entre les bases dotées de CSTSO et d'autres bases de l'Armée de terre où les besoins sont grands (p. ex., Petawawa et Gagetown) et où la configuration demeure celle des cliniques de santé mentale. De par leur nature, les CSTSO offrent des services complets et comptent suffisamment de personnel pour fournir toute la gamme d'évaluations et de traitements aux membres des FC. Comme l'Ombudsman des FC l'a mentionné dans son rapport, le fait de ne pas affecter suffisamment de professionnels de la santé mentale dans certains endroits, en particulier dans les bases de déploiement de l'Armée de terre où les besoins sont grands, a pour conséquence que ces endroits restent mal desservis par les ressources de santé mentale, de sorte que les militaires et leurs familles doivent parcourir de longues distances pour aller à des rendez-vous réguliers et attendre plus longtemps pour avoir accès aux services⁴⁰.

À Gagetown, au début de 2008, des centaines de membres des FC attendaient encore de subir l'évaluation de santé mentale nécessaire avant le traitement. À l'époque, il y avait des retards de plusieurs mois dans la planification des évaluations de santé mentale, car un psychiatre n'était disponible que 2,5 jours par semaine à la clinique. Gagetown ne possède aucune structure de CSTSO et a rencontré des problèmes avec certains fournisseurs externes de soins de santé mentale. De plus, il n'y avait pas de chef clinique pour chacune des disciplines, contrairement aux CSTSO. Les lignes directrices n'étaient pas claires entre les disciplines de la santé mentale, et la demande de services était élevée

³⁷ Les CSTSO ont pour mandat d'acquérir de l'expérience et un ensemble de compétences en ce qui concerne la gestion des types de problèmes de santé mentale liés aux opérations militaires, de partager cette expérience et ces compétences avec les fournisseurs de soins dans les bases grâce à une liaison constante et à des activités éducatives, et d'appliquer cette expérience et ces compétences à la gestion des cas qui leur sont confiés.

³⁸ Concept de santé mentale, para 58c, p. 21/37. Les CSTSO sont situés à Esquimalt, Edmonton, Ottawa, Valcartier et Halifax (en date de janvier 2009).

³⁹ Le processus d'évaluation des CSTSO est expliqué dans l'organigramme de l'annexe D, issu de récents travaux de normalisation.

⁴⁰ Rapport de l'Ombudsman du MDN et des FC, Un long chemin vers la guérison : Le combat contre les traumatismes liés au stress opérationnel, décembre 2008 <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/sr-rs/osi-tso-3/doc/osi-tso-3-fra.pdf>.

et croissante. On en est finalement arrivé à un point où le commandant de la base est intervenu pour traiter avec les parlementaires et les médias qui posaient des questions au sujet de cette clinique en particulier.

Tel qu'il a été envisagé en 2003, le modèle de santé mentale n'était tout simplement pas efficace dans les endroits où la demande était forte et qui étaient dépourvus d'une structure de CSTSO, qui manquaient de personnel qualifié et qui n'avaient pas de directives et de normes adéquates sur les plans clinique et professionnel. L'équipe d'évaluation s'est longuement entretenue avec un certain nombre des professionnels de la santé mentale touchés. De toute évidence, ces personnes étaient extrêmement dévouées à leur travail. Elles ont dit être également frustrées par les conflits internes, les désaccords professionnels sur des questions de traitement, le stress et l'épuisement des soignants ainsi que l'absence de directives cliniques et professionnelles de niveau supérieur.

Sur le plan militaire, il manque à ces organisations une « doctrine » adéquate qui fournirait une orientation normalisée et reproductible sur la façon d'agir à titre de membres des équipes de santé mentale. Certains de ces professionnels de la santé mentale, comme les psychiatres et le personnel infirmier, sont assujettis à un organisme d'autoréglementation tandis que d'autres appartiennent à une association ou organisation professionnelle qui prévoit la reconnaissance professionnelle et les normes à respecter dans leur propre domaine des soins de santé mentale. Or, le modèle de santé mentale n'explique pas comment les membres de l'équipe doivent fonctionner ensemble, c'est-à-dire qui fait quoi, à qui et quand. Des mesures concrètes ont néanmoins été prises pour résoudre quelques-unes de ces questions, particulièrement, comme nous l'avons déjà mentionné, grâce à la nomination d'un Directeur – Santé mentale.

Leadership en santé mentale et réseaux professionnels et techniques

Le concept de santé mentale de 2003 prévoyait qu'un chef national des services professionnels pour chacune des disciplines participerait directement à la création de sa communauté de pratique respective au sein du MDN, fournirait des directives techniques professionnelles et élaborerait la formation. Ce que l'équipe d'évaluation a constaté est différent du résultat souhaité.

Selon le concept initial, le succès du modèle de santé mentale n'était pas assuré. On prévoyait qu'il ne faudrait au niveau national/stratégique qu'un coordonnateur des services de santé mentale pour veiller à ce que tous les éléments fonctionnent ensemble. Toutefois, l'équipe d'évaluation a remarqué que les auteurs du concept avaient vu uniquement la nécessité de nommer un officier des services de santé du grade de lieutenant-colonel au poste de coordonnateur, et pas nécessairement un professionnel de la santé mentale. Il n'était donc pas certain qu'un professionnel compétent surveillerait l'élaboration de ce qui était alors une nouvelle approche pour la communauté de la santé mentale au niveau national.

Dans les disciplines de la santé mentale, l'équipe d'évaluation a constaté que presque tous les chefs nationaux des services professionnels travaillaient isolément les uns des autres. Elle a noté d'importants désaccords professionnels entre plusieurs des disciplines au sujet des protocoles thérapeutiques et des évaluations initiales de la santé mentale. Certains des chefs n'avaient pas fourni régulièrement de directives techniques ou



professionnelles à l'égard de leur discipline depuis la mise en place du système professionnel et technique. Les entrevues au niveau tactique ou dans les bases ont confirmé que de nombreux professionnels de la santé mentale n'étaient pas satisfaits de l'orientation provenant de leurs chefs nationaux des services professionnels.

Les questions entourant la formation continue dans les disciplines de la santé mentale sont ressorties dans chaque base que l'équipe d'évaluation a visitée. Dans certaines disciplines, on s'est dit très préoccupé par le fait que la formation professionnelle continue n'était pas assez financée. Bien qu'elle n'ait pas examiné cette affirmation dans le détail, l'équipe d'évaluation a constaté qu'elle avait été exprimée de façon quasi universelle, dans l'ensemble des FC et du MDN, par les professionnels de la santé mentale au niveau des bases. Selon les renseignements anecdotiques recueillis, nombreux étaient ceux qui prenaient des congés pour suivre à leurs frais la formation nécessaire au maintien de leurs titres professionnels. Bon nombre de ces mêmes interrogés se sont dits frustrés par ce qu'ils considéraient comme un manque d'intérêt de leurs chefs à cet égard.

Dans l'ensemble de la communauté de la santé mentale des FC et du MDN, les processus et les normes propres à chaque discipline ne sont pas bien établis; en outre, les normes d'attestation des compétences et l'application des normes sur le terrain ne sont pas uniformes (par exemple, on s'efforce actuellement de normaliser les questions d'attestation des compétences ayant trait aux psychologues et aux conseillers en toxicomanie). Le DGS San a également formé une cellule d'attestation des compétences qui surveillera les titres de tous les fournisseurs de soins de santé, à l'exception des employés contractuels de Calian. On a également noté que la formation culturelle militaire ou l'acculturation des fournisseurs de soins de santé mentale – civils pour la plupart –, était minime ou inexistante dans presque tous les endroits. L'équipe d'évaluation du CS Ex a constaté que des examens de la gestion des cas de santé mentale étaient effectués dans la majorité des endroits; toutefois, même s'ils s'entendaient sur l'avantage de ces examens interdisciplinaires, les cliniciens interrogés ont souligné que cela représentait une charge de travail considérable pour le personnel de la santé mentale et réduisait davantage la capacité clinique de voir des patients. Malgré l'appui exprimé par la communauté de la santé mentale des FC et du MDN, les cliniciens externes de la santé mentale interrogés par l'équipe d'évaluation ont confirmé ne pas participer aux examens de cas, souvent à cause de difficultés de financement et de planification.

Constatation. L'absence de leadership et de gouvernance à l'échelle nationale constitue le principal problème auquel se heurte la communauté de la santé mentale des FC et du MDN. À l'heure actuelle, il n'y a personne sur qui les membres de la communauté peuvent compter pour fournir une orientation stratégique, élaborer des politiques, produire une doctrine et assurer un leadership professionnel d'ensemble.

Constatation. Le concept d'équipe clinique de santé mentale a été affaibli par l'absence d'une doctrine pertinente, de directives sur la délimitation des responsabilités entre les praticiens de la santé mentale, comme ce qui existe en psychiatrie, et de systèmes cohérents de formation et de perfectionnement professionnel. En conséquence, le concept de chef national des services professionnels n'a pas été mis en œuvre de manière efficace. Il sera essentiel que le nouveau Directeur – Santé mentale s'emploie à résoudre ces questions.

Soins aux soignants

Le concept de santé mentale englobait un programme complet de soins aux soignants. L'équipe d'évaluation du CS Ex a relevé peu de preuves indiquant que des éléments de ce programme avaient été mis en œuvre. La plupart des cliniques n'avaient pas de programmes organisés à l'intention des soignants; ces derniers devaient souvent s'organiser entre eux. Bien que certains chefs de services professionnels incluent des éléments de ces programmes dans leurs conférences nationales (si celles-ci ont lieu), les membres du personnel n'ont pas tous l'occasion d'y assister. Les entrevues avec les professionnels de la santé mentale et les recherches effectuées pour l'évaluation ont fait ressortir la nécessité d'un programme des soignants. Aussi bien les médecins praticiens que les professionnels de la santé mentale ont soulevé des problèmes d'épuisement et d'usure de compassion chez les soignants.

Constatation. Le moral et le bien-être des soignants en santé mentale sont menacés.

Recommandation

Rencontrer les experts en la matière, comme ceux de la Canadian Caregivers Association, et leur demander des conseils susceptibles d'aider les soignants vulnérables qui dispensent des soins de santé mentale à des membres des FC.

BPR : CPM

Disponibilité des services de santé mentale en français

Des cliniciens se sont dits préoccupés par le manque de services de santé mentale offerts aux francophones dans leur langue maternelle. Les professionnels de la santé mentale interrogés lors de l'étude ont indiqué qu'il est rare pour un clinicien d'être capable de conseiller le patient dans sa langue seconde tout en respectant les normes professionnelles.

Constatation. Les services de santé mentale des FC ne peuvent pas répondre à la demande de services en français pour les militaires francophones dans la plupart des cliniques.

Recommandation

Rencontrer des représentants de la Société canadienne de psychologie et leur demander des conseils pouvant aider à l'élaboration d'un cadre de soins pour les militaires francophones qui ont besoin de services de santé mentale dans leur langue maternelle. Il faudrait aussi consulter l'Ordre des psychologues du Québec et d'autres associations qui ont des membres francophones. D'autres travaux de cette nature devraient être entrepris auprès des collègues et associations de fournisseurs de soins.

BPR : CPM

Programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel

Outre les traitements cliniques, les membres des FC qui souffrent de TSO reçoivent généralement un soutien social de leurs familles, de leurs unités et de leurs pairs. Pour officialiser le soutien par les pairs, le MDN et ACC ont établi conjointement le programme de SSVSO au moyen d'un réseau de coordonnateurs du soutien par les pairs (CSP) et de bénévoles à l'échelle locale. Les CSP sont tous des vétérans d'opérations des FC qui ont souffert d'un TSO en raison du service et qui se sont rétablis au point d'être capables de remplir le rôle de coordonnateur.

La mission du programme de SSVSO consiste à établir, élaborer et améliorer les programmes de soutien social destinés aux militaires et anciens combattants des FC aux prises avec un problème de stress opérationnel, ainsi qu'à leurs familles, et aux familles qui ont perdu un être cher, ainsi qu'à offrir de l'éducation et de la formation aux membres de la collectivité des FC pour leur faire comprendre et accepter les TSO⁴¹. Plus récemment, des coordonnateurs du soutien par les pairs pour les familles (CSPF) ont été embauchés pour aider les membres des familles qui appuient un militaire souffrant d'un TSO. À l'heure actuelle, le nombre de CSP et de CSPF totalise près de 40, tous des fonctionnaires. Se greffe au programme de SSVSO le Bureau des conférenciers sur la santé mentale et les TSO, qui a été créé pour mieux faire connaître, comprendre et accepter les maladies mentales et les TSO.

Sur le plan de la gouvernance au sein du MDN, du fait qu'il ne s'agit pas d'un programme clinique, le SSVSO se situe en dehors du modèle de santé mentale de Rx2000 et est administré à l'échelle nationale par un gestionnaire qui relève du D Gest SB. Les énoncés de politique diffusés par le D Gest SB et publiés sur le site Web du SSVSO fournissent les directives et protocoles nécessaires à la mise en œuvre du programme, dont la surveillance et l'orientation sont assurées par le biais du Comité directeur sur les TSO et du Groupe de travail sur la santé mentale et les TSO. Le poste de CS en matière de TSO a été créé récemment. Son titulaire rend compte des questions pertinentes directement au CPM.

En 2005, au terme d'une évaluation conjointe du réseau de soutien par les pairs du SSVSO, le MDN et ACC ont conclu que ce réseau « est un élément clé de la structure de soutien social des membres des FC/anciens combattants aux prises avec un TSO » et qu'il « contribue efficacement à répondre à leurs besoins »⁴². En dépit des résultats positifs, l'évaluation du MDN et d'ACC a soulevé un certain nombre de problèmes auxquels il faut prêter attention afin de réduire les risques et d'accroître l'efficacité du programme.

Nous n'avons pas évalué le programme de SSVSO, mais nos recherches et les personnes interrogées ont indiqué qu'il s'agit d'un complément positif au traitement clinique des TSO. Néanmoins, malgré un appui uniforme au niveau stratégique, le CS Ex a constaté que des problèmes au sujet de la délimitation des responsabilités et un manque d'uniformité persistent en ce qui concerne l'exécution du programme au niveau tactique à certains endroits. Dans certaines bases, il existe une synergie productive entre les CSP du SSVSO,

⁴¹ *Programme de Soutien social aux blessés de stress opérationnel – Énoncés de politique*, D Gest SB, révision datée du 26 mai 2006 http://osiss.ca/PDFS/FRENCH/OSISS_Policies_Fr_July_08.pdf.

⁴² MDN/ACC, Évaluation interministérielle du réseau de soutien par les pairs du SSVSO, 1258-138 (CS Ex), janvier 2005.



l'équipe clinique de santé mentale et la chaîne de commandement locale, synergie caractérisée par une confiance mutuelle et des communications efficaces. Dans d'autres bases, le personnel des services de santé et la chaîne de commandement considèrent parfois que les CSP locaux contrecarrent leurs efforts. Cela a créé une certaine méfiance et pourrait nuire aux traitements cliniques qui sont dispensés. À cet égard, les énoncés de politique sur le SSVSO signalent aux CSP qu'on peut éviter les conflits de responsabilités en obéissant notamment aux règles suivantes : « cultiver des relations de travail ouvertes et harmonieuses avec une variété de membres du personnel et d'intervenants des FC et d'ACC » et « respecter le mandat et le professionnalisme de tout autre intervenant travaillant auprès des mêmes pairs ». Il reste encore du travail à faire pour établir ce respect et cette compréhension de part et d'autre.

Dans certains endroits, la chaîne de commandement locale craint aussi que les CSP et les bénévoles qui continuent de montrer publiquement des symptômes de leur propre TSO ne soient pas aptes à offrir une aide efficace. À mesure que le réseau de soutien par les pairs du SSVSO continuera d'évoluer et de s'étendre, la sélection de CSP qualifiés deviendra encore plus cruciale.

Constatation. Le SSVSO est un programme de soutien social non clinique qui se situe en dehors du modèle de santé mentale du MDN et des FC. Il existe des problèmes au sujet de la délimitation des responsabilités au niveau tactique ou dans les bases. Il faut améliorer l'intégration du SSVSO dans les soins cliniques de santé mentale.

Recommandation

Normaliser les relations de commandement et de contrôle touchant le SSVSO pour faire en sorte que le directeur compétent (D Gest SB) soit entièrement au courant et responsable de toutes les activités relatives au programme du MDN sur les TSO, et qu'il agisse notamment à titre d'EM et de CS auprès du CPM afin d'accroître l'acceptation et l'intégration universelles et d'exploiter les points forts du programme de SSVSO

BPR : CPM

Infrastructure médicale/clinique

Le personnel du DGS San a fait remarquer que la réussite de la mise en œuvre du nouveau modèle de clinique des FC dépendait beaucoup de la livraison rapide de la nouvelle infrastructure associée au modèle :

« La réussite de la mise en œuvre et de l'opération de déploiement du modèle de clinique dépend de deux autres projets déterminants des SSFC :

- **Le projet de restructuration de l'infrastructure des SSFC.** Ce projet implique la restructuration de toutes les cliniques des FC pour s'assurer qu'elles respectent les normes de soins de santé en vigueur et qu'elles procurent l'agencement approprié et l'espace suffisant pour permettre au personnel d'œuvrer efficacement. L'enveloppe financière actuelle pour l'initiative de restructuration est répartie sur une période d'environ 20 ans;

- **Le projet du Système d'information sur la santé des Forces canadiennes.** Ce projet fournit un dossier médical électronique (DME), mais propose également un calendrier pour le patient ainsi que d'autres ressources.

Le modèle de clinique et les processus afférents ont été conçus selon l'hypothèse que l'infra-structure et le système électronique d'information sur la santé pourraient être mis en place avant la mise en œuvre intégrale du nouveau modèle.

Tout élément qui compromet l'un ou l'autre de ces deux projets peut mettre en péril la réussite de la mise en œuvre du modèle de clinique. »⁴³

La mise en place de cette infrastructure dans l'ensemble des FC s'est déroulée au mieux de façon inégale, malgré les efforts d'atténuation des risques. La plupart des cliniques visitées par l'équipe d'évaluation disposent de locaux temporaires pour les nouvelles UPSS. Seules les cliniques bien établies dans des endroits comme Halifax ont eu peu de difficulté à mettre en œuvre le nouveau modèle de clinique. Quant aux autres, on y trouve des roulottes louées qui n'offrent pour ainsi dire aucune intimité aux cliniciens et aux patients, ne permettent pas l'évacuation d'urgence par civière à cause de l'étroitesse des couloirs et posent certains problèmes d'accès et de transport pour les personnes à mobilité réduite.

Dans certaines bases, les commandants ne permettent plus que des constructions provisoires soient ajoutées aux cliniques existantes, de sorte que certaines capacités cliniques qui devraient être logées à la base se trouvent désormais à l'extérieur de celle-ci. Dans des endroits comme Gagetown et Edmonton, à cause de la lenteur de la mise en place de l'infrastructure nécessaire, les cliniques de santé mentale, qui auraient dû être regroupées avec les autres installations médicales, ont dû ou devront bientôt s'établir en dehors de la base en raison du manque d'espace, et ce, au détriment des soins. Cette situation a donné les résultats attendus, à savoir la perte ou la transmission tardive de documents médicaux, y compris des recommandations cliniques et des demandes de tests. Elle a certainement nui à la collégialité entre les divers cliniciens et leur personnel de soutien.

Constatation. Dans les bases où l'infrastructure médicale est suffisante pour permettre le regroupement des installations cliniques, nous avons observé une nette rationalisation des soins offerts aux malades et aux blessés. Dans celles où les services cliniques ne sont pas regroupés, le traitement des malades et des blessés est nettement moins efficace.

Communications avec la chaîne de commandement et interprétation des contraintes à l'emploi pour raisons médicales (CERM)

L'efficacité des soins prodigués aux membres des FC blessés ou malades repose fortement sur de nombreux facteurs, notamment de bonnes relations de travail entre les médecins praticiens et la chaîne de commandement du militaire. La chaîne de commandement offre dans la vie du militaire un soutien qui se distingue beaucoup de ce qu'on trouve habituellement dans l'ensemble de la collectivité civile.

⁴³ Stratégie de mise en œuvre du modèle de clinique dans le cadre de l'IRSP des FC, novembre 2004.

Durant ses travaux, l'équipe d'évaluation a interrogé des militaires de tous grades des deux côtés de cette relation. Tous les interrogés de la chaîne de commandement étaient fermement d'avis que l'un des éléments les plus importants de cette équation est le rôle du médecin-chef dans les bases opérationnelles des FC. Étant donné la centralisation de toutes les ressources en soins de santé sous la direction du DGS San, et la nécessité d'établir des relations de commandement et de contrôle efficaces entre les services médicaux des FC et la chaîne de commandement, l'une des fonctions les plus importantes du médecin-chef de la base consiste à traiter avec les dirigeants militaires locaux. Au cours de la présente évaluation, on a noté que la réussite ou l'échec de ces relations dépend beaucoup de la personnalité et varie grandement d'un endroit à l'autre.

Les extrêmes dans les niveaux d'expérience des divers médecins-chefs des bases viennent souvent aggraver ce problème. Les médecins-chefs de deux bases visitées par l'équipe d'évaluation étaient des entrepreneurs employés par Calian. Dans plusieurs autres bases, nous avons constaté que les seules personnes occupant le poste d'attache de médecin-chef étaient des médecins militaires récemment qualifiés et plutôt inexpérimentés. Les médecins militaires expérimentés qui occupent ce poste sont très peu nombreux. L'une des conséquences du recours à des médecins-chefs inexpérimentés, auxquels s'ajoute un personnel médical composé principalement de fonctionnaires ou de contractuels civils, réside dans la diminution du niveau de communication et de confiance entre les ressources médicales et la chaîne de commandement de ces bases.

La très grande majorité des travailleurs civils de la santé dans les bases des FC n'ont reçu pour ainsi dire aucune formation leur permettant de se familiariser avec la culture des FC, leur mode de fonctionnement et le travail quotidien de leurs patients. Par conséquent, une bonne partie de leurs décisions concernant l'échange d'information sont prises uniquement en fonction de leur expérience et de leur formation civiles. Très peu d'entre eux possèdent une compréhension approfondie du rôle que les officiers et les sous-officiers jouent dans la vie d'un membre des FC, ce qui peut également accentuer les problèmes entourant les dossiers qui sont fournis aux membres des FC pour traiter avec ACC au moment de la retraite.

Un point controversé est ressorti de toutes les discussions avec la chaîne de commandement des FC au niveau tactique; il s'agit de l'interprétation des CERM. Ce sujet constitue l'un des facteurs de mécontentement les plus omniprésents durant l'évaluation. Le problème tourne autour de la protection des renseignements personnels des patients par rapport au besoin/droit de la chaîne de commandement de connaître les questions touchant les membres des FC qui relèvent d'elle.

Les médecins praticiens interrogés par l'équipe d'évaluation étaient tous fermement d'avis qu'ils communiquaient aux diverses chaînes de commandement toute l'information appropriée concernant les militaires malades ou blessés. La très grande majorité des membres de la chaîne de commandement ont déclaré tout aussi fermement qu'ils n'obtenaient pas assez d'information pour bien prendre soin des militaires placés sous leur responsabilité.

Des efforts accrus se poursuivent en vue de cerner et de quantifier les risques liés aux CERM. La dernière directive rédigée par le Directeur – Politique de santé et approuvée par le CPM fournit une matrice de gestion des risques à l’usage des médecins militaires et du personnel de gestion des carrières⁴⁴.

La chaîne de commandement doit aussi s’adapter à la nouvelle réalité de la *Loi sur l’accès à l’information* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* pour mieux se familiariser avec le cadre de réglementation et déterminer l’information dont elle a véritablement besoin.

Constatation. Il manque encore des directives ciblées ou une orientation normalisée, tel qu’un aide-mémoire conjoint qui indiquerait aux cliniciens, aux praticiens et à la chaîne de commandement quels renseignements peuvent et doivent être transmis à la chaîne de commandement opérationnelle. Il y a encore trop de place pour les interprétations individuelles.

Mesure du rendement

Dans le système médical des FC, l’un des principaux problèmes liés aux rapports de rendement réside dans l’absence de paramètres et de processus utiles de mesure du rendement. Tout au long de l’évaluation, les composantes des SSFC qui prodiguent des soins aux blessés et aux malades ont toutes été interrogées au sujet de leurs stratégies et systèmes de mesure du rendement. L’équipe d’évaluation a observé peu de méthodologies ou systèmes utilisables.

Dans la plupart des systèmes de mesure du rendement des SSFC que l’équipe d’évaluation a observés, l’information est rassemblée à un niveau trop bas pour être utile aux gestionnaires, ou elle n’est tout simplement pas recueillie de façon systématique et régulière. Lors de nombreuses entrevues avec des fournisseurs de soins de santé, l’équipe d’évaluation a appris que les données qui étaient recueillies dans les anciennes cliniques de soins de santé des FC aux fins d’analyse des tendances ne sont plus une exigence en matière de rapports et ne sont pas utilisées même si elles sont recueillies à titre officieux. En dehors du suivi des idées formulées par les blessés en Afghanistan, ce n’est habituellement que dans des cas exceptionnels que des données sur la mesure du rendement sont recueillies concernant les soins aux blessés.

Il est donc difficile d’entreprendre des travaux tels que l’analyse des tendances relatives aux blessures, l’étude du déplacement des patients et la plupart des autres analyses quantitatives. C’est particulièrement évident au niveau stratégique au sein des SSFC, où il manque au personnel des ensembles de données cohérents qui peuvent être analysés par les chefs nationaux des services professionnels et communiqués aux dirigeants stratégiques des FC. La majeure partie de la collecte des données sur la mesure du rendement semble être mal ciblée ou être l’initiative de membres des SSFC qui s’intéressent personnellement à un sous-ensemble de données en particulier.

⁴⁴ CANFORGEN 187/08 CMP 080/08 141648Z OCT 08 – UTILISATION D’UNE MATRICE DE RISQUE (MÉDICAL) POUR LES EA/CERM.



Constataion. Une absence continue de mesure du rendement à presque tous les niveaux nuit au contrôle efficace et efficient des ressources des SSFC et contribue en définitive à un manque de connaissance, dans l'ensemble des SSFC, des meilleures pratiques et procédures partagées.

Recommandation

S'engager à instaurer un régime de mesure du rendement et développer une culture de mesure du rendement à tous les niveaux des SSFC.

BPR : CPM

Ressources humaines – Dotation des postes cliniques militaires

Militaires. À l'heure actuelle, les SSFC connaissent ou prévoient de graves pénuries dans bon nombre des GPM cliniques. Même si des cliniciens civils peuvent répondre à une part importante des besoins en soins de santé des membres des FC, le manque de cliniciens militaires nuit grandement à la réalisation des volets du mandat clinique touchant la santé au travail en garnison et le soutien opérationnel. Le modèle de clinique des FC sera difficile à mettre en œuvre et, une fois mis en œuvre, il fonctionnera beaucoup moins efficacement à cause de la pénurie actuelle de cliniciens militaires⁴⁵.

Dans le cadre de Rx2000, on a identifié un certain nombre d'IDSGPM et groupes professionnels de la santé de la fonction publique qui étaient en sous-effectif et qui exigeaient des mesures correctives pour assurer la réussite du programme. Une grave pénurie existait chez les MMG, les techniciens médicaux, les pharmaciens, les adjoints au médecin et les techniciens biomédicaux, et un nombre important de professionnels de la santé mentale – tant civils que militaires – était nécessaire au nouveau modèle de clinique de l'IRSP. Le CS Ex a été informé que les SSFC atteindront leur objectif quant au recrutement de MMG au début de 2009 et qu'ils sont en bonne voie de recruter les plus de 400 professionnels de la santé mentale requis selon le modèle de santé mentale de Rx2000. Bien qu'elle soit graduelle, l'atteinte de ces buts n'a pas été sans difficultés majeures.

Certaines cliniques ont atteint le niveau préférentiel de dotation de Rx2000 et les niveaux de dotation du modèle de l'IRSP, mais les éléments probants indiquent que le modèle actuel de force de campagne des SSFC, et à plus forte raison le modèle de clinique de l'IRSP, n'est pas assez souple pour tenir compte de la composante militaire dans le cadre de déploiements prolongés.

Le manque d'expérience en leadership est presque universel chez les professionnels cliniciens militaires, particulièrement dans les postes de leadership militaires comme celui de médecin-chef de la base, dans de nombreuses cliniques médicales des FC d'un bout à l'autre du Canada. Au cours des trois dernières années, à cause des opérations en cours à l'étranger, presque toutes les cliniques des bases ont été privées de leurs professionnels militaires de la santé pendant des périodes prolongées, notamment : déploiements de six mois pour le personnel infirmier, les techniciens médicaux et les

⁴⁵ Plan de mise en œuvre du modèle de clinique dans le cadre de l'IRSP des FC, novembre 2004.

MMG, ainsi que des visites prolongées d'aide d'état-major et d'aide technique entre d'autres professionnels de la santé, comme des chirurgiens, des anesthésistes et des psychiatres.

La difficulté de trouver des professionnels militaires de la santé et de la santé mentale en vue de déploiements internationaux, tout en conservant assez de personnel dans les cliniques des bases, a été aggravée par les structures historiques des IDSGPM des FC, qui ne permettaient pas à certains professionnels de la santé ou de la santé mentale dûment formés d'être employés efficacement dans la Réserve, principalement dans ses ambulances de campagne. On a quelque peu atténué ce problème en incluant les soins infirmiers comme IDSGPM dans la Réserve, mais les choses n'ont pas vraiment progressé davantage. On utilise également le Cadre de la Première réserve des Services de santé, qui offre une certaine souplesse pour le recours à une gamme plus vaste de professionnels de la santé. Chaque pays de l'OTAN/ABCA, sauf le Canada, dispose de toute la gamme des professionnels de la santé et de la santé mentale dans la Réserve.

Par ailleurs, la dotation des postes établis de personnel militaire pour la communauté de la santé des FC et du MDN s'est avérée au mieux problématique. La pénurie nationale de professionnels de la santé qualifiés a rendu plus difficiles le recrutement et le maintien en fonction d'un nombre suffisant d'adjoints au médecin, de techniciens médicaux, de psychiatres, d'infirmières en santé mentale et de travailleurs sociaux.

L'actuel modèle multidisciplinaire de soins de santé mentale exige que les cliniques de santé mentale des FC emploient à la fois des psychiatres et des psychologues afin d'assurer une pratique clinique efficace. Il faut également employer des équipes de santé mentale dans le cadre d'opérations de déploiement, d'où la nécessité de puiser dans le réservoir limité de psychiatres, de travailleurs sociaux et d'infirmières en santé mentale qui sont membres des FC.

C'est particulièrement pertinent dans le cas de la communauté militaire de la santé mentale des FC, où le Canada se démarque comme étant le seul pays de l'OTAN/ABCA qui ne compte aucun psychologue clinicien militaire dans la Force régulière ou la Réserve. Cela signifie donc que tous les postes de psychologue doivent être occupés par des fonctionnaires ou des praticiens civils à contrat, ce qui ajoute au fardeau opérationnel des autres professionnels militaires de la santé mentale.

On a tenté de résoudre ce problème en créant une IDSGPM de la Réserve pour les psychologues cliniciens, mais les progrès n'ont pas dépassé le stade d'un énoncé des besoins élaboré aux fins d'examen par la direction des SSFC en 2007⁴⁶. La classification actuelle d'officier de sélection du personnel (S PERS) de la Force régulière comporte déjà une norme professionnelle de mobilisation (code professionnel M72E – Psychologie de combat) qui offre une capacité militaire en psychologie clinique à l'intérieur de son IDSGPM⁴⁷.

⁴⁶ Énoncé des besoins – Postes de psychologue clinicien de la Réserve, révisions finales, 8 janvier 2007.

⁴⁷ A-PD-055-002/PP-001, Manuel de la structure des groupes professionnels militaires des FC, volume 2, partie 1 – Description du groupe professionnel de la sélection du personnel GPM 72, 18 janvier 2005.



Toutefois, les renseignements anecdotiques recueillis lors des entrevues ont indiqué que les questions propres au corps et à l'« insigne de coiffure » étaient perçues comme des obstacles à l'établissement d'une spécialité de psychologue clinicien des FC.

Un ancien Vice-chef d'état-major de la Défense (VCEMD) a également ordonné aux SSFC de maintenir l'effectif actuel de médecins praticiens, si bien qu'aucune augmentation ne sera envisagée.

Constatation. Selon le concept actuel d'UPSS de l'IRSP/Rx2000, le modèle n'offre pas assez de souplesse sur le plan du personnel militaire pour permettre d'assurer des soins continus en garnison et d'entreprendre des déploiements militaires prolongés.

Constatation. Parmi les pays de l'ABCA et les principaux membres de l'OTAN, le Canada est le seul à ne pas avoir de psychologues cliniciens militaires.

Constatation. Les FC ont déjà préparé une norme professionnelle de mobilisation pour psychologue clinicien qui peut maintenant être appliquée à la fois dans la Force régulière et la Réserve.

Recommandation

Effectuer une analyse et formuler des options de calcul des coûts en vue de l'établissement d'un poste de psychologue clinicien à la fois dans la Force régulière et la Réserve.

BPR : CPM

Ressources humaines – Dotation des postes cliniques civils

Civils. On considère qu'un noyau de cliniciens civils est indispensable pour répondre avec succès à l'une des recommandations les plus importantes découlant des examens antérieurs du CS Ex, à savoir une meilleure continuité des soins. Cependant, les cliniciens civils, notamment les médecins et les pharmaciens, sont très recherchés au Canada et les FC risquent toujours d'être incapables d'attirer ces professionnels dans leurs cliniques.

Stratégie d'atténuation. Comme dans le cas de la stratégie utilisée pour combler le manque de cliniciens militaires, les SSFC doivent s'efforcer de devenir un employeur de choix pour ces professionnels très recherchés. Plus précisément, les SSFC estiment que le modèle de clinique sera perçu par les cliniciens, tant civils que militaires, comme un environnement propice à l'exercice de leur profession⁴⁸.

Le plan de l'IRSP de Rx2000 visant à ajouter aux postes militaires des fonctionnaires et du personnel civil à contrat n'a pas atteint ses objectifs, particulièrement dans des régions du pays qui sont mal desservies sur le plan médical, comme Gagetown et Petawawa. Ni l'entrepreneur, Calian, ni le MDN n'ont réussi à attirer ou à conserver assez de professionnels civils de la santé pour remplacer le personnel médical militaire en déploiement, et encore moins à atteindre les objectifs globaux de dotation de l'IRSP.

⁴⁸ Stratégie de mise en œuvre du modèle de clinique dans le cadre de l'IRSP des FC, novembre 2004.

L'équipe d'évaluation a obtenu des exemples de praticiens civils de la santé et de la santé mentale qui voulaient se joindre à la fonction publique dans ces endroits mal desservis, mais qui ont été rapidement désillusionnés par la longueur des processus de dotation et de recrutement. Plusieurs membres du personnel clinique interrogés par l'équipe du CS Ex ont fait observer que contrairement à certains professionnels qui étaient insatisfaits des échelles salariales en vigueur, les personnes en question étaient plus que disposées à subir une baisse de salaire, et souvent à quitter une clientèle privée stable ou un établissement de soins civil, pour travailler en tant que fonctionnaires au sein de la communauté des professionnels de la santé et de la santé mentale des FC.

La pratique actuelle de la fonction publique qui consiste à associer directement les niveaux de classification des postes aux responsabilités de supervision est l'une des principales questions directement liées au problème de dotation. Elle touche particulièrement les médecins spécialistes et les spécialistes de la santé mentale qui, dans le secteur civil, sont rémunérés en fonction de leurs études, de leurs compétences et de leur expérience, et pas nécessairement selon leurs responsabilités de supervision.

Un certain nombre d'interrogés dans la plupart des bases des FC visitées et dans d'autres milieux cliniques se sont dits préoccupés par le fait que le MDN et les FC ne possèdent pas de programmes de stages ou d'apprentissage appropriés pour faire grossir les rangs des groupes professionnels en sous-effectif. En vertu de la politique actuelle du MDN et des FC, particulièrement dans le cas des fonctionnaires et des employés contractuels, il faut être entièrement qualifié pour occuper un poste. Cela ne permet donc pas de développer un groupe compétent de professionnels civils de la santé physique et mentale qui s'adaptent bien à la culture militaire. En ce qui concerne les stages ou l'apprentissage, il n'existe actuellement aucune politique des ressources humaines (RH) de niveau supérieur qui traite des questions de rémunération et de responsabilité.

Constatation. Les politiques et les pratiques de dotation en vigueur dans la fonction publique fédérale continuent de nuire à ce qui devrait être un processus souple et efficace de recrutement de professionnels de la santé et de la santé mentale des FC, surtout dans les régions mal desservies du Canada.

Constatation. Il n'existe aucune politique des RH de niveau supérieur qui régit les programmes de stages/d'apprentissage destinés aux praticiens civils de la santé.

Recommandation

Examiner la possibilité d'instaurer des programmes de stages/d'apprentissage destinés aux praticiens civils de la santé, et élaborer les politiques et procédures connexes, le cas échéant.

BPR : CPM

BC : SMA(RH-Civ)



Rémunération des fournisseurs civils de soins de santé

La rémunération est un facteur important dans le recrutement des professionnels civils de la santé. Lors de l'évaluation, nous avons examiné les questions entourant la rémunération des professionnels de la santé de la fonction publique et de ceux qui sont engagés à contrat. Outre que de nombreux praticiens bien disposés étaient extrêmement mécontents des procédures de dotation dans la fonction publique, le niveau de salaire plus faible que cette dernière offre à plusieurs professions médicales a constitué le facteur déterminant pour bon nombre de praticiens qui envisageaient une carrière au MDN.

L'un des principaux exemples mentionnés était celui des psychologues du MDN, qui sont tous des fonctionnaires ou des employés contractuels. Quelle que soit la région du pays où ils travaillent, la grande majorité des praticiens interrogés durant l'évaluation ont dit qu'un cabinet privé leur offrirait beaucoup plus d'argent que la fonction publique pour un travail comparable. Presque tous les postes de psychologue clinicien du MDN ont été établis au niveau PS 02⁴⁹. À l'heure actuelle, la fonction publique verse à la majorité des psychologues cliniciens à titre de PS 02 entre 47 000 \$ et 65 000 \$ par an, selon la scolarité, l'expérience et les responsabilités de supervision⁵⁰. Tous les psychologues doivent actuellement détenir un doctorat en psychologie clinique pour occuper un poste au sein du MDN ou d'ACC.

Comme l'indique le tableau 1, cette rémunération est moins élevée que celle des psychologues cliniciens civils de niveau équivalent qui sont titulaires d'un doctorat et qui gagnent entre 65 000 \$ et 100 000 \$ par année, selon les chiffres fournis par l'American Psychological Association (pour les psychologues canadiens).

Centile	AE 2 – 4	AE 5 – 9	AE 10 – 14	AE 15 – 19	AE 20 – 24	AE 25 – 29	AE 30+
90°	90 000	120 000	120 000	148 500	160 000	184 100	197 000
75°	79 000	89 250	105 000	105 000	110 000	124 000	125 000
Médian	65 000	75 000	83 000	87 000	85 000	95 000	100 000
25°	53 000	60 000	68 500	68 500	68 000	73 000	75 000
10°	49 100	50 000	55 000	56 300	55 400	55 000	58 600
Moyen	68 625	80 242	89 354	95 279	99 635	109 197	114 176
Écart type	22 987	32 613	33 639	43 400	55 774	63 621	68 978

Tableau 1. Salaires de 2007 – Psychologues cliniciens titulaires d'un doctorat en fonction des années d'expérience (AE), en USD⁵¹.

⁴⁹ Appendice 1 de l'annexe C du document 300000297-7, Santé mentale, Plan de mise en œuvre du DGS San, 2003.

⁵⁰ Groupe art dentaire – Taux de rémunération annuels http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/hrpubs/coll_agre/sh/sh07-fra.asp.

⁵¹ Salaires de 2007 en psychologie. Center for Workforce Studies, American Psychological Association, 2008.

Au cours des entrevues avec le personnel de la SMA(RH-Civ), l'équipe d'évaluation a été informée que le DGS San dirige les relations avec le Conseil du Trésor, par le biais du Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS), en ce qui touche la rémunération de tous les travailleurs civils de la santé. Le PFSS est une tribune qui regroupe tous les ministères fédéraux s'intéressant aux soins de santé. Il convient de noter que l'état des ressources humaines pour les soins de santé dans la fonction publique demeure l'une des grandes préoccupations du PFSS. Le DGS San a tenté de négocier avec le Conseil du Trésor des exceptions pour le MDN afin de répondre à ses besoins en matière de dotation de postes, spécialement dans les régions du pays mal desservies sur le plan médical. Ces tentatives ont rencontré une certaine résistance de la part du Conseil du Trésor et de représentants syndicaux de diverses unités de négociation. Les procédés actuels ne permettent pas d'atteindre les objectifs de Rx2000 quant au recrutement de personnel civil pour certaines régions du pays.

Constatation. Les échelles salariales et les classifications actuelles de la fonction publique qui s'appliquent à un certain nombre de professions médicales et de la santé mentale ne suffisent pas à attirer le nombre voulu de personnes compétentes pour répondre aux besoins des FC et du MDN dans les régions du pays qui sont mal desservies sur le plan médical.

Recommandation

Participer à un examen conjoint du Partenariat fédéral pour les soins de santé, de la Commission de la fonction publique et du Conseil du Trésor sur la classification et la rémunération de tous les postes de soins de santé dans le secteur public.

BPR : CPM

BC : SMA(RH-Civ)

Administration des membres des FC blessés

Généralités

Comme le montre le diagramme MDN/ACC à l'[annexe B](#), l'administration des membres des FC blessés est une entreprise extrêmement complexe. L'équipe du CS Ex a effectué une analyse documentaire approfondie, mené des entrevues, comparé des systèmes similaires utilisés dans les pays de l'ABCA et examiné plusieurs systèmes provinciaux canadiens d'administration des travailleurs civils blessés.

Nous avons suivi les trois principales voies indiquées à l'[annexe B](#) :

- soins au militaire blessé jusqu'à ce qu'il retourne au travail dans son IDSGPM initiale;
- soins aux militaires qui sont blessés et qui doivent changer d'IDSGPM afin de demeurer dans les FC;
- soins aux militaires qui doivent être libérés des FC parce qu'ils enfreignent la règle de l'universalité du service ou demandent leur libération.

Dans tous les cas, l'équipe d'évaluation a aussi examiné les processus qui sont en place pour assurer une transition efficace vers les services d'ACC après la libération des membres des FC admissibles.

Avis de blessure

Lorsqu'un membre des FC est blessé, on met en branle le processus de notification des diverses chaînes de commandement et organisations administratives, des PPP et des autres organisations concernées. Ce processus est très complexe et exige à la fois que l'information soit rapidement communiquée et que les questions de protection de la vie privée soient prises en compte.

Il a été démontré que, lors d'un déploiement opérationnel, les avis de blessure ou de décès sont transmis de manière efficace et efficiente du théâtre d'opérations, par l'entremise du Quartier général de la Force opérationnelle interarmées, au COMFEC et au Quartier général de la Défense nationale, puis aux formations et unités touchées au Canada qui ont besoin de cette information. Les procédures d'embargo sur les communications qui sont maintenant en place dans les théâtres d'opérations se sont révélées relativement efficaces pour contrôler la circulation de l'information entourant les cas de blessures et de décès qui surviennent dans le théâtre.

En outre, le guide sur les avis de pertes préparé sous les auspices du D Gest SB⁵² contenait des erreurs dans les adresses de messages réglementaires. Comme l'a constaté l'équipe d'évaluation, ce guide ne donne pas autant de détails sur les instructions permanentes d'opération destinées aux officiers désignés (OD) et à la chaîne de commandement que des publications d'autres pays de l'ABCA, notamment le Casualty Notification Guide du R.-U.⁵³.

⁵² Manuel sur l'administration des pertes militaires, DSBA, décembre 2008.

⁵³ UK JSP 751 Joint Casualty and Compassionate Policy and Procedures, 2007.



Des participants à ce processus ont évoqué des difficultés particulières concernant la transmission de l'information aux PPP. Malgré les efforts continus visant à assurer l'exactitude des renseignements indiqués sur les formulaires de PPP des membres des FC, un certain nombre de problèmes se posaient lorsqu'on tentait d'informer les PPP des blessures subies par ces militaires. Plusieurs interrogés ont expliqué à l'équipe d'évaluation que certains membres des FC continuent d'inscrire des renseignements inexacts sur leurs formulaires de PPP afin que des personnes autres que les PPP les accompagnent lors des voyages couverts par l'indemnité de retour au domicile (IRD). L'IRD permet au militaire de prendre congé d'un théâtre d'opérations et de s'arranger pour que son PPP le rencontre dans un tiers lieu durant ce congé.

Par ailleurs, de nombreux interrogés au sein des systèmes administratifs des FC/du MDN et d'ACC ont indiqué que l'information sur les blessures subies au Canada est rarement transmise assez rapidement aux personnes qui doivent en être informées. C'est devenu particulièrement évident au Centre MDN-ACC pour les militaires blessés, à Ottawa, où les mesures administratives à prendre lors de la réception d'un avis de blessure peuvent avoir une incidence considérable sur la rapidité et l'efficacité avec lesquelles les prestations sont versées aux membres des FC blessés.

Le retard auquel ces équipes administratives doivent faire face est en grande partie attribuable au fait que la chaîne de commandement des FC n'envoie pas les messages à tout le personnel concerné. On a constaté qu'il y avait peu d'empressement à transmettre à l'extérieur des chaînes habituelles du personnel des FC l'information sur les blessures survenues au Canada. Cette situation a influé sur le traitement des demandes et la détermination des avantages qui auraient pu être offerts dès notification aux organisations administratives appropriées, comme le Centre MDN-ACC à Ottawa. ACC doit être inclus dans le règlement de cette question.

Constatation. Le fait de relier l'IRD au PPP cause des problèmes particulièrement dans les cas où le PPP réel n'est pas connu des FC et ne peut donc être trouvé facilement lorsque le militaire est blessé ou meurt en service.

Recommandation

Supprimer le lien entre l'IRD et les formulaires de PPP.

BPR : CPM

Constatation. Les lacunes au niveau du traitement des messages/de la transmission de l'information sur les blessures subies par des membres des FC au Canada nuisent à la prise des mesures administratives pertinentes.

Recommandation

Insister auprès de la chaîne de commandement pour que les procédures appropriées soient suivies en ce qui concerne le traitement des messages/la transmission de l'information sur les blessures subies au pays et les blessures opérationnelles, et mettre en place des mesures de rendement précises pour surveiller la conformité.

BPR : CPM

**BC : CEMFM, CEMAT, CEMFA, Cmdt COM Canada, Cmdt COMFEC,
Cmdt COMFOSCAN, Cmdt COMSOCAN et DEM EMIS)**

Programmes de retour au travail/réadaptation professionnelle

Le système de santé des FC attribue à la majorité des militaires blessés une catégorie médicale temporaire qui énonce les restrictions à leur emploi pendant une période donnée. Dès que le militaire blessé est déclaré apte à occuper de nouveau un emploi durable, divers programmes s'offrent à lui en fonction de la gravité de ses blessures.

Les militaires qui ont subi des blessures relativement légères et ceux dont le pronostic indique qu'ils reprendront le service à temps plein dans leur IDSGPM initiale sont habituellement renvoyés à leur unité, où ils travaillent à temps partiel et se voient confier graduellement davantage de fonctions jusqu'à ce qu'ils reprennent le travail à temps plein à mesure que diminuent leurs besoins de réadaptation. Il s'agit d'un programme que les FC connaissent très bien depuis des années et qui s'avère efficace. Les participants à ce programme et les membres de la chaîne de commandement des FC qui ont été interrogés se sont dits satisfaits du programme.

Les militaires qui subissent des blessures plus graves et qu'on juge quand même potentiellement employables au sein des FC mais dans une autre IDSGPM en raison de leurs blessures, se verront offrir un certain nombre d'options quant à leur avenir. La plupart des blessés dans cette catégorie ont subi des traumatismes physiques ou psychologiques et doivent habituellement suivre un programme de réadaptation physique ou mentale strictement contrôlé par le système de santé des FC. Depuis 2007, dans le cadre de son programme « Soldat en mouvement », l'Agence de soutien du personnel des Forces canadiennes (ASPF), qui a été remplacée par le Directeur général – Services de soutien au personnel et aux familles (DGSSPF), fait également la promotion d'une approche complémentaire à l'égard de la réadaptation des militaires blessés en favorisant leur participation active et entière à l'activité physique, aux loisirs et aux sports.

Tandis que les politiques régissant le maintien en poste des militaires gravement blessés ou malades à cause d'opérations des FC continuent d'être peaufinées, la situation amène aussi des changements dans les politiques de maintien en poste et les pratiques de réadaptation concernant les militaires qui souffrent de graves blessures subies en dehors du service ou de problèmes médicaux (p. ex., calculs rénaux). Dans le passé, bon nombre des militaires aux prises avec de graves blessures ou maladies non opérationnelles n'avaient guère la possibilité de rester dans les FC et, comparativement aux militaires qui rentraient d'opérations, ils ont peut-être parfois eu moins accès aux services de réadaptation qui auraient facilité leur retour au service. Toutefois, peu importe comment ou quand les blessures ou maladies graves sont survenues, les iniquités résultant de la



politique ou des pratiques ont été éliminées ou sont en voie de l'être. Du personnel infirmier des UPSS, des gestionnaires de cas ou des infirmières de liaison sont affectés à tous de manière proactive, et les traitements reçus sont conformes à une norme commune.

Lorsqu'on décide que la réadaptation a réussi et que le militaire peut être réemployé, une offre est faite en vue d'une instruction de reclassification et d'un emploi dans la nouvelle IDSGPM. Par contre, si les efforts de réadaptation échouent au bout de trois ans ou s'il ne réussit pas l'instruction de reclassement, le militaire devra le plus souvent se préparer à sa libération des FC.

Cette combinaison de réadaptation et d'instruction de reclassement est considérée par les participants ainsi que les dirigeants et le personnel des FC comme un programme généralement réussi et est fidèle à la philosophie du « maintien en service actif », afin de préserver de précieuses connaissances et compétences militaires. Le Réseau des soldats blessés, créé récemment et coordonné par le CS du CPM pour les questions relatives aux membres des FC blessés ou malades⁵⁴, offre des renseignements pertinents, des ressources, des directives, des liens avec d'autres intervenants et un soutien par les pairs. Le CS joue aussi un rôle important dans la sensibilisation de la haute direction aux questions pertinentes de même que dans l'élaboration des politiques et la liaison interministérielle.

Il existe un ensemble quelque peu différent de processus dans le cas des militaires qui sont le plus grièvement blessés, sur le plan physique ou psychologique, et qui ne peuvent être employés avantageusement dans les FC. Des efforts de réadaptation seront quand même déployés mais, au lieu d'une instruction de reclassement en vue d'un futur emploi dans les FC, un programme de recyclage professionnel sera offert gratuitement à ceux qui sont physiquement ou mentalement aptes à le suivre. Ce programme peut durer un maximum de six mois et consiste généralement à suivre des cours dans des établissements ou centres de formation civils en prévision d'une carrière civile. Là encore, les participants et le personnel des FC ont considéré que ce programme était à la fois efficace et efficient.

Quant aux militaires physiquement et/ou mentalement inaptes à une instruction de reclassement ou à un recyclage professionnel, ils sont libérés des FC lorsque leur traitement médical est terminé ou qu'ils demandent une libération plus immédiate afin de faire la transition au secteur civil, ce qui, en général, suppose également la transition vers les soins d'ACC pour les problèmes qui sont liés à leur service. Ce processus particulier connaît sa part de difficultés.

Unités intégrées de soutien du personnel

Les UISP sont de nouvelles organisations que le CPM a créées afin de remplacer les anciens détachements de soutien aux blessés dans la plupart des grandes bases des FC⁵⁵. Elles relèvent du CPM et sont subordonnées à l'Unité interarmées de soutien du personnel, dont le quartier général se trouve à Ottawa, sous le commandement du

⁵⁴ CANFORGEN 202/08 CMP 086/08 301335Z OCT 08, CONSEILLER SPÉCIAL POUR LES MALADES ET BLESSÉS.

⁵⁵ CANFORGEN 104/08 CDS 013/08 051327Z JUN 08, CRÉATION D'UNITÉS POUR LES SOINS AUX MILITAIRES DES FORCES CANADIENNES BLESSÉS OU MALADES.



D Gest SB. Les UISP assumeront la majeure partie des responsabilités qui relevaient de la chaîne de commandement opérationnelle des FC dans les bases pour les soins prodigués aux militaires plus gravement blessés.

Les UISP devraient inclure à la fois des membres des FC et des employés civils du MDN, et la liaison sera également assurée avec un représentant d'ACC, comme c'est le cas au Centre MDN-ACC à Ottawa. L'UISP assumera la gestion des carrières et la responsabilité administrative des personnes figurant sur la Liste des effectifs du personnel non disponible (LEPND). Un gestionnaire de cas médicaux agira à titre d'agent de liaison auprès de l'UISP pour répondre aux besoins individuels en matière de soins. L'UISP comptera des spécialistes des indemnités et des avantages, des gestionnaires de cas de la collectivité médicale des FC, des gestionnaires de cas d'ACC pour faciliter la transition et d'autres membres du personnel fonctionnel. Il convient de noter que la plupart des militaires de la LEPND qui sont placés sous le contrôle de l'UISP doivent être libérés des FC.

Des entrevues approfondies avec les dirigeants des FC au niveau tactique dans l'ensemble des FC ont révélé des opinions divergentes sur la façon dont les UISP exerceront leurs activités. Les dirigeants tactiques de la Marine et de la Force aérienne s'entendaient généralement pour dire que le contrôle centralisé des militaires de la LEPND qui devaient être libérés des FC pouvait facilement être exercé dans leurs bases, habituellement à condition qu'il y ait assez de personnel des FC dans les chaînes de commandement des UISP pour fournir une rétroaction à la chaîne de commandement opérationnelle et assurer la liaison avec cette dernière.

En revanche, les dirigeants tactiques de l'Armée de terre perçoivent généralement l'UISP sous un tout autre angle. Il existe un ensemble très différent de valeurs culturelles dans l'Armée de terre, et c'est particulièrement évident dans les opinions sur le contrôle du personnel de l'Armée de terre. Le sens de la famille est exceptionnellement fort dans la plupart des unités des armes de combat et d'appui au combat et s'étend à l'ensemble des formations de combat de l'Armée de terre au sein des FC. Presque tous les commandants/sergents-majors régimentaires de l'Armée qui ont été interrogés lors de la présente évaluation ont dit non seulement qu'ils hésitaient à transférer leur personnel à une entité contrôlée par le CPM, mais aussi qu'ils étaient prêts à presque tout pour protéger le personnel dont ils se considèrent responsables en dernier ressort. Pour eux, cette loyauté et cette responsabilité envers les soldats placés sous leur commandement ne peuvent jamais être déléguées à d'autres personnes.

La méthode utilisée pour mettre en œuvre le concept d'UISP n'a guère réussi à calmer les inquiétudes des dirigeants tactiques de l'Armée de terre. On a peu consulté les unités et formations tactiques qui auraient à adopter cette nouvelle façon de procéder. Les rôles et les responsabilités suscitent de nombreuses questions auxquelles le personnel du CPM n'a pas encore répondu de manière satisfaisante. L'équipe d'évaluation a assisté au dernier symposium dirigé par le CPM sur le soutien aux blessés et l'administration (du 24 au 26 septembre 2008) et pris note de la liste ininterrompue de questions perspicaces et pointues soulevées par des participants qui ne savaient pas au juste comment ces unités devaient fonctionner, alors même qu'elles étaient déclarées opérationnelles dans certaines bases des FC.



Constatation. Le concept d'unité interarmées/intégrée de soutien du personnel qui consiste à assumer le contrôle de l'administration des blessés graves est une mesure appropriée qui permettra d'accroître grandement l'efficacité et l'efficacités des soins aux blessés. Néanmoins, il faut nettement améliorer la communication afin d'expliquer exactement comment ces unités fonctionneront et comment sera maintenue la communication avec l'unité perdante.

Nomination d'un officier désigné

Dans tous les cas où des membres des FC subissent une blessure ou une maladie grave ou perdent la vie, un officier désigné (OD) est nommé par le biais de la chaîne de commandement des FC. Le plus souvent, on choisit un officier commissionné de l'unité d'appartenance du militaire. Dès le début du processus, l'OD doit jouer un rôle auprès de l'équipe de notification ou se mettre à la disposition de la famille du militaire immédiatement après notification de la blessure ou du décès. Ses responsabilités sont précisées dans le guide du D Gest SB à l'intention des officiers désignés⁵⁶.

La majorité des OD sont choisis avant qu'une unité soit déployée dans le cadre d'une opération et reçoivent la formation indiquée dans le guide de l'OD. Dans les cas de blessures ou maladies graves ou de décès survenus au pays, la plupart des unités des FC disposent maintenant de personnel qui a reçu la formation pertinente et qui est nommé pour aider le PPP. Dans le cas du décès d'un militaire, l'OD aide le PPP à passer au travers du processus d'inhumation et à remplir les premières formalités administratives concernant la succession et autres questions financières. L'OD restera le point de contact du PPP jusqu'à ce qu'il soit remplacé. Selon le nouveau système d'unité interarmées/intégrée de soutien du personnel, l'OD cédera les responsabilités de point de contact à une personne désignée au sein de l'UISP, le cas échéant.

Dans les cas de blessures ou maladies graves, l'OD est le principal point de contact entre les FC et le militaire et sa famille immédiate ou son PPP désigné, et il s'occupe d'eux jusqu'à ce qu'un membre désigné de l'UISP prenne la relève.

Une fois que tout le personnel aura été embauché et formé, cette transition par le biais de l'UISP sera avantageuse pour les FC car elle libérera l'OD de ce qui est devenu une tâche extrêmement lourde pour les militaires du rang ou les officiers subalternes qui n'ont pas reçu de formation de conseiller financier ou de conseiller en services sociaux. Il est toutefois important qu'un OD reste à la disposition des membres des FC ou de leurs PPP pour assurer ce lien social avec leur ancienne unité.

Constatation. Le système actuel de formation et d'emploi d'OD s'est révélé efficace pour traiter avec les PPP des militaires blessés ou malades.

Gamme de soins

Des militaires actifs et des conjoints de militaires blessés ont soulevé des préoccupations au sujet de la souplesse du Comité de la gamme de soins (GS) et du caractère adéquat de l'étendue de cette gamme. Plusieurs de ces interrogés/correspondants ont mentionné la

⁵⁶ Guide de l'officier désigné – Soutien aux blessés et administration, le Centre.

divergence qui existe, dans certains cas, entre ce qui est couvert par les FC/le MDN et ce qui est couvert par ACC. La plupart des questions soulevées par ces personnes portent sur ce que le Comité de la GS considère comme des thérapies ou traitements non éprouvés tels que la massothérapie.

La gamme de soins des FC publiée avec l'autorisation du Sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires (SMA(RH-Mil))) en 2004, devait accomplir ce qui suit⁵⁷:

« Par le biais du GSSFC et en conformité avec les chapitres 34 et 35 des ORFC, les membres des FC et d'autres personnes sont admissibles à des services et à des soins de santé comparables à ceux que reçoivent les Canadiens dans le cadre des régimes provinciaux d'assurance-maladie. Le document intitulé *Gamme des services garantis par les FC* guide les fournisseurs de soins de santé des FC, les médecins-chefs des bases/escadres, les gestionnaires de cliniques et les commandants des détachements dentaires. Les articles 34.07, *Droit aux soins médicaux*, et 35.04, *Droit aux soins dentaires*, réglementent l'utilisation des fonds publics afin d'assurer aux membres des FC le même éventail de services et de soins médicaux qui est offert aux autres Canadiens dans le cadre des régimes provinciaux d'assurance-maladie, et des soins dentaires complets en conformité avec les Directives et ordonnances administratives de la Défense (DOAD) 5010-0, *Services dentaires*, et 5010-1, *Examens et traitement dentaires*. »

Cette directive a été étoffée dans une instruction du Directeur – Prestation des services de santé sur la gestion de la gamme de soins des FC, dont la dernière révision remonte à 2006⁵⁸. Vers la fin de 2007, le Chef d'état-major de la Défense (CEMD) a ordonné un changement à la composition du Comité de la GS afin de mieux tenir compte du rôle des chefs d'état-major des armées (CEMA) :

« ... le CEMD a fait savoir de façon explicite à la réunion du Conseil des Forces armées (CFA), en décembre 2007, que le Comité de la GS ne doit pas se concentrer sur l'équité entre les provinces, mais plutôt sur le résultat opérationnel – avoir la personne appropriée, en bonne forme physique, disponible pour les opérations. »⁵⁹

Le procès-verbal de la réunion du Comité de la GS tenue le 4 février 2008 et présidée par le Chef adjoint – Personnel militaire témoignait de ce changement. En effet, la nouvelle composition du Comité incluait des représentants des CEMA et le Médecin-chef adjoint. Le Comité compte aussi, à titre de membres d'office, un représentant d'ACC, un représentant du Juge-avocat général (JAG) ainsi que des avocats militaires, des conseillers et du personnel des politiques des SSFC.

⁵⁷ INSTRUCTION DU SMA(RH-MIL) 03/04 – GAMME DE SOINS GARANTIS PAR LES FORCES CANADIENNES, 23 avril 2004.

⁵⁸ 5000-01 (D Pres Svc S), Gestion de la gamme de soins garantis par les Forces canadiennes, en vigueur le 1^{er} juin 2002, dernière révision datée du 9 mai 2006.

⁵⁹ PROCÈS-VERBAL DE LA RÉUNION DU COMITÉ DE RÉVISION DE LA GAMME DE SOINS TENUE DANS L'ÉDIFICE MGÉN PEARKES, À OTTAWA, LE 4 FÉVRIER 2008.

Les procès-verbaux des dernières réunions du Comité de la GS démontrent un effort concerté de la part des officiers d'état-major et des conseillers compétents en vue d'exécuter les directives du CEMD. Lors des discussions sur les divers traitements, comme la massothérapie, on tient dûment compte à la fois de l'efficacité opérationnelle et de l'utilisation efficiente des fonds publics.

Constatation. La structure révisée du Comité de la GS offre une tribune propice à l'examen des questions qui entourent les changements apportés à la protection en matière de soins de santé et aux prestations connexes. Le fait qu'ACC soit représenté à ces réunions sensibilisera les deux ministères au travail d'harmonisation des GS.

Recommandation

Veiller à ce que l'harmonisation des GS du MDN et d'ACC se poursuive.

BPR : CPM

BC : OL ACC

Transition vers Anciens Combattants Canada

Lorsqu'un militaire subit une blessure physique ou psychologique qui est imputée au service dans les FC, ACC joue un rôle à l'égard de plusieurs questions concernant les soins médicaux ainsi que les indemnités et les avantages. Comme l'indique le diagramme MDN/ACC à l'[annexe B](#), une partie importante de l'activité d'ACC est parallèle aux mesures prises au sein des FC et du MDN.

Depuis l'adoption de la nouvelle Charte des anciens combattants en 2006, ACC, qui s'occupait des vétérans vieillissants de la Seconde Guerre mondiale et de la Guerre de Corée, assume aussi d'autres responsabilités à l'endroit des nouveaux anciens combattants plus jeunes des FC, qui souffrent souvent de graves traumatismes physiques ou psychologiques. Cette réorientation visant à inclure les nouveaux anciens combattants s'est avérée difficile, comme l'ont découvert les membres des FC qui tentaient de composer avec le système d'ACC en évolution. La nouvelle clientèle de membres des FC a eu pour effet d'alourdir le système de gestion de cas d'ACC, déjà surchargé.

ACC ne peut agir rapidement que si la chaîne de commandement des FC/du MDN l'informe d'une blessure subie par un militaire. Le Centre MDN-ACC à Ottawa est considéré comme le point de convergence de cette entrée précoce d'ACC dans le processus et se fie à l'heure actuelle à des copies papier des avis de blessure livrées par porteur à la partie MDN du Centre. En outre, le personnel du MDN et d'ACC au Centre a fait remarquer qu'à part les cas de blessures survenues dans des zones de service spécial, il n'y a souvent pas de messages au sujet des blessures subies par des membres des FC. Cela inclut la plupart des blessures subies au pays et les blessures attribuables à des accidents d'entraînement de routine pendant un déploiement.

Dès que le MDN l'informe d'une blessure, et que le régime de traitement ou de réadaptation est établi, ACC peut commencer à octroyer des avantages tant au militaire des FC qu'à sa famille tandis qu'il sert encore dans les FC (voir l'[annexe B](#)). Cela comprend la participation à des programmes de recyclage professionnel, des services d'orientation professionnelle, de placement et d'aide à la recherche d'emploi, et une intervention



détaillée auprès des gestionnaires de cas médicaux des FC et des spécialistes de la réadaptation dans le cadre des programmes de traitement. Le militaire peut aussi s'adresser directement à ACC ou au Bureau des services juridiques des pensions, financé par ACC, afin de demander de l'aide pour l'obtention d'une indemnité pécuniaire par le biais de la nouvelle Charte des anciens combattants.

Par ailleurs, les responsabilités ont changé en ce qui a trait au traitement de l'invalidité prolongée et aux indemnités. Auparavant, si un militaire était blessé lors d'un accident non lié au service, le Régime d'assurance-revenu militaire (RARM) lui versait une indemnité pécuniaire du type « assurance » et jouait un rôle dans la réadaptation et le recyclage professionnel, au besoin.
.....
.....
.....

Le personnel d'ACC veut intervenir aussitôt que possible dans le cas d'un militaire des FC. Une intervention plus rapide d'ACC est particulièrement importante dans les cas complexes. Étant donné que son ancien système est en train de subir des changements rapides et majeurs, il est essentiel qu'ACC joue tôt un rôle dans l'avenir du militaire. Jusqu'à récemment, le personnel d'ACC intervenait uniquement lorsqu'un militaire recevait une catégorie permanente (CatP) et que le Directeur – Administration (Carrières militaires) rendait sa décision au sujet de la carrière. Lorsqu'un militaire se voit attribuer une CatP et qu'il est inapte ou réticent à changer d'IDSGPM, il est habituellement libéré des FC dans les six mois.

Constatation. Il est avantageux pour les militaires et leurs familles qu'ACC intervienne avant la période de six mois précédant la libération des FC.

En ce qui concerne la transition vers les soins d'ACC, l'une des lacunes du système actuel est liée au fait que les militaires blessés passent du système médical des FC au système civil de soins de santé lors de leur libération. Ce problème s'est posé dans un certain nombre de cas signalés à l'équipe d'évaluation. Les militaires qui ont subi des blessures physiques ou psychologiques n'ont pas plus de facilité que les civils à avoir accès à des médecins de famille ou à des spécialistes dans l'endroit que leurs familles et eux choisissent comme lieu de résidence désigné.

L'équipe d'évaluation a relevé des cas de militaires blessés ou malades qui, dans les mois précédant leur libération des FC, n'avaient pas pu trouver de spécialistes de la santé là où ils déménageaient mais étaient quand même libérés. Dans tous ces cas, ACC et les FC n'ont pour ainsi dire aucune influence sur les régimes actuels de soins de santé des provinces quant à l'accès prioritaire à l'aide médicale. Il est déplorable que des militaires blessés soient libérés des FC sans qu'on leur garantisse des soins médicaux à la libération.

Le personnel du DGS San a fait observer qu'il peut s'avérer difficile de suivre des militaires libérés, en particulier lorsqu'ils choisissent de s'installer dans des endroits éloignés des ressources des FC. Bien que cette préoccupation soit comprise, il y a encore des militaires qui sont libérés sans qu'on puisse leur garantir des soins médicaux



appropriés à leur état. En outre, bon nombre de ces personnes extrêmement vulnérables n'ont pas pu demander un soutien du MDN ou d'ACC durant la transition. C'est une période très pénible pour elles, surtout quand leurs soins médicaux suscitent une telle incertitude.

Constatation. Certains militaires blessés sont libérés des FC sans qu'on leur garantisse un soutien médical dans la collectivité civile lors de leur libération.

Recommandation

Maintenir un lien administratif avec les membres des FC, tant réguliers que réservistes, qui nécessitent une attention exceptionnelle durant et après le processus de libération, et ce, jusqu'à ce qu'ACC et le MDN aient conclu que la transition a eu lieu avec succès.

BPR : CPM

BC : OL ACC

Indemnités et avantages pour les blessés et leurs familles

Généralités

Dans le cadre du mandat de la présente évaluation, une étude a été entreprise pour déterminer si les militaires blessés et leurs familles recevaient en temps opportun une indemnisation juste, équitable et comparable pour les blessures subies en raison du service militaire. Cette partie de l'évaluation était principalement axée sur les questions en suspens provenant de comités du Sénat et de la Chambre des communes et celles qui découlaient de plusieurs rapports de l'Ombudsman du MDN.

Définition de la famille

L'un des problèmes réside depuis longtemps dans la définition de la « famille ». De nombreuses discussions ont eu lieu au cours de la dernière décennie, et l'équipe d'évaluation a examiné plusieurs documents quasi juridiques qui n'abordent pas la question directement et ne remédient jamais au fait qu'il n'existe aucune définition autorisée du mot « famille » et acceptée dans l'ensemble des FC et du MDN. Cette lacune a un impact continu sur les indemnités et les avantages accordés aux familles des militaires blessés.

L'équipe d'évaluation a constaté que d'autres pays de l'ABCA ont fourni des définitions de la « famille » qui sont utilisées par leurs forces armées et équivalents d'ACC. La définition du R.-U. ressemble à plusieurs variantes des FC rencontrées par l'équipe d'évaluation et n'est indiquée qu'à titre d'exemple :

[trad.] « (Famille) se définit dans l'ordre suivant :

1. conjoint survivant (même séparé);
2. descendance à l'infini – enfants, petits-enfants, arrière-petits-enfants;
3. parents;
4. frères et sœurs germains;
5. descendance des frères et sœurs germains;
6. frères et sœurs unilatéraux;
7. descendance des frères et sœurs unilatéraux;
8. grands-parents;
9. oncles et tantes germains;
10. descendance des oncles et tantes germains;
11. oncles et tantes unilatéraux;
12. descendance des oncles et tantes unilatéraux. »⁶⁰

Constatation. Il n'existe aucune définition de la « famille » généralement reconnue dans l'ensemble des FC et du MDN.

Recommandation

Choisir une définition acceptable de la « famille » et veiller à ce qu'elle soit diffusée à l'échelle des FC et du MDN.

BPR : CPM

Nouvelle Charte des anciens combattants et familles

L'adoption de la nouvelle Charte des anciens combattants a permis d'établir de nombreux programmes nécessaires pour soutenir la nouvelle génération de jeunes vétérans handicapés des conflits actuels et leurs familles⁶¹. La nouvelle charte a remplacé les pensions mensuelles de la *Loi sur les pensions* par une indemnité d'invalidité forfaitaire d'une valeur maximale d'environ 260 000 \$, selon le degré d'invalidité⁶². L'indemnité d'invalidité vise à reconnaître la douleur et la souffrance du militaire et à l'indemniser des répercussions certaines d'une invalidité liée au service.

.....
.....
.....
.....
.....

..... Il est à noter que le R.-U.
..... s'est maintenant doté d'un régime d'invalidité/de retraite complémentaire : une somme forfaitaire initiale est versée, mais si la personne nécessite des soins de plus longue durée, ou si son état empire, une

⁶⁰ UK Joint Service Publication 751, annexe A du chapitre 1, en date de septembre 2007.

⁶¹ <http://www.vac-acc.gc.ca/clientele/sub.cfm?source=forces>.

⁶² <http://www.vac-acc.gc.ca/clientele/sub.cfm?source=forces/nouvelleChartre/programmes/indemnite>.



pension mensuelle lui sera également versée pour compléter l'indemnité initiale⁶³. ...

Processus d'indemnisation en cas d'invalidité

ACC prend les décisions concernant les pensions et indemnités accordées aux membres actifs et retraités des FC. En outre, dans le cadre du Régime d'assurance-mutilation accidentelle (RAMA) offert par les Services financiers du RARM (SF RARM), un paiement d'assurance est versé selon un tableau de prestations dans des cas tels qu'une mutilation accidentelle ou une perte de la vue, de la parole ou de l'ouïe attribuable au service militaire. Il est limité aux blessures survenues de manière accidentelle, externe ou violente.

Les réservistes en service de classe A ou B peuvent recevoir du RAMA un montant maximal de 100 000 \$, alors que les membres de la Force régulière et les réservistes en service de classe C sont couverts jusqu'à concurrence de 250 000 \$. Les différences de paiements en vertu du RAMA sont traditionnellement fondées sur la législation et les évaluations du Conseil du Trésor. Celui-ci a noté que les employés à temps plein ont droit à des indemnités d'invalidité d'un taux différent en fonction d'unités de travail. On a jugé que les réservistes de classe A travaillaient moins de vingt heures par semaine, d'où l'octroi de quatre « unités », chaque unité pouvant valoir jusqu'à 25 000 \$. Les employés à temps plein pouvaient quant à eux se voir créditer jusqu'à dix unités, soit 250 000 \$.

L'équipe d'évaluation a comparé les processus d'évaluation des prestations que les SF RARM et ACC utilisent pour diverses déficiences physiques avec ceux d'organisations provinciales d'indemnisation des accidentés du travail. Elle a constaté que des systèmes d'évaluation similaires sont utilisés et qu'ils sont généralement basés sur les guides de l'American Medical Association⁶⁴. Par ailleurs, les indemnités accordées aux membres des FC se comparent favorablement à celles qui sont offertes dans des emplois civils analogues (p. ex., policiers, pompiers) à l'égard de déficiences physiques.

La situation est plus complexe pour ce qui est des troubles de santé mentale, mais également comparable. L'équipe d'évaluation a noté que la politique d'ACC consistant à réévaluer les problèmes de santé mentale tous les cinq ans est conforme aux pratiques civiles⁶⁵.

⁶³ Armed Forces Compensation Scheme Statistics, 30 septembre 2008, K. Cook, J. Edgell, A. Byers, Defence Analytical Services and Advice (DASA).

⁶⁴ Les guides de l'American Medical Association (4^e ou 5^e édition) renferment un processus normalisé pour évaluer, mesurer et déclarer les déficiences.

⁶⁵ <http://www.wsib.on.ca/fr/community/WSIB/230/OPMDetail/24347?vnextoid=b645ae75e15d7210VgnVCM100000449c710aRCRD&vnextchannel=315dee40cb05e110VgnVCM1000000e18120aRCRD> Politique de la CSPAAT de l'Ontario sur l'évaluation des déficiences permanentes attribuables à des troubles mentaux et du comportement.



Assurance-invalidité prolongée du RARM

Les médias se sont beaucoup intéressés à une question soulevée par l’Ombudsman des FC au sujet du programme d’assurance-invalidité prolongée des SF RARM. L’équipe du CS Ex reconnaît que la position officielle du Ministère sur ce sujet devra attendre la fin des poursuites judiciaires.

Comparabilité MDN/Gendarmerie royale du Canada (GRC) – Admissibilité aux soins médicaux et assurance-revenu aux survivants

L’équipe d’évaluation a comparé l’admissibilité aux soins médicaux, les régimes d’assurance-vie et d’assurance-invalidité et les services de la GRC avec ceux offerts aux membres des FC. En général, le traitement des membres des FC est comparable. La politique de la GRC régissant les thérapies ou soins médicaux repose sur les mêmes principes que la GS du MDN, en ce sens que les traitements discutables, sans fondement scientifique, inutiles du point de vue médical et fournis seulement à des fins esthétiques ne sont pas approuvés⁶⁶. Nous avons cependant relevé deux différences principales.

Les membres de la GRC ont droit au counselling familial pour divers motifs liés au service. Ce n’est pas le cas au sein du MDN, où certaines exceptions s’appliquent strictement au traitement des membres des FC blessés. La politique actuelle du MDN en matière de travail social permet de brèves interventions et des séances de counselling pour les couples. Les membres de la famille peuvent avoir accès au counselling dans une certaine mesure, avec la permission du militaire; toutefois, les services additionnels dépendent de la disponibilité et de la charge de travail des fournisseurs locaux de soins de santé des FC et du MDN⁶⁷.

Dans les cas de décès lié au service, la protection du revenu offerte aux conjoints et aux PPP est meilleure dans la GRC que dans les FC. Le régime d’assurance-revenu aux survivants en vigueur dans la GRC vise à suppléer d’autres prestations mensuelles payables (prestations de survivant de la *Loi sur la pension de retraite de la GRC*, du Régime de pensions du Canada et de la *Loi sur les pensions*) à l’aide d’un montant qui s’ajoute au revenu pour que celui-ci corresponde à ce que le membre aurait gagné s’il avait vécu et servi jusqu’à l’âge de 60 ans. Aucune prestation équivalente n’est offerte aux membres des FC.

Constatation. Il existe des divergences entre les programmes de prestations de survivant financés par l’État qui sont en vigueur au sein de la GRC et du MDN.

Recommandation

Examiner les programmes et les services de la GRC liés aux prestations de survivant destinées aux conjoints et aux PPP afin de déterminer s’il est possible d’obtenir le même effet pour les conjoints/PPP de militaires.

BPR : CPM

⁶⁶ Manuel d’administration de la GRC, vol. II, chapitre 18, Admissibilité aux soins médicaux, paragraphe D, Politique.

⁶⁷ Ibid, alinéa S2.



Administration des membres des FC décédés et de leurs familles

Avec l'augmentation des pertes opérationnelles attribuables aux opérations en Afghanistan, les processus ayant trait aux militaires décédés et à leurs familles ont été utilisés plus souvent que lors d'opérations précédentes des FC. L'équipe d'évaluation a constaté qu'une fois le PPP informé du décès, un système relativement complet est mis en place pour recevoir et inhumer le défunt de manière respectueuse.

Les personnes interrogées durant l'évaluation ont fait observer que la réception des défunts à Trenton et les activités connexes sont effectuées avec professionnalisme et grand respect. Les procédures administratives entourant le transport des PPP à Trenton, l'acheminement au bureau du coroner à Toronto, puis l'inhumation, ont évolué au cours des trois dernières années pour devenir un système relativement homogène.

L'équipe d'évaluation a été mise au courant de questions financières mineures qui portent encore sur le paiement de certaines dépenses associées aux cérémonies d'inhumation et sur quelques-unes des fonctions de l'OD concernant les dépenses liées aux PPP. Il faudra confirmer la conformité aux règlements financiers lorsque des directives administratives plus exhaustives auront été diffusées au sujet des dépenses payables permises durant cette période.

Constatation. Le soin et l'administration des PPP des défunts durant les processus de réception et d'inhumation s'avèrent efficaces et efficaces malgré les quelques problèmes systémiques observés.

Constatation. En général, les avantages financiers sont bien expliqués aux PPP et ceux-ci reçoivent la documentation appropriée.

Soutien informatique des FC pour les militaires malades ou blessés et leurs familles

Systèmes d'information sur la santé

La mise en œuvre du SISFC était jugée essentielle à la réussite de Rx2000. À l'heure actuelle, des sous-systèmes de prise de rendez-vous médicaux et de DME de base en sont à divers stades d'implantation. D'un bout à l'autre du pays, les cliniques de soins de santé des FC ont quelques difficultés à changer les ressources et à en obtenir pour faire fonctionner à la fois l'ancien système et le nouveau durant la transition. Les problèmes mentionnés à l'équipe d'évaluation comprennent la numérisation des dossiers médicaux, la planification, la formation relative au nouveau système, la vérification/le contrôle des erreurs et le temps nécessaire pour entrer dans le système.

Des travailleurs de la santé des FC et du MDN ont fourni des exemples de défaillances de système qui ont eu des répercussions directes sur les soins aux patients à cause de la perte de résultats d'analyses de laboratoire, du mauvais traitement de recommandations, etc. Les gains d'efficience que le nouveau système devait produire ont pris des années à se concrétiser dans les sites pilotes et sont peu susceptibles de procurer les avantages immédiats escomptés à l'égard de la majorité des cliniques où la mise en œuvre vient tout juste d'avoir lieu.



Une bonne partie des fonctions avancées de niveau supérieur du SISFC (p. ex., l'exploration des données épidémiologiques) (voir la figure 1) et le soutien en matière de renseignements médicaux pour les opérations de déploiement (SISFC déployé et suivi de l'évacuation des patients) ont été reportées à la phase 3 du projet et n'ont pas encore été bien définies. Le personnel chargé de la politique sanitaire, de la santé des militaires déployés et de la protection de la santé des forces a dit douter que le projet réponde à ses commentaires et préoccupations concernant le niveau supérieur du système. Les travaux non liés à la technologie de l'information (TI) qui visent à restructurer les processus administratifs en matière de santé n'ont pas encore débuté, et les activités de nombreux groupes de travail sont en suspens. Les SSFC ne sont pas encore configurés de façon à tirer pleinement profit de l'apport technologique du SISFC.

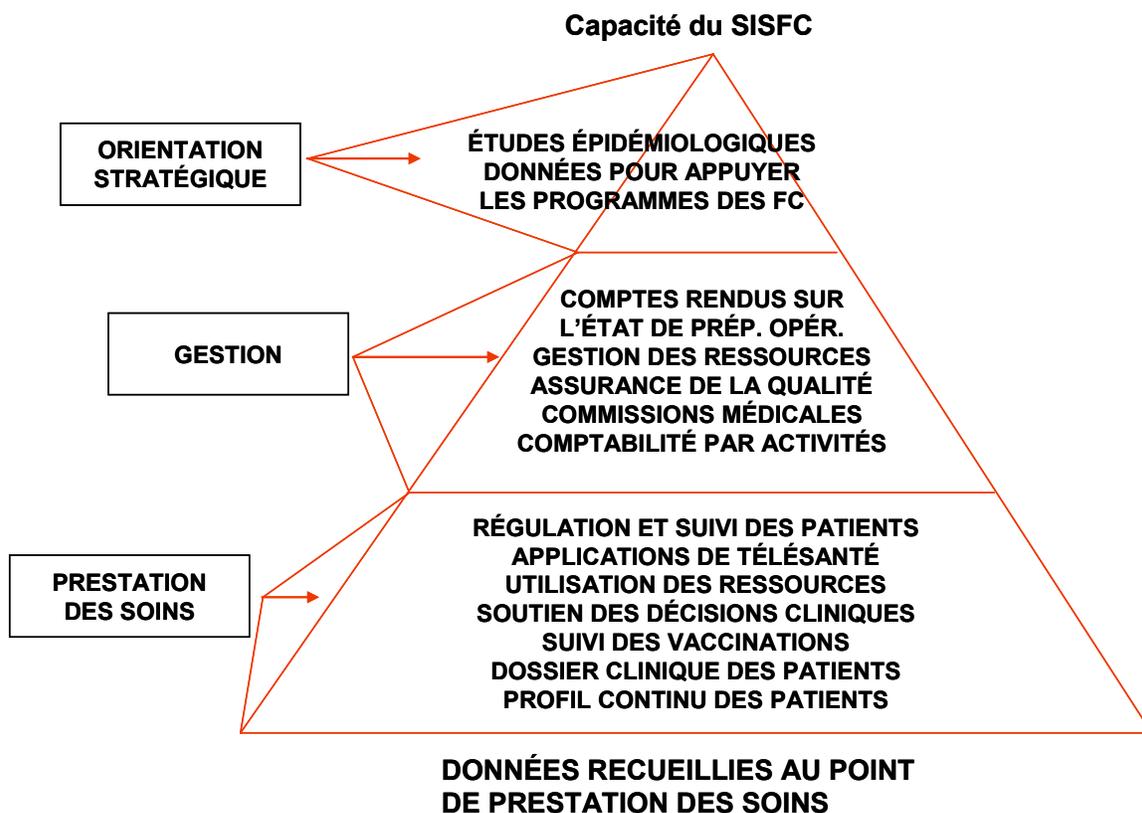


Figure 1. Hiérarchie des fonctions du SISFC. Les deux premières phases du projet de SISFC ont été axées sur les fonctions du niveau inférieur. Les dirigeants du SISFC soulignent l'importance de réaliser également la fonctionnalité stratégique (phase 3).

Les spécialistes de la politique médicale et les chefs nationaux des services professionnels ont dit qu'ils étaient incapables, sans outils de mesure et soutien en matière de TI, d'évaluer l'incidence des opérations actuelles sur des questions comme la perte d'audition, la vue, la peau, les traumatismes cérébraux et la santé mentale. Cela influe directement sur la qualité et la continuité des soins offerts aux membres des FC blessés.

Constatation. En général, on doute que les ressources ou la portée du projet de SISFC soient suffisantes pour assurer les fonctions nécessaires au niveau supérieur.

Constatation. On ne connaît pas le rendement du SISFC.

Recommandation

S'assurer que la phase 3 du projet englobe les fonctions requises au niveau supérieur qui avaient été précisées à l'origine, qu'elle reste conforme à la portée du programme du SISFC et qu'elle permette d'établir un cadre de mesure du rendement.

BPR : CPM

BC : SMA(GI)

Systèmes d'information sur le personnel (RH) et l'administration

Le CPM a établi des liens entre le SISFC et le SGRH, ou PeopleSoft. Cela signifie, par exemple, que l'admissibilité d'un réserviste blessé aux services de santé n'est plus mise en question à chaque visite. Malgré cette amélioration, l'intégration fait encore défaut entre le SGRH, le SISFC et divers autres systèmes d'information sur la santé et l'administration, ce qui a des répercussions importantes en particulier sur la Réserve.

Les cliniciens des FC et du MDN ont dit à l'équipe d'évaluation qu'il faut accroître la collaboration entre les systèmes d'information sur la santé et sur le personnel. À l'heure actuelle, il n'y a aucun mécanisme pour établir un lien entre, d'une part, la personne qui a été déployée dans un lieu particulier pendant une période donnée et, d'autre part, l'information exacte sur l'utilisation des services de santé, le processus de soins, le diagnostic et les résultats finals pour la santé. Les divers systèmes de gestion des cas qui ont été mis en place pour assurer le soutien des malades et blessés ne sont pas intégrés, d'où la difficulté accrue de coordonner les efforts ayant une incidence sur les militaires malades ou blessés.

Le SGRH est le système dans lequel sont consignées les données sur les PPP et les avis d'urgence personnelle (AUP) qui facilitent la notification de la famille lorsqu'un militaire meurt ou est gravement blessé. De nombreux interrogés ont mentionné que les membres des FC doivent présenter de nouveaux formulaires de PPP/AUP lors de chaque mouvement, si bien que la chaîne de commandement et eux-mêmes sont tous irrités par les systèmes existants et ne savent pas au juste quels sont les formulaires de PPP/AUP officiellement reconnus. Par ailleurs, le gardien des données du D Gest SB a indiqué la nécessité de consigner des renseignements plus détaillés (p. ex., rapports familiaux complexes et cartes de régions rurales). Cette situation influe directement sur les membres des FC blessés et leurs familles.

Constatation. Le manque de fonctionnalité des systèmes d'information – fonctionnalité qui permet l'accès aux données sur le personnel, aux processus et aux services internes – nuit à la gestion intégrée des SSFC et des systèmes d'information sur le personnel des FC, avec les conséquences que cela entraîne pour les militaires blessés ou malades.

Échange d'information avec ACC et les institutions civiles

Le PFSS est une initiative du gouvernement fédéral qui vise notamment la mise en œuvre de dossiers électroniques de soins de santé partout au Canada, ainsi que leur normalisation. Limité initialement aux organismes de santé provinciaux, il a été élargi



pour inclure tous les ministères fédéraux s'intéressant aux soins de santé. Les interrogés ont fait remarquer que, même si le MDN participe au PFSS et à d'autres programmes d'interopérabilité/de normalisation, il n'existe encore aucun lien électronique avec les systèmes civils de soins de santé.

Les dossiers médicaux du MDN n'incluent pas tous les dossiers relatifs au traitement des membres des FC dans le système civil de soins de santé, car l'information n'est pas automatiquement échangée. Cela peut aussi retarder la transmission des documents sur les blessures dont ACC a besoin avant que le militaire blessé et/ou sa famille puisse avoir accès aux soins et aux prestations.

Outre l'information sommaire sur la facturation de la Croix bleue, il n'y a pas non plus d'échange d'information électronique avec ACC. L'équipe du CS Ex a constaté que, même si le SISFC et le SGRH ont considérablement amélioré la capacité des FC à trouver le dossier médical ou les états de service d'un militaire actif ou d'un ancien militaire, il n'existe encore aucune interface avec ACC.

Une bonne partie des discussions entourant cette question est liée à la façon dont les deux ministères perçoivent la confidentialité des renseignements du militaire. Étant donné que les militaires des FC blessés deviendront généralement des clients d'ACC, certaines questions de confidentialité ne devraient pas faire obstacle à la communication électronique entre les deux ministères pour aider les militaires blessés.

Constatation. Il n'existe aucun échange d'information électronique entre le MDN et ACC concernant la documentation des membres des FC blessés.

Recommandation

En collaboration avec ACC, remédier aux limites et aux lacunes actuelles de l'interopérabilité des systèmes de GI/TI qui empêchent un échange d'information efficace.

BPR : CPM/Méd C;

BC : SMA(GI))

Soutien aux familles des membres des FC malades ou blessés

Généralités

Le soutien offert aux familles des membres des FC blessés ou décédés a été inclus dans le mandat de la présente évaluation.

Plusieurs interrogés ont affirmé que même si des changements importants ont lieu presque tous les jours dans ce domaine, les militaires touchés et leurs familles sont très favorables à la plupart des modifications apportées sur les plans organisationnel et administratif. À cet égard, l'Engagement des FC à l'endroit des familles⁶⁸, que le CEMD a officiellement signé le 22 septembre 2008, indique la ferme volonté de reconnaître et d'honorer les familles et de s'associer à elles pour améliorer la vie familiale du personnel des FC. Les services de santé mentale et le soutien social constituent l'un des aspects clés de la politique familiale.

Engagement des Forces canadiennes à l'endroit des familles

Nous sommes conscients de la contribution importante des familles à l'efficacité opérationnelle des Forces canadiennes et nous reconnaissons la nature unique du mode de vie militaire. Nous honorons la résilience des familles et rendons hommage aux sacrifices qu'elles font pour soutenir le Canada. Nous promettons de travailler en partenariat avec les familles et les communautés dans lesquelles elles vivent. Nous nous engageons à améliorer le mode de vie militaire.

Le CPM accorde la plus grande importance à toutes les phases des soins et de l'emploi pour les blessés et leurs familles. La responsabilité des politiques et des activités liées aux familles des militaires des FC incombe principalement à l'organisation du CPM.

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE : RAPPORT SUR LES PLANS ET LES PRIORITÉS 2008-2009, section II : Analyse des activités de programme par résultat stratégique, page 50

Soins et emploi pour les blessés, leurs familles ainsi que les familles des militaires décédés. Les soins et l'emploi pour les blessés, leurs familles ainsi que les familles des militaires décédés est la plus haute priorité du Chef du personnel militaire. Les Canadiens ont été témoins, au cours de la dernière année, du professionnalisme des FC, non seulement à titre de force de combat, mais également en ce qui a trait aux soins portés aux dépouilles des soldats tombés au champ d'honneur et à leurs familles. Un certain nombre d'activités, dont le soutien aux blessés et aux familles à toutes les étapes – avant, pendant et après le déploiement – afin de soulager le stress lié au déploiement chez les militaires et leurs familles, se poursuivent à l'année financière 2008-2009. Comme les risques demeurent pour nos militaires, hommes et femmes, qui servent dans les régions hostiles du monde, il est crucial de garantir que les mécanismes de rapatriement, de soutien aux militaires et aux familles et de rétablissement fonctionnent efficacement.

⁶⁸ Engagement des Forces canadiennes à l'endroit des familles, 22 septembre 2008.

Initiatives du CPM en matière de soutien aux familles

Au sein des FC et du MDN, les initiatives de soutien aux familles étaient autrefois entreprises à titre d'interventions tactiques visant à répondre aux besoins perçus au niveau des bases des FC, souvent à l'extérieur de la chaîne de commandement. Les ORFC mentionnent à quelques reprises les politiques familiales, mais elles sont principalement axées sur les cas où les personnes à charge sont visées par le Code de discipline militaire. Les exceptions sont décrites dans l'article suivant où, dans certaines situations, le chef du Service de santé ou le ministre de la Défense nationale peut ordonner l'octroi d'un soutien aux personnes à charge lorsque certaines conditions sont remplies conformément aux ORFC, volume 1, article 34.23 :

34.23 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ – PERSONNES À CHARGE

1. Le Service de santé des Forces canadiennes peut prodiguer des soins de santé à la personne à charge d'un militaire de la force régulière, de la force de réserve en service de réserve de classe « C » ou d'une force d'un État Partie au Traité de l'Atlantique Nord dans l'une des circonstances suivantes :
 - a. en cas d'urgence;
 - b. dans un lieu où, de l'avis du chef du Service de santé, il n'existe aucune installation médicale civile qui soit appropriée;
 - c. à la demande d'une autorité médicale civile qui a compétence en cette matière, lorsqu'il est nécessaire de suppléer aux services de santé civils;
 - d. dans toute autre circonstance prescrite par le ministre.

La plupart des politiques et des instructions portant sur les familles/personnes à charge figurent dans les DOAD et sont de nature administrative. Elles traitent surtout des questions financières entourant les déménagements militaires payés ou les formalités administratives à remplir lors du décès d'un militaire. En outre, selon le mandat des programmes de soutien du personnel, divers avantages sont offerts aux familles des membres des FC dans des domaines comme les sports et les loisirs.

Un changement très important sur le plan du statu quo est lié au contrôle et à la direction du soutien apporté aux membres de la famille. En effet, un changement organisationnel effectué au sein du groupe du CPM au début de 2008 a consisté à intégrer plusieurs organisations disparates en un seul groupe relevant d'un chef de la direction. Ce groupe, baptisé DGSSPF, inclut un directeur civil des services aux familles des militaires (DSFM).

Le DSFM, dont les quelques membres du personnel sont centralisés à Ottawa, est chargé d'assurer la coordination efficace de tous les programmes de soutien aux familles des militaires des FC, y compris la surveillance des politiques et le contrôle des Centres de ressources pour les familles des militaires (CRFM) situés d'un bout à l'autre du Canada et dans certains endroits à l'étranger.

CRFM et familles des membres des FC blessés

L'équipe du CS Ex a visité des CRFM affiliés à plusieurs bases de la Marine, de l'Armée de terre et de la Force aérienne au Canada. Tous les CRFM situés au pays sont des organisations à but non lucratif enregistrées au niveau provincial. Ils comptent des directeurs administratifs rémunérés grâce aux fonds non publics et d'autres employés payés, ainsi que des bénévoles dont le nombre fluctue et qui travaillent aux centres ou à l'extérieur. Les CRFM sont considérés comme le centre de gravité de l'ensemble des programmes et initiatives ayant trait aux personnes à charge des membres des FC.

La majorité des CRFM au Canada fournissent l'infrastructure occupée par le GSD local composé de personnel des FC ou entretiennent des liens étroits avec cette organisation dans la base locale. Les FC ont récemment créé le concept de GSD, selon lequel un petit nombre de militaires, tant réguliers que réservistes, sont nommés pour assurer la coordination 24 h/24, 7 j/7, entre la chaîne de commandement des FC et les familles des militaires déployés. Dans plusieurs endroits, les GSD emploient des membres des FC blessés qui participent à un programme de retour au travail pendant leur convalescence.

Nous avons examiné les rapports entre les CRFM et les GSD afin de voir si la dynamique entre une organisation formée essentiellement de conjoints bénévoles et un groupe de coordination dirigé par les FC ajoutait de la valeur au soutien des familles et des membres des FC blessés. Certains interrogés ont affirmé que, quelle que soit l'affiliation (Marine, Armée de terre ou Force aérienne), les services aux familles des blessés se sont nettement améliorés dans les bases où il existait de solides relations interpersonnelles entre la direction du CRFM et le GSD. Les GSD fonctionnaient de manière efficace dans les bases visitées par l'équipe d'évaluation du CS Ex, et le personnel des CRFM apprécie beaucoup leur contribution.

Le rôle des CRFM a évolué depuis la fin des années 1980 et le début des années 1990, alors qu'il consistait initialement à assurer des services de coordination limités comme la garde d'enfants. Les CRFM sont devenus un élément extrêmement important de la structure de soutien des familles de militaires dans des régions où les bases sont le point de convergence des activités familiales des FC ou d'autres où la plupart des familles peuvent se rendre facilement au CRFM.

Les CRFM jouent un rôle polyvalent pour appuyer les familles des militaires blessés. Bon nombre d'entre eux apportent un soutien psychologique aux membres de la famille grâce à des travailleurs sociaux ou psychologues engagés à contrat. Ces spécialistes sont à la disposition de tous les membres de la famille, y compris le militaire, aux fins de counselling initial et d'aiguillage, mais non aux fins de traitement. Dans l'ensemble des FC, il est habituellement possible de trouver du soutien en santé mentale à l'extérieur de la collectivité médicale pour ce type de capacité d'évaluation de santé mentale générale. À l'instar des résidents locaux à plein temps, les familles de militaires ont effectivement de la difficulté à trouver dans leurs collectivités locales des services complets de santé mentale et à y avoir accès en temps opportun.

La plupart des CRFM offrent des services de garderie, y compris un maximum de 72 heures de services de garde d'urgence subventionnés, ce qui est particulièrement utile en cas de crise. Comme on devrait s'y attendre, les CRFM accordent aux familles des blessés un accès préférentiel approprié aux ressources et à l'aide.

CRFM et soins de santé pour les familles

Une vaste gamme de services sociaux sont offerts aux membres de la famille, mais la prestation de soins de santé adéquats aux familles des militaires des FC constitue encore une source majeure de mécontentement sur le plan du soutien aux familles. Bien que la présente évaluation se limite à examiner les facteurs touchant les soins aux membres des FC malades ou blessés et à leurs familles, le domaine du soutien en matière de santé pour les familles englobe les familles de tous les militaires, qu'il soient blessés ou non.

Bien des discussions sur les soins de santé pour les familles ont eu lieu ces dernières années aux niveaux stratégiques des FC et du MDN dans le cadre général du recrutement, de la conservation de l'effectif et du maintien de la satisfaction professionnelle des membres des FC. L'Engagement des FC à l'endroit des familles n'était que l'un des résultats de ce processus de discussion, mais la question des soins de santé pour les familles s'est révélée problématique.

L'un des principaux problèmes vient du fait que plusieurs des grandes bases de mise sur pied d'une force des FC sont situées dans des régions mal desservies en ce qui a trait au soutien médical et social offert par la province. Ces bases et les collectivités civiles locales n'ont pas réussi à attirer assez de fournisseurs civils de soins de santé dans les régions en question pour y établir des cabinets de généralistes. Ce problème reflète la grande difficulté qu'ont les Canadiens à trouver des médecins de famille; toutefois, l'isolement ou le demi-isolement de ces bases ne fait qu'aggraver le problème.

Les FC, le MDN et les CRFM ont entrepris diverses initiatives partout au pays pour atténuer cette situation. À titre d'exemple, des commandants de bases ont demandé l'appui de leurs députés fédéraux ou des membres de l'assemblée législative de leur province, où réside en fait la responsabilité des soins de santé, et certains services de soutien en santé sont offerts par le biais du CRFM lui-même. Cette dernière solution – la prestation de soins de santé aux familles par le biais du CRFM – préoccupe l'équipe d'évaluation en raison des éventuelles questions de responsabilité.

L'équipe d'évaluation a obtenu beaucoup de documentation de base sur les progrès accomplis récemment en vue d'élaborer une position du MDN sur la prestation de soins de santé aux familles des membres des FC. Des groupes de travail composés d'avocats militaires et civils ont proposé une série de solutions de rechange⁶⁹. Ensuite, des notes de synthèse explicatives ont été adressées au CPM⁷⁰, par l'entremise de la chaîne de commandement des FC, et soumises à l'examen du Sous-ministre⁷¹.

⁶⁹ Groupe de travail sur les soins de santé des personnes à charge – Juridique, 4900-19-5 (SCJ), 8 juillet 2005.

⁷⁰ Note de synthèse du DQV à l'intention du CPM, 22 novembre 2007.

⁷¹ Note de synthèse du DQV/CPM à l'intention du Sous-ministre – Soutien aux blessés et aux familles offert par les FC et ACC, 31 janvier 2008.



Nous avons aussi examiné d'autres documents récents, mais il semble que les FC et le MDN ne se soient pas rapprochés d'une solution acceptable quant à la prestation des soins de santé aux familles, y compris les familles des blessés et des malades, lesquelles portent un fardeau supplémentaire. Certains membres du personnel ont étudié la possibilité d'offrir des soins de santé additionnels seulement aux familles des militaires malades ou blessés, où l'épuisement du soignant devient plus courant.

Les efforts déployés afin de fournir, grâce aux fonds non publics, des bureaux et des cliniques qui peuvent ensuite être loués à des médecins de famille ont échoué à la 8^e Escadre Trenton. En effet, la base avait établi un accord de concession en 2006, construit une clinique au moyen de fonds non publics et invité des médecins de famille à occuper les locaux à titre de concessionnaires. N'ayant obtenu aucune réponse viable au bout de deux ans, elle a retiré l'offre et cherche maintenant d'autres solutions. Toujours à la 8^e Escadre Trenton, un autre arrangement dont les débuts sont prometteurs consiste à relier les familles des militaires à des médecins de famille du comté voisin de Prince Edward, où l'on accepte des patients. Il s'agit toutefois d'un cas qui est particulier à la région de la 8^e Escadre et qui ne peut s'étendre à d'autres bases militaires.

De sa propre initiative et à l'aide de fonds non publics, le CRFM de la BFC Kingston a réservé une partie de son infrastructure et de ses fonds et construit une clinique sans rendez-vous où travaillent maintenant plusieurs médecins de famille. Bien que ces efforts aient été admirables, dans la mesure où l'on a saisi l'occasion alors que d'autres options visant à attirer des médecins de famille avaient échoué, ils pourraient entraîner des risques inutiles en matière de responsabilité pour le directeur administratif et le conseil de ce CRFM. L'un des principes directeurs énoncés dans la documentation de base étudiée en vue de l'évaluation décrivait qu'une clinique de soins de santé ne pouvait pas se trouver sous la direction du CRFM local⁷². Le Groupe de travail sur les soins de santé des personnes à charge – Juridique a souligné qu'il était conseillé d'éviter des risques ou des responsabilités légales pour l'État lorsqu'on envisageait des options de soins de santé pour les personnes à charge.

Les bases des FC situées dans des régions du pays qui sont mal desservies sur le plan médical sont désavantagées du point de vue de l'accès aux soins médicaux de base pour les familles. Les autorités provinciales ont de la difficulté à attirer des médecins de famille dans ces régions, et cette situation sera encore plus problématique pour les familles des membres des FC qui doivent déménager pour des raisons opérationnelles et professionnelles. Les efforts déployés actuellement par les FC et le MDN ne sont guère fructueux. Les initiatives qu'ils proposeront dans l'avenir demeureront limitées par la *Loi canadienne sur la santé*, les responsabilités provinciales à l'égard des soins de santé, ainsi que les considérations juridiques soulevées par les avocats des FC et du MDN et notées dans la documentation-cadre que l'équipe d'évaluation a examinée.

Nous avons examiné des initiatives analogues que nos plus proches alliés ont entreprises pour résoudre la question des soins de santé aux familles. Au terme de longs travaux en comité parlementaire, le gouvernement britannique, qui était aux prises avec des problèmes similaires à ceux du Canada, a publié un document définissant le soutien aux familles des

⁷² Ébauche de document de travail du DQV sur les soins de santé pour les familles, 2005.



militaires. Ce document ressemble à la nouvelle Charte canadienne des anciens combattants, combinée à bon nombre de détails sur le soutien aux familles des militaires, aussi bien pendant leur service qu'à leur retraite. Dans un document d'orientation sur le sujet, le gouvernement prescrit notamment que, peu importe où les membres des forces armées britanniques sont affectés au sein du R.-U., leurs familles conserveront leur place pour avoir accès aux listes de clients des médecins de famille du Service national de santé⁷³. Il ne fait pas de distinction entre les familles des blessés et les membres des familles des autres militaires, car il n'existe aucune question de compétence fédérale/provinciale comme c'est le cas au Canada.

L'Australie, qui n'a pas de système public de soins de santé mais où il est également difficile de trouver du soutien médical pour les familles dans les régions isolées, a adopté une approche très différente des pratiques antérieures. Comme l'a fait observer le gouvernement australien :

[trad.] « Le gouvernement s'est engagé à reconnaître le service et les sacrifices des membres de ses forces armées ainsi que le rôle important et précieux que leurs familles jouent dans la réalisation de la mission de la Défense. Les familles de ceux et celles qui servent l'Australie méritent tout notre appui, et cet essai vise à évaluer un modèle de soins de santé qui bénéficiera aux familles de nos militaires. »⁷⁴

En mai 2009, l'Australie a lancé un projet pilote dans le cadre duquel 12 cliniques financées par l'État seront mises sur pied pour offrir gratuitement des soins de santé aux personnes à charge de ses militaires (c.-à-d. aux conjoints et aux enfants). Ce projet englobe un grand nombre de bases militaires situées dans des régions isolées.

Les États-Unis, qui n'ont pas de système national de santé socialisé, utilisent un modèle de soins de santé entièrement différent pour les personnes à charge. En vertu du plan des services de santé TRICARE, les départements américains de la Défense et des Anciens combattants exploitent un système conjoint de soins de santé qui assure un soutien médical aux militaires actifs et à leurs personnes à charge ainsi qu'aux anciens combattants admissibles.

[trad.] « De nos jours, avec une force composée exclusivement de volontaires, la réduction de l'infrastructure des bases, le recours de plus en plus grand aux réservistes et, peut-être surtout, les exigences des missions en temps de guerre, il est primordial de donner aux familles des militaires l'assurance que le Département est prêt à leur garantir un soutien. »⁷⁵

⁷³ The Nation's Commitment: Cross-Government Support to our Armed Forces, their Families and Veterans, secrétaire d'État pour la Défense et ministre d'État pour les forces armées, juillet 2008.

⁷⁴ http://www.defence.gov.au/health/Dependant_Healthcare/i-healthcare.htm, octobre 2008.

⁷⁵ A New Social Compact, sous-secrétaire adjoint à la Défense (Collectivité militaire et politique familiale), 2004.



Le gouvernement américain a préparé en 2004 le contrat social cité ci-dessus à l'intention des membres des forces armées et des anciens combattants. Dans ce contrat, il s'engage à fournir des soins de santé de calibre mondial à tous ses groupes clients. À part de petites exceptions, et même malgré les erreurs bureaucratiques escomptées, son système remplit cet engagement. Le système TRICARE parrainé par le département de la Défense fournit ce que le système de santé socialisé du Canada devrait offrir, mais il inclut particulièrement des soins pour les anciens combattants admissibles et les familles des militaires affectés aux bases et installations des É.-U. dans le monde entier.

Cliniques de soins de santé des FC et soutien médical pour les familles

Dans le passé, les MMG des FC étaient autorisés à voir les personnes à charge des membres des FC à titre de clients dans les bases canadiennes et à utiliser les installations des FC à cette fin. Dans des endroits comme Cold Lake, les médecins des FC ont assuré tous les soins médicaux aux familles jusqu'à la fin des années 1980. À Petawawa, durant les années 1970, les MMG des FC en ont fait de même. À l'étranger, la BFC Lahr a fourni tous les services médicaux à l'ensemble des personnes à charge des membres des FC jusqu'à sa fermeture en 1994.

Dans le modèle canadien, les FC sont géographiquement dispersées, et plusieurs bases sont situées dans des endroits isolés ou mal desservis sur le plan médical. Depuis la réduction de l'infrastructure et des effectifs médicaux des FC dans les années 1990, les cliniques de la plupart des bases des FC ont à peine assez de personnel médical militaire ou civil pour assurer des soins de santé aux membres des FC locaux cinq jours par semaine. Et, même si leur mandat le stipulait, elles en auraient encore moins pour offrir un soutien médical aux familles. Les membres des FC n'ont accès à aucune clinique de soins de santé des FC en dehors des heures de travail (habituellement après 15 h 30 et jusqu'à 7 h 30, heure locale, le lendemain) ou la fin de semaine. La majorité des fournisseurs civils de soins de santé au sein des FC et du MDN ne sont pas autorisés à faire des heures supplémentaires en dehors des situations d'urgence exceptionnelles.

Compte tenu de leurs niveaux d'effectif actuels et du manque d'infrastructure, on ne peut donc pas s'attendre à ce que les cliniques des FC fournissent des soins de santé aux personnes à charge des militaires autrement qu'en cas d'urgence, ce qui est permis et exigé par la loi. C'est la situation à l'heure actuelle, bien que la quasi-totalité des fournisseurs militaires et civils de soins médicaux interrogés dans les bases aient dit qu'ils souhaiteraient être autorisés à voir régulièrement des personnes à charge, s'ils en avaient le temps.

Bon nombre d'autorités provinciales de la santé sont incapables de résoudre le problème de la prestation du soutien médical aux collectivités civiles en général, et plus particulièrement dans les régions rurales. On ne peut espérer que les CRFM assument seuls le risque juridique et le fardeau qu'entraîne l'acquisition du soutien médical pour les personnes à charge des militaires. On ne peut pas s'attendre à ce qu'ils acceptent en plus le fardeau logistique consistant à attirer d'éventuels médecins de famille dans leurs établissements pour aider à dispenser des soins de santé aux personnes à charge. Plusieurs des directeurs administratifs des CRFM interrogés lors de l'évaluation ont déclaré catégoriquement que leurs organisations et eux-mêmes ne participeront pas directement à la prestation de soins médicaux aux familles.



Le personnel du DGS San s'est dit préoccupé par la prestation additionnelle de soins aux personnes à charge, sans parler des anciens combattants admissibles, surtout en raison du financement et de la pénurie nationale de professionnels de la santé qualifiés. Toutefois, si les FC et le MDN estiment que les familles ne devraient pas être désavantagées à cause des affectations des militaires ou des blessures qui changent leur vie et échappent à leur contrôle, l'État devra peut-être assumer des risques supplémentaires dans le cadre de la solution. Selon les options choisies, autres que le statu quo, il pourrait bien falloir des ressources considérables et beaucoup de collaboration inter-ministérielle et interprovinciale pour réaliser un plan cohérent.

Constatation. En général, d'après ce que l'équipe du CS Ex a vu au sujet des soins de santé pour les familles, les politiques et les autorisations légales font manifestement défaut.

Constatation. Les initiatives entreprises sous la direction du CEMD et l'autorité du CPM en vue d'améliorer les soins de santé offerts aux familles des membres des FC par l'entremise des CRFM, en particulier dans les régions du pays qui sont mal desservies sur le plan médical, s'effondreront sous le poids des obstacles juridiques et des processus administratifs, à moins qu'on adopte des approches très différentes de celles qui sont actuellement envisagées. Des mesures ministérielles devront être prises aux niveaux fédéral et provincial pour assurer la réussite de ces nouvelles approches.

Analyse comparative des soins dispensés aux blessés par les FC et les forces alliées

Tout au long de la présente évaluation, nous avons fait des comparaisons entre les soins dispensés aux blessés par les FC et les pays alliés, principalement les É.-U., le R.-U. et l'Australie. Ces comparaisons incluaient les soins de santé physique et mentale prodigués aux malades et aux blessés et, à l'occasion, les soins aux familles des malades et des blessés.

Soins de santé physique. Sur le plan opérationnel, les FC fournissent des soins de santé physique (du rôle 1 au rôle 3 inclusivement) qui se comparent à ceux de nos plus proches alliés. Les taux de survie des membres des FC blessés lors d'opérations en Afghanistan, et évacués vers les installations de rôle 3 dirigées par les FC à Kandahar, sont comparables aux taux de survie alliés pour des blessures similaires. Dans l'ensemble des forces alliées, ces taux de survie représentent une nette amélioration par rapport à des conflits même relativement récents comme la guerre du Golfe en 1991 ou la guerre du Vietnam.

Soins tertiaires. Les comparaisons des soins que les membres des FC blessés reçoivent à leur retour au Canada dans des établissements de soins tertiaires sont un peu plus difficiles à établir. Grâce au vaste système TRICARE du département de la Défense, les É.-U. exercent un contrôle complet sur leurs militaires, depuis le moment où ils sont blessés jusqu'à ce qu'ils reçoivent leur congé de l'hôpital. Les FC et les forces armées du R.-U. connaissent une situation analogue en ce sens que depuis la fermeture de leurs hôpitaux militaires respectifs, les militaires blessés sont envoyés dans des établissements de soins tertiaires du secteur civil. Les données montrent des similitudes dans l'expérience des FC et du R.-U. en ce qui concerne les militaires blessés qui éprouvent parfois de sérieux problèmes avec la perception du niveau de soins qui leur sont prodigués dans ces installations.

Soins de santé mentale. Les forces américaines, qui possèdent beaucoup plus de ressources spécialisées en santé mentale, sont des leaders reconnus dans le domaine des soins de santé mentale militaires. À titre d'exemple, leur étude en cours sur la santé mentale intitulée « The Millenium Cohort Study » (étude de la cohorte du millénaire) est déjà devenue un point de référence, et les FC y ont contribué afin d'être en mesure d'avoir accès à des données à plus long terme sur la santé mentale des militaires. Le R.-U. a connu des problèmes similaires à ceux des FC dans le cas des soins de santé mentale et des services contractuels de soins de santé mentale. L'équipe d'évaluation a également constaté que, dans l'ensemble, les taux de troubles mentaux au sein des forces alliées comparées sont assez semblables, notamment à l'égard des TSO et des questions connexes de comorbidité.

Soutien administratif des blessés. Les FC et les pays alliés traitent de manière assez différente la question du soutien administratif des blessés. En effet, contrairement aux FC, le R.-U. ont un manuel officiel très exhaustif sur l'administration des blessés. Pour les avis de pertes et la réception des blessés, les forces britanniques et américaines utilisent des processus plus au point que ceux des FC. La majorité des documents examinés par l'équipe d'évaluation ont révélé qu'à part les différences de culture et de procédure, le traitement des indemnités et des prestations s'effectue de façon similaire dans l'ensemble des forces alliées.



Indemnisation. Le Canada diverge quelque peu de ses alliés dans le domaine des indemnités d'invalidité. En vertu de la nouvelle Charte des anciens combattants, les membres des FC blessés reçoivent une indemnité d'invalidité sous forme de paiement forfaitaire unique. Or, les alliés du Canada ont tous conservé une combinaison d'indemnités uniques et de pensions à plus long terme dans le cas de blessures comparables.
.....

Soutien aux familles. Dans le domaine du soutien aux familles des malades et des blessés, les efforts des pays alliés sont plus diversifiés et développés comparativement aux FC. Les É.-U. et le R.-U. font appel à des organisations caritatives dans le cadre de l'initiative du « contrat familial » dans une mesure beaucoup plus grande que ne le font les FC. Là encore, grâce à leur système TRICARE, les É.-U. peuvent offrir la gamme complète des soins de santé aux familles, ce qu'aucun autre allié ne peut égaler. Toutefois, le R.-U. prend des dispositions afin que les familles des militaires restent sur une liste de priorités pour les soins de santé. De plus, comme l'indique le rapport, l'Australie a entrepris un projet pilote dans le cadre duquel des cliniques financées par l'État offrent des soins de santé aux personnes à charge et aux anciens combattants.

En résumé, les efforts que les FC déploient pour prendre soin de leurs militaires malades ou blessés et de leurs familles correspondent généralement aux efforts similaires de nos plus proches alliés.



Résumé

L'évaluation a porté principalement sur l'efficacité de la prestation des services de soins de santé et de l'administration connexe (y compris les indemnités et les avantages) des membres des FC blessés et de leurs familles, et non sur les coûts financiers connexes. En adoptant cet objectif, le CS Ex a abordé l'évaluation dans l'optique de ce que les principaux décideurs, les dirigeants des FC et les militaires eux-mêmes considéreraient comme une norme appropriée de soutien aux militaires blessés et à leurs familles.

Ainsi, le CS Ex a tenu compte de la position formulée par le CPDNAC en 1998⁷⁶, selon laquelle le Canada a un engagement moral quant au soin et à l'indemnisation des membres des FC blessés, en fonction du principe de la compassion. Plus récemment, en réponse à un rapport publié par l'Ombudsman du MDN et des FC en décembre 2008 sur les soins de santé des FC⁷⁷, le ministre de la Défense nationale a déclaré : « L'une de mes priorités est de faire en sorte que nos membres des Forces canadiennes reçoivent les meilleurs soins possibles. »⁷⁸ Et, dans ses Directives aux commandants⁷⁹, le CEMD a souligné que « [l]e système de santé des FC est essentiel afin de maintenir le moral des membres des FC et d'assurer leur efficacité en tant que force de combat ». Cet élément de preuve et d'autres connexes démontrent à l'équipe du CS Ex que les hauts représentants du gouvernement et les dirigeants des FC se sont engagés à prendre soin des membres des FC blessés et de leurs familles et à les soutenir.

En ce qui touche la norme à laquelle les membres des FC (ainsi que les soignants et administrateurs du MDN et des FC) s'attendraient, les personnes interrogées ont exprimé la nécessité d'une norme de soutien et d'administration toujours élevée, caractérisée par une coordination efficace, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du MDN, et la viabilité par rapport à la capacité disponible de prestation des soins de santé.

Des progrès considérables ont été accomplis dans le cadre de Rx2000 et d'autres initiatives afin de rétablir un système efficace de soins de santé à la suite des compressions budgétaires effectuées dans les années 1990. Les militaires qui subissent des blessures physiques en particulier lors d'opérations de déploiement reçoivent généralement un niveau élevé de soins provenant de ressources internes et contractuelles. On a également élargi la gamme des programmes d'indemnités et d'avantages pour les militaires blessés et, s'il y a lieu, le personnel d'ACC intervient dans le processus plus tôt qu'il le faisait autrefois dans le cas des militaires libérés pour des raisons médicales. S'ajoute à ces améliorations le fait qu'on reconnaît de plus en plus que les familles des militaires font des sacrifices pour le Canada et assument un lourd fardeau de soins dans le cas des membres des FC gravement blessés.

⁷⁶ Rapport du Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants, Pour aller de l'avant : Plan stratégique pour l'amélioration de la qualité de la vie dans les Forces canadiennes, chapitre 1, octobre 1998.

⁷⁷ Rapport de l'Ombudsman du MDN et des FC, Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa, décembre 2008 <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/st-rs/asm-ees/doc/petawawa-fra.pdf>.

⁷⁸ Ministre de la Défense nationale, *Lettre de réponse à l'Ombudsman*, 19 décembre 2008 <http://www.forces.gc.ca/site/news-nouvelles/view-news-afficher-nouvelles-fra.asp?id=2831>.

⁷⁹ *Directives du CEMD aux commandants*, article 1903.9, version datée du 14 octobre 2008.



Or, malgré toutes les améliorations concrètes et le dévouement du personnel des soins de santé à tous les niveaux, le présent rapport signale qu'il reste encore de grandes difficultés à surmonter. Le fait que les systèmes de soins de santé doivent être souples et exigent une attention constante est reconnu dans la théorie des systèmes adaptatifs complexes⁸⁰, qui considère les systèmes de soins de santé comme des réseaux dynamiques et souples qui sont difficiles à optimiser. C'est particulièrement vrai lorsque les rôles et les responsabilités dans certains domaines (p. ex., la santé mentale) demeurent imprécis. Le système des services de santé des FC est encore plus interdépendant que les systèmes civils, étant donné le recours à une multitude de fournisseurs externes de soins de santé et de régimes provinciaux, l'interface avec ACC, ainsi que les exigences concurrentes en matière de ressources pour remplir à la fois les responsabilités en garnison et les responsabilités de mise sur pied d'une force. En raison des contraintes, dont bon nombre échappent au contrôle des SSFC, les solutions locales qui sont parfois élaborées peuvent entraîner un manque d'uniformité dans les méthodes de prestation des soins de santé dans certaines bases au Canada.

En ce qui touche Rx2000, il faut terminer la mise en œuvre du SISFC, considérée comme étant essentielle à la réussite du programme Rx2000, et combler les lacunes de l'infrastructure des soins de santé dans plusieurs bases importantes. Le besoin croissant de ressources de santé mentale dans les endroits mal desservis est un problème reconnu qui ne semble pas avoir de solution viable à court terme, compte tenu des limites du modèle actuel et malgré les meilleurs efforts de tous. Quant à la gestion de la prestation des services de santé mentale, il existe un besoin pressant de clarifier les rôles, les responsabilités et les ressources attribuées au sein du réseau technique et professionnel de la santé mentale, particulièrement en ce qui a trait au leadership, aux directives techniques et au contrôle. En outre, plusieurs documents de politique et d'orientation clés sur la santé qui sont à l'état d'ébauche depuis un certain nombre d'années devraient être présentés sous leur forme définitive à titre d'élément important d'une gouvernance efficace.

Un autre élément essentiel du cadre de contrôle des soins de santé réside dans la mesure efficace du rendement, y compris la détermination et le suivi d'indicateurs de rendement clés pour faire en sorte que le système de soins de santé, tant au niveau de la base/de l'escadre qu'à l'échelle nationale, soit adapté aux circonstances changeantes et aux nouvelles tendances. Hélas, la tenue des statistiques est au mieux inégale, elle n'est pas déterminée par des exigences nationales en matière de rapports et elle relève surtout d'une décision locale. Par ailleurs, dans les cas où la santé des membres des FC est confiée à des tiers fournisseurs, il y a un manque d'uniformité dans la disponibilité des mécanismes de rétroaction destinés aux personnes qui reçoivent les soins, ainsi que dans la surveillance institutionnelle et l'assurance de la qualité des soins de l'extérieur.

En ce qui concerne les militaires blessés qui sont libérés, la transition vers l'administration d'ACC, bien qu'elle se soit améliorée, n'est pas encore harmonieuse, et certains militaires blessés disent qu'ils font face à des obstacles bureaucratiques compliqués à un moment où ils sont mentalement et émotionnellement vulnérables.

⁸⁰ John Norris, *Healthcare Systems not as Machines but Living Organisms*, 28 juillet 2008, [john-norris.net, http://john-norris.net/2008/07/28/healthcare-systems-not-as-machines-but-living-organisms](http://john-norris.net/2008/07/28/healthcare-systems-not-as-machines-but-living-organisms).



L'administration du MDN pour les membres des FC blessés ou gravement malades répond généralement au besoin, et le large éventail de programmes en place contribue à des résultats positifs. La mise sur pied d'UISP devrait faciliter l'approche du « guichet unique » à l'égard des soins et assurer une coordination et une intégration efficaces. Le rôle de tous les intervenants dans ce modèle, y compris les anciennes unités des membres des FC libérés pour des raisons médicales, exige une définition claire pour garantir pleinement la compréhension et la confiance.

Il faut aussi améliorer les communications au sujet des programmes d'indemnités et d'avantages disponibles afin d'atténuer la confusion. Les membres des FC et la chaîne de commandement ont signalé à maintes reprises au CS Ex qu'il était difficile d'être informé de la gamme de programmes et de l'aide disponibles, car les sites Web ne sont souvent pas reliés entre eux et certains sont plus difficiles à consulter que d'autres. Il faut aussi mieux renseigner tous les intervenants sur les politiques et les programmes à l'intention des réservistes blessés et améliorer les mécanismes de suivi et l'accès aux soins de santé dans le cas des réservistes qui habitent loin des bases/escadres des FC.

En ce qui concerne le soutien aux familles des militaires blessés, malgré la portée des programmes de soutien sur mesure disponibles par le biais des CRFM, il faut offrir davantage de soins de santé aux familles qui peuvent être vulnérables à cause du fardeau de prendre soin d'un ancien combattant ou d'un militaire blessé. Il pourrait donc falloir envisager des moyens de surmonter les obstacles actuels aux niveaux de la politique et de la loi, c'est-à-dire des moyens qui s'éloigneraient beaucoup du statu quo et que les décideurs du MDN et des FC n'ont pas le pouvoir de mettre en œuvre. Les modèles de soutien aux familles à étudier de façon plus approfondie comprennent ceux des É.-U., du R.-U. et de l'Australie.

Le CS Ex offre des constatations et des recommandations visant à résoudre les problèmes actuels que pose le soutien aux militaires blessés et à leurs familles. Dans certains cas, il faudra utiliser des approches novatrices (p. ex., avoir recours à des psychologues cliniciens militaires pour accroître la capacité des services de santé mentale des FC, conserver la responsabilité de la gestion des cas à l'égard des membres des FC libérés pour des raisons médicales jusqu'à ce qu'ils soient couverts par un régime provincial de soins de santé, et chercher un nouveau modèle de soins de santé pour les familles des militaires grièvement blessés).

Constatations et recommandations

Soins médicaux

1. Le personnel médical des FC a fait observer que du moins pour le traitement initial à l'arrivée au Canada, il est préférable qu'un militaire grièvement ou très grièvement blessé soit envoyé dans un endroit choisi en consultation avec le médecin-chef de la base de mise sur pied de la force et l'unité du militaire. Si ce dernier a besoin de soins continus dans un hôpital, une fois que les blessures les plus graves ont été soignées, il pourrait alors être transporté dans un établissement plus près du PPP.

Recommandation

Consulter le médecin-chef de la base de mise sur pied de la force, l'unité du militaire et le PPP afin de choisir le lieu d'hospitalisation d'un militaire grièvement ou très grièvement blessé. Si ce dernier a besoin de soins continus dans un hôpital, une fois que les blessures les plus graves ont été soignées, il pourrait alors être transporté dans un établissement plus près du PPP.

BPR : CPM

2. Bien que les FC aient imparti les responsabilités nationales de rôles 3 et 4 à des établissements civils de soins tertiaires au Canada, il existe un manque de consultation avec les militaires malades ou blessés au sujet de la qualité des soins reçus dans ces établissements. Ainsi, les militaires qui ont des observations ou des suggestions visant à améliorer les soins reçus ou les processus administratifs ne disposent d'aucun mécanisme officiel pour les transmettre.

Recommandation

Mettre en œuvre un système de sondage sur la satisfaction des patients à l'égard de tous les services médicaux impartis dans le cas des membres des FC blessés ou malades.

BPR : CPM

BC : SMA(Mat)/DAQ

3. La tenue des dossiers médicaux est inégale.

Recommandation

Clarifier les politiques, rôles et responsabilités concernant la tenue des dossiers médicaux et les communiquer.

BPR : CPM

4. Le modèle de l'IRSP n'a pas tenu compte de la constitution nécessaire du personnel médical dans l'ensemble des FC. Il n'y a pas assez de personnel médical dans tous les groupes professionnels militaires (GPM) au sein des effectifs des UPSS pour assurer à la fois les soins en garnison et le soutien des opérations de déploiement.

Recommandation

Effectuer un examen approfondi de la force de campagne des SSFC qui indique son rôle crucial dans la constitution du personnel médical pour les opérations, y compris un examen du modèle d'établissement de l'IRSP. Selon les résultats de l'examen, mettre en place la capacité des SSFC requise pour établir les conditions nécessaires à la réussite du soutien médical et dentaire décrit dans les modèles de développement des forces.

BPR : CDF

BC : CPM

5. La prévalence des symptômes signalés au moment du dépistage postdéploiement est stable. Les spécialistes de la santé des militaires déployés et de la santé mentale des FC estiment que la prévalence apparente des problèmes de santé mentale est proportionnée à la nature de l'opération.
6. Malgré la longue mise en œuvre de Rx2000, certains gestionnaires de cliniques de santé mentale et les chefs nationaux des services professionnels de santé mentale ont encore de grandes difficultés à surmonter pour intégrer de façon appropriée les disciplines relatives aux soins de santé mentale. Le nouveau Directeur – Santé mentale a été chargé de faire en sorte que cette intégration nécessaire soit réalisée efficacement à court terme.
7. Les pratiques exemplaires indiquent que dans les cas complexes de blessures physiques graves exigeant une longue hospitalisation, il faut améliorer la coordination et la participation des équipes de santé mentale et de réadaptation dans le cadre d'une approche multidisciplinaire.
8. L'absence de leadership et de gouvernance à l'échelle nationale constitue le principal problème auquel se heurte la communauté de la santé mentale des FC et du MDN. À l'heure actuelle, il n'y a personne sur qui les membres de la communauté peuvent compter pour fournir une orientation stratégique, élaborer des politiques, produire une doctrine et assurer un leadership professionnel d'ensemble.
9. Le concept d'équipe clinique de santé mentale a été affaibli par l'absence d'une doctrine pertinente, de directives sur la délimitation des responsabilités entre les praticiens de la santé mentale, comme ce qui existe en psychiatrie, et de systèmes cohérents de formation et de perfectionnement professionnel. En conséquence, le concept de chef national des services professionnels n'a pas été mis en œuvre de manière efficace. Il sera essentiel que le nouveau Directeur – Santé mentale s'emploie à résoudre ces questions.
10. Le moral et le bien-être des soignants en santé mentale sont menacés.

Recommandation

Rencontrer les experts en la matière, comme ceux de la Canadian Caregivers Association, et leur demander des conseils susceptibles d'aider les soignants vulnérables qui dispensent des soins de santé mentale à des membres des FC.

BPR : CPM



11. Les services de santé mentale des FC ne peuvent pas répondre à la demande de services en français pour les militaires francophones dans la plupart des cliniques.

Recommandation

Rencontrer des représentants de la Société canadienne de psychologie et leur demander des conseils pouvant aider à l'élaboration d'un cadre de soins pour les militaires francophones qui ont besoin de services de santé mentale dans leur langue maternelle. Il faudrait également consulter l'Ordre des psychologues du Québec et d'autres associations qui ont des membres francophones. D'autres travaux de cette nature devraient être entrepris auprès des collègues et associations de fournisseurs de soins.

BPR : CPM

12. Le SSVSO est un programme de soutien social non clinique qui se situe en dehors du modèle de santé mentale du MDN et des FC. Il existe des problèmes au sujet de la délimitation des responsabilités au niveau tactique ou dans les bases. Il faut améliorer l'intégration du SSVSO dans les soins cliniques de santé mentale.

Recommandation

Normaliser les relations de commandement et de contrôle touchant le SSVSO pour faire en sorte que le directeur compétent (D Gest SB) soit entièrement au courant et responsable de toutes les activités relatives au programme du MDN sur les TSO, et qu'il agisse notamment à titre d'EM et de CS auprès du CPM afin d'accroître l'acceptation et l'intégration universelles et d'exploiter les points forts du programme de SSVSO.

BPR : CPM

13. Dans les bases où l'infrastructure médicale est suffisante pour permettre le regroupement des installations cliniques, nous avons observé une nette rationalisation des soins offerts aux malades et aux blessés. Dans celles où les services cliniques ne sont pas regroupés, le traitement des malades et des blessés est nettement moins efficace.

14. Il manque encore des directives ciblées ou une orientation normalisée, comme un aide-mémoire conjoint qui indiquerait aux cliniciens, aux praticiens et à la chaîne de commandement quels renseignements peuvent et doivent être transmis à la chaîne de commandement opérationnelle. Il y a encore trop de place pour les interprétations individuelles.

15. Une absence continue de mesure du rendement à presque tous les niveaux nuit au contrôle efficace et efficient des ressources des SSFC et contribue en définitive à un manque de connaissance, dans l'ensemble des SSFC, des meilleures pratiques et procédures partagées.

Recommandation

S'engager à instaurer un régime de mesure du rendement et développer une culture de mesure du rendement à tous les niveaux des SSFC.

BPR : CPM



16. Selon le concept actuel d'UPSS de l'IRSP/Rx2000, le modèle n'offre pas assez de souplesse sur le plan du personnel militaire pour permettre d'assurer des soins continus en garnison et d'entreprendre des déploiements militaires prolongés.
17. Parmi les pays de l'ABCA et les principaux membres de l'OTAN, le Canada est le seul à ne pas avoir de psychologues cliniciens militaires.
18. Les FC ont déjà préparé une norme professionnelle de mobilisation pour psychologue clinicien qui peut maintenant être appliquée à la fois dans la Force régulière et la Réserve.

Recommandation.

Effectuer une analyse et formuler des options de calcul des coûts en vue de l'établissement d'un poste de psychologue clinicien à la fois dans la Force régulière et la Réserve.

BPR : CPM

19. Les politiques et pratiques de dotation en vigueur dans la fonction publique fédérale continuent de nuire à ce qui devrait être un processus souple et efficace de recrutement de professionnels de la santé et de la santé mentale du MDN, surtout dans les régions mal desservies du Canada.
20. Il n'existe aucune politique des RH de niveau supérieur qui régit les programmes de stages/ d'apprentissage destinés aux praticiens civils de la santé.

Recommandation

Examiner la possibilité d'instaurer des programmes de stages/d'apprentissage destinés aux praticiens civils de la santé, et élaborer les politiques et procédures connexes, le cas échéant.

BPR : CPM

BC : SMA(RH-Civ)

21. Les échelles salariales et les classifications actuelles de la fonction publique qui s'appliquent à un certain nombre de professions médicales et de la santé mentale ne suffisent pas à attirer le nombre voulu de personnes compétentes pour répondre aux besoins des FC et du MDN dans les régions du pays qui sont mal desservies sur le plan médical.

Recommandation

Participer à un examen conjoint du Partenariat fédéral pour les soins de santé, de la Commission de la fonction publique et du Conseil du Trésor sur la classification et la rémunération de tous les postes de soins de santé dans le secteur public.

BPR : CPM

BC : SMA(RH-Civ)

Administration des membres des FC malades/blessés

22. Le fait de relier l'IRD au PPP cause des problèmes particulièrement dans les cas où le PPP réel n'est pas connu des FC et ne peut donc être trouvé facilement lorsque le militaire est blessé ou meurt en service.

Recommandation

Supprimer le lien entre l'IRD et les formulaires de PPP.

BPR : CPM

23. Les lacunes au niveau du traitement des messages/de la transmission de l'information sur les blessures subies par des membres des FC au Canada nuisent à la prise des mesures administratives pertinentes.

Recommandation

Insister auprès de la chaîne de commandement pour que les procédures appropriées soient suivies en ce qui concerne le traitement des messages/la transmission de l'information sur les blessures subies au pays et les blessures opérationnelles, et mettre en place des mesures de rendement précises pour surveiller la conformité.

BPR : CPM

BC : CEMFM, CEMAT, CEMFA, Cmdt COM Canada, Cmdt COMFEC, Cmdt COMFOSCAN, Cmdt COMSOCAN et DEM EMIS

24. Le concept d'unité interarmées/intégrée de soutien du personnel qui consiste à assumer le contrôle de l'administration des blessés graves est une mesure appropriée qui permettra d'accroître grandement l'efficacité et l'efficacé des soins aux blessés. Néanmoins, il faut nettement améliorer la communication afin d'expliquer exactement comment ces unités fonctionneront et comment sera maintenue la communication avec l'unité perdante.
25. Le système actuel de formation et d'emploi d'OD s'est révélé efficace pour traiter avec les PPP des militaires blessés ou malades.
26. La structure révisée du Comité de la GS offre une tribune propice à l'examen des questions qui entourent les changements apportés à la protection en matière de soins de santé et aux prestations connexes. Le fait qu'ACC soit représenté à ces réunions sensibilisera les deux ministères au travail d'harmonisation des GS.

Recommandation

Veiller à ce que l'harmonisation des GS du MDN et d'ACC se poursuive.

BPR : CPM

BC : OL ACC

27. Il est avantageux pour les militaires et leurs familles qu'ACC intervienne avant la période de six mois précédant la libération des FC.

28. Certains militaires blessés sont libérés des FC sans qu'on leur garantisse un soutien médical dans la collectivité civile lors de leur libération.

Recommandation

Maintenir un lien administratif avec les membres des FC, tant réguliers que réservistes, qui nécessitent une attention exceptionnelle durant et après le processus de libération, et ce, jusqu'à ce qu'ACC et le MDN aient conclu que la transition a eu lieu avec succès.

BPR : CPM

BC : OL ACC

29. Il n'existe aucune définition de la « famille » généralement reconnue dans l'ensemble des FC et du MDN.

Recommandation

Choisir une définition acceptable de la « famille » et veiller à ce qu'elle soit diffusée à l'échelle des FC et du MDN.

BPR : CPM

30. Il existe des divergences entre les programmes de prestations de survivant financés par l'État qui sont en vigueur au sein de la GRC et du MDN.

Recommandation

Examiner les programmes et les services de la GRC liés aux prestations de survivant destinées aux conjoints et aux PPP afin de déterminer s'il est possible d'obtenir le même effet pour les conjoints/PPP de militaires.

BPR : CPM

31. Le soin et l'administration des PPP des défunts durant les processus de réception et d'inhumation s'avèrent efficaces malgré les quelques problèmes systémiques observés.

32. En général, les avantages financiers sont bien expliqués aux PPP et ceux-ci reçoivent la documentation appropriée.

33. En général, on doute que les ressources ou la portée du projet de SISFC soient suffisantes pour assurer les fonctions nécessaires au niveau supérieur.

34. On ne connaît pas le rendement du SISFC.

Recommandation

S'assurer que la phase 3 du projet englobe les fonctions requises au niveau supérieur qui avaient été précisées à l'origine, qu'elle reste conforme à la portée du programme du SISFC et qu'elle permette d'établir un cadre de mesure du rendement.

BPR : CPM

BC : SMA(GI)

35. Le manque de fonctionnalité des systèmes d'information – fonctionnalité qui permet l'accès aux données sur le personnel, aux processus et aux services internes – nuit à la gestion intégrée des SSFC et des systèmes d'information sur le personnel des FC, avec les conséquences que cela entraîne pour les militaires blessés ou malades.
36. Il n'existe aucun échange d'information électronique entre le MDN et ACC concernant la documentation des membres des FC blessés.

Recommandation

En collaboration avec ACC, remédier aux limites et aux lacunes actuelles de l'interopérabilité des systèmes de GI/TI qui empêchent un échange d'information efficace.

BPR : CPM/Méd C

BC : SMA(GI)

Soutien aux familles

37. En général, d'après ce que l'équipe du CS Ex a vu au sujet des soins de santé pour les familles, les politiques et les autorisations légales font manifestement défaut.
38. Les initiatives entreprises sous la direction du CEMD et l'autorité du CPM en vue d'améliorer les soins de santé offerts aux familles des membres des FC par l'entremise des CRFM, en particulier dans les régions du pays qui sont mal desservies sur le plan médical, s'effondreront sous le poids des obstacles juridiques et des processus administratifs, à moins qu'on adopte des approches très différentes de celles qui sont actuellement envisagées. Des mesures ministérielles devront être prises aux niveaux fédéral et provincial pour assurer la réussite de ces nouvelles approches.

Annexe A – Plan d'action de la direction

Soins médicaux

Recommandation du CS Ex

1. Consulter le médecin-chef de la base de mise sur pied de la force, l'unité du militaire et le PPP afin de choisir le lieu d'hospitalisation d'un militaire grièvement ou très grièvement blessé. Si ce dernier a besoin de soins continus dans un hôpital, une fois que les blessures les plus graves ont été soignées, il pourrait alors être transporté dans un établissement plus près du PPP.

Mesure de la direction

D'accord. Depuis que l'évaluation du CS Ex a été entreprise, les SSFC ont mis sur pied une cellule de réadaptation physique qui s'affaire à élaborer une politique sur le traitement des soldats grièvement ou très grièvement blessés. Il s'agit notamment de veiller à ce que les militaires reçoivent les soins les plus appropriés dans les endroits les plus appropriés. À l'heure actuelle, la méthode utilisée pour choisir un établissement de soins au Canada ressemble beaucoup à celle que décrit le CS Ex dans sa recommandation, sauf que le spécialiste chargé du programme de réadaptation fournira également des conseils au besoin. (Gp Svc S FC)

BPR : CPM

Date cible : La politique sera terminée en décembre 2009; des consultations auront lieu à mesure que des blessures surviendront.

Recommandation du CS Ex

2. Mettre en œuvre un système de sondage sur la satisfaction des patients à l'égard de tous les services médicaux impartis dans le cas des membres des FC blessés ou malades.

Mesure de la direction

D'accord. Les SSFC s'engagent à étudier et à évaluer les expériences de traitement de leurs clients pour tous les services médicaux impartis. L'idéal serait d'établir un processus complet d'évaluation de la qualité, mais les SSFC n'ont pas la capacité ou les pouvoirs nécessaires pour évaluer la qualité des soins dispensés par des établissements de l'extérieur. Toutefois, les gestionnaires de cas et les médecins de soins primaires suivent le traitement que les patients reçoivent auprès des fournisseurs civils et changent de fournisseurs s'ils sont préoccupés au sujet des soins reçus. De plus, les SSFC appliquent des normes d'attestation des compétences civiles pour assurer la qualité des soins et ont recours dans la mesure du possible à des établissements de soins et à des fournisseurs dûment agréés. Au sujet de la prestation des services de santé mentale, la Direction de la santé mentale surveille régulièrement tous les services qui sont impartis à des fournisseurs de la collectivité en vérifiant le bien-être du militaire et en examinant des cas de concert avec les fournisseurs externes. (Gp Svc S FC)

BPR : CPM
BC : SMA(Mat)/DAQ

Date cible : Mise en œuvre du sondage en décembre 2009.



Recommandation du CS Ex

3. Clarifier les politiques, rôles et responsabilités concernant la tenue des dossiers médicaux et les communiquer.

Mesure de la direction

D'accord. Avec la mise en œuvre du SISFC, les dossiers médicaux des FC deviendront de véritables dossiers médicaux électroniques, et tout le système de consignation aux dossiers médicaux sera remanié. Le Gp Svc S FC a publié une mise à jour provisoire concernant la transition des dossiers médicaux sur papier aux dossiers électroniques à mesure que le SISFC est implanté dans chaque clinique de soins de santé des FC. Une fois que le système sera entièrement installé, on diffusera une nouvelle politique régissant l'accès aux dossiers médicaux et leur stockage. En ce qui a trait à la documentation relative aux soins dispensés dans des établissements civils, les normes civiles applicables aux sommaires des soins et aux rapports de recommandation sont déjà observées. En outre, les cliniques ont reçu des directives provisoires sur le traitement des dossiers de santé mentale et des dossiers psychosociaux. (Gp Svc S FC)

BPR : CPM

Date cible : Décembre 2010

Recommandation du CS Ex

4. Effectuer un examen approfondi de la force de campagne des SSFC qui indique son rôle crucial dans la constitution du personnel médical pour les opérations, y compris un examen du modèle d'établissement de l'IRSP. Selon les résultats de l'examen, mettre en place la capacité des SSFC requise pour établir les conditions nécessaires à la réussite du soutien médical et dentaire décrit dans les modèles de développement des forces.

Mesure de la direction

Commentaires du BPR. D'accord. Nous reconnaissons l'état ambigu des examens et des études et l'avons porté à l'attention du CPM. Cette recommandation sur la capacité des SSFC sera intégrée dans les analyses et la conception des changements apportés à la structure des forces de la Défense. Ces analyses et changements structurels permettront de reconnaître que les soins de santé sont essentiels à la santé opérationnelle, à l'état de préparation et au moral. L'espace de solution devrait reconnaître les moyens réalistes dont le pays dispose pour générer des capacités et fournir du personnel dans ce domaine professionnel. (CDF)

Commentaires du BC. Bien qu'un examen approfondi des besoins en soutien opérationnel direct et indirect des Services de santé soit depuis longtemps nécessaire, le travail initial sur l'élaboration d'un examen de la force de campagne a été mis en veilleuse en attendant la fin de l'Examen de la structure des forces de la Défense. En ce qui touche la prestation des soins de santé en garnison, les chartes de postes de tous les centres de soins de santé des FC ont continué d'évoluer en même temps que l'IRSP tout au long du projet Rx2000. (Gp Svc S FC)

BPR : CDF

Date cible : Octobre 2011

BC : CPM



Recommandation du CS Ex

5. Rencontrer les experts en la matière, comme ceux de la Canadian Caregivers Association, et leur demander des conseils susceptibles d'aider les soignants vulnérables qui dispensent des soins de santé mentale à des membres des FC.

Mesure de la direction

D'accord. Cette initiative est appuyée, mais il faudrait l'élargir pour inclure toutes les professions de fournisseurs de services de santé. Le projet Rx2000 a institutionnalisé l'attente selon laquelle tous les cliniciens ont accès à des mécanismes de supervision et de soutien cliniques. Ce soutien peut être obtenu à contrat dans les milieux communautaires ou universitaires locaux. Nous l'avons également inclus dans des ateliers et des conférences. On examinera la possibilité de faire participer la Canadian Caregivers Association et des organisations analogues à cette activité. (Gp Svc S FC)

BPR : CPM

Date cible : Juin 2009

Recommandation du CS Ex

6. Rencontrer des représentants de la Société canadienne de psychologie et leur demander des conseils pouvant aider à l'élaboration d'un cadre de soins pour les militaires francophones qui ont besoin de services de santé mentale dans leur langue maternelle. Il faudrait également consulter l'Ordre des psychologues du Québec et d'autres associations qui ont des membres francophones. D'autres travaux de cette nature devraient être entrepris auprès des collègues et associations de fournisseurs de soins.

Mesure de la direction

D'accord. Le Gp Svc S FC s'est engagé à fournir des soins de santé aux membres des FC dans la langue de leur choix. Toutes les cliniques des FC cherchent dans la collectivité des fournisseurs qui peuvent assurer des services aux militaires francophones si elles ne peuvent le faire elles-mêmes. Les militaires nécessitant des soins qui ne peuvent être fournis sur place sont dirigés vers l'établissement le plus près qui pourra leur offrir des services dans la langue qu'ils préfèrent. On consultera aussi la Société canadienne de psychologie pour obtenir des listes de fournisseurs de soins. (Gp Svc S FC)

BPR : CPM

Date cible : Septembre 2009

Recommandation du CS Ex

7. Normaliser les relations de commandement et de contrôle touchant le SSVSO pour faire en sorte que le directeur compétent (D Gest SB) soit entièrement au courant et responsable de toutes les activités relatives au programme du MDN sur les TSO, et qu'il agisse notamment à titre d'EM et de CS auprès du CPM afin d'accroître l'acceptation et l'intégration universelles et d'exploiter les points forts du programme de SSVSO.

Mesure de la direction

D'accord. Il s'agira notamment de resserrer les liens entre les directeurs (c.-à-d. le D Gest SB et le titulaire du nouveau poste de Directeur – Santé mentale (DSM)) et de diffuser des politiques conjointes sur les communications et la résolution des problèmes aux responsables du soutien social pour les TSO et aux cliniciens de la santé mentale. (D Gest SB/DSM)

BPR : CPM

Date cible : Avril 2010



Recommandation du CS Ex

8. S'engager à instaurer un régime de mesure du rendement et développer une culture de mesure du rendement à tous les niveaux des SSFC.

Mesure de la direction

D'accord. À l'heure actuelle, Agrément Canada fait subir son processus d'agrément au Gp Svc S FC. Agrément Canada est un organisme national indépendant, non gouvernemental et sans but lucratif qui offre aux organisations de santé un processus d'examen externe, effectué par les pairs, pour évaluer la qualité en élaborant des normes nationales d'excellence, en évaluant le respect de ces normes et en communiquant les renseignements provenant des examens d'agrément et des décisions. Le cadre d'agrément permet aux organisations dans l'ensemble du continuum de soins de partager la même orientation, soutenue par une méthodologie et un système de compte rendu communs. Le processus d'agrément englobe la validation de l'amélioration continue de la qualité et l'adoption connexe de normes pour la gestion des risques liés aux soins de santé. Ces deux processus sont appuyés et validés par le biais d'un système de gestion/mesure du rendement vérifiable. Le GP Svc S FC est en train d'officialiser la première série d'indicateurs de rendement qui serviront à valider la prestation actuelle des soins aux membres des FC. Le comité national d'amélioration de la qualité du Gp Svc S FC a été créé pour faire en sorte que des normes de mesure du rendement soient établies et communiquées aux gestionnaires de cliniques et aux Cmdt. On collabore également avec ACC à ce sujet, et tous les intervenants se partagent les outils et documents de recherche. (Gp Svc S FC)

BPR : CPM

Date cible : Octobre 2011

Recommandation du CS Ex

9. Effectuer une analyse détaillée et formuler des options de calcul des coûts en vue de l'établissement d'une IDSGPM de psychologue clinicien à la fois dans la Force régulière et la Réserve.

Mesure de la direction

D'accord.

BPR : CPM

Date cible : Décembre 2010

Recommandation du CS Ex

10. Examiner la possibilité d'instaurer des programmes de stages/d'apprentissages destinés aux praticiens civils de la santé, et élaborer les politiques et procédures connexes, le cas échéant.

Mesure de la direction

D'accord. Un certain nombre d'initiatives collectives ont été entreprises sous les auspices du PFSS afin de résoudre des questions communes, y compris les suivantes, qui sont directement liées à cette recommandation :

- Programme fédéral de placement clinique – Offrir une expérience clinique aux étudiants inscrits à des programmes de formation en sciences de la santé. L'élaboration de programmes de résidence et de placement clinique pour les apprenants en soins de santé pourrait entraîner l'embauche de nouveaux travailleurs ayant acquis au préalable une expérience clinique dans l'environnement des FC. Le but consiste à placer de 15 à 20 apprenants par discipline (médecine, soins infirmiers et psychologie) au sein d'ACC, de l'ASPC, de SCC, de SC et du MDN.



Mesure de la direction (suite)

- Programme de perfectionnement professionnel pour les médecins – Permettre aux médecins de répondre aux exigences en matière d'autorisation d'exercer, tout en veillant à ce qu'ils aient la possibilité d'accroître leur expertise dans leur champ de pratique ainsi que de développer les compétences en gestion et en leadership nécessaires pour occuper des postes au gouvernement fédéral. Le travail se poursuit avec le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT), les médecins et la collectivité de la S & T en vue d'élaborer un cadre pour ce programme, et de fournir ainsi un modèle pour des programmes similaires dans d'autres disciplines de la santé.

Les SSFC et la SMA(RH-Civ) continueront de se consulter pour faire progresser ces initiatives.
(Gp Svc S FC et DGSPEC)

BPR : CPM
BC : SMA(RH-Civ)

Date cible : Décembre 2010

Recommandation du CS Ex

11. Participer à un examen conjoint du Partenariat fédéral pour les soins de santé, de la Commission de la fonction publique et du Conseil du Trésor sur la classification et la rémunération de tous les postes de soins de santé dans le secteur public.

Mesure de la direction

D'accord. Le gouvernement du Canada doit aborder cette importante question de manière collective. Le PFSS a désigné la parité salariale comme étant un facteur clé qui influe sur le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé au sein de la fonction publique. Il doit collaborer avec la Commission de la fonction publique/le Conseil du Trésor pour examiner la classification et la rémunération de toutes les professions des soins de santé dans le secteur public, et en faire un employeur de choix et plus compétitif dans le domaine des soins de santé. Un certain nombre d'initiatives collectives ont été entreprises sous les auspices du PFSS afin de résoudre des questions communes, y compris les suivantes, qui sont directement liées à cette recommandation :

- Programme de formation en santé – Financer les études postsecondaires d'étudiants dans le domaine de la santé. En raison de la *Loi sur l'équité dans la rémunération du secteur public*, les augmentations salariales dans la fonction publique seront limitées à 1,5 p. 100 au cours des deux prochaines années financières. Les organisations fédérales ne peuvent envisager d'élaborer ou de mettre en œuvre de nouvelles initiatives concernant des indemnités, des primes ou des incitatifs. Les lois fédérales et les conventions collectives en vigueur permettent cependant aux organisations fédérales de financer l'éducation postsecondaire. Le PFSS poursuit cette initiative dans le but de subventionner un certain nombre d'étudiants par discipline. Dans la mesure du possible, l'étudiant acquerrait une expérience clinique en milieu fédéral. Des possibilités de perfectionnement professionnel seraient également offertes aux fournisseurs de soins de santé qui occupent déjà des postes de durée indéterminée dans la fonction publique, p. ex., hygiène et sécurité du travail, épidémiologie, maîtrise d'infirmière praticienne et doctorat pour les associés en psychologie.
- Classification – En collaboration avec le CST et par le biais du PFSS, des priorités ont été établies afin d'aborder collectivement, au cours des 18 à 24 prochains mois, des questions liées aux normes de classification, à la structure des groupes professionnels et à certaines exigences en matière de classification, p. ex., restructuration de la classification des MOF/MSP et reclassification des infirmières praticiennes et des pharmaciens. Le MDN/DOCC est un participant clé au sein du groupe de travail sur la classification établi dans le cadre du PFSS afin d'analyser les problèmes et de collaborer avec le SCT à la mise en œuvre des solutions pertinentes. Le MDN/DOCC effectue aussi des travaux de plusieurs années sur la conception organisationnelle des cliniques et la classification des descriptions de travail collectives.



Mesure de la direction (suite)

- Recrutement – Le PFSS appuie les activités de recrutement collectif là où c’est possible. De plus, le MDN a entrepris les initiatives suivantes :
 - Prestation intégrée des services – La SMA(RH-Civ) a mis sur pied une unité intégrée pour fournir des services de RH civiles à tous les niveaux de l’organisation du CPM. Cette nouvelle structure donne lieu à des stratégies de recrutement et de dotation plus précises et opportunes. Par exemple, grâce à cette unité et avant l’implantation de l’Unité interarmées de soutien du personnel dans les huit régions du Canada, les Centres de services des RH civiles s’étaient préparés à embaucher du personnel de plusieurs groupes et niveaux dans le cadre de processus annoncés à l’externe et à l’interne, notamment 17 postes d’AS 04 et 4 postes de CR 04.
 - L’initiative visant à réduire le fardeau de la dotation permettra de rationaliser les processus et de diminuer le délai de recrutement – des processus collectifs ont été mis en œuvre de concert avec les SSFC et le DGSSPF (Unités interarmées de soutien du personnel) pour la classification et la dotation.
 - Le MDN prendra l’initiative afin de tenir un salon de l’emploi à l’Université de Toronto durant l’automne 2009. D’autres ministères y participeront, en particulier ceux qui font partie du PFSS. (Gp Svc S FC et DGSPEC)

BPR : CPM

BC : SMA(RH-Civ)

Date cible : Décembre 2010

Administration des membres des FC malades/blessés

Recommandation du CS Ex

12. Supprimer le lien entre l’IRD et les formulaires de PPP.

Mesure de la direction

D’accord. Un nouvel AUP sera publié prochainement (vers le mois de juin 2009) et indiquera que le formulaire d’AUP ne doit servir qu’à des fins de notification (DGSSPF).

L’IRD n’est plus reliée aux formulaires de PPP. (DGRAS)

BPR : CPM

Date cible : Terminé.

Recommandation du CS Ex

13. Insister auprès de la chaîne de commandement pour que les procédures appropriées soient suivies en ce qui concerne le traitement des messages/la transmission de l’information sur les blessures subies au pays et les blessures opérationnelles, et mettre en place des mesures de rendement précises pour surveiller la conformité.

Mesure de la direction

D’accord. On rédige actuellement une nouvelle DOAD sur l’administration des pertes qui mettra de nouveau l’accent sur les procédures appropriées de traitement des messages. Cette ébauche de DOAD en est aux premiers stades d’élaboration et remplacera les OAF 24-1 et 24-6 en vigueur. L’échéance reste à déterminer étant donné le long processus de traitement et d’approbation des DOAD.



Mesure de la direction (suite)

Le D Gest SB surveillera la conformité de ces procédures dans son cadre de mesure du rendement. Toutefois, les commandements ont un grand rôle à jouer pour assurer la conformité au sein de leurs unités, car il existe encore un problème. (DGSSPF)

BPR : CPM

Date cible : Avril 2010

BC : CEMFM, CEMAT, CEMFA,
Cmdt COM Canada, Cmdt COMFEC,
Cmdt COMFOSCAN, Cmdt COMSOCAN et
DEM EMIS

Recommandation du CS Ex

14. Veiller à ce que l'harmonisation des GS du MDN et d'ACC se poursuive.

Mesure de la direction

D'accord. L'harmonisation des GS d'ACC et du MDN se poursuit. Le Directeur – Prestation des services de santé du Gp Svc S FC collabore avec ACC afin d'harmoniser les deux GS. Il faut noter que l'harmonisation n'engendre pas l'égalité, car il y existera toujours des différences entre les deux GS. (Gp Svc S FC)

BPR : CPM

Date cible : Processus en place.

BC : OL ACC

Recommandation du CS Ex

15. Maintenir un lien administratif avec les membres des FC (réguliers et réservistes) qui nécessitent une attention exceptionnelle pendant et après le processus de libération, jusqu'à ce qu'ACC et le MDN aient conclu que la transition a eu lieu avec succès.

Mesure de la direction

D'accord. Ce processus sera entrepris par le biais du concept d'unité interarmées de soutien du personnel et en étroite collaboration avec ACC.

BPR : CPM

Date cible : Avril 2010

BC : OL ACC

Recommandation du CS Ex

16. Choisir une définition acceptable de la « famille » et veiller à ce qu'elle soit diffusée à l'échelle des FC et du MDN.

Mesure de la direction

D'accord. Une définition de la « famille » sera créée et diffusée. Les responsables du Programme de services aux familles des militaires s'en serviront pour déterminer l'admissibilité aux services.

BPR : CPM

Date cible : Septembre 2009



Recommandation du CS Ex

17. Examiner les programmes et les services de la GRC liés aux prestations de survivant destinées aux conjoints et aux PPP afin de déterminer s'il est possible d'obtenir le même effet pour les conjoints/PPP de militaires.

Mesure de la direction

D'accord. Cet examen est en cours. (DGRAS)

BPR : CPM

Date cible : Juin 2011

Recommandation du CS Ex

18. S'assurer que la phase 3 du projet englobe les fonctions requises au niveau supérieur qui avaient été précisées à l'origine, qu'elle reste conforme à la portée du programme du SISFC et qu'elle permette d'établir un cadre de mesure du rendement.

Mesure de la direction

D'accord. À l'heure actuelle, les responsables du projet sont en train de définir la portée des exigences de la phase 3 afin de terminer le SISFC d'ici mars 2010. Nous serons en mesure de répondre à certaines des exigences plus élevées en matière de fonctionnalité mais pas à l'ensemble de la portée initiale. Puisque le cadre de mesure du rendement des SSFC n'a pas été considéré comme une exigence dans l'énoncé initial des besoins, il ne fera pas partie du projet de SISFC. Nous sommes à élaborer des projets subséquents qui incluront un système de mesure du rendement, quelques-uns des besoins retranchés de l'actuel projet de SISFC et tout besoin nouveau. (Gp Svc S FC)

BPR : CPM

Date cible : Après 2010

BC : SMA(GI)

Recommandation du CS Ex

19. En collaboration avec ACC, remédier aux limites et aux lacunes actuelles de l'interopérabilité des systèmes de GI/TI qui empêchent un échange d'information efficace.

Mesure de la direction

D'accord.

L'échange d'information avec ACC se poursuit depuis le début du projet Rx2000 en 1999, mais il demeure un problème étant donné que les deux ministères ont des systèmes de GI/TI incompatibles. À l'heure actuelle, l'échange d'information est surtout un processus manuel exigeant en main-d'œuvre. Le Comité directeur conjoint ACC-MDN a déterminé que l'amélioration de l'échange d'information serait une priorité au cours de la prochaine année, en vue de moderniser les deux systèmes de GI/TI et faciliter ainsi la transmission électronique de l'information en temps opportun. Une analyse complète et l'établissement des coûts de plusieurs initiatives sont en cours. (Gp Svc S FC)

En vertu du protocole d'entente sur le Réseau conjoint de cliniques, conclu en octobre 2006 avec ACC et la GRC, une série de comités et de sous-groupes de travail ont été formés pour examiner cette question. Ces comités se réunissent régulièrement et des rapports trimestriels sont présentés au Comité directeur conjoint ACC-MDN. (Gp Svc S FC)

BPR : CPM/Méd C

Date cible : Validation de principe de l'interopérabilité des (GI systèmes de TI d'ACC et du MDN et de la numérisation des dossiers – Décembre 2010

BC : SMA(GI)



Annexe B – Relations entre les programmes des FC et d'ACC

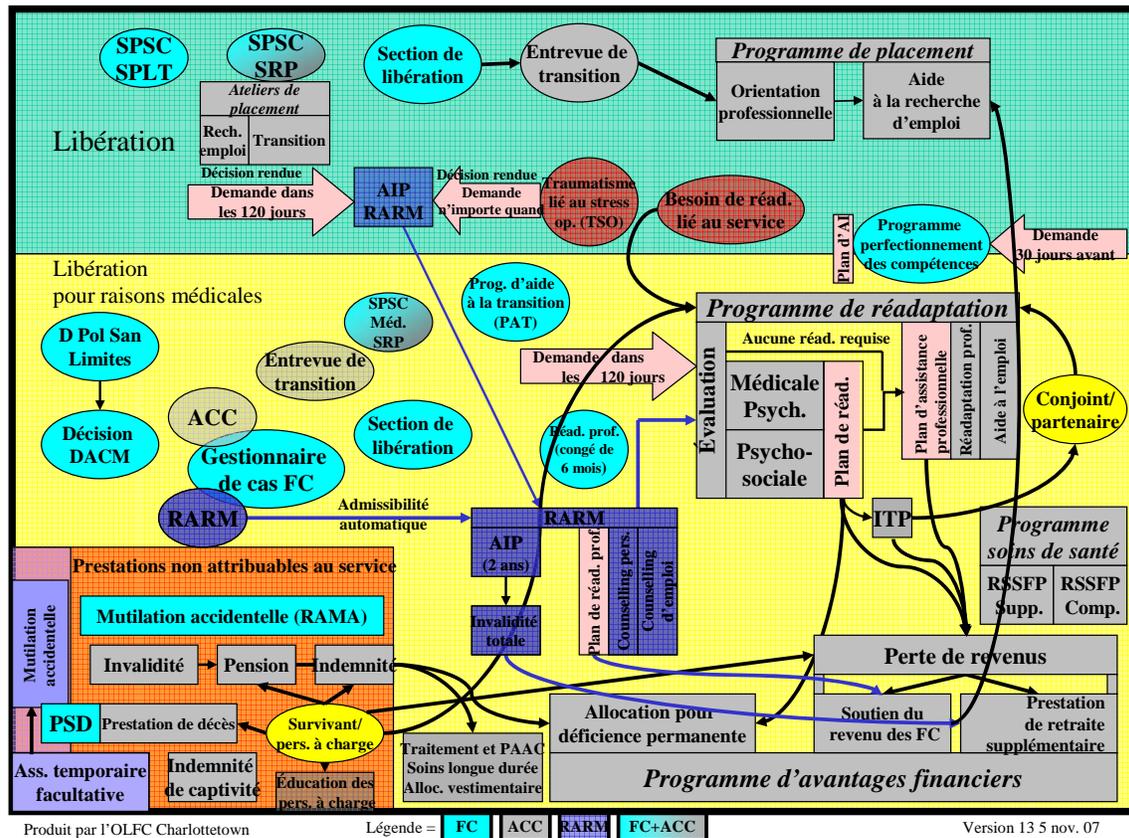


Figure 2. Relations actuelles entre les programmes des FC et d'ACC. Ce diagramme met en évidence les relations complexes entre les programmes offerts aux membres des FC malades ou blessés et à leurs familles, ou aux survivants des militaires décédés.

En commençant par la libération volontaire, plusieurs programmes sont à la disposition du militaire, notamment le Service de préparation à une seconde carrière, les entrevues de transition et le placement, y compris l'orientation professionnelle et l'aide à la recherche d'emploi. De plus, le diagramme montre que si un ancien militaire découvre après sa libération qu'il a un problème médical lié au service, il peut être admissible aux mêmes programmes de réadaptation d'ACC offerts aux militaires libérés pour des raisons médicales. Le RARM est également offert à ceux qui sont atteints d'une invalidité totale dans des circonstances spécifiques.

Lorsqu'un militaire est libéré des FC pour des raisons médicales, un processus est mis en œuvre pour déterminer les limites sur le plan médical et, au besoin, la libération obligatoire. ACC participe à cette phase dans certains domaines, notamment les entrevues de transition et la consultation avec les gestionnaires de cas des FC. Durant le processus de libération pour raisons médicales, le cas échéant, on a recours à plusieurs programmes de réadaptation et évaluations connexes à l'égard des problèmes physiques et psychosociaux.

Annexe B

Une libération pour raisons médicales, qui inclut le décès d'un militaire, donne lieu à un certain nombre de programmes d'indemnités et d'avantages gérés par ACC, y compris le Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC), la prestation de soutien du revenu et l'allocation pour perte de revenus.

En outre, dans le cas de certaines blessures non liées au service, des prestations sont offertes aux assurés cotisants, notamment des prestations d'assurance-mutilation accidentelle ainsi que d'autres indemnités d'invalidité et prestations de retraite.



Annexe C – Plan de campagne du CPM pour les soins aux blessés

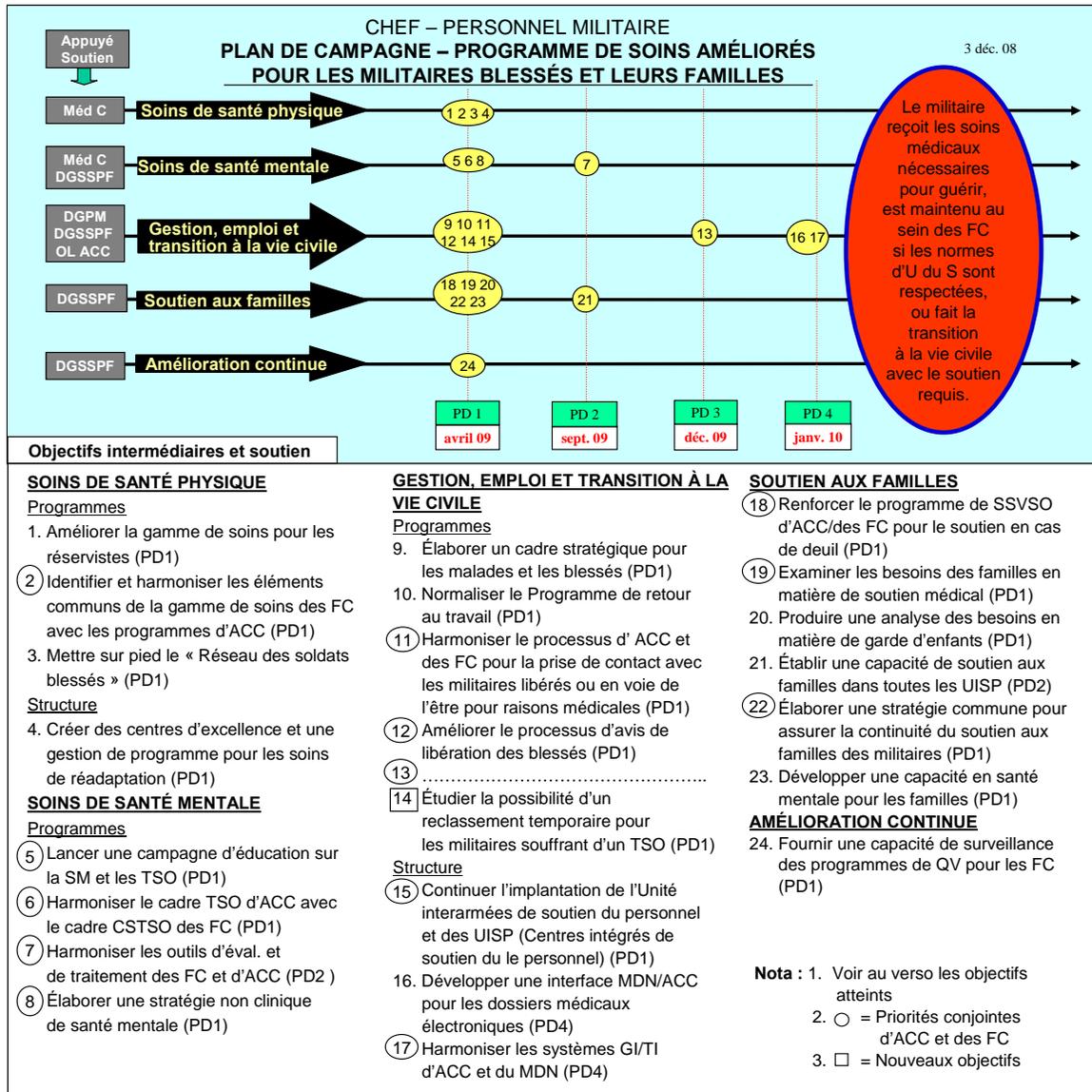


Figure 3. Plan de campagne du CPM pour les soins aux blessés. Le CPM a lancé une campagne visant à améliorer les soins offerts aux membres des FC blessés et à leurs familles. Le plan de campagne en cours repose sur cinq piliers : les soins de santé physique; les soins de santé mentale; la gestion, l'emploi et la transition à la vie civile; le soutien aux familles; et l'amélioration continue. Ce plan renferme des objectifs intermédiaires pour l'ensemble des piliers, et ce, d'avril 2009 à avril 2010.

Comme le montre au-dessous, la version actuelle du plan énumère plusieurs objectifs intermédiaires atteints à l'égard de chaque pilier :

Soins de santé physique

Programmes

1. Élaborer un programme de réadaptation physique

Structure

2. Nommer un CS auprès du CPM pour les soins aux blessés
3. Nommer des gestionnaires de cas supplémentaires à Edmonton, Gagetown et Petawawa
4. Développer l'infrastructure de Rx2000
5. Établir un comité interministériel d'examen des prothèses
6. Établir des équipes de liaison médicale pour la Réserve partout au Canada (ajout depuis la dernière édition)

Sensibilisation

7. Renseigner le CFA sur la gamme de soins
8. Renseigner le CFA sur Rx2000
9. Renseigner le CFA sur la nouvelle Charte des anciens combattants

Soins de santé mentale

Structure

10. Intégrer toute l'éducation non clinique sur la santé mentale et les TSO dans l'ensemble des FC
11. Augmenter la capacité en santé mentale à Petawawa et à Gagetown
12. Créer un poste de conseiller auprès du CPM pour les TSO
13. Établir un comité de surveillance des FC/d'ACC en matière de santé mentale
14. Créer de nouveau un comité directeur des FC sur les TSO
15. Nommer un chef de la santé mentale pour les FC (ajout depuis la dernière édition)

Sensibilisation

16. Renseigner le CFA sur la santé mentale
17. Lancer une campagne d'éducation sur la santé mentale

Gestion, emploi et transition

Programmes

18. Mettre les réservistes blessés en service à temps plein
19. Effectuer un exercice de description du processus de transition
20. Mener des entrevues de transition d'ACC auprès des réservistes revenant d'opérations
21. Diffuser le guide du Cmdt sur le soutien aux blessés
22. Examiner et augmenter au besoin les services offerts par ACC dans les bases de la Marine et de la Force aérienne
23. Améliorer le processus d'avis de blessure
24. Élaborer un solide système de suivi des blessés

Structure

25. Établir une capacité de gestion de carrière pour les blessés (ajout depuis la dernière édition)

Sensibilisation

26. Mieux faire connaître le processus d'entrevue de transition d'ACC
27. Mieux faire connaître aux militaires actifs le programme de placement d'ACC

Soutien aux familles

28. Créer un poste de DGSSPF
29. Créer une Direction des services de soutien aux familles des FC
30. Élaborer des cartes d'identité pour les familles des militaires
31. Améliorer l'éducation des familles sur les TSO et la santé mentale post-déploiement (ajout depuis la dernière édition)

Amélioration continue

32. Tenir un symposium national sur les leçons retenues
33. Tenir un forum national sur les prothèses
34. Élaborer un processus de suivi et de rétroaction pour les plus proches parents et familles des militaires décédés



Annexe C

Soins de santé physique. Les objectifs atteints concernent l'élaboration d'un programme de réadaptation physique, la nomination d'un CS auprès du CPM pour les soins aux blessés, la nomination de gestionnaires de cas supplémentaires à Edmonton, Gagetown et Petawawa, ainsi que l'établissement d'équipes de liaison médicale pour la Réserve partout au Canada.

Soins de santé mentale. Les objectifs atteints comprennent l'intégration de toute l'éducation non clinique sur la SM et les TSO dans l'ensemble des FC, l'augmentation de la capacité des services de santé mentale à Petawawa et Gagetown, la création d'un poste de conseiller auprès du CPM pour les TSO, l'établissement d'un comité de surveillance FC/ACC en matière de santé mentale et la nomination d'un chef de la santé mentale pour les FC.

Gestion, emploi et transition. Les objectifs atteints incluent le placement des réservistes blessés en service à temps plein, l'exercice de description du processus de transition, les entrevues de transition d'ACC menées auprès des réservistes revenant d'opérations, la diffusion d'un guide du Cmdt sur le soutien aux blessés, l'examen des besoins de la Marine et de la Force aérienne aux fins d'augmentation des services d'ACC, l'amélioration du processus d'avis de blessure et l'élaboration d'un solide système de suivi des blessés.

Soutien aux familles. Les objectifs atteints englobent la création du poste de DGSSPF et de la Direction des services de soutien aux familles des FC, l'élaboration de cartes d'identité pour les familles des militaires et l'amélioration de l'éducation des familles sur les TSO et la santé mentale post-déploiement.

Amélioration continue. Les objectifs atteints comprennent la tenue d'un symposium national sur les leçons retenues et d'un forum national sur les prothèses, ainsi que l'élaboration d'un processus de suivi et de rétroaction pour les PPP et familles des militaires décédés.



Annexe D – Processus d'évaluation de la santé mentale – CSTSO

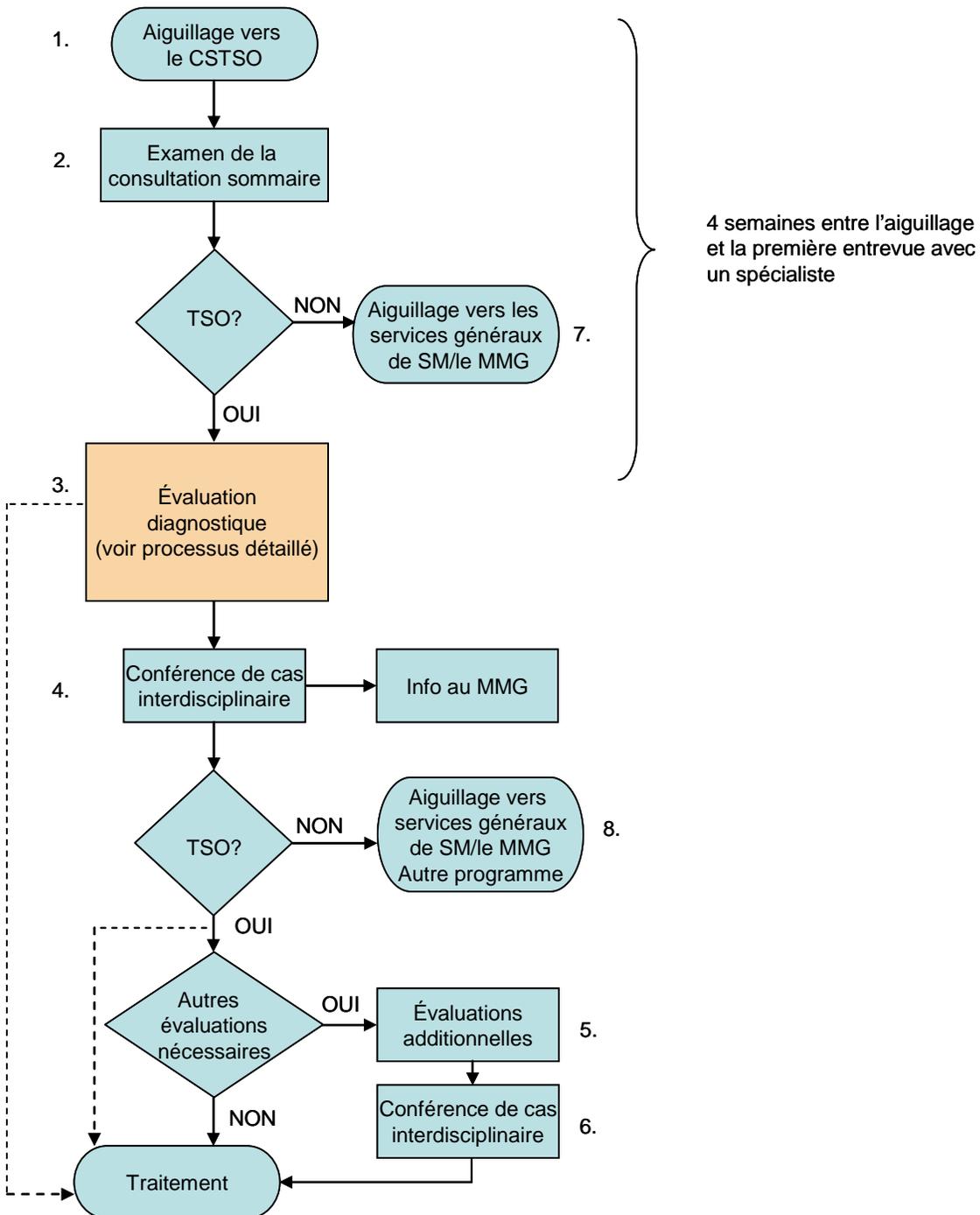


Figure 4. Processus d'évaluation des CSTSO FC (Exigences minimales). Cet organigramme explique ce qui se produit lorsqu'un membre des FC doit subir une évaluation de la santé mentale dans un CSTSO.

Annexe D

Le militaire est d'abord dirigé vers un CSTSO (étape 1). L'étape 2 s'appelle « Examen de la consultation sommaire ». Les deux premières étapes, c'est-à-dire de l'aiguillage à la première entrevue avec un spécialiste, pourraient prendre quatre semaines.

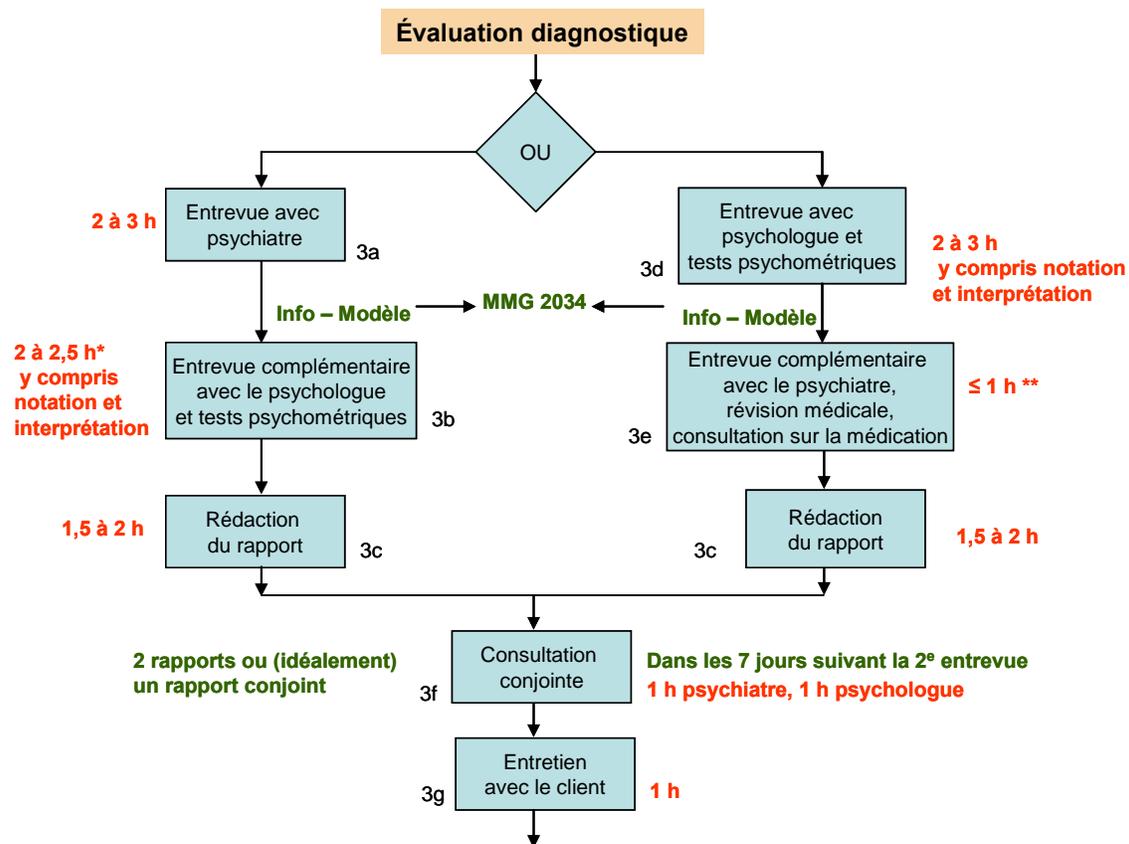
Il s'agit de déterminer rapidement si le client souffre d'un TSO. Dans la négative, le processus passe à l'étape 7 « Aiguillage vers les services généraux de SM/le MMG » et prend fin. Dans l'affirmative, le processus passe à l'étape 3 « Évaluation diagnostique » (voir le processus détaillé à la deuxième figure de la présente annexe). À noter que le traitement peut commencer avant qu'une évaluation complète soit effectuée.

À l'étape 4 « Conférence de cas interdisciplinaire », l'équipe de santé mentale du CSTSO fournit de l'information au MMG/médecin de famille du militaire. Si le client ne souffre pas d'un TSO, le processus passe à « Aiguillage vers les services généraux de SM/le MMG ou autre programme » et prend fin.

Si le client souffre bel et bien d'un TSO, le traitement peut débiter avant qu'un diagnostic complet soit posé. Toutefois, si d'autres évaluations s'avèrent nécessaires, le processus passe à l'étape 5 « Évaluations additionnelles » et à l'étape 6 « Conférence de cas interdisciplinaire » avant d'arriver à la case « Traitement ».

Pour le client, le résultat final est l'accès au traitement.





* Obligatoire sauf s'il y a indication que ce pourrait être dangereux. Cela doit être consigné dans un document. D'autres instruments si les cliniciens les jugent appropriés.

** Si le modèle de la première entrevue est disponible.

Figure 5. Processus d'évaluation des CSTSO FC, Évaluation diagnostique (Exigences minimales). Cet organigramme explique comment les clients des services de santé mentale des FC sont évalués par les cliniciens du CSTSO. À noter qu'il était représentatif des pratiques courantes des CSTSO en matière de SM au moment de la collecte des données, et que ces pratiques ont continué d'évoluer au cours de la période d'observation et depuis la rédaction du rapport.

Les clients des FC entrent au CSTSO pour subir une évaluation diagnostique. Le processus commence lorsqu'on indique que le client peut suivre l'une de deux voies possibles dans le processus d'évaluation.

La première voie est la suivante :

- Entrevue avec le psychiatre (de 2 à 3 heures). Un modèle est rempli et passe par le MMG (médecin de famille) du client et le dossier médical (CF 2034).

- Entrevue complémentaire avec le psychologue et tests psychométriques (de 2 à 2,5 heures, y compris la notation et l'interprétation) – à noter que cette évaluation est obligatoire sauf s'il y a indication que ce pourrait être dangereux. Cela doit être consigné dans un document. D'autres instruments si les cliniciens les jugent appropriés.
- Rédaction du rapport (de 1,5 à 2 heures).

La deuxième voie est la suivante :

- Entrevue avec le psychologue et tests psychométriques (de 2 à 3 heures, y compris la notation et l'interprétation).
- Entrevue complémentaire avec le psychiatre, révision médicale et consultation sur la médication (moins d'une heure si le modèle de la première entrevue est disponible dans le CF 2034).
- Rédaction du rapport (de 1,5 à 2 heures).

Les deux voies mènent à une consultation conjointe entre le psychiatre (1 heure) et le psychologue traitants (1 heure), et une note indique que cette consultation a lieu dans les sept jours suivant la deuxième entrevue. La consultation donne lieu à la production de deux rapports ou (idéalement) d'un rapport conjoint.

La dernière étape consiste en un entretien avec le client (1 heure).

Annexe E – Organisation du programme de soutien social pour les victimes de stress opérationnel

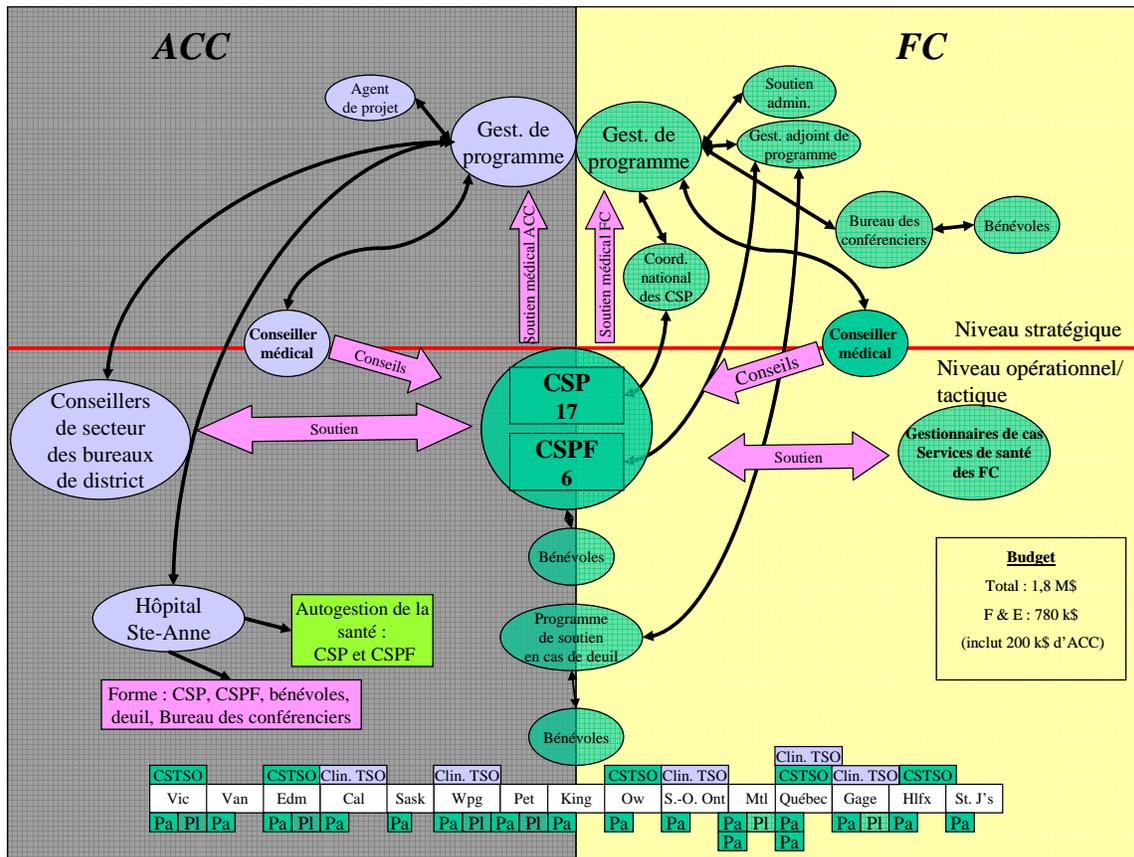


Figure 6. Structure du SSVSO. Ce diagramme décrit le programme de SSVSO en vigueur en juillet 2007.

Le programme comporte un volet FC et un volet ACC, y compris un gestionnaire de programme pour chaque organisation et un certain nombre de sites partagés. Les FC et ACC fournissent tous deux des services regroupés et interopérables aux victimes de stress opérationnel et aux personnes en deuil grâce à un personnel composé d’employés à temps plein et de bénévoles. Le programme intègre harmonieusement les niveaux stratégique, opérationnel et tactique d’un bout à l’autre du pays.

Du côté d’ACC, le gestionnaire de programme est secondé par un conseiller médical qui donne aussi des conseils aux divers centres de soutien situés partout au pays.

ACC compte également dans ses bureaux de district des conseillers de secteur qui apportent un soutien aux cliniques conjointes de traitement des TSO et aux CSTSO faisant partie intégrante du programme.

ACC assure la formation des conseillers à temps plein et bénévoles en matière de TSO par le biais de son centre TSO à l’Hôpital Ste-Anne et suit les programmes d’autogestion de la santé des centres de soutien par les pairs.

Annexe E

L'Hôpital Ste-Anne forme également les conseillers en matière de deuil et les personnes choisies pour faire partie du Bureau des conférenciers sur les TSO.

De leur côté, les FC comptent un gestionnaire de programme et un coordonnateur national des centres de soutien par les pairs qui surveille le personnel à temps plein et les bénévoles de ces centres dans l'ensemble des FC et remplit une fonction de coordination auprès de leurs homologues d'ACC.

Les FC ont aussi un conseiller médical qui fournit des conseils aux centres de soutien par les pairs, et les SSFC assurent l'interopérabilité avec les gestionnaires de cas des Services de santé des FC.

Le budget 2007 du programme de SSVSO des FC s'élevait à 1,8 M\$, dont 780 000 \$ pour les coûts de fonctionnement et d'entretien et 200 000 \$ provenant d'ACC.



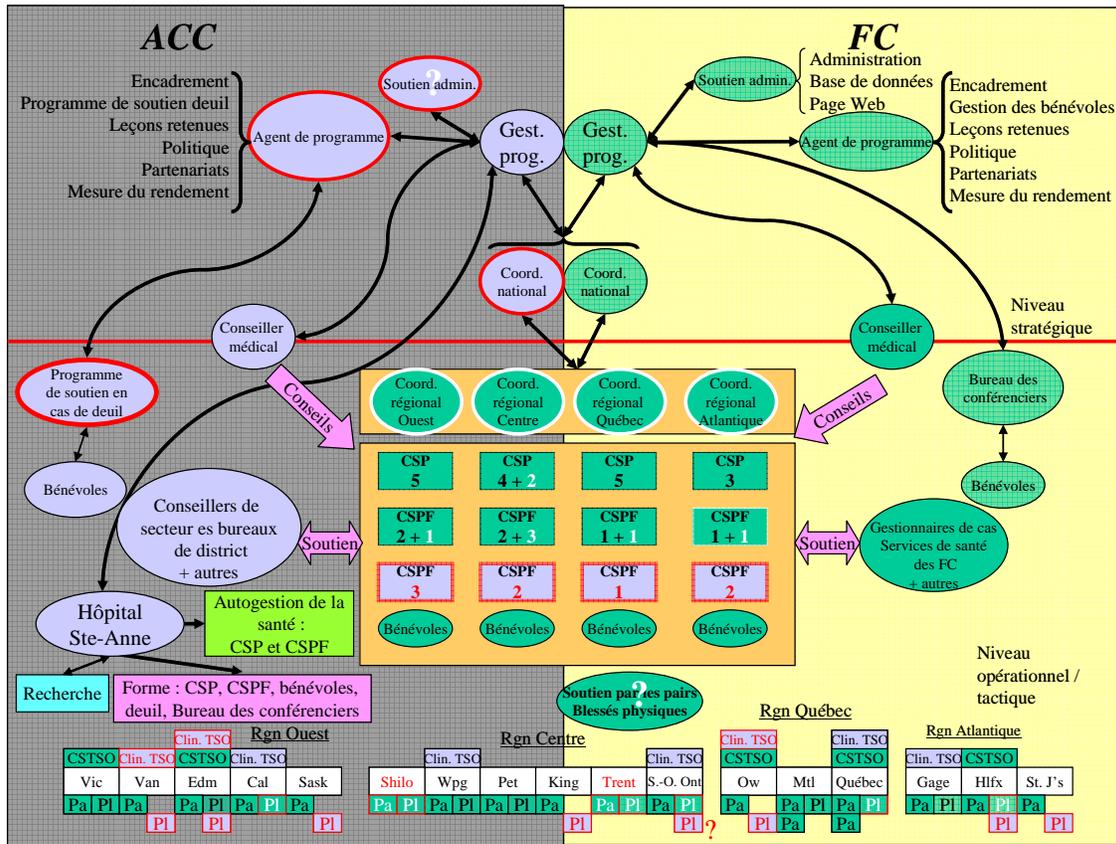


Figure 7. Structure de SSVSO (proposée). Ce diagramme décrit la restructuration proposée de l'actuel programme conjoint de SSVSO d'ACC et du MDN. Il englobe toutes les fonctions de la structure de SSVSO de juillet 2007 et ajoute un nouveau niveau de coordonnateurs régionaux du MDN et d'ACC – un pour chaque région (Ouest, Centre, Québec et Atlantique). À noter que le soutien administratif, le soutien par les pairs pour les blessés physiques et la dotation à la clinique TSO du Sud-Ouest de l'Ontario restent à déterminer.

Les coordonnateurs régionaux superviseront l'exécution du programme de SSVSO par l'entremise des réseaux de centres de soutien déjà établis dans les quatre régions et dotés de personnel à temps plein et de bénévoles. Ces centres collaboreront étroitement avec les cliniques conjointes du MDN et d'ACC mises sur pied dans chaque région.

La nouvelle structure de SSVSO ajoute un agent de programme au niveau stratégique d'ACC et des FC. Relevant du gestionnaire de programme par le biais des coordonnateurs nationaux, l'agent de programme coordonnera l'encadrement, le programme de soutien en cas de deuil, les leçons retenues, la politique, les partenariats, la gestion des bénévoles et la mesure du rendement.

Dans la région de l'Ouest, il y a des CSTSO à Victoria et à Edmonton, une clinique TSO à Calgary et une nouvelle clinique TSO à Vancouver, plus des centres de soutien à temps partiel et à temps plein à Victoria, Vancouver, Edmonton, Calgary et Saskatoon.

Dans la région du Centre, il y a une clinique TSO à Winnipeg et un projet de clinique dans le sud-ouest de l'Ontario, ainsi qu'un réseau de centres de soutien à temps plein et à temps partiel à Shilo, Winnipeg, Petawawa, Kingston et Trenton.

Annexe E

Dans la région du Québec, il y a un CSTSO et une clinique TSO à Ottawa et à Québec, ainsi que des centres de soutien à Ottawa, Montréal et Québec.

Dans la région de l'Atlantique, il y a un CSTSO à Halifax, une clinique TSO à Fredericton qui appuie Gagetown, et des centres de soutien à Gagetown, Halifax et St. John's.

Le soutien par les pairs pour les blessés physiques peut être intégré dans ce programme.

