



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

Évaluation des soins de santé offerts aux militaires



Réunion du Comité de la mesure du rendement et de l'évaluation

Novembre 2018

1258-3-010 (SMA[Svcs Ex])

Table des matières

Acronymes et abréviations	ii
Sommaire.....	iv
1.0 Introduction	1
1.1 Contexte de l'évaluation	1
1.2 Profil du programme	1
1.3 Portée de l'évaluation.....	5
2.0 Constatations et recommandations	7
2.1 Pertinence	7
2.2 Efficacité.....	8
2.3 Efficience et économie.....	21
Annexe A – Plan d'action de la direction	A-1
Annexe B – Méthodologie et limitations de l'évaluation.....	B-1
Annexe C – Modèle logique.....	C-1
Annexe D – Matrice d'évaluation	D-1

Sigles et abréviations

AF	Année financière
AHP	Architecture d'harmonisation de programmes
BC	Bureau consultatif
BPR	Bureau de première responsabilité
CERM	Contraintes à l'emploi pour raisons médicales
Cmdt	Commandant
Cmdt B	Commandant de la base
Cmdt Ere	Commandant d'escadre
COMPERSMIL	Commandement du personnel militaire
CPM	Chef du personnel militaire
DOAD	Directives et ordonnances administratives de la défense
D Pol San	Directeur – Politique de santé
FAC	Forces armées canadiennes
Gp Svc S	Groupe des Services de santé
Gp Svc S FC	Groupe des Services de santé des Forces canadiennes
Instr Pers Mil FC	Instruction du personnel militaire des Forces canadiennes
MDN	Ministère de la Défense nationale
Méd gén	Médecin général
ORFC	Ordonnances et règlements royaux applicables aux Forces canadiennes
PIR	Profil d'information sur le rendement
PRO	Pouvoirs, responsabilités et obligations de rendre compte
PSE	<i>Protection, Sécurité, Engagement</i> : politique de défense du Canada
QEP	Questionnaire sur l'expérience du patient
RVPM	En route vers la préparation mentale

SFTDSS	Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé
SISHV	Système d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes
SMA(Svcs Ex)	Sous-ministre adjoint (Services d'examen)

Sommaire

Le présent rapport fait état des constatations et recommandations de l'évaluation des soins de santé offerts aux militaires au sein du ministère de la Défense nationale (MDN) et des Forces armées canadiennes (FAC). Le Sous-ministre adjoint (Service d'examen) (SMA[Svcs Ex]) a mené l'évaluation en tant que composante du plan d'évaluation quinquennal du MDN, conformément à la Politique sur les résultats (2016) du Secrétariat du Conseil du Trésor. L'évaluation a permis d'examiner la pertinence, l'efficacité et l'efficience des soins de santé et des conseils offerts en garnison aux membres de la Force régulière des FAC pendant les années financières (AF) 2010-2011 à 2017-2018. Les méthodes d'évaluation comprenaient des entrevues, des sondages, l'examen des documents et la recension des écrits, l'analyse de données financières.

Description du programme

Les soins de santé sont offerts au militaire par le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes (Gp Svc S FC). Les membres des FAC reçoivent des soins de santé aux centres en garnison et auprès de fournisseurs de soins de santé externes, par demande de consultation. Le Gp Svc S FC est composé d'environ 3 900 militaires – Force régulière et Force de réserve – et fonctionnaires répartis dans 44 endroits au Canada, aux États-Unis et en Europe. La somme des dépenses du programme des soins de santé offerts aux militaires était de 721,5 millions de dollars durant l'AF 2016-2017.

Pertinence

La présente évaluation appuie la pertinence continue du programme des soins de santé offerts aux militaires. Les membres de la Force régulière des FAC ont besoin d'un accès à des soins de santé, car ils sont exclus des régimes de santé provinciaux. Ces services favorisent leur aptitude physique et mentale, qui est l'un des facteurs contribuant à l'efficacité opérationnelle des FAC. Les soins de santé offerts aux militaires cadrent avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral, selon la *Loi canadienne sur la santé*, la *Loi sur la défense nationale* et les Ordonnances et règlements royaux applicables aux Forces canadiennes (ORFC). La prestation des soins de santé par le Gp Svc S FC cadre avec les priorités ministérielles. La politique de défense du Canada de 2017 : *Protection, Sécurité, Engagement* (PSE) insiste fortement sur un engagement à l'égard d'une approche inclusive de la santé et fournit une orientation à cet égard. Cette approche, appelée Total Health and Wellness, c'est-à-dire santé et mieux-être absolus, vise à garantir que le système de santé des FAC réponde aux besoins particuliers de ses militaires grâce à des soins efficaces et efficients.

Évaluation globale

- Les soins de santé offerts aux militaires combler un besoin continu et cadrent avec les rôles et les priorités du gouvernement.
- Des lacunes structurelles et fonctionnelles, y compris l'absence d'autorités officielles, peuvent nuire à la prestation des soins de santé.
- Les membres des FAC sont satisfaits de leurs soins de santé.
- Il est impossible d'évaluer le rapport coût-efficacité global des soins de santé offerts aux militaires, mais certaines bonnes pratiques ont été mises en place.

Effacité

Certaines lacunes structurelles et fonctionnelles pourraient nuire à l'exécution du programme des soins de santé offerts aux militaires. Notamment, le médecin général (méd gén) et le dentiste militaire en chef n'ont pas de pouvoirs, de responsabilités et d'obligations de rendre compte (PRO) officiels relativement aux normes cliniques et à la qualité des services de santé. Les politiques, les directives, les instructions et le système de mesure du rendement en matière de services de santé militaires sont dépassés et inadéquats. En dépit de ces difficultés, les Svc S FC tentent de veiller à la sécurité du patient et à la qualité des services en utilisant un certain nombre de mécanismes internes et externes.

La satisfaction des utilisateurs du système de soins de santé témoigne de son efficacité. Les sondages montrent systématiquement que la majorité des membres des FAC, leurs commandants (cmdt) et les commandants de la base (Cmdt B) ou les commandants d'escadre (Cmdt Ere) sont satisfaits du système de soins de santé des FAC. Les sujets de préoccupations comprennent le temps d'attente pour les rendez-vous et la communication entre le personnel des unités et du Gp Svc S FC, en particulier en ce qui concerne les difficultés relatives aux contraintes à l'emploi pour raisons médicales (CERM).

Efficiency et économie

Les FAC ont été considérablement économes dans leurs dépenses relatives au système de santé. Cependant, son rapport coût-efficacité global ne peut être déterminé dans le cadre de l'évaluation en raison d'ennuis liés aux codes financiers et de l'absence d'un point de référence satisfaisant. Les dépenses relatives aux services de santé ont augmenté au cours de la période d'évaluation de sept ans, mais cette augmentation est très inférieure à celle relative aux soins de santé à l'échelle nationale. Le développement du système de santé des FAC représente des dépenses accrues pour des services provenant de fournisseurs de soins de santé externes. Dans le cadre de l'évaluation, il a été impossible d'établir la cause de l'infériorité de l'augmentation par rapport aux prévisions en matière de dépenses globales et de déterminer si celle-ci a eu une quelconque incidence sur les résultats des services de santé. Le Gp Svc S FC a réussi à mettre en œuvre des mesures de réduction des coûts, mais l'existence de transactions à haut risque indique des lacunes potentielles relativement aux paiements des fournisseurs civils de soins de santé.

Principales constatations et recommandations

Principales constatations	Recommandations
<i>Pertinence</i>	
1. Les membres de la Force régulière des FAC ont besoin d'un accès à des soins de santé.	

2. Les soins de santé offerts aux militaires cadrent avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral.	
3. Les objectifs des soins de santé offerts aux militaires cadrent avec les priorités ministérielles.	
<i>Efficacité</i>	
4. Le méd gén et le dentiste militaire en chef n'ont pas les pouvoirs adéquats pour assumer les responsabilités qui leur incombent en tant que chefs des branches professionnelles des services médicaux et dentaires au sein des FAC et du MDN. Des efforts ont été entrepris pour remédier à la situation depuis un certain temps.	<p>1. Établir officiellement des PRO pour le méd gén et le dentiste militaire en chef.</p> <p>BPR : Commandant – Commandement du personnel militaire (COMPERSMIL) BC : Gp Svc S FC</p>
5. Le Gp Svc S FC a certains mécanismes en place pour assurer la sécurité et la qualité des services, mais il serait possible d'en faire davantage pour maintenir les efforts et surveiller l'efficacité des services.	
6. La documentation relative aux politiques et aux directives des FAC en matière de santé n'est pas exhaustive et à jour.	<p>2. Terminer l'ensemble des politiques, des directives et des instructions relatives aux CERM. Examiner tous les autres sujets de politiques pour relever d'autres besoins urgents de création ou révision de politiques, et établir un plan pour terminer rapidement celles-ci.</p> <p>BPR : Gp Svc S FC</p>
7. Il n'y a pas de système de mesure du rendement officiel entièrement opérationnel.	<p>3. Élaborer et mettre en œuvre un cadre de mesure du rendement pour le système de santé des FAC, y compris terminer le profil d'information sur le rendement (PIR) de la Gamme complète des soins de santé, qui constitue une compilation des</p>

	<p>indicateurs de rendement à l'égard de l'ensemble des activités du programme.</p> <p>BPR : Cmdt COMPERSMIL</p> <p>4. Affecter des ressources humaines et autres à la mesure du rendement. Une fois le PIR terminé, relever les questions liées à la disponibilité des données et élaborer un plan pour combler les lacunes.</p> <p>BPR : Gp Svc S FC</p>
<p>8. Dans l'ensemble, les membres des FAC, leur cmdt et leur cmdt B/Ere sont satisfaits des soins de santé et des conseils reçus.</p>	
<p>9. Le temps d'attente, vraisemblablement entraîné par un manque d'effectifs, est une source de préoccupation pour certains membres des FAC.</p>	<p>5. Rédiger un rapport destiné au Chef du personnel militaire (CPM) montrant les progrès réalisés pour atteindre les objectifs à l'égard de tous les groupes professionnels en manque d'effectif. En ce qui concerne les groupes professionnels à l'égard desquels les progrès sont insuffisants, le rapport devrait décrire la façon dont les stratégies de recrutement et de maintien de l'effectif seront modifiées pour remédier à la situation.</p> <p>BPR : Gp Svc S FC</p>
<p>10. La communication entre le personnel des unités et du Gp Svc S FC, par exemple à l'égard des CERM, pourrait être améliorée.</p>	<p>Voir la recommandation 2.</p>
<p><i>Efficiencia et économie</i></p>	
<p>11. Les dépenses relatives aux soins de santé offerts aux militaires ont augmenté légèrement, à la fois en dollars et par rapport à la somme des dépenses du MDN, pendant la période visée.</p>	

<p>12. Il n'y a pas suffisamment de données pour tirer des conclusions à l'égard du rapport coût-efficacité des services de santé des FAC en raison d'ennuis liés aux codes financiers et de l'absence d'un point de référence satisfaisant. Le Gp Svc S FC a réussi à mettre en œuvre des mesures de réduction des coûts, mais il pourrait y avoir des lacunes relativement aux paiements des fournisseurs civils de soins de santé.</p>	
---	--

Tableau 1. Sommaire des principales constatations et recommandations. Ce tableau offre un aperçu des constatations et recommandations du rapport.

Nota : Pour prendre connaissance des mesures prises par la direction en réponse aux recommandations du SMA(Svcs Ex), consulter l'[annexe A – Plan d'action de la direction](#).

1.0 Introduction

1.1 Contexte de l'évaluation

Conformément à la Politique sur les résultats du Secrétariat du Conseil du Trésor et au Plan d'évaluation quinquennal du MDN et des FAC, le Sous-ministre adjoint (Services d'examen) (SMA[Svcs Ex]) a mené une évaluation du programme des soins de santé offerts aux militaires. La présente évaluation a permis d'examiner la pertinence, l'efficacité et l'efficience des soins de santé et des conseils offerts en garnison aux membres de la Force régulière des FAC pendant les AF 2010-2011 à 2017-2018. Une évaluation antérieure des soins de santé offerts aux militaires a été effectuée par le SMA(Svcs Ex) en 1999. Le SMA(Svcs Ex) a également procédé à l'évaluation du soutien médical aux opérations de déploiement en 2014.

En outre, six vérifications internes et externes récentes et d'autres examens ont porté sur des éléments des soins de santé offerts aux militaires :

- SMA(CS Ex) Vérification d'un projet de réfection d'un centre des services de santé (juin 2011);
- Bureau du vérificateur général, La transition à la vie civile des militaires malades ou blessés (2012);
- SMA(CS Ex) Vérification des Services de santé des Forces canadiennes (2014);
- SMA(CS Ex) Audit de la Stratégie sur la santé et la condition physique au sein des FC et de la prestation du programme de conditionnement physique des FC (février 2014);
- SMA(Svcs Ex) Suivi de la vérification des Services de santé des Forces canadiennes (à venir);
- SMA(Svcs Ex) Rapport consultatif sur la gestion de l'information dans le cadre du contrat relatif au Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé (SFTDSS) (à venir).

1.2 Profil du programme

1.2.1 Description du programme

L'évaluation porte sur le programme des soins de santé offerts aux militaires, soit l'élément 4.1.8 de l'architecture d'harmonisation de programmes (AHP)¹. Le Gp Svc S FC est responsable des

¹ En avril 2018, l'AHP a été remplacé par le Répertoire des programmes du MDN et des FAC. Dans ce nouveau répertoire, les activités du Personnel militaire – Soins de santé sont placées sous la Gamme complète des soins de santé, qui inclut également la santé civile. Ce rapport utilise l'expression soins de santé offerts aux militaires pour préciser que le programme de santé civile est exclu de la portée de l'évaluation. Avant l'AF 2014-2015, les soins de santé et les conseils étaient inclus dans l'élément 2.4.2.6 de l'AHP, également appelé Personnel militaire – Soins de santé. Pour permettre une comparaison exacte d'une année à l'autre, l'historique des données de dépenses comprend seulement les activités de l'élément 4.1.8 de l'AHP, indépendamment du cadre utilisé au cours d'une année donnée.

soins de santé et des conseils en matière de santé au sein des FAC, et son mandat comporte trois volets :

- fournir des services de santé;
- fournir des capacités pouvant être déployées de services de santé;
- offrir des conseils en matière de santé.

Il incombe au Gp Svc S FC et au méd gén de fournir les services de santé des FAC au personnel des FAC, que ce soit en garnison ou au cours d'un déploiement². La gamme de soins des FAC comprend des services complets de soins de santé médicaux, dentaires et psychiatriques, ainsi qu'une couverture complète des médicaments, offerts à tous les militaires de la Force régulière et ce, de leur enrôlement à leur libération. Elle correspond à un ensemble de principes directeurs bien définis, et elle comporte très peu de limitations de couverture³.

Le personnel du Gp Svc S FC fournit des soins et des traitements en consultation externe dans des centres médicaux et dentaires situés partout au Canada et à l'étranger. Les militaires qui ont besoin de soins prolongés ou additionnels peuvent être adressés à des professionnels civils ou privés. Les coûts des opérations autorisées sont payés par le Gp Svc S FC par l'entremise du SFTDSS, qui est administré par la Croix Bleue Medavie.

En déploiement, le Gp Svc S FC fournit des traitements et des soins en tirant parti des ressources humaines et matérielles de ses cliniques, du quartier général, des ambulances de campagne, des hôpitaux de campagne et du dépôt central de matériel médical. Le soutien aux opérations de déploiement est exclu de la portée de l'évaluation.

Le Gp Svc S FC fournit des conseils en matière de santé à la chaîne de commandement à l'égard de sujets comme les normes médicales et l'aptitude physique et mentale nécessaire pour accomplir certaines tâches, la santé publique et au travail, l'état de préparation et la protection de la santé de la force opérationnelle, les aspects sanitaires de la planification des opérations et le maintien ou l'amélioration du rendement humain⁴.

À l'exception des conseils en matière de santé dentaire offerts par le dentiste militaire en chef, les soins de santé et les conseils sont offerts au sein des FAC sous la direction du méd gén, qui remplit plusieurs fonctions. Le méd gén est le cmdt du Gp Svc S FC et l'autorité fonctionnelle à l'égard de toutes les questions liées aux soins de santé; il accorde des autorisations administratives reliées en tant que directeur général des services de santé.

² Les « soins de santé en garnison » représentent tous les services de soins de santé fournis aux militaires non déployés, que ces services soient fournis sur la base ou à l'extérieur de celle-ci.

³ Gamme de soins : les soins de santé et les services médicaux et dentaires. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-avantages-drogue-couverture/index.page>.

⁴ Rapport du méd gén 2014.

Le Gp Svc S FC est composé de ce qui suit :

- environ 3 900 militaires et fonctionnaires⁵;
- quarante-deux unités et 62 détachements au Canada, ainsi que deux détachements aux États-Unis et quatre en Europe. Cela comprend des centres de services de santé, des détachements dentaires, des ambulances de campagne – unités médicales mobiles –, un hôpital de campagne, deux écoles, un centre de formation sur les traumatismes, deux centres de simulation médicale, un vol d'évacuation aéromédicale, un établissement de recherche et un dépôt de matériel médical.

Il s'agit de l'un des plus importants employeurs de techniciens ambulanciers au Canada et de l'organisation dentaire la plus importante au Canada fondée sur une population de patient unique⁶.

Le Gp Svc S FC dispose d'un quartier général centralisé dans la région de la capitale nationale. Deux formations régionales soutiennent le quartier général du Gp Svc S FC : le 1^{er} Gp Svc S pour la partie ouest du Canada et le 4^e Gp Svc S pour la partie est du Canada. Ces formations gèrent et comblent les besoins nationaux, mettent sur pied une force de services de santé militaires et gèrent l'équipement des opérations de déploiement.

1.2.2 Ressources

Le tableau 2 représente les dépenses du programme des soins de santé offerts aux militaires, la somme des dépenses du MDN et des FAC ainsi que le nombre total de militaires de la Force régulière au cours de la période d'évaluation de sept ans⁷. Au cours de l'AF 2016-2017, les dépenses relatives aux services de santé étaient de 721 477 049 \$. Les dépenses correspondant aux soins de santé offerts aux militaires concernent l'ensemble du programme, y compris les dépenses dans les domaines exclus de la portée de l'évaluation et les dépenses engagées à l'extérieur du Gp Svc S FC⁸.

⁵ RMR, 2015-2016.

⁶ Rapport du méd gén 2014.

⁷ RMR du MDN et des FAC, AF 2010-2011 à 2015-2016, et Rapport sur les résultats ministériels, AF 2016-2017.

⁸ La portée de l'évaluation est décrite ci-dessous, à la section 1.3. Les dépenses relatives aux soins de santé offerts aux militaires en dehors de celles du Gp Svc S FC comprennent, par exemple, la rémunération et les avantages sociaux du personnel militaire, la rémunération et les avantages sociaux de certains civils, les dépenses engagées par d'autres armées des FAC. Certaines des dépenses du Gp Svc S FC ne sont pas incluses en tant que dépenses relatives aux soins de santé offerts aux militaires, y compris les dépenses liées aux biens immobiliers, à la maintenance de l'infrastructure et à d'autres domaines.

	AF 2010-2011	AF 2011-2012	AF 2012-2013	AF 2013-2014	AF 2014-2015	AF 2015-2016	AF 2016-2017
Dépenses relatives aux soins de santé offerts aux militaires (en millions de dollars)	693	711	708,5	698,6	694,7	694,4	721,5
Somme des dépenses du MDN et des FAC (en millions de dollars)	20 298	20 219	19 978	18 764	18 454	18 666	18 606
Militaires de la Force régulière	68 251	68 760	67 686	67 139	66 130	65 879	66 096

Tableau 2. Dépenses relatives aux soins de santé offerts aux militaires, somme des dépenses du MDN et des FAC, nombre de militaires de la Force régulière, AF 2010-2011 à 2016-2017. Ce tableau présente les dépenses liées à l'élément 4.1.8, Personnel militaire – Soins de santé, de l'AHP, les dépenses de l'ensemble des FAC et du MDN, et le nombre total de militaires de la Force régulière pour les AF 2010-2011 à 2016-2017.

1.2.3 Intervenants

Le Gp Svc S FC travaille avec un certain nombre de partenaires et d'intervenants pour fournir des services, des capacités et des conseils, y compris avec toutes les armées de l'Équipe de la défense. Un certain nombre d'intervenants externes sont présentés au tableau 3.

Autres ministères du gouvernement	Anciens Combattants Canada Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada Statistique Canada Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Autres organismes au Canada	Systèmes provinciaux de soins de santé Cliniques et cliniques dentaires privées Associations médicales et dentaires Agrément Canada Commission de l'agrément dentaire du Canada Associations médicales et dentaires provinciales, territoriales et nationales Organismes de réglementation provinciaux et territoriaux (médicaux, dentaires, pharmaceutiques, soins infirmiers, etc. pour les permis d'exercer du personnel) Collège canadien des leaders en santé

Intervenants internationaux	Organisation du traité de l'Atlantique Nord Autres pays alliés
-----------------------------	---

Tableau 3. Liste des intervenants. Ce tableau énumère certains des principaux intervenants externes des soins de santé offerts aux militaires.

1.3 Portée de l'évaluation

1.3.1 Éléments visés

L'évaluation porte sur le programme des soins de santé offerts aux militaires (4.1.8) de l'AHP du MDN qui, tout comme les programmes civils de santé et de mieux-être, correspond au programme 3.3 – Gamme complète des soins de santé de Responsabilité essentielle 3 : Équipe de la défense du nouveau Répertoire des programmes⁹.

L'objectif de l'évaluation est d'examiner la pertinence, l'efficacité et l'efficience des soins de santé et des conseils offerts en garnison aux membres de la Force régulière des FAC pendant les AF 2010-2011 à 2017-2018. Le soutien aux opérations de déploiement est exclu de la portée de l'évaluation, car il a fait l'objet d'une évaluation antérieure¹⁰. En outre, les éléments ci-dessous du programme des soins de santé offerts aux militaires, qui pourraient faire l'objet d'une future évaluation, sont également exclus de la portée de l'évaluation :

- soins de santé offerts aux militaires de la Force de réserve;
- recherche et formation dans le domaine de la santé;
- pertinence et justesse de la gamme de soins, soit la couverture des soins de santé.

La portée de l'évaluation est fondée sur les activités 1 à 3 du modèle logique du programme ([annexe C](#)), c'est-à-dire les conseils, la gouvernance et la planification, la prestation de soins. L'évaluation de l'efficacité du programme a été limitée aux deux facteurs suivants :

- la mesure dans laquelle le Gp Svc S FC dispose de l'autorité et de la gouvernance adéquates pour réaliser son mandat;
- la mesure dans laquelle les soins et les conseils offerts en garnison répondent aux besoins des FAC.

⁹ Le Cadre ministériel des résultats du MDN et des FAC et le Répertoire des programmes sont entrés en vigueur en avril 2018. Le rapport d'évaluation utilise l'expression soins de santé offerts aux militaires pour préciser que le programme civil de santé et de mieux-être est exclu de la portée.

¹⁰ Évaluation du soutien médical aux opérations de déploiement, MDN, 2014. <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-rapports-pubs-verifi-eval/235p0999.page>.

1.3.2 Enjeux et questions

La méthode utilisée pour recueillir les preuves à l'appui des questions de l'évaluation est présentée à l'[annexe B](#). Les questions de l'évaluation et les indicateurs connexes visés par l'évaluation sont présentés à l'[annexe D](#).

2.0 Constatations et recommandations

2.1 Pertinence

Principale constatation 1 : Les membres de la Force régulière des FAC ont besoin d'un accès à des soins de santé.

Il existe un besoin continu et observable de fournir des services de santé aux membres des FAC. Il est essentiel que le personnel soit en santé et en bonne condition physique pour réaliser le mandat des FAC. Comme les membres des FAC ne sont pas inclus dans les régimes de santé provinciaux, il existe un besoin de fournir ces services aux militaires.

Les services de santé, en garnison et durant les opérations, sont nécessaires pour soutenir l'aptitude physique et mentale des militaires. L'aptitude physique et mentale est définie comme étant une personne exempte de maladie et capable d'exercer ses activités de façon efficiente et efficace, de pratiquer des activités de loisir et de faire face à des situations d'urgence¹¹. L'efficacité opérationnelle des FAC exige que chaque militaire veille à être en bonne santé¹².

Comme tous les Canadiens, les membres des FAC ont besoin d'un accès à des services de santé. Cependant, alors que les civils au Canada ont accès à des services de santé grâce aux régimes provinciaux et territoriaux de soins de santé, la *Loi canadienne sur la santé*¹³ exclut explicitement les militaires de ces régimes. En conséquence, il existe un besoin de leur fournir un accès à des services de soins de santé. La majorité des Canadiens ont une couverture d'assurance-maladie additionnelle grâce au programme collectif d'un employeur, d'un syndicat ou d'un ordre professionnel¹⁴. Les services de santé des FAC remplissent les rôles des régimes de santé provinciaux et financés par les employeurs. Ce point est important, car le devoir des membres des FAC, qu'ils soient déployés ou pas, peut entraîner des maladies ou des blessures physiques et mentales qui pourraient exiger des soins spécialisés. Comparé à la majorité de la population canadienne, par exemple, le personnel militaire présente un plus haut taux de dépression et de trouble de stress post-traumatique¹⁵.

Principale constatation 2 : Les soins de santé offerts aux militaires cadrent avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral.

Les soins de santé offerts aux militaires s'harmonisent directement avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral, qui datent de la *Loi constitutionnelle de 1867*. Sous le régime de cette loi, le Parlement est l'autorité législative concernant « [l]a milice, le service

¹¹ Normes médicales (PFC 154), Aptitude physique et mentale, chapitre 2.

¹² Normes médicales (PFC 154), Aptitude physique et mentale, chapitre 2.

¹³ *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C., 1985, ch. C-6, 2 – Définitions. <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/TexteComplet.html>.

¹⁴ Faits sur les assurances de personnes au Canada, édition 2016, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), 2016. <http://clhia.uberflip.com/i/726444-faits-sur-les-assurances-de-personnes-au-canada-2016/0?>

¹⁵ *Protection, Sécurité, Engagement* : La politique de défense du Canada, 2017.

militaire et le service naval, et la défense du pays¹⁶ ». La *Loi sur la défense nationale* établit que le MDN est l'autorité responsable de l'organisation, de l'efficacité et de la bonne administration des Forces canadiennes. Elle ne mentionne pas explicitement que les soins de santé font partie de ces responsabilités, mais un amendement proposé vise à préciser ce point. Subsidièrement, les ORFC établissent que les membres des FAC ont droit à des soins médicaux et dentaires¹⁷.

Principale constatation 3 : Les objectifs des soins de santé offerts aux militaires cadrent avec les priorités ministérielles.

La prestation des soins de santé par le Gp Svc S FC cadre avec les priorités du gouvernement et du MDN dans les mesures suivantes :

- PSE décrit une approche plus inclusive des soins, connue sous le nom Total Health and Wellness. Selon cette politique, le MDN investira 198 millions de dollars pendant une période de plus de dix ans pour mettre en œuvre la stratégie Total Health and Wellness¹⁸. PSE vise à « [a]méliorer le système de santé des [FAC] de manière à ce qu'il réponde aux besoins uniques des militaires en leur offrant des soins [efficaces et] efficaces, qu'ils soient en service au Canada ou à l'étranger¹⁹ ».
- Le plan ministériel 2018-2019 du MDN mentionne un engagement à poursuivre cette orientation de la politique en améliorant le système de santé des FAC, y compris en entreprenant l'augmentation des effectifs des Services de santé de 200 personnes²⁰.

2.2 Efficacité

2.2.1 Mesure dans laquelle le Gp Svc S FC dispose de l'autorité et de la gouvernance adéquates pour réaliser son mandat

Principale constatation 4 : Le méd gén et le dentiste militaire en chef n'ont pas les pouvoirs adéquats pour assumer les responsabilités qui leur incombent en tant que chefs des branches professionnelles des services médicaux et dentaires au sein des FAC et du MDN. Des efforts ont été entrepris pour remédier à la situation depuis un certain temps.

Les pouvoirs du méd gén et du dentiste militaire en chef ne sont pas clairement définis, et même si des modifications ont été proposées à l'égard des ORFC en matière de services médicaux et dentaires, ces modifications n'ont pas encore été approuvées.

Comme il a été décrit dans la principale constatation 2, le système de santé des FAC s'inscrit dans le mandat du gouvernement fédéral et par conséquent, les systèmes de réglementation provinciaux et territoriaux qui régissent la majorité des aspects des soins de santé au Canada ne

¹⁶ *Loi constitutionnelle de 1867*, article 91(7). <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/TexteCompleet.html>.

¹⁷ Ordonnances et règlements royaux, volume 1, chapitres 34 et 35. <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-politiques-normes-directives-ordonnances-reglements-royaux-vol-01/index.page>.

¹⁸ *Protection, Sécurité, Engagement* : La politique de défense du Canada, 2017.

¹⁹ *Protection, Sécurité, Engagement* : La politique de défense du Canada, 2017.

²⁰ Plan ministériel 2018-2019, MDN, 2018. <http://forces.gc.ca/fr/a-propos-rapports-pubs-rapport-plans-priorites/2018-index.page>.

sont pas applicables. Les ORFC énoncent le cadre réglementaire du système des soins de santé des FAC²¹. Cependant, les PRO des postes de direction des services médicaux et dentaires des FAC, c'est-à-dire du méd gén et du dentiste militaire en chef, ne sont pas décrits dans les ORFC ou dans tout autre document législatif ou réglementaire. Certaines politiques et directives des FAC établissent la portée limitée des pouvoirs correspondant à ces postes, comme le pouvoir d'approuver de nouvelles politiques et directives du Gp Svc S FC²². En outre, certaines publications fournissent une description de la structure hiérarchique et organisationnelle du Gp Svc S FC, par exemple de la clinique des Forces canadiennes. Les personnes questionnées ont fait observer que ces publications relatives à la doctrine seront mises à jour dans le cadre de la modernisation du Gp Svc S FC²³.

Des modifications aux ORFC ont été proposées afin d'établir clairement les pouvoirs et les rôles du méd gén et du dentiste militaire en chef, et elles doivent faire l'objet d'un examen juridique de la Section de la réglementation de la Défense nationale. Les modifications proposées permettraient d'accorder un pouvoir juridique explicite au méd gén et au dentiste militaire en chef afin qu'ils remplissent leurs fonctions. Notamment, elles leur accorderaient les pouvoirs suivants :

- autoriser le personnel à exécuter des activités cliniques qui pourraient être restreintes par certaines lois et certains règlements provinciaux;
- instaurer des normes et des politiques professionnelles et cliniques qui s'appliquent au personnel exécutant des tâches cliniques au sein des FAC, peu importe leur rapport de commandement au Gp Svc S FC;
- établir des normes de rendement professionnelles et cliniques qui sont imposées aux entrepreneurs civils fournissant des services de santé aux FAC²⁴.

Le personnel du Gp Svc S FC souligne que les modifications sont à présent entre les mains de la Section de la réglementation de la défense nationale du ministère de la Justice, et qu'il est actuellement difficile de les faire avancer.

Recommandation du SMA(Svcs Ex)

1. Établir officiellement des PRO pour le méd gén et le dentiste militaire en chef.

BPR : Cmdt COMPERSMIL

BC : Gp Svc S FC

²¹ ORFC chapitres 34 et 35.

²² Élaboration des documents des politiques et directives du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, Instruction Gp Svc S FC 2600-02, MDN, 2015.

²³ RX 2000 : La clinique des Forces canadiennes, MDN.

²⁴ ORFC 34 : justification des modifications, MDN (document interne), 2015.

Principale constatation 5 : Le Gp Svc S FC a certains mécanismes en place pour assurer la sécurité et la qualité des services, mais il serait possible d'en faire davantage pour maintenir les efforts et surveiller l'efficacité des services.

La sécurité et la qualité des services offerts par le Gp Svc S FC sont assurées de diverses façons : programmes et comités internes de gestion, validation externe par l'entremise d'un organisme indépendant à but non lucratif, Agrément Canada.

Il existe plusieurs comités au sein du Gp Svc S FC qui assurent la sécurité et la qualité des services de santé. Par exemple, il incombe au conseil clinique du méd gén d'émettre des recommandations au méd gén à l'égard des normes cliniques et de l'assurance de la qualité²⁵. Il existe également un conseil clinique dentaire semblable. Le comité consultatif sur la qualité et la sécurité des patients aide les dirigeants du Gp Svc S FC à superviser et à assurer la qualité et la sécurité des services de santé offerts à l'échelle de l'organisation. Il fournit également une supervision et une orientation à l'égard du programme de sécurité des patients et de la qualité des services de santé des FC²⁶. Ce programme contribue à des soins en matière de sécurité de qualité supérieure et « mise sur les activités qui favorisent l'excellence et l'innovation par l'intermédiaire d'initiatives d'amélioration, la priorisation d'une culture axée sur la sécurité de nos patients, la conformité totale avec les normes de soins internes et externes, ainsi que la mesure de la qualité des soins²⁷ ».

Malgré ces comités et ces programmes, le Gp Svc S FC a de la difficulté à soutenir des activités d'amélioration et d'assurance de la qualité, et à veiller à ce que tous les comités se rencontrent régulièrement et qu'ils s'acquittent de leurs mandats. Par exemple, le comité consultatif sur la qualité et la sécurité des patients n'a tenu aucune réunion depuis 2016 en raison du besoin de revoir son mandat et de réévaluer ses membres. Cette tâche a été remise à plus tard à la suite d'un conflit de priorités. Le personnel du Gp Svc S FC souligne que le programme de qualité et de sécurité des patients éprouve des difficultés à maintenir et à faire évoluer les services de façon à ce qu'ils restent conformes aux normes du système de santé civil depuis la perte de personnel responsable de la qualité et de la sécurité des patients au cours d'une période de réductions budgétaires ministérielles.

Le Gp Svc S FC ne surveille pas suffisamment la réussite des initiatives de sécurité et de qualité en raison de difficultés persistantes liées au système de mesure du rendement – se reporter à la principale constatation 7. Le Gp Svc S FC a reconnu cet enjeu et il a récemment créé une direction de la qualité et du rendement, qui regroupe et qui élabore des vérifications et des programmes d'évaluation cliniques, des enquêtes spéciales, des mesures du rendement, ainsi que des mesures relatives à l'amélioration de la qualité, à la sécurité des patients et à la gestion des risques. Cette ressource additionnelle n'est pas encore en place, car elle dépend de la croissance prévue dans le cadre de la modernisation des services de santé des FC.

Agrément Canada est un organisme externe indépendant qui évalue les services de soins de santé en fonction des normes établies en matière de qualité des soins de santé. Cet organisme évalue

²⁵ Mandat. Conseil Clinique du méd gén.

²⁶ Mandat. Comité consultatif sur la qualité et la sécurité des patients.

²⁷ Bureau de la qualité et de la sécurité des patients. <http://cmp-cpm.mil.ca/fr/sante/personnel-praticiens/qualite-securite-patients>.page Date de consultation : 23 avril 2018.

les cliniques selon huit dimensions de la qualité : accent sur la population, accessibilité, sécurité, milieu de travail, services centrés sur l'utilisateur, continuité des services, pertinence et efficacité. Dans un rapport de 2017, Agrément Canada a conclu que les cliniques du Gp Svc S FC sont conformes entre 81 % et 100 % aux huit dimensions, et il a accordé l'agrément au système de santé des FAC²⁸.

Dans un rapport de 2013, Agrément Canada a mentionné que le Gp Svc S FC avait besoin de « poursuivre l'élaboration de mesures normalisées des résultats cliniques qui peuvent être rapportées et comparées à l'échelle de l'unité et entre les unités. Cela permettra d'établir des indicateurs pertinents cliniquement et d'accroître la possibilité de tirer parti de certaines des pratiques exemplaires qui sont utilisées à certaines bases²⁹ ». Le rapport de 2017 d'Agrément Canada a souligné des progrès à cet égard :

Des analyses de recherche et la recension des écrits sont utilisées pour relever les pratiques exemplaires et élaborer des lignes directrices sur la pratique clinique destinées aux fournisseurs de soins. Les résultats et les produits font l'objet d'une surveillance dans le cadre d'un processus de vérification clinique³⁰.

Plus particulièrement, le Gp Svc S FC entame l'exécution d'une vérification clinique des traitements de la lombalgie dans les cliniques des FAC afin d'évaluer la conformité aux normes et l'uniformité entre les cliniques. Cet audit fournira des renseignements à l'égard de l'efficacité en permettant au Gp Svc S FC de déterminer si les cliniciens utilisent des pratiques exemplaires et l'incidence de celles-ci sur les ressources. Par exemple, le Gp Svc S FC pourra établir la norme, ou la pratique exemplaire, qui doit être appliquée lorsqu'un patient devrait recevoir une demande pour consultation d'imagerie diagnostique, et il pourra déterminer dans quelle mesure les demandes de consultation réelles sont conformes à la norme. Après cet audit initial à l'égard de la lombalgie, le Gp Svc S FC compte mener d'autres audits à l'égard d'autres enjeux de santé importants, selon la capacité de la direction de la qualité et du rendement.

Principale constatation 6 : La documentation relative aux politiques et aux directives des FAC en matière de santé n'est pas exhaustive et à jour.

Les entrevues et les examens de document menés dans le cadre de l'évaluation ont révélé quelques lacunes dans la documentation relative aux politiques et aux directives en matière de santé, et le besoin de mettre à jour la majorité des documents existants.

Les politiques et les directives relatives aux soins de santé des FAC sont établies dans divers documents dont l'ensemble est appelé « politiques » aux fins de l'évaluation. Ces documents respectent l'ordre hiérarchique de préséance suivant :

- Lois du Parlement (p. ex., *Loi sur la défense nationale*)

²⁸ Agrément Canada, rapport d'agrément, 25 juillet 2017.

²⁹ Rapport d'agrément – Groupe des Services de santé des Forces canadiennes. Agrément Canada. 26 novembre 2013.

³⁰ Agrément Canada, rapport d'agrément, 25 juillet 2017.

- Règlements (p. ex., ORFC)
- Ordres (p. ex., Directives et ordonnances administratives de la défense [DOAD])
- Instructions du QGDN (p. ex., instruction du personnel militaire des Forces canadiennes [Instr Pers Mil FC], instruction des Services de santé)
- Documents relatifs aux politiques et aux directives du Gp Svc S FC.

Ces politiques devraient être tenues à jour, mais il arrive souvent qu'elles ne le soient pas. Les DOAD et les politiques du Gp Svc S FC doivent être revues au moins tous les cinq ans, alors que l'Instr Pers Mil FC doit être revue chaque année³¹. Cependant, un nombre important de celles-ci ont été revues pour la dernière fois il y a plus de cinq ans, y compris les 10 DOAD et 16 des 17 Instr Pers Mil FC relevant du Gp Svc S FC³². Il est important de souligner qu'une revue n'entraîne pas nécessairement une révision; donc, il est possible que certaines de ces politiques soient à jour malgré l'absence de révision.

En revanche, les politiques du Gp Svc S FC semblent plus à jour. Environ deux tiers de ces documents ont été révisés au cours des cinq dernières années³³. Cependant, la mise à jour de ces politiques est variée. Par exemple, plus de 60 % de la série 1000 – politiques en matière de soins dentaires – datent d'il y a plus de cinq ans.

Un bon exemple du besoin de politique à jour est le domaine de la prévention du suicide. L'O AFC sur la prévention du suicide de 1996 n'a pas été mise à jour malgré les recommandations des rapports des comités d'experts de 2010 et de 2016³⁴. La Stratégie conjointe de prévention du suicide des FAC et d'Anciens Combattants Canada établit que l'une des mesures à prendre est la mise à jour de la politique, et la date cible à cet égard est 2019³⁵.

En plus du besoin de mettre à jour les instruments de politique existants, les entrevues et l'examen des documents ont révélé une nécessité d'établir de nouvelles politiques là où des lacunes existent. Voici deux exemples :

- **Pouvoirs** : Comme il a été mentionné à la principale constatation 4, des modifications seront apportées à la structure hiérarchique du Gp Svc S FC dans le cadre de la modernisation en cours. Une tentative de révision des ORFC est en cours pour établir les pouvoirs du méd gén et du dentiste militaire en chef. Les politiques du Gp Svc S FC,

³¹ Cadre stratégique de la gestion du personnel militaire, FAC, DOAD 1000-7, 2017; Vérification des documents de politiques et de directives du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, Instruction Gp Svc S FC 2600-09, 2013; intranet du MDN/des FAC.

³² DOAD relevant du COMPERSMIL dont le Gp Svc S FC est le point de contact, et Instr Pers Mil FC dont le Gp Svc S FC est le BPR. Source : site Web et intranet des FAC et du MDN.

³³ Selon un échantillon aléatoire de 160 politiques en vigueur sur 470; indice de confiance de 95 % et intervalle de confiance de ± 6 %. Source : intranet des FAC et du MDN.

³⁴ Rapport du Comité d'experts des Forces canadiennes sur la prévention du suicide, MDN, 2010; Rapport du Comité d'experts sur la santé mentale de 2016 : Prévention du suicide dans les Forces armées canadiennes, MDN, 2017.

³⁵ Stratégie conjointe de prévention du suicide des Forces armées canadiennes et d'Anciens Combattants Canada : Annexe, 2017. (<https://www.canada.ca/content/dam/dnd-mdn/documents/reports/2017/strategie-conjointe-prevention-suicide-fac-acc.pdf>).

comme la 3100-04 portant sur l'organisation et le rôle du Groupe, font actuellement l'objet d'une revue et ne peuvent pas être consultées. Une description de la structure hiérarchique est présentée dans certains documents, comme « La clinique des Forces canadiennes », mais cette publication relative à la doctrine date d'il y a plus de dix ans et les entrevues ont révélé qu'elle avait également besoin d'une mise à jour considérable dans le cadre de l'initiative de modernisation en cours³⁶.

- **CERM** : les CERM constituent le moyen utilisé par les professionnels de la santé pour informer la chaîne de commandement de toute contrainte relative à la capacité d'un militaire d'exécuter ses tâches et de remplir ses fonctions pour des raisons médicales. Selon Normes médicales applicables aux FC, « [o]n ne saurait trop insister sur l'importance de préciser clairement des CERM³⁷ ». Il existe quelques politiques concernant les CERM, mais la publication des normes médicales mentionne cinq instructions relatives aux CERM qui sont en cours d'élaboration³⁸. À ce jour, il n'existe aucune instruction établissant des normes minimales à l'égard de la clarté et du caractère opportun des CERM. Comme il est mentionné à la principale constatation 10, le caractère opportun, la clarté et la cohérence des CERM sont une source de préoccupation pour bon nombre de cmdt d'unités qui doivent prendre des mesures par rapport aux renseignements fournis dans les CERM.

Les entrevues ont révélé qu'en raison de contraintes liées à la charge de travail et à la nature spécialisée des politiques relatives aux services de santé, le Gp Svc S FC a une capacité limitée d'établir de nouvelles politiques et de réviser les politiques existantes. Le Gp Svc S FC compte corriger cette question en matière de capacité dans le cadre de son initiative de modernisation, mais la capacité demeurera un enjeu à court terme.

Recommandation du SMA(Svcs Ex)

2. Terminer l'ensemble des politiques, des directives et des instructions relatives aux CERM. Examiner tous les autres sujets de politiques pour relever d'autres besoins urgents de création ou révision de politiques, et établir un plan pour terminer rapidement celles-ci.

BPR : Gp Svc S FC

Principale constatation 7 : Il n'y a pas de système de mesure du rendement officiel entièrement opérationnel.

Il est nécessaire de mettre en œuvre un système de mesure du rendement fonctionnel à l'égard de l'ensemble de la gouvernance et de la gestion des services de santé des FAC. Les examens antérieurs et la présente évaluation ont permis de conclure que ce système, y compris les données de mesure du rendement recueillies par le système, doit être amélioré. Ainsi, le programme des

³⁶ RX 2000 : La clinique des Forces canadiennes, MDN.

³⁷ Instruction du SMA(RH-Mil) 11/04 : Aptitude physique et mentale pour le service, MDN, 2004.

³⁸ Normes médicales applicables aux Forces armées canadiennes (PFC 154), MDN, chapitre 4.

soins de santé offerts aux militaires n'a toujours pas de PIR définitif, conformément aux exigences énoncées dans la Politique sur les résultats du Secrétariat du Conseil du Trésor (2016).

Une vérification des soins de santé des FAC par le SMA(Svcs Ex) en 2014 a permis de conclure que le rapport des données de mesure du rendement était principalement ponctuel et que la majorité des données étaient incomplètes et insuffisantes pour appuyer une prise de décision³⁹. De même, le rapport de 2017 d'Agrément Canada mentionne le besoin d'améliorer la mesure du rendement, et il encourage le Gp Svc S FC à « insister davantage sur la mesure du rendement au moyen de l'élaboration, de la surveillance et de l'évaluation d'indicateurs à toutes les installations ».

À la suite de la vérification du SMA(Svcs Ex), le Gp Svc S FC a rapporté que son cadre de mesure du rendement a continué d'évoluer, mais que cette évolution est ralentie par une capacité limitée et par le désordre entraîné par la récente transition au Cadre ministériel des résultats. Des modèles logiques et des indicateurs provisoires ont été élaborés relativement aux programmes du Gp Svc S FC. Cependant, l'examen des documents et les entrevues ont confirmé qu'il y a une absence continue de mesures du rendement fondées sur des données probantes dans le cadre de la mise en œuvre, de la gestion et de l'exécution globales du système de santé des FAC. Plus particulièrement, un cadre de gestion du rendement fondé sur les objectifs stratégiques du système de santé à l'échelle du commandement du Gp Svc S FC et de la direction générale des services de santé est toujours en cours d'élaboration.

Le Gp Svc S FC n'a pas un système de renseignements assez efficace pour soutenir la mesure du rendement relativement aux programmes de services cliniques. Le Système d'information sur la santé des Forces canadiennes et son équivalent en matière de santé dentaire, soit le Système d'information dentaire, étaient à l'avant-garde de la tenue des dossiers médicaux au Canada lors de leur mise en service en 1999. Toutefois, ces systèmes n'ont pas été conçus en tenant compte de l'analyse statistique ou du recoupement avec d'autres ensembles de données ou d'autres instruments d'enquête. Les entrevues avec le personnel du Gp Svc S FC ont permis de conclure que des améliorations et des avancées dans des technologies semblables ont dépassé les capacités du Système d'information sur la santé des Forces canadiennes, et qu'il est maintenant considéré comme désuet. Dans le cadre de l'évaluation, il a été tenté sans succès d'extraire des données de mesure du rendement de ces systèmes. Leur remplacement par un système moderne pourrait, entre autres, combiner les renseignements médicaux et dentaires, améliorer l'accès aux soins de santé, soutenir la prise de décision clinique selon des pratiques exemplaires aux points d'intervention, et simplifier l'analyse de données pour appuyer la prise de décisions⁴⁰.

³⁹ 2014, SMA(CS Ex), Vérification des Services de santé des Forces canadiennes (Svc S FC) <http://www.crs-csex.forces.gc.ca/reports-rapports/pdf/2014/p0988-fra.pdf> Date de consultation : 10 mai 2017.

⁴⁰ Environnement numérique de la santé : aperçu de projet. Préparé par le Gp Svc S FC. 9 septembre 2016.

Un système de mesure du rendement officiel est également nécessaire pour soutenir les rapports ministériels dans le cadre de la nouvelle politique sur les résultats. Des PIR sont nécessaires pour tous les programmes mentionnés dans le CRM. Actuellement, le programme de la Gamme complète des soins de santé, qui comprend les soins de santé offerts aux militaires, n'a pas de PIR officiel.

Recommandation du SMA(Svcs Ex)

3. Élaborer et mettre en œuvre un cadre de mesure du rendement pour le système de santé des FAC, y compris terminer le PIR de la Gamme complète des soins de santé, qui constitue une compilation des indicateurs de rendement à l'égard de l'ensemble des activités du programme.

BPR : Cmdt COMPERSMIL

Recommandation du SMA(Svcs Ex)

4. Affecter des ressources humaines et autres à la mesure du rendement. Une fois le PIR terminé, relever les questions liées à la disponibilité des données et élaborer un plan pour combler les lacunes.

BPR : Gp Svc S FC

2.2.2 Mesure dans laquelle les soins et les conseils offerts en garnison répondent aux besoins des FAC

Principale constatation 8 : Dans l'ensemble, les membres des FAC, leur cmdt et leur cmdt B/Ere sont satisfaits des soins de santé et des conseils reçus.

Des sondages menés auprès des cmdt, des cmdt B/Ere et des membres des FAC en général indiquent que la majorité d'entre eux sont satisfaits des conseils et des soins de santé reçus de la part du Gp Svc S FC. Les patients, c'est-à-dire les personnes ayant reçu des services de santé, semblent plus satisfaits que les fournisseurs de soins de santé.

La satisfaction des FAC à l'égard des services de santé a été évaluée au moyen de trois sondages : deux sondages exécutés par le Gp Svc S FC et un sondage exécuté dans le cadre de l'évaluation. Le Sondage sur la santé et les habitudes de vie (SISHV) est un sondage quadriennal des FAC exécuté par le Directeur – Protection de la santé des forces au sein du Gp Svc S FC; il met l'accent sur l'état de santé et il comporte quelques questions sur l'utilisation des soins de santé. Le sondage le plus récent date de l'AF 2013-2014. Le deuxième sondage du Gp Svc S FC est le questionnaire sur l'expérience du patient (QEP) effectué durant l'AF 2017-2018 auprès des patients consultant une unité médicale ou dentaire des FAC. Pour obtenir le point de vue des personnes occupant des postes de commandement, un sondage auprès des cmdt

et des cmdt B/Ere a été effectué dans le cadre de l'évaluation. Des renseignements quant à la méthodologie de ce sondage sont présentés à l'[annexe B](#).

Dans l'ensemble, les sondages ont révélé que la majorité des répondants étaient satisfaits des soins médicaux, dentaires et psychiatriques offerts par le Gp Svc S FC. Comme le montre le diagramme ci-dessous, les cmdt et les cmdt B/Ere sont pour la plupart satisfaits de la prestation des soins de santé à l'égard de leurs unités. Le SISHV et le QEP indiquent tous deux que, dans l'ensemble, plus de 80 % des répondants étaient satisfaits des services de santé reçus⁴¹. Les résultats les plus faibles en soins de santé mentale relevés par le sondage des cmdt et des cmdt B/Ere ne sont pas reflétés dans les sondages de la population des FAC.

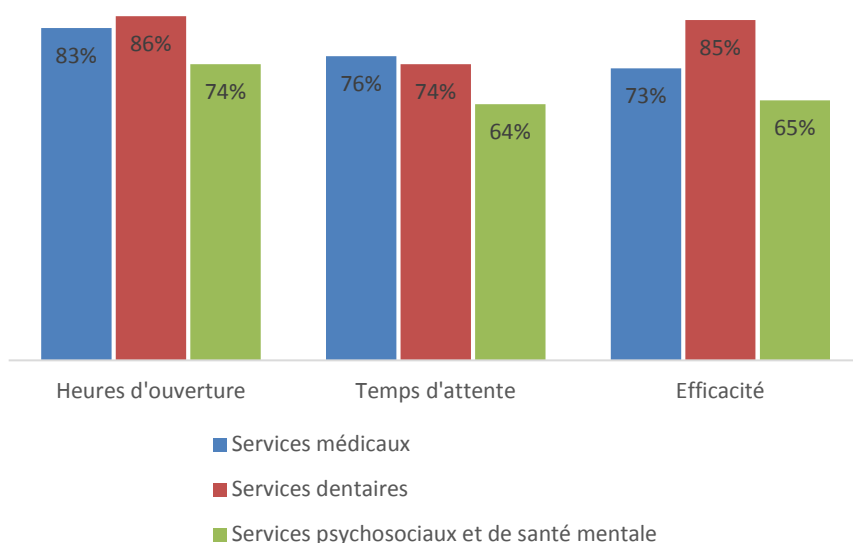


Figure 1. Satisfaction à l'égard des heures d'ouverture, du temps d'attente et de l'efficacité des services de soins de santé. Ce diagramme montre le pourcentage de cmdt et de cmdt B/Ere questionnés qui sont en accord ou très en accord avec les énoncés suivants : 1) les heures d'ouverture sont adéquates; 2) le temps d'attente est acceptable; 3) les services sont efficaces dans la mesure où ils améliorent la santé ou la disponibilité opérationnelle.

Il semble que les patients sont plus satisfaits que les fournisseurs de soins de santé. Selon l'ensemble des questions de sondage, les répondants du COMPERSMIL étaient les moins satisfaits comparativement à tous les organismes de niveau 1. La majorité des répondants du COMPERSMIL étaient des membres du personnel du Gp Svc S FC.

En plus des soins de santé, le sondage effectué auprès des cmdt et des cmdt B/Ere comportait des questions à l'égard des conseils reçus de la part du Gp Svc S FC. La majorité des répondants,

⁴¹ SISHV : 82,2 % des membres de la Force régulière ont répondu que la qualité des Svc S FC dans l'ensemble était bonne, très bonne ou excellente. QEP : 91,1 % des patients ont répondu qu'ils étaient plutôt satisfaits ou entièrement satisfaits des services de soins primaires, psychologiques ou dentaires reçus au cours des trois derniers mois.

dans l'ensemble des sous-groupes, s'entendent sur le fait que le Gp Svc S FC leur offre des conseils et du soutien pour réduire au minimum les risques de blessure relatifs à l'instruction et aux activités professionnelles. Une grande partie des cmdt B/Ere, en particulier, s'entend sur le fait que le Gp Svc S FC comprend bien le travail de l'unité. Une source de préoccupation, particulièrement pour les cmdt, était la communication concernant les militaires malades ou blessés. Ce point est abordé plus en détail dans la principale constatation 10.

Principale constatation 9 : Le temps d'attente, vraisemblablement entraîné par un manque d'effectifs, est une source de préoccupation pour certains membres des FAC.

En dépit de la satisfaction à l'égard des services de santé globaux décrite à la principale constatation précédente, de nombreux membres des FAC ont des préoccupations relativement au temps d'attente pour des rendez-vous de soins de santé. Comme le temps d'attente des FAC semble lié au manque d'effectifs, le Gp Svc S FC compte améliorer l'attraction et le maintien de l'effectif pour contribuer à la réduction progressive du temps d'attente. La nouvelle politique de défense porte à croire que l'effectif du Gp Svc S FC augmentera considérablement au cours des prochaines années. Toutefois, l'ampleur, la nature et la suffisance de cette augmentation ne sont pas connues à ce jour.

Les données relatives à la satisfaction par rapport au temps d'attente sont partagées, mais elles sont généralement inférieures à celles relatives à la satisfaction envers d'autres aspects des soins de santé. Selon un sondage des militaires de la Force régulière, environ 50 % de ceux-ci ont répondu être satisfaits du temps d'attente relatif aux rendez-vous chez le médecin et chez le dentiste, et 25 % des répondants ont une opinion neutre⁴². En revanche, un autre sondage effectué auprès des membres des FAC indique que les répondants s'entendent majoritairement sur le fait qu'ils peuvent obtenir un rendez-vous dans des délais raisonnables⁴³. La cause de cette divergence n'est pas claire, mais celle-ci pourrait être attribuable au fait que le deuxième sondage incluait des répondants de la Force de réserve – comparativement au SISHV destiné seulement à la Force régulière – ou au fait que les choix de réponses offerts étaient différents. Le sondage effectué auprès des cmdt et des cmdt B/Ere dans le cadre de l'évaluation indique une plus grande satisfaction à l'égard du temps d'attente pour des soins médicaux qu'à l'égard de celui pour des soins dentaires ou psychiatriques. Environ les trois quarts des cmdt et des cmdt B/Ere s'entendent sur le fait que le temps d'attente pour des soins médicaux est acceptable, mais les cmdt B/Ere étaient considérablement moins satisfaits par le temps d'attente pour des soins dentaires et psychiatriques, étant donné que seulement près de 50 % ont répondu qu'il était acceptable⁴⁴.

⁴² Le SISHV indique que 50 % des membres de la Force régulière sont satisfaits du temps d'attente relatif à un ennuie de santé ordinaire, continu ou non urgent, que 27 % sont neutres, alors que moins de 50 % (43 %) sont satisfaits du temps d'attente pour des rendez-vous de soins dentaires non urgents et 27 % sont neutres. SISHV, 2014.

⁴³ Le QEP indique que 84 % des membres des FAC ont répondu qu'ils étaient capables d'obtenir un rendez-vous dans des délais raisonnables.

⁴⁴ Sondage effectué auprès des cmdt et des cmdt B/Ere : 76 % ont répondu que le temps d'attente pour des soins médicaux était acceptable, sans écart important entre les réponses des cmdt et des cmdt B/Ere. En ce qui concerne les soins dentaires et psychologiques, les cmdt B/Ere sont considérablement moins susceptibles de répondre que le

Les résultats du sondage à l'égard du temps d'attente ne peuvent pas être corroborés par le temps d'attente réel. À part quelques exceptions, par exemple dans le cas des services de santé mentale, le Gp Svc S FC n'assure actuellement pas le suivi du temps d'attente relatif aux rendez-vous⁴⁵. Cependant, les données du SISHV portent à croire que le temps d'attente pourrait être supérieur pour les membres des FAC que pour les civils canadiens. Le SISHV permet de conclure que plus de la moitié des membres de la Force régulière ont attendu deux semaines et plus pour un rendez-vous relatif à un ennui de santé ordinaire, continu ou non urgent comparativement à une période d'attente de deux jours pour la moyenne des Canadiens⁴⁶. Le temps d'attente des FAC n'a guère changé entre les AF 2008-2009 et 2013-2014, selon les deux SISHV les plus récents. Près des trois quarts, soit 73 %, ont attendu deux semaines ou plus pour des ennuis dentaires non urgents. Cependant, ces données sont communiquées par les répondants eux-mêmes; il serait souhaitable que le Gp Svc S FC intègre des mesures du temps d'attente dans son système de mesure du rendement.

L'une des sources de préoccupation principales, selon les répondants au sondage destiné aux cmdt et aux cmdt B/Ere, est le temps d'attente pour rencontrer des spécialistes – comme des spécialistes dentaires et des psychologues –, ainsi que pour la revue des malades et les examens médicaux du personnel navigant. Les répondants ont signalé que le temps d'attente prolongé peut entraîner la perturbation d'une journée de travail ou une incapacité d'être déployé, et qu'il peut nuire à l'efficacité des unités. Cela peut poser problème particulièrement pour l'Aviation royale canadienne (ARC), car il existe une directive imposant une interdiction de vol au personnel navigant qui n'effectue pas son évaluation de santé bisannuelle dans les délais impartis⁴⁷. Selon les répondants, cela entraîne souvent des retards de vols ou un manque d'effectif pendant les vols.

Un certain nombre d'études externes aux FAC ont établi une corrélation entre le temps d'attente pour des services de soins de santé et des résultats défavorables sur la santé, y compris le décès⁴⁸. Cependant, une étude de Statistique Canada a conclu que le risque de décès, toutes causes confondues, est plus faible au sein des FAC que pour la population canadienne en général⁴⁹. Si le temps d'attente nuit à la santé des membres des FAC, il n'y a aucune preuve à cet égard du point de vue de la mortalité. L'incidence sur la morbidité des patients ou sur la rapidité du retour à un bon état de santé médical ou dentaire est inconnue.

De nombreuses personnes questionnées en entrevue ou par sondage dans le cadre de l'évaluation, ainsi que l'examen d'Agrément Canada, ont établi un lien entre ces périodes d'attente et un

temps d'attente est acceptable (test du chi carré, $\alpha = 0,05$) : 54 % ont répondu que le temps d'attente pour des soins dentaires est acceptable, et 46 % ont répondu que le temps d'attente pour des soins psychologiques est acceptable.

⁴⁵ Les mesures du temps d'attente ou de l'accessibilité sont actuellement suivies pour les services de soins psychologiques et de physiothérapie.

⁴⁶ SISHV.

⁴⁷ Directive AMA 100-01 : Normes médicales applicables au personnel navigant des FC, MDN, 2014.

⁴⁸ Prentice Julia C, Pizer Steven D, dir. « Delayed access to health care and mortality ». *Health Services Research*, 2007; « The Effect of Wait Times on Mortality in Canada », Barua, Nadeem Esmail, et Jackson, Taylor, Institut Fraser, 2014.

⁴⁹ Étude du cancer et de la mortalité chez les membres des Forces canadiennes : causes de décès. Statistique Canada, 2011.

manque d'effectifs au sein du Gp Svc S FC⁵⁰. Encore une fois, les entrevues menées dans le cadre de l'évaluation et les examens antérieurs ont permis de conclure que le recrutement et le maintien des effectifs constituaient l'une des principales difficultés, notamment en raison des exigences administratives⁵¹. Au cours des trois années menant à l'AF 2015-2016 (trois années dont les données sont disponibles), l'ensemble de l'effectif militaire et civil au sein du Gp Svc S FC a connu une baisse de 7 %, tombant à 3 901⁵². Un lien causal peut être établi entre ce facteur et l'augmentation de l'utilisation de fournisseurs de soins de santé civils externes, comme il est mentionné à la principale constatation 11.

Le manque d'effectifs a été lié à d'autres difficultés que le temps d'attente. Par exemple, les répondants du sondage destiné aux cmdt et aux cmdt B/Ere ont souligné que les services médicaux sont souvent indisponibles ou insuffisants sur place, et que cela entraîne le besoin de se déplacer pour obtenir des services médicaux, ce qui perturbe la journée de travail ou les opérations. Certains répondants ont également mentionné que le Gp Svc S FC n'a pas la capacité de répondre aux besoins opérationnels particuliers des unités à disponibilité opérationnelle élevée.

Le Gp Svc S FC a reconnu un manque d'effectif dans plusieurs groupes professionnels, dont les médecins militaires, les pharmaciens et les travailleurs sociaux, et il a trouvé des solutions potentielles d'attrait et de maintien des effectifs pour combler ces manques⁵³. À long terme, l'amélioration du système de santé des FAC est l'une des initiatives prioritaires de la nouvelle politique de défense, y compris par l'augmentation des effectifs des Services de santé de 200 personnes⁵⁴.

Recommandation du SMA(Svcs Ex)

5. Rédiger un rapport destiné au CPM montrant les progrès réalisés pour atteindre les objectifs à l'égard de tous les groupes professionnels en manque d'effectif. En ce qui concerne les groupes professionnels à l'égard desquels les progrès sont insuffisants, le rapport devrait décrire la façon dont les stratégies de recrutement et de maintien de l'effectif seront modifiées pour remédier à la situation.

BPR : Gp Svc S FC

Principale constatation 10 : La communication entre le personnel des unités et du Gp Svc S FC, par exemple à l'égard des CERM, pourrait être améliorée.

⁵⁰ Agrément Canada, rapport d'agrément, 25 juillet 2017.

⁵¹ Évaluation du soutien médical aux opérations de déploiement, MDN, 2014; Vérification des Services de santé des Forces canadiennes, (Svc S FC), MDN, 2014; Rapport d'agrément : Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, Agrément Canada, 2017.

⁵² RMR 2013-2014 à 2015-2016, MDN.

⁵³ Attraction et maintien de l'effectif des Services de santé des Forces canadiennes. Présentation au CPM. 22 mars 2016.

⁵⁴ *Protection, Sécurité, Engagement* : La politique de défense du Canada, MDN, 2017.

Il existe une préoccupation à l'égard de l'insuffisance des consultations et de la communication entre le Gp Svc S FC et les cmdt et les cmdt B/Ere. Plus particulièrement, les répondants du sondage destiné aux cmdt et aux cmdt B/Ere ont mentionné des ennuis liés à la qualité et à la fréquence de la communication entre les médecins militaires et les cmdt. Selon les répondants, les cliniciens ne fournissent pas une rétroaction rapide quant aux évaluations médicales aux cmdt et aux cmdt B/Ere, et une quantité minimale ou inexistante de renseignements additionnels ou de précisions sont fournis lors de l'accord d'un congé médical. Ce manque de communication peut nuire aux unités et au retour à la base des militaires. Les répondants du sondage ont exprimé une préoccupation particulière à l'égard du manque de communication avec la chaîne de commandement dans le cadre du processus d'attribution de CERM.

La majorité, soit 58 % des répondants du sondage destiné aux cmdt et aux cmdt B/Ere sont satisfaits de la rapidité et de la clarté des CERM, mais il s'agit du facteur faisant l'objet du plus faible taux de satisfaction. De nombreux répondants ont affirmé que les CERM n'étaient pas rapides et qu'il était nécessaire de normaliser le processus. Il est possible que l'absence de lignes directrices officielles (principale constatation 6) donne aux répondants l'impression que les CERM sont imprécises, floues et incohérentes d'une base à l'autre. De nombreux répondants ont mentionné qu'il semblait n'y avoir aucune méthode normalisée d'attribution de CERM, et que les CERM individuelles étaient parfois troublantes ou contradictoires. De plus, certains répondants pensent que les CERM sont inadéquates ou qu'elles comprennent trop de contraintes, et ils pensent que cela découle du fait que le personnel médical ne comprend pas parfaitement les besoins des militaires et des unités, ce qui entraîne des abus potentiels du système.

Il est toutefois impossible de déterminer si ces perceptions sont exactes. Les cmdt, les responsables du personnel et les dirigeants des FAC en général ne reçoivent aucune formation ou instruction quant à la façon de gérer des questions de personnel courantes liées à la maladie ou aux blessures. En dehors de la publication Normes médicales PFC 154, il existe peu d'instructions sur la façon d'exercer cette importante responsabilité de commandement. Vu ce manque d'information, il est compréhensible qu'une importance démesurée soit accordée à la clarté des CERM et des congés de maladie.

Le Gp Svc S FC et les unités ont besoin d'un processus organisationnel de rapport plus officiel afin de veiller à ce que les cmdt et les cmdt B/Ere reçoivent des impressions et des précisions rapides et suffisantes à l'égard des évaluations médicales et des CERM. Les répondants du sondage ont mentionné le besoin d'un engagement plus proactif de la part le Gp Svc S FC, et de communication et de contacts plus directs et réguliers entre les médecins militaires et les cmdt et les cmdt B/Ere. Les répondants ont également souligné le besoin d'un bon équilibre entre les restrictions relatives à la vie privée des patients et la communication ou les impressions transmises à la chaîne de commandement pour diminuer le nombre de restrictions opérationnelles injustifiées. Le manque d'effectifs et le recours accru à des fournisseurs de soins sous contrat à court terme ou à temps partiel pourraient également constituer des facteurs contribuant à ces enjeux de CERM et de communication.

Recommandation du SMA(Svcs Ex)

2. Voir la recommandation 2 relative à la principale constatation 6.

BPR : Gp Svc S FC

2.3 Efficience et économie

Principale constatation 11 : Les dépenses relatives aux soins de santé offerts aux militaires ont augmenté légèrement, à la fois en dollars et par rapport à la somme des dépenses du MDN, pendant la période visée.

Les dépenses du MDN à l'égard des soins de santé offerts aux militaires ont augmenté légèrement au cours de la période d'évaluation de sept ans, à la fois en dollars et en pourcentage des dépenses totales. Cette augmentation est faible comparativement à celle des coûts liés aux soins de santé à l'échelle nationale.

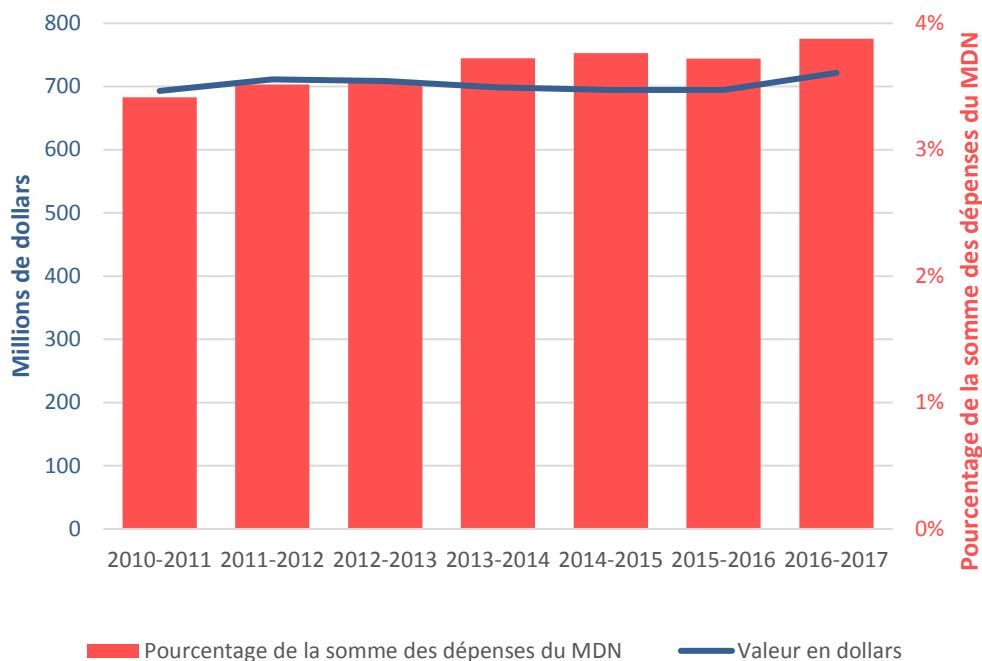


Figure 2. Dépenses relatives aux soins de santé des FAC, valeur en dollars et pourcentage de la somme des dépenses ministérielles, AF 2010-2011 à 2016-2017. Cette figure illustre les dépenses à l'égard des soins de santé offerts aux militaires, sous-sous-programme 4.1.8 de l'AHP, en dollars et en pourcentage de la somme des dépenses du Ministère, pour les AF 2010-2011 à 2016-2017.

Le MDN a dépensé 721,5 millions de dollars en soins de santé au cours de l'AF 2016-2017, une augmentation de 4 % par rapport aux dépenses de l'AF 2010-2011 – se reporter à la figure 2⁵⁵. Au cours de la même période, la taille des FAC a diminué : les dépenses totales ont diminué de 8 %, et le nombre de membres de la Force régulière a diminué de 3 %. Par conséquent, les dépenses à l'égard des soins de santé offerts aux militaires représentent maintenant une plus grande part des dépenses engagées par le MDN et les FAC.

Toutefois, l'augmentation relative aux soins de santé des FAC est faible par rapport à l'augmentation des coûts à l'extérieur des FAC. L'augmentation annuelle des dépenses relatives aux services de santé des FAC au cours de la période visée est d'en moyenne 0,7 %, un pourcentage beaucoup plus faible que la moyenne de 3,3 % de l'augmentation annuelle des dépenses relatives aux services de santé à l'échelle nationale au cours de la même période⁵⁶.

L'ensemble de l'augmentation en dollars des dépenses en santé des FAC est attribuable aux paiements de fournisseurs civils de services de santé par l'entremise du SFTDSS. Ces paiements, représentant une somme de 14 millions de dollars en 2016-2017, ont augmenté de 1/3 depuis 2010-2011; toutes les autres dépenses relatives aux services de santé mises ensemble ont diminué de 1 % au cours de la même période⁵⁷. Cela étaye les commentaires des personnes questionnées en entrevue selon lesquels le Gp Svc S FC a compensé le manque interne d'effectifs en utilisant davantage les fournisseurs externes.

Principale constatation 12 : Il n'y a pas suffisamment de données pour tirer des conclusions à l'égard du rapport coût-efficacité des services de santé des FAC en raison d'ennuis liés aux codes financiers et de l'absence d'un point de référence satisfaisant. Le Gp Svc S FC a réussi à mettre en œuvre des mesures de réduction des coûts, mais il pourrait y avoir des lacunes relativement aux paiements des fournisseurs civils de soins de santé.

Il était impossible d'évaluer le rapport coût-efficacité des services de santé des FAC. Le Gp Svc S FC a mis en œuvre certaines mesures qui réduiront vraisemblablement les coûts à long terme. Cependant, un autre examen a relevé des transactions potentiellement à haut risque avec des fournisseurs civils de soins de santé.

Des examens antérieurs de l'efficacité des soins de santé des FAC ont donné des résultats variés. Dans un rapport de 2007, le vérificateur général a mentionné que le système de santé des FAC dépensait près du double de la moyenne canadienne par personne⁵⁸. En conséquence, le Gp Svc S FC a commandé une étude qui a conclu qu'en estimant seulement les services

⁵⁵ Données financières du MDN concernant le sous-sous-programme 4.1.8 – Personnel militaire – Soins de santé, de l'AHP.

⁵⁶ Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017 : Tableaux de données, Série A, Institut canadien d'information sur la santé, 2017. Les données de cette source sont fondées sur des années civiles plutôt que sur des années financières en ce qui concerne les dépenses du MDN. Les dépenses de 2016 et de 2017 sont des prévisions.

⁵⁷ Rapport consultatif sur la gestion de l'information dans le cadre du contrat relatif au SFTDSS, MDN, à venir.

⁵⁸ Chapitre 4 Les soins de santé offerts aux militaires – Défense nationale. Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes, 2007.

comparables, les services des FAC coûtaient légèrement moins chers que les soins fournis aux citoyens canadiens par les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux⁵⁹.

Dans le cadre de l'évaluation, une tentative de comparer les coûts des services de santé des FAC à ceux d'autres organismes semblables a été effectuée. Une telle comparaison n'a pas été possible en raison des limitations de la comptabilité actuelle et des différences entre les points de comparaison.

Les données financières des soins de santé offerts aux militaires ne sont pas disponibles dans un format permettant le calcul du rapport coût-efficacité. Même si le Gp Svc S FC conçoit des plans financiers divisant les coûts par activités, les codes financiers actuels ne reflètent pas les activités correspondant à des dépenses données⁶⁰. Il serait souhaitable que le Gp Svc S FC envisage la possibilité d'intégrer des domaines d'activités dans les diagrammes de comptabilité.

Les différences entre les points potentiels de comparaison ont également nui à l'évaluation du rapport coût-efficacité. Les facteurs ci-dessous, par exemple, rendent difficile une comparaison à des soins de santé civils canadiens :

- **Gamme de soins** : les soins de santé des FAC comprennent presque tous les traitements et les opérations nécessaires, y compris les médicaments d'ordonnance et en vente libre, et des soins dentaires complets. Donc, cette couverture va au-delà de celle offerte à de nombreux civils par les assurances provinciales et privées⁶¹.
- **Activités additionnelles** : les soins de santé des FAC comprennent un certain nombre d'activités qui ne sont pas incluses dans les soins de santé civils. D'abord, les systèmes de soins civils et militaires existent tous deux pour satisfaire les besoins de leur population de patients, mais les soins de santé des FAC doivent en plus contribuer à l'efficacité opérationnelle⁶². Cette deuxième raison d'être exige un certain nombre d'activités qui ne sont pas comprises dans les soins de santé civils, y compris des évaluations d'aptitude physique et mentale, la communication et la collaboration avec des cmdt d'unité à propos des besoins en santé des militaires, et d'autres programmes et activités de conseil. Ensuite, le Gp Svc S FC est responsable de certaines activités, comme l'éducation et la recherche, qui ne sont pas nécessairement considérées comme étant des dépenses du système de soins de santé dans un contexte civil de soins de santé.
- **Étendue géographique** : parmi les 14 systèmes de soins de santé au Canada, celui des FAC se classe au 11^e rang du point de vue de la taille de la population de patients, mais il est le premier du point de vue de l'étendue géographique, car les services de santé des FAC sont offerts partout au pays et à l'étranger. L'étendue géographique a une incidence

⁵⁹ Analyse comparative des coûts des services de soins de santé des FC. Services-conseils du gouvernement, 15 octobre 2009.

⁶⁰ Les catégories d'activités de la planification financière du Gp Svc S FC comprennent entre autres le soutien direct aux opérations, les soins médicaux, les soins dentaires, les soins psychologiques, et l'instruction et la formation.

⁶¹ Garanties, admissibilité, administration, et l'accès aux soins de santé, MDN, 2017.

<http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-avantages-drogue-couverture/garanties-admissibilite-administration-acces.page>.

⁶² Normes médicales applicables aux Forces armées canadiennes (PFC 154), MDN, chapitre 4.

sur le nombre de cliniques nécessaire par patient, sur les dépenses relatives au transport et aux déplacements, et sur d'autres coûts. Il s'agit de l'une des principales raisons pour lesquelles les territoires présentent les coûts par patient les plus élevés au Canada⁶³.

En dépit de l'impossibilité d'évaluer le rapport coût-efficacité, l'évaluation constate que le Gp Svc S FC a mis en œuvre des mesures qui mènent à une réduction des coûts à long terme. En favorisant la prévention, ces mesures en santé sont susceptibles de réduire les coûts futurs relatifs aux soins de santé découlant de maladies ou de blessures qui ont pu être évitées. Voici quelques exemples de ces programmes :

- **Énergiser les Forces** : ce programme de promotion de la santé des FAC vise à permettre aux membres des FAC d'accroître leur contrôle et d'améliorer leur santé et leur bien-être⁶⁴. Des études sur des programmes de promotion de la santé en dehors des FAC ont établi que ces programmes apportaient souvent des avantages, y compris une réduction des coûts relatifs aux soins de santé et une augmentation du rendement l'emportant sur les coûts du programme⁶⁵.
- **En route vers la préparation mentale (RVPM)** : le programme RVPM vise à accroître la reconnaissance des signes de détresse et à encourager un accès rapide à des ressources en fournissant au personnel des FAC les connaissances et les habiletés nécessaires pour gérer les demandes du service militaire, y compris les déploiements. Le Directeur général – Recherche et analyse (Personnel militaire) des FAC mène actuellement une épreuve de contrôle aléatoire pour évaluer l'efficacité du programme RVPM, mais il est prouvé que des programmes semblables ont été rentables au Canada et à l'étranger⁶⁶.

À l'inverse de ces mesures de réduction des coûts, l'analyse des données du MDN a relevé certains facteurs potentiels à haut risque relatifs aux services de santé. L'analyse, effectuée à l'égard de données de facturation de services de fournisseurs externes de soins de santé payés par le SFTDSS, a détecté les éléments suivants⁶⁷ :

- **transactions à haut risque** : un nombre important de transactions à haut risque potentielles a été relevé, y compris ce qui semble être des transactions effectuées en double ou mal codées, des coûts excédant les montants maximaux attribués, et des transactions pour des personnes non admissibles;
- **différences relatives aux coûts des traitements** : les montants engagés pour des services varient considérablement d'un endroit à l'autre; en Ontario, les tarifs sont en

⁶³ Services de santé dans le Nord canadien : y a-t-il optimisation des ressources? Young, TK, Chatwood, S, et Marchildon, GP. *Politique de santé*, 12(1) : 59-70, 2016; et *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017*. Institut canadien d'information sur la santé, 2017, (<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex2017-trends-report-fr.pdf>).

⁶⁴ Énergiser les Forces : le programme de promotion de la santé des FAC <http://cmp-cpm.mil.ca/fr/sante/membres-fac/promotion-sante.page>.

⁶⁵ Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, <https://www.cchst.ca/topics/wellness/promotion/index.html>; et L'intérêt économique d'investir dans la santé publique et les DSS, <https://www.cpha.ca/fr/linteret-economique-dinvestir-dans-la-sante-publique-et-les-dss>.

⁶⁶ La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada. Commission de la santé mentale du Canada.

⁶⁷ Rapport consultatif sur la gestion de l'information dans le cadre du contrat relatif au SFTDSS, MDN, à venir.

moyenne deux fois plus élevés que les tarifs établis par le gouvernement provincial pour les civils recevant le même traitement.

Ces paiements excédentaires constituent une source de préoccupation particulière, car les dépenses du SFTDSS représentent une part de plus en plus élevée des dépenses totales relatives aux services de santé – se reporter à la principale constatation 11. Le rapport consultatif présentant les constatations susmentionnées a recommandé au Gp Svc S FC d'améliorer les capacités d'analyse des données et de renforcer les mesures de contrôle interne.

Annexe A – Plan d'action de la direction

Principale constatation 4 : Le méd gén et le dentiste militaire en chef n'ont pas les pouvoirs adéquats pour assumer les responsabilités qui leur incombent en tant que chefs des branches professionnelles des services médicaux et dentaires au sein des FAC et du MDN. Des efforts ont été entrepris pour remédier à la situation depuis un certain temps.

Recommandation du SMA(Svcs Ex)

1. Établir officiellement des PRO pour le méd gén et le dentiste militaire en chef.

Action prise par la direction

Le cmdt COMPERSMIL estime que l'établissement de PRO pour le méd gén et le dentiste militaire en chef constitue une priorité élevée. On reconnaît que la résolution de cette question de PRO et d'autres questions connexes de prestation de services, comme il est énoncé dans bon nombre de plans d'action de la gestion, repose essentiellement sur un examen approfondi et une modification des ORFC connexes (ORFC 34 et 35). À mesure que de nouveaux PRO sont établis pour les services de santé des Forces canadiennes (Svc S FC), le rapport coût-efficacité et d'autres facteurs de qualité sont définis correctement pour le personnel principal, y compris pour le méd gén, le dentiste militaire en chef et les cmdt des Scv S FC.

Les modifications des ORFC sont devenues une priorité élevée et elles seront effectuées selon une approche progressive, comme suit :

Étape 1 – Collecte de données et coordination : les Svc S FC ont déjà entamé cette étape et ils auront des documents pertinents prêts à être revus selon un ordre de priorité établi.

Date cible : septembre 2018

Étape 2 – Analyse des ORFC et définition d'un plan de rédaction : d'ici décembre 2018, un analyste désigné du COMPERSMIL provenant de la nouvelle Division des politiques du COMPERSMIL entamera un examen approfondi des ORFC dans le but de fournir un plan de rédaction privilégié.

Date cible : mai 2019

Étape 3 – Modernisation de la structure des Svc S FC selon les PRO connexes : ordonnée par le CEMD et en cours. L'harmonisation des nouveaux PRO aux modifications d'ORFC sera effectuée pendant toutes les étapes, le cas échéant. La structure modernisée devrait être mise en œuvre au cours des deux prochaines AF, et des dates précises ont été fixées pour les postes prioritaires dès la période annuelle des affectations (PAA) de 2019. La mise en œuvre de la modernisation globale correspondra à l'achèvement des ORFC.

Date cible : automne 2020

Nota : le COMPERSMIL a recueilli les renseignements et les documents principaux quant aux efforts actuellement déployés par le Gp Svc S FC pour tenter d'établir l'ordre de priorité des modifications des ORFC et de préciser les PRO des principaux postes, et par la même occasion les obligations du Gp Svc S FC par rapport à la prestation de services de santé à tout le personnel admissible. Ces documents fondamentaux clés mis à jour permettront de définir clairement les PRO du méd gén et du dentiste militaire en chef, et de mettre en place les conditions requises pour le renouvellement de nombreuses politiques secondaires nécessaires pour orienter le Gp Svc S FC par rapport à la réalisation globale du mandat établi. Tout aussi importants l'un que l'autre, le renouvellement des ORFC et la clarification de toute question importante relative aux PRO appuieront les efforts de modernisation soutenus du Gp Svc S FC, et ils seront appuyés par ces derniers.

Le nouvel organisme de rédaction de politiques instauré dans la structure du JAG soutiendra le processus interne au cours de toutes les étapes. Les détails restent vagues mais il est prévu que le fonctionnement de cette nouvelle section soit semblable à celui de la section de la réglementation de la Défense nationale qui a été retirée du MDN et des FAC par le ministère de la Justice, laissant peu de capacité de rédaction au sein du MDN.

BPR : Cmdt COMPERSMIL

Principale constatation 6 : La documentation relative aux politiques et aux directives des FAC en matière de santé n'est pas exhaustive et à jour.

Principale constatation 10 : La communication entre le personnel des unités et du Gp Svc S FC, par exemple à l'égard des CERM, pourrait être améliorée.

Recommandation du SMA(Svcs Ex)

2. Terminer l'ensemble des politiques, des directives et des instructions relatives aux CERM. Examiner tous les autres sujets de politiques pour relever d'autres besoins urgents de création ou révision de politiques, et établir un plan pour terminer rapidement celles-ci.

Action prise par la direction

Le Gp Svc S FC est responsable de fournir des soins de santé aux membres des FAC admissibles, de maintenir une capacité pouvant être déployée de prestation de soins de santé et d'offrir des conseils au cmdt en matière de facteurs médicaux relatifs à l'emploi. Le rapport d'évaluation du SMA(Svcs Ex) a relevé des lacunes dans les politiques du Gp Svc S FC et dans la communication relative aux CERM avec la chaîne de commandement. Voici les mesures prévues pour corriger ces points faibles :

- Le Gp Svc S FC engagera un médecin à plein temps avec une expérience en médecine militaire afin de mettre à jour et de tenir à jour les politiques et les règlements concernant les catégories médicales et les CERM, plus particulièrement celles mentionnées dans le PFC 154. Ce document de politiques peut être consulté en ligne par tous les fournisseurs, les militaires et la chaîne de commandement, et il constitue le fondement du système de catégories et de CERM des FAC. Date cible : décembre 2018.

- Le Gp Svc S FC a un groupe de travail sur les politiques composé des principaux décideurs de toutes les directions. Les Svc S FC comptent augmenter la fréquence des réunions du groupe de travail, soit trimestrielles au lieu de semestrielles, afin d'établir un ordre de priorité, de coopérer et de synchroniser l'élaboration des politiques des Svc S FC d'une façon systématique, en tenant compte des besoins des FAC et en tenant aussi compte de l'incidence ou de la portée clinique. La première réunion trimestrielle devrait avoir lieu en septembre 2018.
- Le Gp Svc S FC renforcera l'effectif responsable des politiques afin de satisfaire aux demandes de gestion des politiques des Svc S FC et des intervenants externes. Date cible : juillet 2020.
- Le Directeur – Politique de santé (D Pol San) du Gp Svc S FC tiendra des téléconférences toutes les deux semaines avec les méd gén des bases et d'autres cliniciens principaux afin de fournir des mises au point opportunes à l'égard des modifications des politiques et des CERM. Ces téléconférences donneront également au D Pol San l'occasion de s'informer sur les enjeux ou les préoccupations sur le plan tactique et d'effectuer des analyses qui influenceront l'élaboration des politiques relatives aux soins de santé. Date cible pour le début des téléconférences : septembre 2018.
- Le Gp Svc S FC (D Pol San) exécutera des visites d'aide d'état-major à toutes les cliniques des FAC pour fournir de l'instruction d'appoint à tous les cliniciens et aux unités concernées à l'égard de l'attribution adéquate de CERM et de la communication connexe, et pour fournir une formation stratégique aux unités soutenues localement à l'égard des normes médicales, des CERM, du système de catégories et de communication entre les superviseurs et les cliniciens. Date cible pour le début des visites d'aide d'état-major : avril 2019.
- Le Gp Svc S FC (D Pol San) élaborera un plan de communication à l'égard des politiques en santé pour les dirigeants des FAC et pour l'ensemble des membres des FAC. Celui-ci sera fondé sur les modifications des politiques relatives aux soins de santé, sur la sensibilisation générale à l'égard des politiques relatives aux soins de santé, sur la formation concernant les moyens d'employer sans encombre et efficacement des militaires avec des CERM et de communiquer efficacement avec le militaire et le conseiller médical concerné. Date cible : mars 2019.

BPR : Gp Svc S FC

Date cible : juillet 2020

Principale constatation 7 : Il n'y a pas de système de mesure du rendement officiel entièrement opérationnel.

Recommandation du SMA(Svcs Ex)

3. Élaborer et mettre en œuvre un cadre de mesure du rendement pour le système de santé des FAC, y compris terminer le PIR de la Gamme complète des soins de santé, qui constitue une compilation des indicateurs de rendement à l'égard de l'ensemble des activités du programme.

Action prise par la direction

La Stratégie intégrée du méd gén en matière de santé de 2017 a établi sept priorités stratégiques en santé; l'une d'elles est d'appliquer des mesures du rendement et d'en tirer parti pour fournir des instruments de prise de décision qui sont utiles à tous les niveaux du Gp Svc S FC, de la chaîne de commandement et du personnel des FAC. Nous reconnaissons également que pour fournir des services de santé avec efficacité et efficacie, il faut une capacité solide et intégrée de mesure du rendement, d'amélioration de la qualité, d'examen de l'utilisation, d'évaluation et de gestion des risques. Le récent examen de la gouvernance du Gp Svc S FC a révélé une absence de structure et un manque de capacité à remplir et à intégrer les fonctions de façon efficace, ainsi que des enjeux à l'égard de la disponibilité des données et de la capacité d'analyse des données pour soutenir la mesure du rendement. Ces constatations ont aidé à former le plan de modernisation.

En tant qu'initiative de modernisation d'avant-garde, la directive de mise sur pied stratégique pour l'instauration d'une direction de la qualité et du rendement a été récemment approuvée, et elle a pour objectif d'intégrer et d'améliorer la capacité du Gp Svc S FC de surveiller et d'améliorer son rendement en tant que système de santé militaire, mais également de montrer la voie en ce qui concerne la mise en place d'une culture organisationnelle de qualité, de sécurité et de rendement fondée sur les activités cliniques. La mise en place de cette direction sera effectuée en cinq étapes : la première, soit la désignation d'un directeur intérimaire pour établir une capacité opérationnelle initiale, est terminée. La deuxième, soit la dotation de la capacité opérationnelle initiale, est en cours.

Le Gp Svc S FC a une capacité actuelle très limitée pour attribuer des ressources humaines ou autres à la mesure du rendement, comme il est recommandé. La mise en œuvre complète de la recommandation est liée à la réussite de la mise en place de la direction de la qualité et du rendement, et elle dépend de l'appui des postes supplémentaires nécessaires. Le calendrier de la mise en œuvre devrait s'étendre au-delà de deux ans.

Il existe une version actuelle du PIR pour le programme 3.3, Gamme complète des soins de santé. Celui-ci ne reflète pas les changements qui seront nécessaires à la suite de l'examen de la gouvernance C142 qui n'est pas terminé. Comme mesure provisoire – fondée seulement sur le personnel actuel responsable de la mesure du rendement –, le Gp Svc S FC travaillera avec le cmdt du COMPERSMIL et le personnel du chef de programme afin de se conformer aux exigences et aux calendriers établis par le chef de programme à l'égard de l'élaboration du PIR. Cela comprend le travail dirigé par le chef de programme au cours de l'été 2018 en vue de confirmer les segments, de terminer l'harmonisation financière à ces segments et de vérifier la méthodologie des indicateurs avant le 1^{er} avril 2019. Ces segments font partie de la version actuelle du PIR.

Date cible : segments, harmonisation financière et vérification de la méthodologie – automne 2018, selon les directives du chef de programme à l'égard de la version actuelle. Une révision approfondie sera nécessaire lorsque l'examen de la gouvernance C142 et la documentation du cadre de mesure du rendement seront terminés et que des directives concernant les niveaux 0 et 1 auront été fournies. La révision initiale devrait avoir lieu en septembre 2019, selon les exigences énoncées dans le C142.

BPR : Cmdt COMPERSMIL

Date cible : septembre 2019

Principale constatation 7 : Il n'y a pas de système de mesure du rendement officiel entièrement opérationnel.

Recommandation du SMA(Svcs Ex)

4. Affecter des ressources humaines et autres à la mesure du rendement. Une fois le PIR terminé, relever les questions liées à la disponibilité des données et élaborer un plan pour combler les lacunes.

Action prise par la direction

La Stratégie intégrée du méd gén en matière de santé de 2017 a établi sept priorités stratégiques en santé; l'une d'elles est d'appliquer des mesures du rendement et d'en tirer parti pour élaborer, valider et mettre en œuvre un cadre de mesure du rendement qui cadre avec l'Objectif Quadruple et qui fournit des instruments de prise de décision qui sont utiles à tous les niveaux du Gp Svc S FC, de la chaîne de commandement et du personnel des FAC.

- Le Gp Svc S FC, par l'entremise de la nouvelle direction de la qualité et du rendement, promulguera une directive initiale visant à intégrer et à renforcer la capacité du Gp Svc S FC de surveiller et d'améliorer son rendement en tant que système de santé militaire. Date cible : juillet 2018.
- Le Gp Svc S FC élaborera une stratégie fondée sur le rendement qui met l'accent sur la qualité des soins, la sécurité et le rendement au moyen de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes. Date cible : décembre 2020.

BPR : Gp Svc S FC

Date cible : juillet 2020

Principale constatation 9 : Le temps d'attente, vraisemblablement entraîné par un manque d'effectifs, est une source de préoccupation pour certains membres des FAC.

Recommandation du SMA(Svcs Ex)

5. Rédiger un rapport destiné au CPM montrant les progrès réalisés pour atteindre les objectifs à l'égard de tous les groupes professionnels en manque d'effectif. En ce qui concerne les groupes professionnels à l'égard desquels les progrès sont insuffisants, le rapport devrait décrire la façon dont les stratégies de recrutement et de maintien de l'effectif seront modifiées pour remédier à la situation.

Action prise par la direction

Même si le temps d'attente ne reflète pas le degré d'accès aux soins des membres des FAC ou la qualité des soins qu'ils reçoivent, il peut refléter l'efficacité des moyens de prestation de soins de santé. Dans l'ensemble, le temps d'attente des FAC est supérieur à celui d'autres endroits au Canada, et le manque d'effectifs en soins de santé est considéré comme un facteur contribuant au

temps d'attente élevé. Pour combler les lacunes du point de vue de l'effectif, le Gp Svc S FC compte :

- définir les besoins de renseignements – en dehors des rapports existants, comme l'Examen annuel des groupes professionnels militaires et le Plan de recrutement stratégique – pour produire le rapport recommandé; date cible : octobre 2018;
- établir des examens trimestriels des stratégies de recrutement et de maintien des effectifs pour les structures des groupes professionnels militaires en détresse, qui comprennent les difficultés relatives au recrutement et au maintien des effectifs et qui décrivent les mesures entreprises pour surmonter ces difficultés; les examens seront présentés aux dirigeants du Gp Svc S FC par le Directeur – Personnel des Services de santé, en présence du conseiller des structures des groupes professionnels militaires; date cible du premier examen : septembre 2018;
- mettre en place un groupe de travail en collaboration avec le groupe de recrutement des Forces canadiennes pour concevoir de futures campagnes de recrutement ciblant des fournisseurs de soins de santé; date cible : juillet 2020.

BPR : Gp Svc S FC

Date cible : juillet 2020

Annexe B – Méthodologie et limitations de l'évaluation

1.0 Méthodologie

1.1 Aperçu des méthodes de collecte de données

Les constatations de l'évaluation s'appuient sur l'analyse et sur la triangulation de multiples sources de données. Les méthodes de collecte de données ont été choisies en fonction des données requises pour tenir compte des indicateurs de rendement. L'équipe d'évaluation a eu recours aux méthodes de collecte de données ci-dessous pour recueillir des données qualitatives et quantitatives :

- examen des documents et recension des écrits;
- entrevue avec des informateurs clés;
- analyse financière;
- sondage.

1.2 Renseignements sur les méthodes de collecte de données

1.2.1. Examen des documents et recension des écrits

L'examen des documents et la recension des écrits a relevé des tendances et des enjeux clés à l'égard de la pertinence et du rendement des soins de santé offerts aux militaires. L'examen des documents a porté sur les documents du programme particulier aux soins de santé offerts aux militaires, dont les DOAD, les politiques, les plans, les rapports, les directives et les ordonnances. En plus des documents relatifs au programme, d'autres documents d'ordre général pertinents dans le cadre des soins de santé offerts aux militaires ont été examinés. Cela comprend les ORFC, les rapports sur les plans et priorités ou les plans ministériels, les rapports ministériels sur le rendement et les rapports sur les résultats ministériels, le discours du Trône, la *Loi canadienne sur la santé* et la *Loi sur la défense nationale*. L'examen des documents a également porté sur des documents externes comme des rapports de recherche en santé, des revues médicales, et d'autres rapports ou site Web militaires.

1.2.2 Entrevue avec des informateurs clés

L'équipe a reçu en entrevue des employés du MDN et des membres des FAC qui jouent un rôle essentiel dans la prestation des soins de santé offerts aux militaires. Les entrevues se sont révélées des sources importantes de renseignements qualitatifs permettant d'appuyer l'évaluation de la pertinence et du rendement du programme. Des entrevues ont été menées auprès des personnes suivantes :

- les officiers principaux du **Gp Svc S FC**;
- le personnel d'état-major du **Gp Svc S FC**;
- le personnel du Gp Svc S du **Gp Svc S FC**;
- le personnel des cliniques du **Gp Svc S FC**;

- le personnel des cliniques dentaires du **Gp Svc S FC**;
- le personnel des ambulances de campagne du **Gp Svc S FC**.

1.2.3. Analyse financière

L'équipe a examiné les données financières relatives aux soins de santé offerts aux militaires afin d'évaluer l'efficacité et la rentabilité du programme. Les données financières des AF 2010-2011 à 2016-2017 ont été tirées du système financier du MDN et des FAC.

1.2.4 Sondage du SMA(Svcs Ex)

Un sondage a été élaboré en collaboration avec le Gp Svc S FC afin de mesurer la satisfaction des cmdt et des cmdt de bases ou d'escadre (B/Ere) à l'égard des soins offerts en garnison à leurs unités et des conseils reçus de la part du personnel des services de santé. Au total, 315 personnes y ont participé, représentant un taux de participation approximatif de 41 %. Les réponses ont été pondérées quant aux armées et aux fonctions, p. ex., cmdt B/Ere par rapport à cmdt, afin de soutenir le caractère représentatif des résultats du sondage.

Les unités de la Force de réserve et les unités en déploiement ont été exclues de la portée du sondage.

Les réponses ont été analysées selon le type de base⁶⁸, le grade, le commandement, ainsi que de la façon dont les répondants s'étaient identifiés, à savoir comme cmdt d'unité ou cmdt B/Ere.

2.0 Limitations

Limitation	Stratégie d'atténuation
Possibilité que les personnes questionnées fournissent des renseignements tendancieux et ne présentent que les côtés positifs de leur programme.	Une comparaison a été établie entre les personnes reçues en entrevue et d'autres personnes du même organisme ou du même groupe, ainsi que des renseignements d'autres sources, comme des documents et des dossiers.
Manque d'information sur la mesure du rendement.	L'évaluation comprenait la recherche de renseignements quantitatifs et qualitatifs auprès de multiples sources afin de déterminer le rendement du programme. Cependant, les données de mesure du rendement de ce programme étaient limitées. Les données obtenues ont été complétées par la collecte de données primaires effectuée par le Directeur général – Environnement.

⁶⁸ Les bases ont été regroupées selon les catégories suivantes : rurale, éloignée, périurbaine ou urbaine, conformément à l'APS-110.

Collecte antérieure de données.	En raison de retards dans le cadre de l'évaluation, certaines collectes de données, comme les entrevues, ont été effectuées deux ans avant la publication du rapport. Toutes les mesures ont été prises pour veiller à ce que les données fournies dans le présent rapport soient à jour.
---------------------------------	---

Tableau B-1. Limitations de l'évaluation et stratégies d'atténuation. Liste des limitations de l'évaluation et description des stratégies d'atténuation correspondantes.

Annexe C – Modèle logique

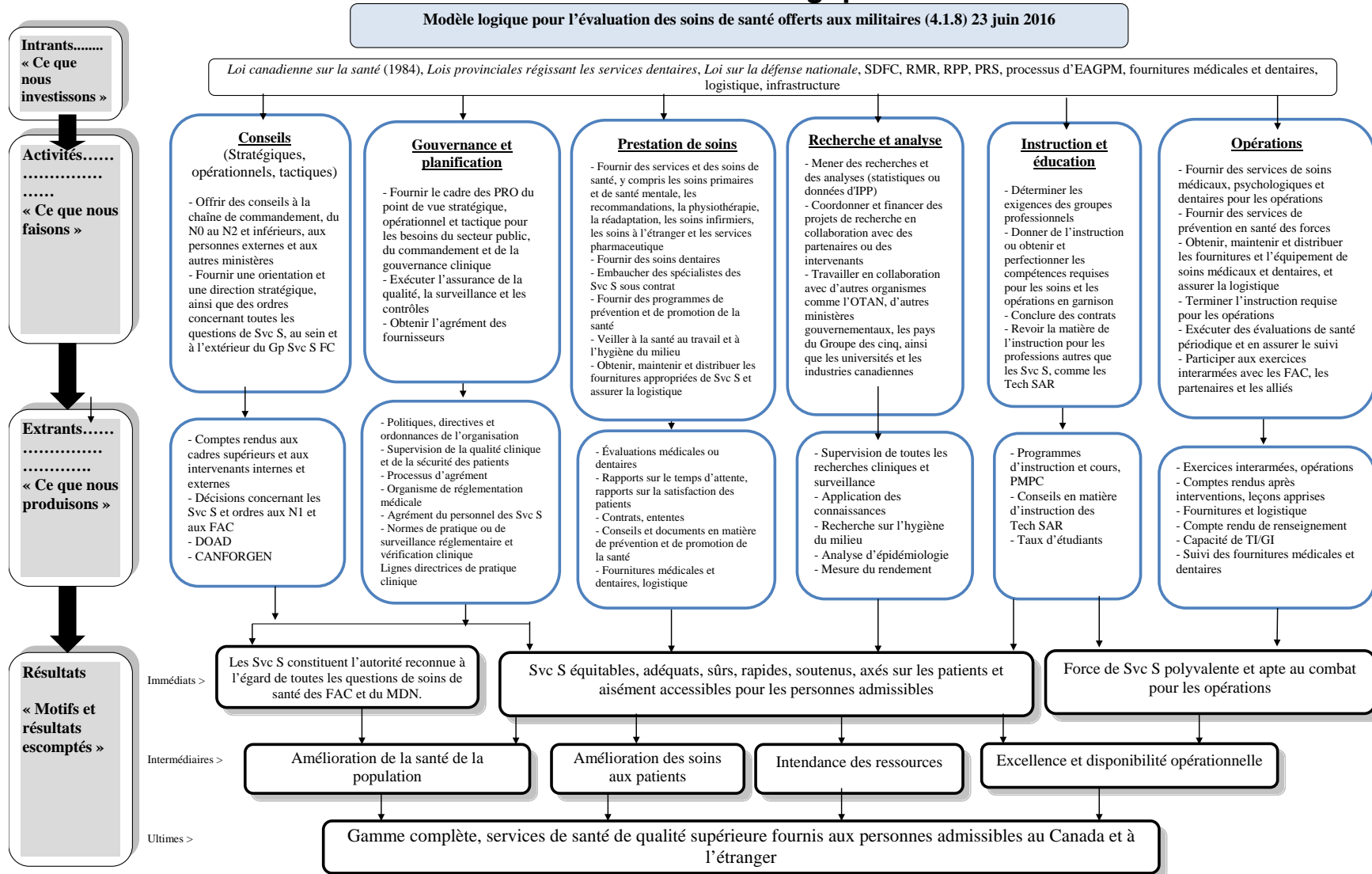


Figure C-1. Modèle logique du programme des soins de santé offerts aux militaires. Ce diagramme montre les liens entre les principales activités du programme, ses extrants et les résultats escomptés.

Annexe D – Matrice d'évaluation

Matrice d'évaluation des soins de santé offerts aux militaires – 11 août 2016

Questions et indicateurs liés au rendement (fondés sur les résultats des soins de santé offerts aux militaires)

Enjeux et questions à évaluer	Indicateurs	Numéro de la constatation
Pertinence		
1.1 Dans quelle mesure existe-t-il un besoin continu pour les services de santé des FAC?	1.1.1 Exigences opérationnelles existantes des FAC et DOAD exigeant des services de soins médicaux, dentaires ou psychologiques	1
1.2 Dans quelle mesure le gouvernement fédéral a-t-il un rôle et une responsabilité en matière de prestation des services de santé des FAC?	1.2.1 Lois et dispositions législatives existantes énonçant les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	2
1.3 Dans quelle mesure les services de santé des FAC cadrent-ils avec les priorités du gouvernement et du Ministère?	1.3.1 Données appuyant l'harmonisation avec les priorités établies dans les déclarations du ministre de la Défense, la lettre de mandat et PSE	3
	1.3.2 Données appuyant l'harmonisation avec les priorités établies dans le plan ministériel et le rapport ministériel sur les résultats du MDN	3

Enjeux et questions à évaluer	Indicateurs	Numéro de la constatation
Efficacité		
2.1 Les Svc S FC ont-ils l'autorité et la gouvernance adéquates pour s'acquitter de leur mandat?	2.1.1 Mesure dans laquelle le méd gén et le dentiste militaire en chef ont les pouvoirs réglementaires nécessaires au sein des FAC et du MDN pour remplir leurs principales fonctions	4
	2.1.2 Mesure dans laquelle la structure de la gouvernance permet aux Svc S FC d'atteindre leurs objectifs	5
	2.1.3 Des politiques et des directives en matière de santé ont été élaborées, mises à jour et diffusées	6
	2.1.4 Mesure dans laquelle le Gp Svc S FC a un système de mesure du rendement adéquat en place	7
2.2 Dans quelle mesure les soins offerts en garnison répondent-ils aux besoins des FAC?	2.2.1 Les membres des FAC sont satisfaits des soins de santé reçus en garnison	8 et 9
	2.2.2 Les cmdt sont satisfaits des soins de santé offerts en garnison à leurs unités	8 et 9
	2.2.3 Les cmdt sont satisfaits des conseils offerts par le personnel des services de santé	8 et 10

Enjeux et questions à évaluer	Indicateurs	Numéro de la constatation
	2.2.4 Le Gp Svc S FC assure la surveillance des soins fournis aux FAC en garnison	5 et 7
Efficienc		
3.1 Dans quelle mesure les soins de santé offerts aux militaires par le Gp Svc S FC sont-ils rentables?	3.1.1 Des pratiques exemplaires susceptibles d'avoir une incidence sur l'efficienc sont mises en œuvre	12
	3.1.2 Mesure dans laquelle le Gp Svc S FC dispose des instruments nécessaires pour atteindre ses objectifs	5 et 7
	3.1.3 Rapport coût-efficienc des Svc S FC	11 et 12

Tableau D-1. Matrice d'évaluation Ce tableau énumère les questions et les indicateurs de l'évaluation, et il établit leurs liens avec les constatations du rapport.