National Defence Défense nationale

Chief Review Services Chef - Service d'examen

CRS CS Ex

Évaluation du soutien médical aux opérations de déploiement

Novembre 2014

1258-203 (CS Ex)

Canada

Table des matières

Acronymes et abréviations i

Sommaire ii

1.0 Introduction 1

1.1 Profil du soutien médical aux opérations de déploiement 1

1.1.1 Contexte 1

1.1.2 Objectifs du Programme 1

1.1.3 Description du Programme 1

1.1.4 Intervenants 3

1.2 Étendue de l'évaluation 4

1.2.1 Portée et responsabilités 4

1.2.2 Ressources 5

1.2.3 Enjeux et questions 6

2.0 Constatations et recommandations 7

2.1 Pertinence – Besoin continu 7

2.2 Pertinence – Harmonisation aux priorités du gouvernement 7

2.3 Pertinence – Harmonisation aux rôles et aux responsabilités du fédéral 8

2.4 Rendement – Atteinte des résultats escomptés (Efficacité) 8

2.5 Rendement – Démonstration d'efficience et d'économie 22

Annexe A – Plan d'action de la direction 1

Annexe B – Méthodologie et limites de l'évaluation 1

Annexe C – Modèle logique 1

Annexe D – Matrice de l'évaluation 1

Annexe E – Définitions des rôles du soutien médical des FAC 1

Acronymes et abréviations

AAP	Architecture d'alignement des programmes
Adj au méd	Adjoint au médecin
AF	Année financière
BAC	Blessé au combat
BHC	Blessure hors combat
CPM	Chef du personnel militaire
CS	Conditions de service
CS Ex	Chef – Service d'examen
D Pers Svc S	Directeur – Personnel (Services de santé)
ETA	Effectif total en activité
F & E	Fonctionnement et entretien
FAC	Forces armées canadiennes
GC	Gouvernement du Canada
Gp Svc S FC	Groupe des services de santé des Forces canadiennes
GRFC	Groupe de recrutement des Forces canadiennes
IDSGPM	Identification de la structure des groupes professionnels militaires
MPF	Mise sur pied de la force
MR	Militaire du rang
NPD	Niveau préférentiel de dotation
OC	Offre à commandes
OCPN	Offre à commandes principale et nationale
Op	Opération(s)
OTAN	Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
PMPC	Programme de maintien de préparation clinique
RAT	Retour au travail
SMOD	Soutien médical aux opérations de déploiement
SSFC	Services de santé des Forces canadiennes
SSS	Soutien des services de santé
STC	Soins tactiques au combat
TACMED	Cours de médecine tactique
TPSGC	Travaux publics et Services gouvernementaux Canada

Sommaire

Description du Programme

Le soutien médical aux opérations de déploiement (SMOD) comprend les activités médicales déployées qui soutiennent la capacité des Forces armées canadiennes (FAC) à mener des opérations au pays et à l'étranger, qu'elles comprennent ou non des missions de combat, humanitaires ou de secours aux sinistrés. Ces services peuvent être assurés par le personnel des SSFC, par des fournisseurs de soins de santé civils contractuels, des services médicaux retenus à l'échelle locale ou des partenariats avec d'autres services de santé militaires internationaux.

Le personnel médical prodigue tous les aspects des traitements et des soins, dont les chirurgies, le traitement des maladies, les services de laboratoire médical, dentaires, pharmaceutiques, psychologiques et sociaux. Pour fournir ces services, environ 6 400 membres du personnel médical militaire et civil, ainsi que l'équipement qui leur est associé se trouvent à l'échelle du Canada.

Pertinence et rendement

L'évaluation a permis de déterminer que le besoin du SMOD était d'une pertinence constante et qu'il s'harmonisait aux rôles, responsabilités et priorités du gouvernement fédéral et du Ministère. Le SMOD joue un rôle clé lorsqu'il s'agit d'assurer la santé d'éléments des FAC déployés ou prêts à l'être et de la prestation de traitements efficaces en temps opportun aux membres des FAC blessés. Les opérations militaires s'accompagnent d'un risque de blessure ou de maladie, et il incombe au MDN, aux FAC et au gouvernement du Canada (GC) de faire en sorte que le personnel des FAC bénéficie de soins adéquats.

Évaluation globale

- Les preuves indiquent un besoin constant et manifeste du soutien médical aux opérations de déploiement (SMOD), un rôle qui s'harmonise clairement aux rôles, responsabilités et priorités du ministère de la Défense nationale (MDN).
- Le Programme répond constamment aux attentes en matière de soutien aux opérations, et ce, malgré un rythme opérationnel extrêmement élevé. Durant la mission en Afghanistan, les Services de santé des Forces canadiennes (SSFC) ont réussi à tirer parti du soutien et des ressources des alliés, des partenaires et des contractuels pour atteindre un taux de survie sans précédent de 98 p. 100 chez les victimes de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN).
- Le SMOD doit encore composer avec des difficultés lorsqu'il s'agit de soutenir de façon indépendante les capacités des rôles 2 et 3 et de l'évacuation aéromédicale en zone avancée, laquelle, selon certains scénarios opérationnels, est essentielle à la survie des blessés et aux résultats optimaux pour la santé des sujets.
- Durant la période de l'évaluation, le Programme a mis en application des gains d'efficience qui ont accru son efficacité. Bien que les dépenses du Programme aient augmenté, on a trouvé qu'elles demeuraient raisonnables.

En ce qui concerne le rendement, de 2007 à 2012, le Programme de SMOD a fourni des services lors de 16 opérations d'aide humanitaire et de secours aux sinistrés, ainsi que 7 rotations de combat durant l'opération (Op) Athena en Afghanistan. Pendant ces missions, des membres des FAC ont bénéficié de traitements et de soins de grande qualité et de premier plan; le rendement du SSFC a été reconnu grâce à plusieurs honneurs nationaux et de l'OTAN. Le SMOD a pu répondre aux attentes des FAC durant cette période de rythme opérationnel élevé. Il a travaillé efficacement avec des alliés, des partenaires et du personnel contractuel, bien qu'on ait relevé certaines difficultés. Par exemple, les FAC ont dû se fier aux contributions de forces alliées et de personnel médical civil contractuel pour soutenir et maintenir en puissance un hôpital de campagne de rôle 3 et des capacités d'évacuation aéromédicale en zone avancée.

Les SSFC ont fait preuve d'un bon usage des ressources et ils ont pris des mesures pour assurer le SMOD d'une façon plus efficiente et rentable. Il s'agissait notamment de prodiguer davantage de traitements médicaux dans le théâtre ainsi que lors des opérations de déploiement afin de réduire le nombre de rapatriements ainsi que les coûts connexes et de renforcer les ressources et les capacités médicales grâce à celles des alliés et des partenaires durant les opérations. Cela a permis aux SSFC de fournir des traitements et des soins dépassant leurs propres ressources. Les dépenses globales consacrées au SMOD ont augmenté au cours de la période de l'évaluation, mais cela semble être approprié par rapport à la demande et aux attentes des forces déployées dans le cadre d'opérations d'une grande intensité.

Constatations et recommandations

Principale constatation n° 1 : La prestation du soutien médical aux opérations de déploiement est essentielle lorsqu'il s'agit de promouvoir, de protéger et de rétablir l'état de santé des membres des forces de combat des FAC.

Principale constatation n° 2 : Les capacités de soutien médical déployées sont un aspect habilitant/élément de la capacité des FAC à respecter ou à desservir les priorités du GC en matière de défense.

Principale constatation n° 3 : Les FAC sont responsables, sur les plans juridique et moral, de la prestation de services médicaux et dentaires à l'égard du personnel militaire, lors d'opérations de déploiement de même qu'au pays.

Principale constatation n° 4 : Le SMOD a fait la preuve de sa capacité à répondre aux besoins et aux attentes des forces déployées, ainsi qu'à travailler efficacement avec les alliés, les partenaires et le personnel contractuel afin de fournir des services de protection de la santé et des soins de grande qualité durant les opérations.

Principale constatation n° 5 : Des difficultés demeurent aux niveaux du recrutement, du perfectionnement et du maintien des effectifs à certains postes ou catégories clés des services de santé. Les données sur le rendement portant sur le nombre de membres du personnel ayant un permis d'exercer à jour et sur l'effectif total en activité (ETA)

demeurent sous le seuil des cibles du niveau préférentiel de dotation (NPD) de certains groupes professionnels d'officiers.

Principale constatation n° 6 : Les améliorations à l'instruction apportées au cours des dernières années, particulièrement durant l'Op Athena, ont accru les capacités des SSFC et ont contribué à la prestation réussie du soutien médical ainsi qu'aux meilleurs résultats pour la santé sur le champ de bataille.

Principale constatation n° 7 : Le SMOD a dû composer avec plusieurs difficultés en ce qui concerne l'acquisition en temps opportun d'équipement médical en vue d'opérations d'envergure au cours des dernières années.

Principale constatation n° 8 : Durant les récentes missions en Afghanistan, les FAC ne disposaient pas de leur propre capacité d'évacuation aéromédicale en zone avancée, laquelle est cruciale à la survie de blessés et aux résultats optimaux pour la santé dans certains scénarios opérationnels.

Principale constatation n° 9 : Les SSFC sont limités pour ce qui est de la portée et des spécialités qu'ils peuvent offrir pour maintenir en puissance par eux-mêmes un niveau de soins de rôle 3 complet – bien que cet aspect soit partiellement pris en charge grâce au travail effectué avec des alliés et par le biais d'améliorations, notamment l'utilisation accrue des capacités améliorées du rôle 2 et d'autres capacités de déplacement en zone avancée pour le SMOD[1].

Principale constatation n° 10 : Les membres des FAC reçoivent des traitements et des soins de grande qualité, n'importe quand et là où ils sont déployés.

Principale constatation n° 11 : La coordination et l'utilisation des ressources médicales des alliés et d'autres pays sont souvent essentielles à la prestation de soins de santé efficaces et au SMOD, particulièrement dans le cadre de missions de moindre envergure ou internationales.

Principale constatation n° 12 : L'intégration des programmes des soins tactiques au combat (STC) et du cours de médecine tactique (TACMED) à l'instruction préalable au déploiement a contribué à un plus haut taux de survie et à de meilleurs résultats des traitements.

Principale constatation n° 13 : De nouvelles mesures et activités préventives en santé ont été mises en œuvre au cours des dernières années, y compris les programmes de « préparation mentale » qui doivent faire l'objet de surveillance et de mesures accrues aux fins d'efficacité.

Principale constatation n° 14 : La recherche médicale effectuée par et pour les SSFC (lorsque les SSFC dirigent ou mènent à l'interne les travaux de recherche appliquée) apportent de précieux renseignements aux fins de conseils médicaux stratégiques et tactiques et du le SMOD.

[1] Pour des définitions des termes, veuillez consulter l'annexe E.

Principale constatation n° 15 : La prestation d'un SMOD efficace a contribué pour près de 50 p. 100 du taux de retour au service durant un cycle au rythme opérationnel élevé, comme celui qu'on a connu en Afghanistan durant l'Op Athena.

Principale constatation n° 16 : On est parvenu à des gains d'efficience et une plus grande efficacité clinique grâce à des techniques d'instruction améliorées, comme les cours de STC et de TACMED, ce qui a permis d'étendre et d'élargir les capacités médicales au-delà de ce que les SSFC pourraient normalement offrir dans le théâtre. Les améliorations du rôle 2 ont aussi permis de mettre en place, dans le théâtre, des spécialités comme la psychiatrie et la physiothérapie, ce qui diminue le nombre de blessures et de rapatriements.

Principale constatation n° 17 : Le budget du SMOD est convenablement harmonisé à son mandat et sa mission, la majeure partie du budget de la disponibilité opérationnelle du SMOD (soit 70 p. 100) est à l'appui de la mise sur pied de la Force (MPF) et des opérations.

Principale constatation n° 18 : Bien que les coûts de la disponibilité opérationnelle du Programme aient augmenté de 30 p. 100, dans l'ensemble, le Programme s'est avéré rentable, puisque la majorité des augmentations a été attribuée à l'ajout de personnel médical, comparativement aux très légères augmentations des frais d'administration et de gestion.

Recommandation n° 1 : En ce qui concerne les groupes professionnels médicaux, il est nécessaire de poursuivre les efforts aux niveaux du recrutement et des programmes de perfectionnement en vue du maintien en poste. En outre, les SSFC doivent faire usage de l'expérience acquise lors des opérations afin d'élaborer une méthodologie reconnue permettant de cerner/déterminer les besoins futurs en matière de personnel.

Recommandation n° 2 : Combler toutes les pénuries ou lacunes du processus actuel de gestion de l'approvisionnement médical, y compris en effectuant un examen des ententes d'approvisionnement existantes et des offres à commandes ainsi que des niveaux adéquats de personnel chargé de l'approvisionnement.

Recommandation n° 3 : Faire en sorte que l'on assure le suivi de l'examen médical préalable au déploiement et qu'on en fasse rapport. Après les opérations, effectuer un contrôle rigoureux et des relations externes relativement aux suivis médicaux (y compris le suivi en santé mentale), pour les membres de la Force régulière et ceux de la Réserve.

1.0 Introduction

1.1 Profil du soutien médical aux opérations de déploiement

1.1.1 Contexte

Conformément à la Politique sur l'évaluation du gouvernement fédéral, le Chef – Service d'examen (CS Ex) a effectué une évaluation du Programme de SMOD du MDN et des FAC. Le tout a commencé en novembre 2012 et on a couvert la période de 2006 à 2012. La dernière fois où le MDN a évalué le SMOD, c'était la période de cinq ans, allant de 2001 à 2005, alors que les SSFC intensifiaient leur rôle en Afghanistan et lors de l'Op Athena. L'objectif de cette étude d'évaluation était de recueillir et d'analyser les preuves concernant la pertinence, la conception, la mise en œuvre et les résultats liés au SMOD depuis la dernière évaluation et jusqu'à 2012.

1.1.2 Objectifs du Programme

Les activités, extrants et résultats précis au SMOD sont pris en compte dans le modèle logique du Programme de l'annexe C, qui a été élaboré aux fins de la présente évaluation, en collaboration avec le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes (Gp Svc S FC).

La prestation du SMOD par le Gp Svc S FC est conçue pour atteindre les résultats immédiats, intermédiaires et à long terme ci-après indiqués.

Résultats immédiats

- Du personnel qualifié, de l'équipement et des fournitures en nombres suffisants sont disponibles afin de répondre aux besoins médicaux des forces déployées
- Le nombre de personnel des FAC déployable sur le plan médical est optimisé

Résultats intermédiaires

- Les traitements et les services de réadaptation sont efficaces et appropriés
- La prévention des maladies et des blessures est efficace et appropriée
- Les conseils médicaux stratégiques sont diffusés et mis en œuvre

Résultats ultimes

- Un soutien médical approprié et efficace est fourni, au besoin, aux FAC qui mènent des opérations nationales et internationales
- La disponibilité opérationnelle des FAC est maintenue

1.1.3 Description du Programme

Au sein des FAC, la responsabilité des soins de santé est déléguée au Médecin-chef, qui agit aussi à titre de commandant du Gp Svc S FC et de Directeur général – Services de santé. C'est le médecin militaire qui est le chef professionnel des SSFC; il contrôle toutes les pratiques sanitaires cliniques et scientifiques; il est le principal conseiller

des FAC pour toutes les questions liées à la santé (conformément à l'article 34.011 des Ordonnances et règlements royaux applicables aux Forces canadiennes). Le commandant du Gp Svc S FC est le commandant de la formation militaire opérationnelle (Gp Svc S FC), tandis que le Directeur général – Services de santé est le chef administratif du Gp Svc S FC. Ce groupe fournit des services médicaux et dentaires à environ 95 000 membres du personnel des FAC, en garnison et lors d'opérations de déploiement (y compris à la Première réserve), ainsi qu'à des fonctionnaires et à des victimes civiles dans un contexte d'aide humanitaire et de secours aux sinistrés. Le personnel médical offre tous les aspects du traitement et des soins, y compris les services de chirurgie, de traitement des maladies, de laboratoire médical, de dentisterie, de pharmacie, de santé mentale et de psychosociologie. Par conséquent, le groupe est constitué de personnel représentant quelque 48 groupes professionnels en santé et spécialités. Son objectif est de promouvoir, protéger et rétablir la santé des forces en garnison et déploiement.

Environ 6 400 militaires et membres du personnel civil des soins de santé, de même que l'équipement nécessaire, se trouvent à 77 installations militaires au Canada. Le Gp Svc S FC compte 43 unités constituées de 83 détachements, dont des cliniques, un hôpital de campagne, deux écoles, deux centres de formation en traumatologie, un établissement de recherches, un dépôt d'équipement médical. Un vaste éventail d'équipement médical et dentaire peut être déployé au besoin.

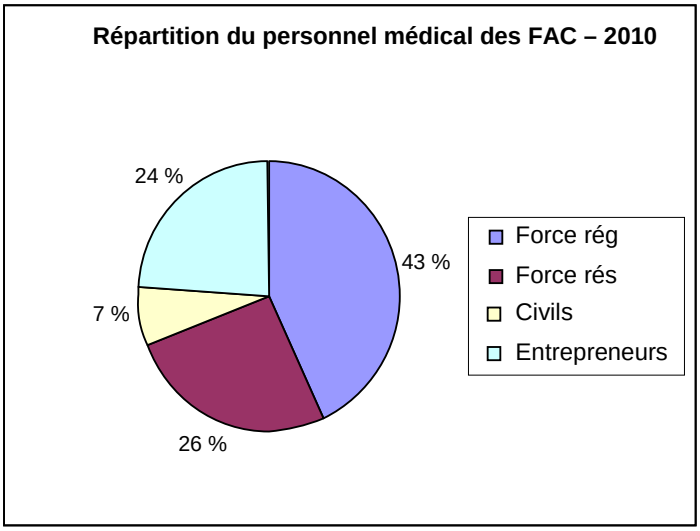

Figure 1. Répartition du personnel médical des FAC – 2010. Les données sont résumées au tableau 3.

Répartition du personnel médical des FAC – 2010	
Personnel	**Pourcentages**
Force régulière	43
Force de réserve	26
Civils	7
Entrepreneurs	24
Total	**100**

Tableau 1. Répartition du personnel médical des FAC – 2010. Le tableau indique les types de personnel du SMOD, en pourcentages.

Les services de santé sont affectés au soutien des opérations des FAC par le Commandement des opérations interarmées du Canada. Ces services peuvent être prodigués par les SSFC et par d'autres n'appartenant pas aux SSFC (p. ex., des spécialistes médicaux contractuels), par des services obtenus localement et/ou grâce à des partenariats avec des services de santé militaires des alliés.

Structure de commandement

Le Gp Svc S FC dispose d'un quartier général centralisé dans la région de la capitale nationale. Le groupe du quartier général fonctionne de la même façon qu'un quartier général de « commandement » – ou de « formation ». En plus de fournir des conseils stratégiques et opérationnels, ce quartier général hybride gère un système de santé de niveau national qui présente un ensemble unique d'enjeux et d'exigences. Le quartier général comporte des sections centralisées de « niveau opérationnel », notamment le renseignement, les opérations, la protection de la santé des forces, les plans et l'instruction, les finances, les ressources humaines, la prestation des soins de santé, ainsi que les fonctions d'acquisition et d'approvisionnement.

Les soins dentaires et médicaux de rôle 1 et de rôle 2 en garnison sont fournis par plus de 120 unités et détachements. Les soins de rôle 3 et de rôle 4 au Canada sont fournis grâce à des ententes avec des établissements civils (voir l'annexe E pour avoir les définitions des rôles et des niveaux de soins).

1.1.4 Intervenants

Le Gp Svc S FC se fie largement à un vaste éventail de partenaires pour s'acquitter de son mandat consistant à fournir des soins de santé complets au personnel des FAC lors d'opérations de déploiement. Il s'agit notamment organismes de soins de santé civils, des partenaires provinciaux et territoriaux, des partenaires internationaux et d'autres ministères fédéraux. La mesure dans laquelle ces organisations deviennent des intervenants principaux dépend de la nature et du type de mission (p. ex., des opérations nationales par rapport à des opérations internationales).

Les principaux intervenants (internes) du SMOD sont :

- la Marine royale canadienne;
- l'Armée canadienne;
- l'Aviation royale canadienne;
- le Commandement des Forces d'opérations spéciales du Canada et le Commandement des opérations interarmées du Canada.

D'autres intervenants externes qui peuvent avoir une incidence sur l'instruction, la disponibilité opérationnelle et les opérations du SMOD comprennent :

Le gouvernement fédéral et d'autres ministères :

- Santé Canada

- l'Agence de la santé publique du Canada
- Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
- Anciens Combattants Canada
- Protection civile Canada

Sur le plan national :

- la Société canadienne du sang
- des associations (l'Association médicale canadienne, l'Association dentaire canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne de physiothérapie, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, etc.)

Sur le plan international :

- l'OTAN
- d'autres pays alliés
- les Nations Unies
- les pays hôtes
- des organismes non gouvernementaux

1.2 Étendue de l'évaluation

L'évaluation comprend tous les renseignements pertinents de 2006 à 2012. Elle porte sur la pertinence et le rendement de la prestation de :

- la disponibilité opérationnelle en matière de santé préalable au déploiement du personnel devant partir en mission;
- le soutien des services médicaux aux opérations de déploiement dans deux domaines principaux :
    - la mise sur pied de la force relative aux capacités des services de santé,
    - le soutien médical lors d'opérations.

1.2.1 Portée et responsabilités

En vertu de l'Architecture d'alignement de programme (AAP) 2010, le SMOD est principalement pris en compte dans l'énoncé de résultat stratégique suivant de l'AAP : « La Défense nationale est prête à répondre aux attentes du gouvernement en matière de défense ». Plus précisément, le SMOD est aligné sur le point 2.4.2.6 Soins de santé des militaires (sous 2.4 Disponibilité opérationnelle interarmées et commune, 2.4.2 Soutien commun de la Défense[2]).

[2] MDN, Vice-chef d'état-major de la Défense, Directeur – Planification des Forces de la Défense, AAP – Notions, extrait le 19 septembre 2013 du site : http://vcds.mil.ca/sites/page-fra.asp?page=4769

Les indicateurs de rendement qui suivent sont compris dans l'AAP et le Cadre de mesure du rendement du Ministère. Bien qu'ils s'appliquent à tout le soutien des services de santé, et non uniquement au SMOD, ces indicateurs sont aussi pris en compte dans le modèle logique élaboré et évalué dans le présent rapport :

- le perfectionnement professionnel et le développement personnel des membres des services de santé;
- le soutien des services de santé (SSS) de grande qualité pour la force combattante du Canada;
- des SSFC dotés, formés et équipés pour soutenir les opérations des FAC;
- un conseiller en soins de santé digne de confiance pour la chaîne de commandement.

Comme la présente évaluation portait sur le soutien médical (y compris les soins dentaires et la santé mentale) apporté au personnel des FAC dans le cadre d'opérations de déploiement, elle ne comprend aucune évaluation en profondeur des aspects suivants :

- les éléments des Services de santé qui sont fournis en garnison et, à long terme, après le déploiement;
- le SSS fourni à des militaires n'appartenant pas aux FAC, soit des forces de coalition, d'alliances ou des pays hôtes grâce à des capacités en santé des FAC déployées;
- le recrutement et l'enrôlement de personnel médical, le soutien à la gestion de carrière ou le soutien au personnel des FAC non admissible au déploiement;
- les activités indirectes des services généraux de SSS;
- le soutien médical aux populations civiles durant les activités de secours aux sinistrés, qui est couvert dans une évaluation des opérations humanitaires et de secours aux sinistrés faite par le CS Ex en 2013.

1.2.2 Ressources

Le tableau 1 présente la partie du budget total des SSFC qui est consacrée spécifiquement au maintien de la capacité de déployer des membres du personnel médical à l'appui d'une opération. Cela représente le coût du maintien de la disponibilité opérationnelle du SMOD, par opposition aux dépenses liées aux soins en garnison.

Dépenses réelles	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
F & E	135 851 205	148 038 124	148 717 484	155 607 170
Salaires	59 418 567	89 732 288	98 778 679	103 674 455
Total du SMOD	**195 269 772**	**237 770 412**	**247 496 163**	**259 281 625**

Tableau 2. Montants du budget du SMOD consacrés au SMOD, par année financière. Le tableau indique le budget total, en dollars, qui est consacré au SMOD, y compris le fonctionnement et l'entretien (F & E) et les salaires, au cours de la période de quatre années financières.

1.2.3 Enjeux et questions

Les enjeux et questions de l'évaluation suivantes ont fait l'objet d'une évaluation dans le présent rapport dans trois sections : pertinence; rendement; efficience et économie.

Pertinence

1. Le soutien médical aux opérations de déploiement comble-t-il un besoin réel et courant?
2. Les priorités du SMOD concordent-elles avec les objectifs stratégiques du MDN et les priorités du gouvernement fédéral?
3. La prestation du SMOD concorde-t-elle avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral et, plus précisément, avec les rôles et les responsabilités du MDN et des FAC?

Rendement (Efficacité)

1. Disposait-on d'un nombre suffisant de membres du personnel qualifiés, d'équipement et de fournitures pour répondre aux besoins des forces déployées?
2. Les traitements et les soins étaient-ils efficaces pour le déploiement?
3. Les mesures de prévention des maladies et des blessures étaient-elles efficaces lors des déploiements?
4. Les conseils médicaux stratégiques étaient-ils efficaces durant les déploiements (à l'appui de la planification ou de la mise en œuvre d'opérations)?
5. Le SMOD a-t-il contribué efficacement au maintien d'une force apte au combat et polyvalente?

Efficience et économie

1. A-t-on employé les moyens les plus économiques et efficients pour atteindre les objectifs visés?
2. Quels sont les coûts et les avantages du SMOD?

2.0 Constatations et recommandations

2.1 Pertinence – Besoin continu

Question de l'évaluation : Le soutien médical aux opérations de déploiement comble-t-il un besoin réel et courant?

Principale constatation n° 1 : La prestation du soutien médical aux opérations de déploiement est essentielle lorsqu'il s'agit de promouvoir, de protéger et de rétablir l'état de santé des membres des forces de combat des FAC.

L'équipe de l'équipe de l'évaluation a constaté que la prestation du soutien médical à l'égard des forces déployées jouait un rôle crucial dans la mise sur pied et le maintien en puissance de la force de combat et de l'efficacité opérationnelle. Elle permet de maintenir un bon état de santé chez le personnel militaire; elle contribue à la disponibilité opérationnelle et elle inspire la confiance aux membres des FAC déployés, qui savent qu'ils recevront des soins de qualité[3].

Toute opération militaire s'accompagne de risques de blessure et de maladie, et il incombe au MDN ainsi qu'au GC, de veiller à ce que le personnel des FAC ait une préparation adéquate et qu'il bénéficie de soins. Le maintien d'une capacité médicale des FAC, indépendante et déployable, est nécessaire parce qu'on ne peut pas garantir que des services de santé locaux, contractuels ou alliés seront offerts, ni qu'ils auront les compétences, la capacité ou le mandat d'appuyer les opérations de déploiement des FAC. En outre, le fait de déployer du personnel médical militaire qui est assujetti à la chaîne de commandement et au principe de la responsabilité illimitée est souvent une nécessité dans des contextes opérationnels à hauts risques[4].

2.2 Pertinence – Harmonisation aux priorités du gouvernement

Question de l'évaluation : Les priorités du SMOD concordent-elles avec les objectifs stratégiques du MDN et les priorités du gouvernement fédéral?

Principale constatation n° 2 : Les capacités déployables de soutien médical sont un aspect habilitant/élément de la capacité des FAC à respecter ou à desservir les priorités du GC en matière de défense.

Le rapport de 2010 du Médecin-chef désigne les besoins en santé du personnel militaire comme une grande priorité du MDN et du GC. Ce sentiment trouve écho dans un certain nombre de documents de politiques de haut niveau et d'énoncés ministériels, y compris le Profil de risque du Ministère du MDN et la Stratégie de défense *Le Canada d'abord*, ce qui témoigne de la conviction que les soldats, marins, aviateurs et aviatrices en santé sont nécessaires pour mettre sur pied, déployer et maintenir en puissance une force militaire

[3] MDN, Doctrine interarmées : Soutien des services de santé aux opérations, déc. 2007, pages 1 à 3.
[4] « La force régulière, ses unités et autres éléments, ainsi que tous ses officiers et militaires du rang, sont en permanence soumis à l'obligation de service légitime ». MDN, Loi 33, (1), page 24.

apte au combat[5]. Puisque la prestation du soutien médical aux opérations de déploiement est directement liée au maintien des niveaux de force, il est peu probable que les FAC puissent atteindre les objectifs nationaux en son absence. Le Programme est donc considéré comme une haute priorité du MDN et du GC.

2.3 Pertinence – Harmonisation aux rôles et aux responsabilités du fédéral

Question de l'évaluation : La prestation du SMOD concorde-t-elle avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral et, plus précisément, avec les rôles et les responsabilités du MDN et des FAC?

Principale constatation n° 3 : Les FAC sont responsables, sur les plans juridique et moral, de la prestation de services médicaux et dentaires à l'égard du personnel militaire, lors d'opérations de déploiement de même qu'au pays.

La prestation des services de santé à l'égard du personnel militaire canadien est une responsabilité de longue date du GC. Elle est enchâssée dans la *Loi constitutionnelle* de 1867, qui définit les soins de santé à l'égard du personnel militaire du Canada comme une responsabilité fédérale, ce qui est réaffirmé dans la *Loi sur la défense nationale*, la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que dans les Ordonnances et règlements royaux applicables aux Forces canadiennes. Les membres des FAC sont exclus des régimes provinciaux d'assurance-maladie, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, voilà pourquoi on exige du MDN qu'il fournisse au personnel des FAC une couverture et des soins adéquats, au pays comme à l'étranger.

Le GC est également un signataire des Conventions de Genève et les protocoles additionnels. Ses obligations en vertu de ces conventions, qui sont décrites dans la *Loi sur les Conventions de Genève*, comprennent la responsabilité de recueillir les blessés et les malades en temps de guerre et d'en prendre soin[6]. Tout manquement à ces obligations, qui comprennent la nécessité de fournir un niveau de soins acceptables à des prisonniers ennemis et à des détenus, pourrait entraîner une violation au droit des conflits armés.

2.4 Rendement – Atteinte des résultats escomptés (Efficacité)

Résultat immédiat n° 1 : Disposait-on d'un nombre suffisant de membres du personnel qualifiés, convenablement équipés et ayant les fournitures voulues pour répondre aux besoins médicaux des forces déployées?

[5] MDN, Gp Svc S FC ETA, Rapport du Médecin-chef de 2010 : Misons sur notre stratégie, page 2.
[6] *Loi sur les Conventions de Genève*, 1984 chapitre 2 (les blessés et les malades), article 12, page 9 et article 15, page 10.

Principale constatation n° 4 : Le SMOD a fait la preuve de sa capacité à répondre aux besoins et aux attentes des forces déployées, ainsi qu'à travailler efficacement avec les alliés, les partenaires et le personnel contractuel afin de fournir des services de protection de la santé et des soins de grande qualité durant les opérations.

Afin de répondre aux besoins des forces déployées, on attend des SSFC qu'elles fournissent en nombre suffisant des membres du personnel médical ayant la formation appropriée et les titres de compétence voulus, ainsi que l'équipement et les fournitures qu'il faut. De plus, ils doivent être organisés et appuyés afin de s'acquitter de leurs tâches. L'évaluation a porté sur certains éléments afin de déterminer la disponibilité des ressources et des biens du SMOD pour répondre aux attentes, y compris : les niveaux des groupes professionnels médicaux, la formation et les titres de compétences, les fournitures et l'équipement médicaux, l'organisation. Par suite d'une évaluation d'opérations récentes (grâce aux leçons retenues), des entrevues avec les principaux intervenants et les gestionnaires du Programme, ainsi que des données de mesure du rendement, l'équipe de l'évaluation a constaté que, même si l'on a répondu aux besoins des forces déployées durant les cinq dernières années, des problèmes subsistent.

Durant la période de l'évaluation (de 2007 à 2012), les SSFC ont participé à 16 opérations d'aide humanitaire et de secours aux sinistrés, de même qu'à sept rotations de combat en Afghanistan dans le cadre de l'Op Athena. On a constaté que les SSFC ne disposaient pas toujours d'effectifs qualifiés en nombre suffisant pour soutenir ces opérations. Le soutien continu aux opérations de combat au niveau du rôle 3 a requis l'aide médicale de forces alliées, de spécialistes civils contractuels canadiens, ainsi qu'une augmentation importante du nombre de spécialistes militaires des FAC au-delà du NPD. Les membres du personnel du soutien médical de la Réserve comptaient en moyenne pour 10 p. 100 de l'effectif durant ces rotations. Par suite de la mise en œuvre de ces mesures d'atténuation, ni la réussite des opérations ni la capacité de fournir les soins nécessaires n'ont subi de répercussions.

D'autres problèmes qui ont eu une incidence sur la capacité à répondre aux besoins médicaux des forces déployées sont indiqués plus bas, sous les en-têtes des éléments clés qui ont fait l'objet d'un examen.

Dotation en personnel médical

Principale constatation n° 5 : Des difficultés demeurent aux niveaux du recrutement, du perfectionnement et du maintien des effectifs à certains postes ou catégories clés des services de santé. Les données sur le rendement portant sur le nombre de membres du personnel ayant un permis d'exercer à jour et sur le l'ETA demeurent sous le seuil des cibles du NPD de certains groupes professionnels d'officiers.

Le Gp Svc S FC compte environ 6 400 membres de la Force régulière, de la Réserve et du personnel civil issus de plus de 45 groupes professionnels et spécialités de la santé au sein de 126 unités et de détachements, au Canada et à l'étranger. Parmi des groupes

professionnels et spécialités, mentionnons : techniciens médicaux, adjoints au médecin (Adj au méd), infirmiers, spécialistes et médecins militaires.

Par le passé, les postes clés des SSFC – médecin militaire, infirmier militaire, travailleur social, physiothérapeute, pharmacien – étaient difficiles à doter. Par exemple, les postes de médecins et de chirurgiens (médecins militaires) ont atteint des niveaux aussi bas que 45 p. 100 du seuil souhaité. Durant la période de l'évaluation, ces niveaux ont atteint des sommets historiques de 98 p. 100, ce qui est largement dû à l'attrait de travailler en Afghanistan, où les conditions offraient une expérience médicale unique et précieuse. Certaines catégories demeures en sous-effectif, même si les pénuries ont été atténuées grâce à des programmes d'études en médecine et de contacts externes, de même que des partenariats avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, l'Association médicale canadienne et d'autres organismes professionnels médicaux. Certains indices donnent cependant à penser que la fin de la mission en Afghanistan et les effets des contraintes financières contribuent de nouveau aux lacunes au niveau du recrutement des médecins militaires et des difficultés liées au maintien de l'effectif.

La figure 2 présente les données de la mesure du rendement pour l'ETA par rapport au NPD, tant pour les postes des officiers que ceux des militaires du rang. Des difficultés demeurent quant au recrutement et au maintien de l'effectif de groupes professionnels clés, comme les physiothérapeutes et les techniciens de laboratoire médical. Le sous-groupe professionnel des Adj au méd est aussi crucial pour le SMOD, et il se trouve à quelques points de pourcentage au-dessous du NPD, comme en fait foi la figure 3 sous la catégorie des techniciens médicaux[7].

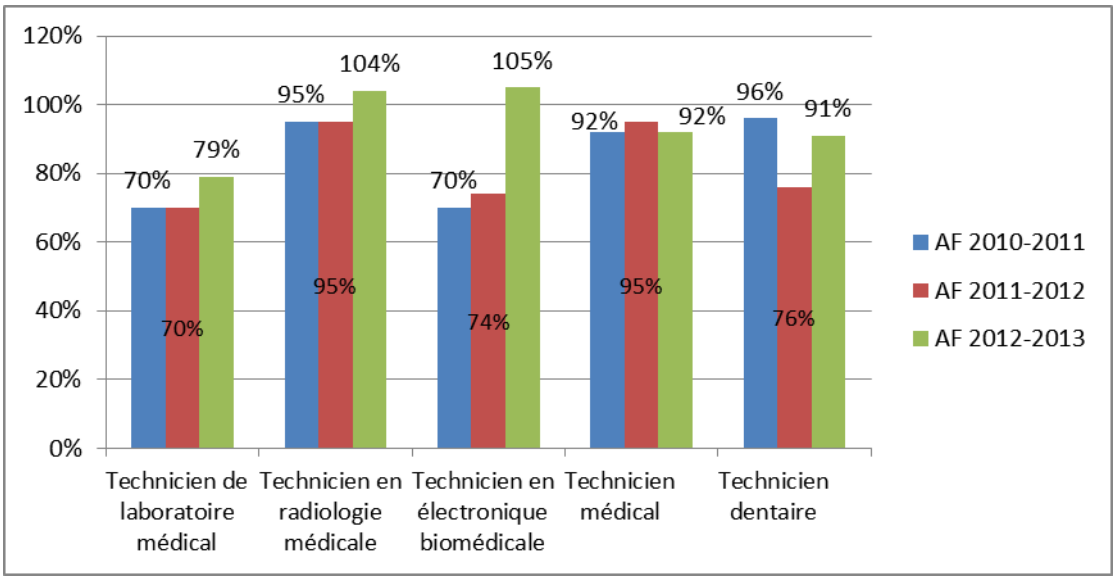

Figure 2. Pourcentage des ETA par rapport au NPD – Groupes professionnels d'officiers. Les données sont résumées au tableau 3.

[7] Des problèmes d'extraction des données du Système de gestion des ressources humaines ont empêché de diviser les données du groupe des techniciens médical en ses parties constituantes, soit les adjoints au médecin, les techniciens de salle d'opération, les techniciens en médecine préventive et les techniciens en médecine aéronautique.

La cible projetée de 95 p. 100 a été atteinte à l'AF 2012-2013 pour tous les groupes professionnels, à l'exception des physiothérapeutes, des pharmaciens et des travailleurs sociaux.

AF	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Physiothérapeute militaire	80	76	74
Dentiste militaire	91	92	97
Attaché des Services de santé	78	89	92
Opérations des Services de santé	91	89	96
Pharmacien militaire	35	60	82
Infirmier militaire	89	89	96
Médecin militaire	91	92	98
Officier des sciences biologiques	72	122	106
Travailleur social militaire	70	68	70

Tableau 3. Pourcentage de l'ETA par rapport au NPD – Groupes professionnels d'officiers. Le tableau indique le pourcentage de l'ETA pour chacun des groupes professionnels militaires indiqués par rapport au total du NPD sur une période de trois ans.

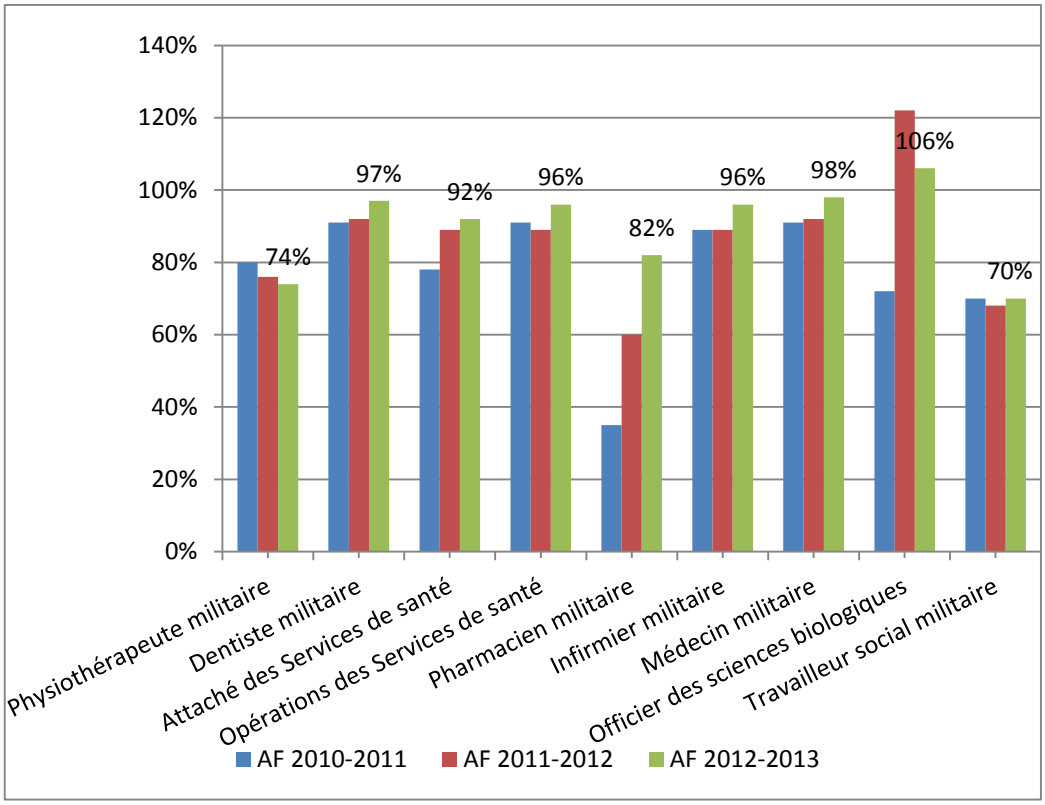

Figure 3. Groupe professionnels de techniciens chez les militaires du rang (MR). Les données sont résumées au tableau 4.

Groupe professionnel – MR	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Technicien de laboratoire médical	70	70	79
Technicien en radiologie médicale	95	95	104
Technicien en électronique biomédicale	70	74	105
Technicien médical	92	95	92
Technicien dentaire	96	76	91

Tableau 4. Pourcentage des groupes professionnels de techniciens chez les MR : l'ETA par rapport au NPD. Le tableau indique le pourcentage de l'ETA pour chaque groupe professionnel de techniciens chez les MR par rapport au total du NPD sur une période de trois ans.

La cible projetée de 95 p. 100 a été atteinte dans tous les groupes professionnels, à l'exception des techniciens de laboratoire médical.

Les entrevues et les leçons retenues ont aussi indiqué que lors de missions antérieures, les SSFC avaient eu des difficultés à assurer le perfectionnement et la « production » du personnel dans les catégories des Adj au méd et des technologues médicaux, ce qui continue d'être un problème comme l'indiquent les données de la mesure du rendement. Bien que les données sur l'ETA par rapport au NPD témoignent de certaines des difficultés à atteindre les cibles liées au personnel, d'autres données sur l'effectif, comme le nombre de personnes qui sont réellement prêtes et aptes à être déployées, sont nécessaires pour dresser un tableau plus complet et exact.

Le rythme opérationnel élevé constitue une autre grande préoccupation pour les groupes professionnels médicaux. Comme ces militaires sont nécessaires pour pratiquement toutes les opérations de déploiement, la demande est grande et la fréquence des demandes de déploiement est élevée. Cela s'ajoute à la pression sur les faibles niveaux de dotation et pourrait donner lieu à des taux d'attrition plus élevés, particulièrement si l'on considère que les groupes professionnels médicaux sont recherchés à l'extérieur des FAC.

Recommandation du CS Ex

1. En ce qui concerne les groupes professionnels médicaux, il est nécessaire de poursuivre les efforts aux niveaux du recrutement et des programmes de perfectionnement en vue du maintien en poste. En outre, les SSFC doivent faire usage de l'expérience acquise lors des opérations afin d'élaborer une méthodologie reconnue permettant de cerner/déterminer les besoins futurs en matière de personnel.

Formation du personnel

Principale constatation n° 6 : Les améliorations à l'instruction apportées au cours des dernières années, particulièrement durant l'Op Athena, ont accru les capacités des SSFC et ont contribué à la prestation réussie du soutien médical ainsi qu'aux meilleurs résultats pour la santé sur le champ de bataille.

Le personnel des SSFC participe à un certain nombre de programmes d'instruction individuelle et collective qui sont cruciaux pour la disponibilité opérationnelle et le rendement du SMOD. La majorité de cette instruction se donne à la BFC Borden (Ontario), et elle comprend la formation des techniciens médicaux, techniciens dentaires, techniciens en médecine préventive, Adj au méd, infirmiers et autres. Les SSFC ont aussi des partenariats avec des établissements de soins de santé civils à l'échelle du Canada afin de fournir de l'enseignement et de la formation cliniques à leurs étudiants.

Durant l'Op Athena, on a mis en œuvre certaines améliorations à la formation médicale contribuant à la réussite des techniciens médicaux des SSFC sur le champ de bataille ainsi qu'aux résultats positifs sur la santé en temps de guerre. Par exemple, le cours de STC de deux semaines qui est donné à des soldats choisis (un soldat sur huit reçoit l'instruction), à titre d'amélioration au cours régulier de 2 jours sur les soins au combat, a permis aux soldats de donner rapidement des soins sur le champ de bataille et d'agir comme « renfort » médical aux capacités et aux ressources des SSFC. Le cours de STC a enseigné des techniques médicales aux membres de la Force régulière, notamment l'application de tourniquets et de bandages hémostatiques et l'exécution de décompression à l'aiguille sous la direction d'un technicien médical[8].

Le personnel des SSFC a aussi mis en œuvre un prolongement de sa formation médicale régulière grâce au cours de TACMED. Ce cours supplémentaire de deux semaines, lancé par les SSFC en 2007, a donné une « formation réaliste » en plus de représenter les « soins les plus poussés offerts par les membres des FAC dans le contexte préhospitalier du champ de bataille[9]. » Cette formation améliorée a grandement contribué à la réussite des SSFC sur le champ de bataille, et a permis de diminuer les pertes de vies lors de l'Op Athena. « Les techniciens médicaux mentionnent souvent que cette formation a été cruciale pour leur efficacité sur le champ de bataille[10]. »

Équipement et fournitures

Principale constatation n° 7 : Le SMOD a dû composer avec plusieurs difficultés en ce qui concerne l'acquisition en temps opportun d'équipement médical en vue d'opérations d'envergure au cours des dernières années.

---

[8] Lieutenant-colonel Savage, E. et coll., *Tactical Combat Casualty Care in the Canadian Forces: Lessons Learned From the Afghan War*, supplément du Journal canadien de chirurgie, volume 54, décembre 2011, page S120.
[9] Ibid.
[10] Ibid.

Les SSFC ont dû composer avec plusieurs difficultés en ce qui concerne l'acquisition en temps opportun de fournitures médicales durant des opérations d'envergure comptant de multiples rotations, comme l'Op Athena en Afghanistan. Les fournitures médicales du MDN et des FAC sont gérées par le Dépôt central de matériel médical, lequel procure les fournitures sanitaires et assure le soutien en matière d'entretien et de réparation de l'équipement à toutes les unités et éléments des FAC admissibles. Le dépôt offre un service d'approvisionnement, mis à part les fournitures générales, en raison de la nature unique des fournitures médicales et de l'importance du facteur temps.

Les problèmes contractuels ont été perçus comme l'une des causes du retard des fournitures. Souvent, la valeur des acquisitions et l'urgence du besoin durant les opérations militaires ont exigé l'utilisation d'instruments contractuels pré-établis, comme des accords d'approvisionnement ou des offres à commandes qui n'étaient pas en place avant 2006[11]. Les entrevues avec le personnel des SSFC et l'examen des rapports du Bureau du vérificateur général ont permis de constater qu'il s'agissait là d'un problème persistant et constant durant la période couverte par la présente évaluation. Les leçons retenues de l'Op Athena ont montré des difficultés au niveau de la gestion de l'approvisionnement, dues en grande partie aux pénuries en personnel qualifié le long de la chaîne d'approvisionnement.

Recommandation du CS Ex

2. Combler toutes les pénuries ou lacunes du processus actuel de gestion de l'approvisionnement médical, y compris en effectuant un examen des ententes d'approvisionnement existantes et des offres à commandes ainsi que des niveaux adéquats de personnel chargé de l'approvisionnement.

Principale constatation n° 8 : Durant les récentes missions en Afghanistan, les FAC ne disposaient pas de leur propre capacité d'évacuation aéromédicale en zone avancée, laquelle est cruciale à la survie de blessés et aux résultats optimaux pour la santé dans certains scénarios opérationnels.

Une autre limite importante constatée durant l'étude d'évaluation était que les FAC ne disposaient pas de leur propre capacité « d'évacuation aéromédicale en zone avancée » pour évacuer les blessés du champ de bataille durant l'Op Athena. Pour atténuer le problème, les FAC ont dû se fier aux alliés, dont les États-Unis, pour avoir du soutien, en partie parce que cette capacité était déjà en place et fonctionnelle pour eux, et parce que les FAC développaient encore cette capacité par l'instruction et l'utilisation des hélicoptères Griffon acquis en 2009.

[11] Bureau du vérificateur général, chapitre 2 : Le soutien aux déploiements outre-mer – Défense nationale, Rapport du vérificateur général du Canada, mai 2008, pages 15 et 16.

Structure de l'organisation

Principale constatation n° 9 : Les SSFC sont limités pour ce qui est de la portée et des spécialités qu'ils peuvent offrir pour maintenir en puissance par eux-mêmes un niveau de soins de rôle 3 complet – bien que cet aspect soit partiellement pris en charge grâce au travail effectué avec des alliés et par le biais d'améliorations, notamment l'utilisation accrue des capacités améliorées du rôle 2 et d'autres capacités de déplacement en zone avancée pour le SMOD.

En 2000, les SSFC ont entrepris une réorganisation à grande échelle dans le cadre d'un projet de réorganisation multidimensionnelle à grande échelle de 10 ans du MDN et des FAC appelé Rx2000. Les initiatives de renouvellement, ainsi qu'une réduction des ressources au milieu des années 1990, ont donné lieu à un modèle plus intégré de prestation des soins entre le soutien en garnison et le SMOD. L'élément clé de cette intégration était le transfert de tout le personnel du SSS au Gp Svc S FC. Cela a principalement touché le personnel médical au niveau des unités, puisqu'il a été retiré de l'effectif de son unité antérieure pour être placé au sein des unités de SSS (on en compte actuellement 43).

Aujourd'hui, le Gp Svc S FC comprend les 43 unités susmentionnées, 83 détachements, y compris des cliniques, trois ambulances de campagne (unités médicales mobiles), un hôpital de campagne, deux écoles, un établissement de recherches et un dépôt d'équipement médical. Grâce à une intégration accrue des SSFC, les soins de santé en garnison appuient directement les capacités médicales déployées en favorisant et en maintenant la santé du personnel des FAC et en effectuant un dépistage préalable au déploiement, tout en assurant la formation et le maintien des compétences cliniques de base du personnel des SSFC pour pouvoir se déployer.

Dans ce modèle organisationnel intégré, toutes les unités des SSFC sont responsables de la mise sur pied de la force – des ambulances de campagne aux cliniques des Svc S FC. Il y a des limites à la capacité des SSFC à prodiguer des soins de rôle 3 complets, ce qui peut être fait en partenariat avec des alliés. Les SSFC ont été reconnues pour leur contribution et leur leadership à l'hôpital international interarmées de rôle 3 en Afghanistan durant l'Op Athena. L'élargissement récent de la définition et des capacités de rôle 2 par l'OTAN[12] a aussi grandement rehaussé les capacités des SSFC d'offrir des soins et des spécialités plus vastes sur le champ de bataille qui n'était auparavant qu'offertes au niveau du rôle 3.

Les leçons retenues des opérations récentes, y compris les efforts de secours aux sinistrés après le séisme en Haïti durant l'Op Hestia, ont aussi poussé les SSFC à développer des capacités médicales avancées plus modulaires qui compensent pour le recours antérieur aux spécialités et capacités de rôle 3 uniquement; ce qui a rehaussé et accru l'efficacité du soutien médical aux opérations de déploiement. Un article récent revu par les pairs qui portait sur l'Op Hestia et qui a été publié dans le Journal canadien de chirurgie

[12] MDN, *Doctrine interarmées : Soutien des services de santé aux opérations*, diffusée avec l'autorisation du Chef d'état-major de la Défense, février 2007, page 6.

recommandait aussi la mise en œuvre future de capacités chirurgicales plus rapides et mobiles, qui seraient utiles aux efforts de secours aux sinistrés ainsi qu'au SMOD[13]. Depuis la publication de cet article, en 2012, et par suite des leçons retenues, on a créé un nouveau service modulaire de chirurgie et de soins médicaux actifs qui permet d'intervenir plus rapidement.

Résultat intermédiaire n° 1 : Les traitements et les soins étaient-ils efficaces pour le déploiement?

Principale constatation n° 10 : Les membres des FAC reçoivent des traitements et des soins de grande qualité, n'importe quand et là où ils sont déployés.

L'étude d'évaluation a cerné des preuves solides que la prestation du soutien médical aux opérations de déploiement avait été un succès retentissant au cours des cinq dernières années. Les membres des FAC ont reçu des traitements et des soins de grande qualité et de premier ordre à l'échelle des trois commandements d'armée (c.-à-d. l'Armée canadienne, la Marine royale canadienne et l'Aviation royale canadienne). Les nombreuses récompenses et mentions élogieuses reçues par le personnel des SSFC au cours des dernières années en témoignent également, y compris une Mention élogieuse de l'unité remise au 1er Hôpital de campagne du Canada pour son appui aux opérations des FAC dans le golfe Persique, dans les Balkans, en Afghanistan et en Haïti[14].

Une large partie de la réussite récente des SSFC provient de son leadership et de son rendement lors de l'Op Athena en Afghanistan, notamment de son leadership à l'unité médicale multinationale de rôle 3 à l'aérodrome de Kandahar en Afghanistan, de 2006 à 2009. Tout en travaillant à l'appui du mandat d'imposition de la paix de la Force internationale d'assistance à la sécurité en Afghanistan, le personnel canadien et international de l'unité médicale multinationale de rôle 3 a réalisé un total de 6 735 interventions sur 4 134 patients[15]. Le taux de survie de ces interventions était exceptionnellement élevé : environ 98 p. 100 du personnel des FAC et de la Force internationale d'assistance à la sécurité sortent de l'hôpital en vie. Ce taux est semblable, voire supérieur, à celui des centres de traumatologie civils du Canada[16]. Le fait que nombre des blessures étaient graves, comme celles causées par l'explosion d'un engin explosif improvisé et nécessitant des amputations multiples, témoigne encore plus des compétences et de l'efficacité du SMOD offert par le personnel des SSFC.

En reconnaissance de « son travail clinique exceptionnel effectué dans des conditions rudimentaires », le Canada s'est vu décerner le prix Dominique-Jean Larrey par le Comité des chefs des services de santé militaires au sein de l'OTAN en

[13] Talbot, M. et coll., *1 Canadian Field Hospital in Haiti: Surgical Experience in Earthquake Relief*, Journal canadien de chirurgie, vol. 55, n° 4, août 2012, page 274.
[14] MDN, Gp Svc S FC, Rapport du Médecin-chef de 2010 : Misons sur notre stratégie, page 23
[15] Col Brisebois, R. et coll., *The role 3 Multinational Medical Unit at Kandahar Airfield 2005-2010*, Journal canadien de chirurgie, vol. 54, n° 6 (supplément), décembre 2011, page S126.
[16] Ibid.

novembre 2012[17]. Ce prix est le plus grand honneur que l'OTAN décerne pour le soutien médical militaire et l'interopérabilité médicale.

Le tableau 5 indique le nombre de victimes, de blessés au combat (BAC) et de blessés hors combat (BHC) qu'il y a eu durant les 11 rotations en Afghanistan. Le nombre faible de décès peut être attribué au haut taux de réussite du SMOD.

Dates	Rotation	Décès	BAC	BHC	Total
D'août 2005 à janvier 2008	De 1 à 4	78	298	441	817
De janvier à août 2008	5	19	63	112	194
D'août 2008 à février 2009	6	19	70	122	211
De mars 2009 à octobre 2010	7	15	78	173	266
De novembre 2009 à mai 2010	8	13	28	184	225
De mai 2010 à novembre 2010	9	9	74	184	267
De novembre 2010 à juillet 2011	10	4	9	175	188
De juillet 2011 à décembre 2011	11	0	2	17	19
	Total	157	622	1 408	2 187
	Moyenne	13,1	51,8	117,3	182,3

Tableau 5. Données du registre des victimes de l'Op Athena. Le tableau indique le nombre de victimes, de BAC et de BHC qu'il y a eu durant les 11 rotations en Afghanistan.

L'étude d'évaluation a permis de constater que les SSFC avaient amélioré l'efficacité du SMOD en mettant en œuvre diverses initiatives au cours des cinq dernières années. Les entrevues et les rapports sur les leçons retenues ont fait mention de l'efficacité et de l'efficience du « déploiement avancé » de certains services médicaux qui sont habituellement offerts au niveau du rôle 3 ou d'un hôpital statique. Des services médicaux, comme la psychiatrie et la physiothérapie offertes particulièrement en Afghanistan, ont été considérés comme efficaces en ce qui concerne le traitement précoce des blessures et la prévention du rapatriement d'un plus grand nombre de membres des FAC. Cela a permis aux SSFC de prendre en charge les besoins sanitaires des soldats dans le théâtre et a contribué à leur retour au service aussi rapidement que possible. Il faut toutefois souligner que cela n'a pu se faire qu'en dépassant le NPD des spécialistes, en embauchant du personnel médical civil et en recourant largement aux ressources médicales des alliés.

Parmi les autres innovations, mentionnons :

- l'amélioration de l'instruction des techniciens médicaux pour fournir des soins plus tôt, sur les lieux de la blessure;
- l'acquisition de machines d'échographie portables;
- sachant que les blessés au combat meurent souvent d'exsanguination, les SSFC ont grandement amélioré l'instruction des soldats pour qu'ils puissent davantage

[17]OTAN, Le général Bartels ouvre la 38e réunion des chefs des services de santé militaires au sein de l'OTAN en séance plénière, http://www.nato.int/cps/fr/natolive/news_91452.htm?selectedLocale=fr, extrait le 21 novembre 2012.

« prendre soin d'eux-mêmes et de leurs camarades », améliorant de ce fait les chances de survie des blessés[18].

Principale constatation n° 11 : La coordination et l'utilisation des ressources médicales des alliés et d'autres pays sont souvent essentielles à la prestation de soins de santé efficaces et au SMOD, particulièrement dans le cadre de missions de moindre envergure ou internationales.

On a rehaussé les opérations en Afghanistan grâce à une utilisation efficace de partenariats alliés, particulièrement en ce qui concerne l'aide des États-Unis pour effectuer des évacuations aéromédicales. Comme la menace posée par les engins explosifs improvisés et les embuscades ennemies ont souvent compliqué la tâche des ambulances terrestres du Gp Svc S FC pour rejoindre des blessés au combat en temps opportun, l'accès aux capacités d'évacuation aéromédicale des alliés offrait un moyen plus sécuritaire et rapide de transporter les victimes vers l'installation de rôle 3 et a été un élément habilitant crucial de la prestation efficace des traitements et des soins. Cela a aussi permis l'évacuation de personnel gravement blessé vers le Centre médical régional de Landstuhl, une installation de rôle 4 en Allemagne, où l'on peut prodiguer des traitements dépassant les capacités de rôle 3.

La capacité de tirer parti des ressources sanitaires des alliés a aussi permis aux SSFC d'assurer la prestation d'un niveau de soins approprié à l'endroit des soldats canadiens participant aux opérations des Nations Unies. Le nombre de membres des FAC déployés dans le cadre de ces opérations est habituellement assez petit, il peut donc être assez difficile de justifier qu'on les envoie avec des services offrant toute autre chose qu'un niveau de soins de rôle 1. À la place, les SSFC passent souvent par leurs partenaires des Nations Unies pour conclure les ententes de SSS appropriées et efficaces pour le personnel des FAC. Ainsi, en 2011, on a comblé les besoins en santé des 11 personnes constituant la contribution du Canada à la mission de stabilité de l'Organisation des Nations Unies en République démocratique du Congo grâce à un agencement de capacités de l'Inde, de la Jordanie, des Nations Unies et de l'Afrique du Sud.

Principale constatation n° 12 : L'intégration des programmes des soins tactiques au combat (STC) et du cours de médecine tactique (TACMED) à l'instruction préalable au déploiement a contribué à un plus haut taux de survie et à de meilleurs résultats des traitements.

Les entrevues avec le personnel supérieur des SSFC et les cliniciens ont indiqué que la mise en œuvre du cours de STC et de la formation en premiers soins au combat à l'intention des troupes de combat et la formation avancée de TACMED pour les techniciens médicaux des SSFC ont grandement contribué à l'amélioration des capacités médicales, ainsi qu'aux résultats positifs pour la santé sur le champ de bataille[19].

---

[18] Capitaine de frégate H. Jung, *Lessons learned From the War in Afghanistan: A Commander's Perspective*, Journal canadien de chirurgie, vol. 54, n° 6 (supplément), décembre 2011, p. S111.
[19] Pour un portait détaillé des concepts sous-jacents au STC, se référer à l'article du Lieutenant-colonel Savage, E. et coll., *Tactical Combat Casualty Care in the Canadian Forces: Lessons Learned From the*

L'introduction simultanée de nouveaux produits médicaux consomptibles, particulièrement les tourniquets améliorés et les bandages hémostatiques, a contribué à cette réussite en permettant aux technologies médicales déployées de fournir des soins plus efficaces sur le champ de bataille. Le cours de STC est maintenant offert à du personnel déployé choisi, et il a été adopté par les trois éléments constituants des FAC. En outre, la formation en premiers soins standard est aussi obligatoire pour tout le personnel envoyé en mission.

Résultat intermédiaire n° 2 : Les mesures de prévention des maladies et des blessures étaient-elles efficaces lors des déploiements?

Principale constatation n° 13 : De nouvelles mesures et activités préventives en santé ont été mises en œuvre au cours des dernières années, y compris les programmes de « préparation mentale » qui doivent faire l'objet de surveillance et de mesures accrues aux fins d'efficacité.

Selon les entrevues des intervenants, les données du Programme et les leçons retenues de l'Op Athena, l'équipe d'évaluation a constaté que le SMOD avait prévenu efficacement la plupart des blessures hors combat (accidents et maladies) durant les opérations de déploiement. On a aussi souligné que le Directeur – Protection de la santé de la Force avait fortement contribué à l'Op Athena et à l'Op Hestia grâce aux lignes directrices de la Protection de la santé de la Force (p. ex., les FAC ont pu réduire l'utilisation d'antipaludiques, comparativement au personnel militaire des États-Unis, tout en prévenant quand même la maladie). Le personnel médical des FAC a aussi pu procéder à des évaluations des menaces pour la santé dans le théâtre afin de rassurer la chaîne de commandement au sujet des problèmes de qualité de l'air. Les données du registre des victimes montrent que le taux des BHC durant la période couverte par l'évaluation est demeuré relativement constant et qu'il n'a pas augmenté, malgré le rythme opérationnel élevé des grandes opérations comme l'Op Athena[20].

L'un des principaux aspects préoccupants pour les SSFC a été la possibilité que des blessures mentales soient subies durant le combat et que des blessures de stress opérationnels se produisant ultérieurement durant l'étape post-déploiement du service militaire. Pour préparer le personnel des FAC (y compris le personnel médical) dans le but de prévenir plus efficacement ce type de blessures mentales, les SSFC ont élaboré un certain nombre de programmes et de formations en résilience psychologique, comme *En route vers la préparation mentale*. Cette formation est un programme d'instruction préalable au déploiement qui compte quatre objectifs d'apprentissage :

- comprendre les réactions de stress;
- identifier les difficultés du déploiement et leurs répercussions;
- apprendre et mettre en application des stratégies pour atténuer les effets du stress;

Afghan War, Journal canadien de chirurgie, vol. 54 (supplément), décembre 2011, pages S118 à S123; ainsi qu'à celui de Butler, F. K. fils. et Blackbourne, L. H., *Battlefield Trauma Care Then and now: A Decade of Tactical Combat Casualty Care*, The Journal of Trauma and Acute Care Surgery, volume 73, numéro 6, décembre 2012, pages S395 à S402.

[20] Voir le tableau 5 du présent rapport pour connaître les taux de BHC et de retour au travail (RAT) de l'Op Athena.

- reconnaître quand il faut demander de l'aide et où la trouver[21].

Parmi les autres programmes de prévention des blessures mentales, citons le Comité d'experts des FAC sur la prévention du suicide, le Comité d'experts des FAC sur le traumatisme cérébral léger, le Programme amélioré de traitement de la toxicomanie.

Outre ces programmes de prévention, le dépistage préalable au déploiement joue aussi un rôle crucial lorsqu'il s'agit de cerner les blessures et de prévenir les maladies, y compris les blessures mentales. Plusieurs entrevues et rapports sur les leçons retenues ont fait ressortir des problèmes d'efficience concernant le dépistage préalable au déploiement ainsi que des questions concernant le niveau et la qualité de la démarche de dépistage fondée sur une liste de vérification. Les réservistes en particulier ont été désignés comme un groupe clé qui ne pouvait pas toujours faire l'objet d'un examen médical de base avant le déploiement. Les entrevues avec le personnel des SSFC ont souligné que les réservistes ne font pas régulièrement l'objet d'examens médicaux militaires préalables au déploiement ni de suivi après le déploiement.

Recommandation du CS Ex

3. Faire en sorte que l'on assure le suivi de l'examen médical préalable au déploiement et qu'on en fasse rapport. Après les opérations, effectuer un contrôle rigoureux et des relations externes relativement aux suivis médicaux (y compris le suivi en santé mentale), pour les membres de la Force régulière et ceux de la Réserve.

Résultat intermédiaire n° 3 : Les conseils médicaux stratégiques et la recherche étaient-ils efficaces durant les déploiements, à l'appui de la planification, des politiques ou de la mise en œuvre du SMOD?

Principale constatation n° 14 : La recherche médicale effectuée par et pour les SSFC (lorsque les SSFC dirigent ou mènent à l'interne les travaux de recherche appliquée) apportent de précieux renseignements aux fins de conseils médicaux stratégiques et tactiques et au SMOD.

En 2010, le Médecin-chef a créé une Stratégie de recherche sur la santé qui permet de coordonner les démarches de recherche scientifique et technologique autour de huit domaines de recherches clés : la médecine opérationnelle; la traumatologie; la santé publique et la santé au travail; la santé mentale; les ressources en soins de santé; les soins primaires; l'épidémiologie et la santé de la population; le personnel de la santé. Certains des avantages de ces recherches comprennent « une amélioration du triage des blessés en première ligne, des progrès réalisés quant à la gestion et à l'évaluation des traumas, une meilleure connaissance de l'état de la santé mentale et de l'efficacité de l'évaluation et des mesures préventives actuelles, l'élaboration et la mise en œuvre de processus visant à aider les personnes touchées à faire preuve de résilience, l'évaluation des traumatismes cérébraux[22]. »

[21] MDN, Gp Svc S FC, Rapport du Médecin-chef de 2010 : Misons sur notre stratégie, page 13.
[22] Médecin-chef, Rapport *Misons sur notre stratégie* (2010), page 46 (traduction libre).

La Stratégie de recherche du Médecin-chef comprend aussi la création d'un système de suivi du Conseil de la recherche en santé et du Forum de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, qui ont tous aidé à éclairer les conseils et les directives stratégiques et opérationnels que le Médecin-chef doit donner au MDN et aux FAC. Sur le plan opérationnel, le Médecin-chef doit fournir des conseils et des directives aux FAC, élaborer des politiques, des normes et des procédures. Des données, des renseignements et des travaux de recherche pertinents et opportuns sont cruciaux pour ces conseils.

Autres outils qui aident le Médecin-chef à donner des conseils médicaux : le Comité permanent de révision de la médecine opérationnelle et le conseil clinique. Ces deux organismes officiels donnent des conseils au Médecin-chef. Le Comité permanent de révision de la médecine opérationnelle comprend des cliniciens militaires experts; il a fourni un certain nombre de recommandations médicales tactiques lors d'opérations antérieures, notamment « fournir du soutien chirurgical en zone avancée aux opérations de combat, une instruction améliorée pour les techniciens médicaux afin de leur permettre de fournir de meilleurs soins à l'endroit où la blessure s'est produite [et]…l'acquisition d'équipement neuf, comme des machines d'échographie portables[23]. »

Résultat ultime : Le SMOD a-t-il contribué efficacement au maintien d'une force apte au combat et polyvalente?

Principale constatation n° 15 : La prestation d'un SMOD efficace a contribué pour près de 50 p. 100 du taux de retour au service durant un cycle au rythme opérationnel élevé, comme celui qu'on a connu en Afghanistan durant l'Op Athena.

Les données du « registre des victimes » des FAC indiquent fortement que le SMOD contribue efficacement au maintien d'une force polyvalente apte au combat. Le SMOD y parvient en sauvant la vie de soldats canadiens lorsqu'ils sont blessés et en les aidant à revenir au travail le plus rapidement possible. Durant les 11 rotations de l'Op Athena, par exemple, au total, 1 009 soldats ont pu revenir au service actif grâce au soutien médical apporté dans le théâtre; cela compte pour près de 50 p. 100 du total des blessés pour l'ensemble des 11 rotations de l'Op Athena. Cela a aidé à maintenir l'effectif du Groupement tactique de la Force opérationnelle du Canada en Afghanistan, et contribué directement à sa capacité à maintenir en puissance les opérations de combat.

Les données du registre des blessés figurant au tableau 6 présentent le nombre total de blessures non fatales subies par du personnel des FAC durant l'Op Athena. Le total y est divisé en deux catégories distinctes : blessés au combat (BAC) et blessés hors combat (BHC). Chaque catégorie est ensuite répartie selon les rotations de six mois durant laquelle les blessures se sont produites. Le nombre total de soldats qui ont pu faire un retour au travail (RAT) après le traitement est ensuite indiqué par catégorie de blessure et rotation où la blessure s'est produite[24]. Les chiffres démontrent qu'on a obtenu un taux

[23] Capitaine de frégate, H., Lessons Learned From the War in Afghanistan: a Commander's Perspective, Journal canadien de chirurgie, vol. 54, n° 6 (supplément), décembre 2011, page S111.
[24] Ces chiffres tiennent compte de tous les militaires blessés qui ont été traités dans le théâtre (c.-à-d. aux niveaux de soins de rôle 1, 2 ou 3) et qui n'ont pas été rapatriés par la suite au Canada. Sont exclus tous les

élevé de retour au travail grâce aux efforts et aux compétences des SSFC lorsqu'ils ont fourni le SMOD.

Numéro de la rotation de l'Op Athena		De 1 à 4	5	6	7	8	9	10	11	Total
Blessés	BAC	298	63	70	78	28	74	9	2	622
	BHC	441	112	122	173	184	184	175	17	1 408
	Total	**739**	**175**	**192**	**251**	**212**	**258**	**184**	**19**	**2 030**
RAT	BAC	190	39	42	43	9	33	3	2	361
	BHC	246	25	39	87	87	82	79	3	648
	Total	**436**	**64**	**81**	**130**	**96**	**115**	**82**	**5**	**1 009**
Ratio de RAT (%)	BAC	64	62	60	55	32	45	33	100	58
	BHC	56	22	32	50	47	45	45	18	46
Total (%)		**60**	**37**	**42**	**52**	**45**	**45**	**45**	**26**	**50**

Tableau 6. Données sur le RAT pour l'Op Athena, par rotation. Les données obtenues du registre des victimes des FAC montrent les nombres globaux de blessures et de retours au travail pour les 11 rotations de l'Op Athena. Le taux de RAT était de près de 50 p. 100.

Un autre moyen de démontrer la contribution du SMOD au maintien d'une force polyvalente et apte au combat est l'élaboration et la mise en œuvre des cours de STC et de TACMED donnés aux membres des FAC durant le déploiement dans le cadre de l'Op Athena, qu'on a depuis étendus aux autres membres des forces. Cette formation supplémentaire permet aux forces d'offrir un plus haut niveau de soins médicaux auto-administrés et d'aide aux membres de leur unités, ce qui améliore ainsi les taux de survie et de prévention des blessures, en plus d'habiliter les forces davantage grâce à des outils et à des capacités médicaux améliorés.

2.5 Rendement – Démonstration d'efficience et d'économie

Question de l'évaluation : A-t-on employé les moyens les plus économiques et efficients pour atteindre les objectifs visés?

Pour évaluer l'efficience et l'économie du Programme de SMOD, l'évaluation a pris en considération les aspects suivants :

- l'utilisation de pratiques exemplaires pour réaliser des gains d'efficience;
- l'affectation des ressources;
- le coût d'ensemble du Programme.

Principale constatation n° 16 : On est parvenu à des gains d'efficience et une plus grande efficacité clinique grâce à des techniques d'instruction améliorées, comme les cours de STC et de TACMED, ce qui a permis d'étendre et d'élargir les capacités médicales au-delà de ce que les SSFC pourraient normalement offrir dans le théâtre. Les

membres du personnel qui ont reçu un traitement en Afghanistan avant d'être rapatriés au Canada ou évacués vers l'installation de rôle 4 près de Landstuhl, en Allemagne.

améliorations du rôle 2 ont aussi permis de mettre en place, dans le théâtre, des spécialités comme la psychiatrie et la physiothérapie, ce qui diminue le nombre de blessures et de rapatriements.

Pratiques exemplaires

La formation améliorée, comme les cours de STC et de TACMED ont facilité des procédures antérieures permettant de sauver des vies et élargi les capacités des SSFC sur le champ de bataille, ce qui a produit également de l'efficience. La formation a aussi fait office de multiplicateur de la force pour le soutien médical au combat. En outre, la définition et les capacités élargies du rôle 2 amélioré a fait intervenir plus tôt des spécialités qu'on retrouvait plus tard au niveau du rôle 3. Cela a eu des effets positifs sur la santé, car les militaires recevaient certains soins spécialisés plus tôt. Cela a aussi contribué à des gains d'efficience et à des économies potentielles, puisque les soins ultérieurs fournis à l'installation de rôle 3, ou même le rapatriement pour des blessures graves, peuvent coûter plus cher que le traitement précoce des blessures sur le champ de bataille ou près de celui-ci.

Un récent article révisé par les pairs dans lequel Tien, Acharya et Pannell (2009) évaluaient les coûts de la prestation des soins médicaux au combat, on a constaté qu'il était souvent moins coûteux de soigner les soldats blessés sur place plutôt qu'au pays (en tenant compte des limites méthodologiques). Le fait de disposer de l'équipement (et des spécialités) nécessaire sur place est financièrement avantageux dans la plupart des cas. Les auteurs de l'article ont constaté qu'en moyenne, pour des soldats présentant les mêmes niveaux et gravités de blessures, il en coûtait environ 20 000 $ pour traiter un soldat à un hôpital de campagne avant de revenir au travail; 42 000 $ pour un soldat traité à un hôpital de recours régional à l'extérieur du théâtre avant de retourner au travail, et 113 000 $ pour soigner un soldat rapatrié et finalement traité au Canada[25].

Les entrevues des SSFC, les examens de documents et les leçons retenues ont montré les gains d'efficience créés par ce « mouvement vers l'avant » ou par le déploiement de ressources médicales et spécialités clés, comme la physiothérapie et la psychiatrie dans le théâtre. Tout cela pourrait avoir encore diminué le nombre de rapatriements potentiels durant les opérations récentes, comme l'Op Athena.

L'utilisation d'un modèle multinational pour le rôle 3 en Afghanistan a aussi permis aux FAC de tirer parti de ressources et de capacités non disponibles ou non développées par les SSFC, mais qui existent au sein d'autres services médicaux militaires, comme la neurochirurgie (assurée par le Royaume-Uni). En mettant en œuvre ces mesures, les SSFC ont pu tirer parti des ressources et des capacités d'autres pays et de réaliser des économies de coûts (pour les FAC) en évitant de dédoubler des ressources ou d'élaborer et de donner une formation à l'intention du personnel des SSFC pour produire des capacités qui pourraient être d'utilisation limitée. Il faut toutefois souligner que, sans l'accès aux capacités alliées, ces gains d'efficience n'auraient pas pu être réalisés.

Attribution des ressources

[25] Tien, H. C. N., *The Cost of Providing Health Care to Injured Soldiers in War*, The Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care, Volume 67, Number 2, août 2009, page 379.

Principale constatation n° 17 : Le budget du SMOD est relativement harmonisé à son mandat et sa mission, la majeure partie du budget de la disponibilité opérationnelle du SMOD (soit 70 p. 100) est à l'appui de la mise sur pied de la Force (MPF) et des opérations.

Les coûts associés au SMOD étaient en moyenne de 240 millions de dollars par année au cours des quatre dernières années financières, comme l'indique le tableau 7[26]. Comme en témoigne l'attribution des ressources, le plus grand secteur de dépenses (70 p. 100) était consacré à l'appui de la MPF (la capacité de déployer du personnel médical dûment équipé, qualifié et appuyé) ou à l'exécution d'une opération proprement dite. À noter l'augmentation des dépenses durant la période de l'évaluation. Presque toutes les catégories ont connu une augmentation de quelque 30 p. 100 de l'AF 2008-2009 à l'AF 2011-2012.

MPF et opérations	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Multiplicateur budgétaire (%)
Instruction et éducation	22 182 646	27 010 719	28 115 564	29 454 393	11,36
Soutien à la MPF et aux op	137 196 542	167 057 491	173 890 804	182 171 269	70,26
RX 2000	9 080 044	11 056 324	11 508 572	12 056 596	4,65
Recherche	23 198 049	28 247 125	29 402 544	30 802 657	11,88
Santé au travail	2 265 129	2 758 137	2 870 955	3 007 667	1,16
Commandement et contrôle/frais généraux	1 347 361	1 640 616	1 707 724	1 789 043	0,69
Totaux	195 269 772	237 770 412	247 496 163	259 281 625	100

Tableau 7. Répartition du SMOD par rapport aux coûts de la disponibilité opérationnelle des SSFC (en dollars), de l'AF 2008-2009 à l'AF 2011-2012. Le tableau montre les dépenses des SSFC pour le SMOD, par catégorie au cours des quatre années financières indiquées.

[26] Nota : les coûts indiqués au tableau 7 ne comprennent pas la solde des militaires de la Force régulière. Les montants des salaires des contractuels et des réservistes sont inclus dans le F & E ou, dans ce tableau, sous « Soutien à la MPF et aux op ».

Coût du Programme

Principale constatation n° 18 : Bien que les coûts de la disponibilité opérationnelle du Programme aient augmenté de 30 p. 100, dans l'ensemble, le Programme s'est avéré rentable, puisque la majorité des augmentations a été attribuée à l'ajout de personnel médical, comparativement aux très légères augmentations des frais d'administration et de gestion.

Le coût moyen du Programme de SMOD durant la période de l'évaluation était d'environ 240 millions de dollars. Bien que les coûts du Programme aient augmenté de 30 p. 100, dans l'ensemble, le Programme est devenu plus économique puisque qu'il semble que la majorité des augmentations ait été attribuée à l'ajout de personnel médical, par rapport à de très légères augmentations des frais d'administration et de gestion. On pourrait dire que le Programme produit 60 p. 100 plus de personnel de la prestation médicale, comparativement à l'AF 2008-2009, pour une augmentation des coûts d'à peine 30 p. 100.

Comparaison des coûts par rapport à d'autres pays

Dans le passé, les SSFC ont envisagé de faire des comparaisons avec le soutien médical d'autres pays. Des difficultés sont apparues en raison des différences aux niveaux de la comptabilisation et de la disponibilité des données. Non seulement chaque pays est financé différemment, mais des soins de niveaux différents sont fournis à des groupes de patients différents et de façons différentes. À titre d'exemple, l'agencement des soins de santé des États-Unis varie d'un élément constitutif à l'autre – soit l'Armée, la Marine et la Force aérienne – chacun ayant son propre système d'hôpitaux pour fournir des soins aux militaires en service actif (c.-à-d. la Force régulière et la Réserve), aux personnes à charge, aux retraités et dans des cas spécialisés comme les brûlures, à des civils. Même un modèle semblable au nôtre (p. ex., celui de l'Australie) comporte des différences majeures – ils se fient aux réservistes pour ce qui est des spécialistes, son médecin-chef n'a aucun budget central pour les soins de santé, et il compose avec un groupe de patient différent. En définitive, l'équipe de l'évaluation a rejeté cette mesure car on ne comparait pas des produits similaires.

Annexe A – Plan d'action de la direction[27]

Recommandation du CS Ex

1. En ce qui concerne les groupes professionnels médicaux, il est nécessaire de poursuivre les efforts aux niveaux du recrutement et des programmes de perfectionnement en vue du maintien en poste. En outre, les SSFC doivent faire usage de l'expérience acquise lors des opérations afin d'élaborer une méthodologie reconnue permettant de cerner/déterminer les besoins futurs en matière de personnel.

Mesure de la direction

Le Groupe de recrutement des Forces canadiennes (GRFC) a perdu deux recruteurs spécialisés dans les Services de santé et les SSFC (Directeur – Personnel (Services de santé) (D Pers Svc S) a perdu un poste à temps plein spécialisé, lequel était très actif et avait réussi à accroître le recrutement pour les groupes professionnels difficiles. Pour compenser pour ces mesures, le D Pers Svc S a employé deux membres de la Réserve des SSFC en service de classe A, à raison d'un jour par semaine pour collaborer avec le GRFC afin de répondre aux questions des recrues potentielles ainsi que pour élaborer et exécuter des activités de recrutement aux universités et aux conférences très fréquentées, et ce, à l'échelle du Canada. Lorsqu'il est disponible et que c'est pertinent, le personnel local des SSFC est également affecté afin d'accompagner les recruteurs du GRFC lors d'activités de recrutement locales. Bien que cette stratégie n'entraîne que des frais minimes, voire nuls, les résultats du recrutement ont été à des niveaux bas inacceptables pour la dernière AF, soit 2013-2014. Ce taux faible de recrues a accru le risque de doter insuffisamment plusieurs groupes professionnels qui sont essentiels à la prestation des soins de santé lors des opérations et en garnison, ce qui a incité le D Pers Svc S à demander le rétablissement d'un poste de recruteur à temps plein tant au sein des SSFC que du GRFC.

Une multitude d'autres facteurs ont contribué aux enjeux de taille associés à l'attrait et au recrutement des praticiens des soins de santé, particulièrement dans nos groupes professionnels en difficulté. Il s'agit notamment :

- de la perte d'une possibilité de déploiement en Afghanistan où les cliniciens obtiennent une formation et une expérience professionnelles hautement cliniques et bénéfiques;
- des restrictions qui ont eu un effet négatif sur de nombreux programmes et possibilités (formation professionnelle continue, Programme de maintien de préparation clinique (PMPC), cours intéressants et stimulants, approfondissement et nombre de déploiements dans le cadre d'exercices de campagne, admissibilité au service temporaire, etc.);
- des changements démographiques au Canada et de la réforme du système de santé des États-Unis, qui font en sorte que des compétences civiles font une forte concurrence aux FAC pour attirer et garder les médecins militaires;

[27] Le Gp Svc S FC a révisé ce PAD en septembre 2014.

- des tendances provinciales consistant à employer des adjoints au médecin et à s'y fier davantage;
- la fin de la promotion automatique au grade de lieutenant-colonel pour les spécialistes médicaux qualifiés au terme du service obligatoire;
- des coûts des cours donnés à l'étranger (particulièrement aux États-Unis) qui continue et continuera à augmenter considérablement. Ces cours sont exigés pour maintenir les capacités cliniques et opérationnelles, et parfois, ils ne sont pas offerts au Canada;
- du fait que dans certains groupes professionnels (p. ex. les pharmaciens) il y a un écart important entre les échelles salariales et les primes par rapport à leurs homologues civils. Une étude récente réalisée par une tierce partie montre que cet écart peut être aussi grand que 19 p. 100 dans certains cas, ce qui ajoute aux problèmes d'attrait (et de maintien en poste).

RECRUTEMENT

Plan d'action

Pour s'attaquer aux difficultés susmentionnées, le D Pers Svc S établira une cellule de recrutement et de maintien de l'effectif. Cette initiative imposera un fardeau à d'autres programmes au sein de la direction, mais la priorité doit aller à l'appui des soins en garnison et à la disponibilité opérationnelle grâce à du personnel des services de santé formé et efficace.

Objectif

Pour respecter le Plan de recrutement stratégique pour chaque groupe professionnel en se concentrant sur des secteurs à forte concentration de la population cible. La principale population cible est constituée des médecins, des travailleurs sociaux, des pharmaciens et des technologues médicaux, puisque dans l'ensemble des SSFC, leur Plan de recrutement stratégique est le plus difficile à respecter.

Échéancier

D'avril 2014 à mars 2015 : Participer à un minimum de huit activités de recrutement.

Juin 2014 : Note d'information indiquant le besoin de recruteurs spécialisés pour les Services de santé et le GRFC. (Fait)

Juillet 2014 : Établissement et dotation d'une cellule de recrutement et de maintien de l'effectif. (Fait)

Entretenir des liens de coordination étroits avec des organismes externes, notamment : le personnel du GRFC, le Directeur – Besoins en production de personnel, les collèges et universités, les conseillers des groupes professionnels militaires (GPM), la Coopération civilo-militaire, le Directeur général – Affaires publiques (Marketing).

D'août à octobre 2014 : Orientation relative aux problèmes d'analyse et de production de rapports en recueillant les données disponibles et en analysant les problèmes et questions actuels.

Le 30 septembre 2014 : Note d'information portant sur l'utilisation des indemnités de recrutement. L'intention est de soumettre des demandes d'autorisation de façon à activer les indemnités dès qu'il sera confirmé qu'un certain groupe professionnel médical se trouve en-deçà du NPD ou qu'on ne parvient pas à recruter suffisamment de personnel pour répondre aux besoins des années à venir, puisqu'il faut au moins 5 ans pour former les titulaires de certains groupes professionnels en pénurie.

D'octobre à novembre 2014 : Confirmation des lignes d'opération et des points de livraison, notamment : examen des lignes d'opérations du concept op (analyse et production de rapports) en portant une attention particulière aux points décisifs et en apportant des ajouts ou des modifications au Programme au fur et à mesure que les situations se présentent.

Le 30 octobre 2014 : Établir un plan avec le GRFC en vue du recrutement, dans le cadre de l'enrôlement direct en qualité d'officier, d'infirmiers militaires des soins intensifs, de médecins militaires, de médecins spécialistes ainsi que de technologues médicaux des soins primaires paramédicaux qui ont déjà leur permis d'exercer.

Le 30 novembre 2014 : Création d'un plan de communication visant à créer des messages stratégiques relatifs à l'attraction et au maintien de l'effectif :

- élaborer ou mettre à jour des feuillets d'information pouvant servir lors de salons de l'emploi, de conventions et aux universités, à titre d'outil d'attraction important et nécessaire;
- mettre à jour les sites Web, au besoin, avec des messages d'attraction et de maintien de l'effectif;
- élaborer des idées nouvelles et innovatrices en vue de l'attraction et du maintien de l'effectif.

Évaluation

Rapport que produira le D Pers Svc S et décrivant le résultat de l'activité (c.-à-d. le nombre de candidats potentiels, l'intérêt général, lieu approprié, etc.).

Concept op mis à jour.

Production d'un plan de communication.

MAINTIEN DE L'EFFECTIF

Plan d'action

Le D Pers Svc S a fourni du financement pour que chacun des groupes professionnels des SSFC organisent des possibilités ou activités de formation ou d'éducation liées à leur métier ou qu'elles y participent. Il peut s'agir d'activités qui existent dans le secteur civil ou d'initiatives des groupes professionnels des SSFC qui sont conçues spécialement pour eux-mêmes. Chaque conseiller du GPM soumet une proposition justifiée, où les coûts sont indiqués, à titre d'outil de maintien de l'effectif. Sur approbation, le conseiller du GPM organise et exécute l'activité, et l'on obtient de la rétroaction concernant le résultat d'ensemble.

Des mesures de dotation seront prises afin de poursuivre la stratégie de maintien de l'effectif des médecins spécialistes, qui vise à corriger le problème d'attrition lié à leur groupe professionnel dans le but de répondre aux besoins opérationnels et de récompenser l'excellence clinique. On a présenté au Chef du personnel militaire (CPM), aux fins de considération, une demande de changement officiel du schéma de promotion des médecins spécialistes. Il faut souligner que l'abandon de la stratégie aggravera vraisemblablement les difficultés d'attraction et de maintien de l'effectif des médecins, et aura une incidence sur les besoins opérationnels des FAC.

Tous les groupes professionnels des SSFC ont été désignées comme atteignant un seuil critique en matière de dotation aux AF 2014-2015, 2015-2016 et 2016-2017, moment auquel un fort pourcentage des conditions de service (CS) initiales des engagements de durée intermédiaire variable arrivera à terme et nombre de membres du personnel qualifiés auront l'option de renouveler leurs CS ou de quitter les FAC. Le moment où de nouvelles CS sont offertes est crucial. On a observé qu'un certain nombre de membres du personnel des SSFC ne reçoivent aucune offre de CS avant que leurs CS actuelles soient pratiquement arrivées à terme ou qu'elles aient pris fin, ce qui rend difficile leur planification de carrière. Cette pratique a poussé du personnel à accepter une offre du secteur civil, et elle peut donner lieu à une augmentation du taux d'attrition. Dans un avenir proche, la chaîne de commandement des SSFC ordonnera aux commandants des unités de faire des offres de CS plus tôt.

Depuis 2007, le D Pers Svc S offre des occasions de maintien des compétences cliniques par le biais de son Programme de maintien de préparation clinique (les Instructions des SSFC se trouvent à l'adresse : http://cmp-cpm.forces.mil.ca/health-sante/pd/pol/3100-22-fra.asp), ainsi que des possibilités de Formation professionnelle continue à l'intention du personnel clinique des SSFC (les Instructions des SSFC se trouvent à l'adresse : http://cmp-cpm.forces.mil.ca/health-sante/pd/pol/3110-14-fra.asp). Tous les cliniciens des FAC ont accès à ces programmes, et l'on mesure la participation à chacun d'eux à la fin de l'année financière. Le D Pers Svc S a lancé un examen de ce programme pour faire en sorte qu'il reflète et mesure les connaissances et les compétences professionnelles. Nous allons aussi améliorer notre système de suivi pour garantir que nous saisissons les renseignements qu'il nous faut pour faire rapport sur ces mesures.

Le D Pers Svc S a entrepris la restructuration du groupe professionnel des techniciens médicaux et des Adj au méd. Le processus devrait prendre deux ans. On prévoit que la restructuration réduise le taux d'attrition des Adj au méd grâce à la création d'un nouveau groupe professionnel clinique distinct dont la structure fait concurrence aux offres d'emploi civiles pour les Adj au méd.

Objectifs

Maintenir en poste l'effectif chevronné et hautement qualifié afin d'offrir les meilleurs soins possibles au personnel des FAC, tant en garnison que lors d'opérations.

Échéancier

Le 30 juillet 2014 : Produire une note d'information à l'intention du CPM adjoint concernant le remboursement des affiliations professionnelles/frais de permis d'exercer des praticiens des soins de santé ainsi que d'autres professionnels de la santé (encore acheminée par le biais de la chaîne de commandement).

Du 30 septembre au 30 novembre 2014 : Afin d'améliorer le PMPC, nous entreprenons un examen du programme pour qu'il soit davantage axé sur les connaissances et les compétences, dans le but de donner suite aux constatations du rapport du CS Ex, soit :

- des points de données définis;
- l'élaboration de rapports pour le militaire, le superviseur, le commandant et le gestionnaire de programme;
- la schématisation de tous les processus;
- une matrice décisionnelle élaborée pour évaluer les plateformes logicielles possibles;
- un examen de toute la documentation du PMPC et la formulation des modifications suggérées;
- une trousse d'apprentissage à distance pour mettre en œuvre les nouveaux systèmes qui sont développés et produits;
- la prestation de l'assurance de la qualité et des améliorations des processus 2 mois après la mise en œuvre;
- un membre du personnel du programme formé pour mettre à jour le système de suivi du PMPC et pour produire les rapports.

Le 30 octobre 2014 : Contrat de services pour effectuer l'analyse civile et militaire du salaire et des indemnités des médecins militaires, dentistes, pharmaciens et Adj au méd.

Le 30 octobre 2014 : Faire en sorte que les offres de CS faites par les commandants et le Directeur – Carrières militaires au plus tard un an avant que les CS actuelles prennent fin.

Le 30 novembre 2014 : Les activités de maintien de l'effectif, par groupe professionnel, doivent être déterminées pour l'AF 2014-2015.

Le 30 novembre 2014 : Élaboration des sondages de départ – Créer un outil pour analyser les motifs de départ du personnel du MDN. Les conseillers des GPM réaliseront des entrevues individuelles avec tous les cliniciens qui ont remis leurs documents de libération.

Le 30 novembre 2014 : Rétablir le groupe de travail sur le maintien de l'effectif médical afin d'élaborer des stratégies et des plans pour réduire l'attrition des GPM médicaux.

Le 31 décembre 2014 : Sous réserve de l'approbation par le CPM des changements proposés aux promotions et du NPD des médecins spécialistes, on accordera une promotion au grade de lieutenant-colonel, conformément au processus d'examen du rendement, des majors médecins spécialistes qui ont servi pendant une période de 5 ans après avoir terminé leur période de formation de spécialiste de cycle supérieur avec attestation, ou après leur enrôlement direct en qualité d'officier et la fin de leur période de service obligatoire, soit en raison de leur formation de spécialiste ou de le réception d'une prime d'enrôlement de l'EDO.

Le 30 avril 2016 : Achèvement prévu de la restructuration du groupe professionnel des techniciens médicaux et des adjoints au médecin.

BPR : CPM – Gp Svc S FC/Directeur – Personnel (Services de santé)
Dates cibles : Diverses dates cibles intermédiaires (voir ci-haut)
Date cible finale : 30 avril 2016

Recommandation du CS Ex

2. Combler toutes les pénuries ou lacunes du processus actuel de gestion de l'approvisionnement médical, y compris en effectuant un examen des ententes d'approvisionnement existantes et des offres à commandes ainsi que des niveaux adéquats de personnel chargé de l'approvisionnement.

Mesure de la direction

Le processus de gestion de l'approvisionnement est jugé adéquat pour répondre aux besoins actuels du réapprovisionnement médical. Les pénuries ou lacunes observées au cours des dernières années dans la chaîne d'approvisionnement étaient, pour la plupart, hors du contrôle du MDN, notamment le plafond de 5 000 $ pour les offres à commandes locales, les problèmes contractuels et les ruptures de stock des fournisseurs.

Limite des offres à commandes locales

L'augmentation de 5 000 $ à 25 000 $ permet d'avoir un processus d'approvisionnement plus efficient pour les articles qu'on ne peut pas obtenir grâce aux offres à commandes (OC) existantes. L'ancienne limite de 5 000 $ était inadéquate pour les fournitures médicales coûteuses et il fallait très souvent l'aide de la cellule de l'approvisionnement du Sous-ministre adjoint (Matériels) et de Travaux publics et Services gouvernementaux

Canada (TPSGC), ce qui entraîne des délais indésirables. La nouvelle limite des offres à commandes locales permet au Dépôt central de matériel médical de passer directement des contrats avec l'industrie pour les plus gros achats, grâce à un processus d'approvisionnement simplifié et des délais de livraison plus rapides.

BPR : CPM – Gp Svc S FC/Directeur – Prestation des services de santé
Date cible : Terminé – mesure déjà mise en place

Ententes d'approvisionnement et offres à commandes

Offre à commandes principale et nationale

TPSGC procède au renouvellement de l'offre à commandes principale nationale (OCPN) pour un fournisseur principal de fournitures médicales – pour laquelle le MDN est, et de loin, le plus gros client. Le contrat devait être attribué en avril 2014. TPSGC a aussi diminué le nombre d'articles des OCPN actuelles, passant de 4 200 à 300, en fonction des taux de consommation des dernières années. Cette diminution est une conséquence directe de l'ancienne exigence concernant les fournitures médicales spécifiques, dont la grande majorité a été ajoutée aux OCPN durant le soutien de l'hôpital de rôle 3 en Afghanistan. Bien qu'il serait idéal d'avoir/de maintenir tous les articles médicaux essentiels/coûteux requis pour les capacités chirurgicales sur des OC, cela est tout simplement irréalisable compte tenu des besoins non existants. TPSGC n'établira pas d'OC pour les articles peu ou non utilisés. Si le besoin se fait de nouveau sentir, l'offre à commandes locale sera la méthode d'approvisionnement initiale. Des besoins répétés dicteront alors la nécessité d'ajouter lesdits articles aux OC existantes ou l'établissement de nouvelles OC. Fait à souligner, les OC d'équipement médical sont peu utilisées puisque le plafond de 40 000 $ pour les commandes subséquentes est trop bas, compte tenu des coûts de ce genre d'équipement. La passation de marchés par l'entremise de TPSGC demeure le seul choix. Les OCPN pour vendeur principal actuelles ont été prolongées jusqu'au 30 juin 2014 (sans répercussions pour les utilisateurs du MDN). Cela est nécessaire pour permettre à TPSGC d'effectuer l'examen des soumissions, ce qui prend beaucoup de temps. Ainsi, la date cible de l'OCPN a été reportée au 30 juin 2014.

OC spécialisées

TPSGC procède à l'établissement d'OC pour des produits médicaux pour lesquels certaines entreprises ont des droits exclusifs d'acquisition et de distribution au Canada. Ces produits ne peuvent pas être ajoutés aux OCPN pour vendeur principal. À titre d'exemple, certaines fournitures médicales de combat entreraient dans cette catégorie. Ces biens sont nécessaires pour tenir la formation médicale proprement dite.

BPR : TPSGC
BC : CPM – Gp Svc S FC/D Pres SS
Date cible : 30 juin 2014 – nouvelles OCPN (terminées); décembre 2014 (OC spécialisées).

Entreposage et ruptures de stocks des fournisseurs

Une autre grande cause de problèmes pour l'approvisionnement était liée à l'incapacité des fournisseurs civils et du Dépôt central de matériel médical, ce dernier passant des commandes aux premiers, pour répondre aux besoins accrus de biens médicaux consomptibles provenant de l'hôpital de rôle 3. Les fournisseurs et le Dépôt ont dû modifier leurs niveaux d'inventaires minimum et maximum afin de réapprovisionner l'opération en conséquence. Vers la fin, les niveaux d'inventaires minimum et maximum ont dû être abaissés pour éviter des pertes excessives de matériel médical arrivés à sa date de péremption. Garder les inventaires aux niveaux élevés serait beaucoup trop coûteux par rapport aux avantages que cette mesure apporte. En outre, les tendances qui évoluent constamment en matière de traitements et de technologies médicaux, ajouteraient aux coûts sur une période prolongée.

BPR : CPM – Gp Svc S FC/D Pres SS
Date cible : S/O

Recommandation du CS Ex

3. Faire en sorte que l'on assure le suivi de l'examen médical préalable au déploiement et qu'on en fasse rapport. Après les opérations, effectuer un contrôle rigoureux et des relations externes relativement aux suivis médicaux (y compris le suivi en santé mentale), pour les membres de la Force régulière et ceux de la Réserve.

Mesure de la direction

La responsabilité et le pouvoir de faire en sorte que le personnel des FAC, de la Force régulière et de la Réserve, se rapporte à sa clinique médicale des FAC pour les suivis médicaux après le déploiement (y compris en santé mentale) incombent uniquement à la chaîne de commandement des FAC. Le Gp Svc S FC n'a aucun pouvoir en ce sens, mis à part en ce qui concerne les unités du Gp Svc S FC qui relèvent directement de lui. Une lettre décrivant ce besoin sera envoyée aux trois éléments constitutifs.

Par l'entremise des cliniques médicales des FAC, le Gp Svc S FC assure déjà un suivi rigoureux de ces rencontres et il intensifiera ses démarches de communication pour fournir des rapports d'étape à la chaîne de commandement locale des FAC pour l'aider dans ses efforts pour garantir que tous les membres de son personnel fait l'objet des suivis médicaux après le déploiement (y compris en santé mentale). Le Directeur – Politiques de santé – Politiques et normes médicales du Gp Svc S FC examinera les politiques existantes en ce qui concerne le dépistage préalable au déploiement et le dépistage après le déploiement, et il les révisera pour faciliter la conformité à la présente recommandation.

BPR : Gp Svc S FC/D Pol San/Politiques et normes médicales
BC : CPM – Gp Svc S FC/Directeur – Santé mentale
Date cible : 30 mars 2015

Annexe B – Méthodologie et limites de l'évaluation

1. Méthodologie

1.1.1 Aperçu des méthodes de collecte des données

Les constatations et les conclusions de l'évaluation reposent sur l'analyse objective et la validation de multiples éléments de preuve (quantitatifs et qualitatifs) réalisées grâce aux méthodes de recherche suivantes :

a) examen des documents et des bases de données (y compris les leçons retenues);
b) analyse documentaire (y compris les revues spécialisées);
c) entrevues d'informateurs clés;
d) examen des données sur la mesure du rendement;
e) analyses financières.

Chacune de ces méthodes est décrite plus en détail dans les sections suivantes.

1.1.2 Examen des documents et analyse documentaire

L'examen des documents visait plus de 65 documents du Programme et des intervenants portant précisément sur le SMOD, et il a permis de cerner des questions, tendances et besoins clés qui sont liés à la pertinence, le rendement, l'efficience et l'économie du Programme. Outre les documents du Programme, la base des données des leçons retenues (Système de gestion des connaissances) et les rapports des cinq dernières années des opérations (particulièrement l'Op Athena en Afghanistan) ont fait l'objet d'un examen et ont été intégrés à l'analyse de plusieurs questions de l'évaluation.

Un examen des revues spécialisées et des études de recherche a également été réalisé, et il a servi à cerner des tendances, problèmes et enjeux plus vastes liés au soutien médical aux opérations de déploiement, de même que les pratiques exemplaires et les leçons retenues. L'examen comprenait une analyse de documents et rapports externes ainsi que de recherches universitaires sur des sujets liés au SMOD dans la perspective du Canada, de l'Amérique du Nord et de l'OTAN.

1.1.3 Entrevues des informateurs clés

Durant la phase d'établissement de la portée de l'évaluation, on a tenu des entrevues préliminaires avec des membres clés du Gp Svc S FC, y compris la haute direction. Ces entrevues ont fourni de l'information sur la portée et les principaux enjeux de l'évaluation ainsi que sur le modèle logique du SMOD.

D'autres entrevues ont été réalisées dans le cadre de l'étape officielle de l'exécution de l'évaluation. Les personnes interviewées provenaient des cinq principaux groupes décrits plus en détail ci-après.

- la haute direction des SSFC – y compris celle du quartier général du Gp Svc S FC;
- les fournisseurs de soins des SSFC – qui assurent la prestation des soins, comme les techniciens médicaux, les Adj au méd, les infirmiers, les médecins militaires, etc.;
- le personnel administratif des SSFC – qui assurent la planification, l'administration, la gouvernance, la gestion du SMOD;
- les soins après le déploiement – le personnel du Centre intégré de soutien du personnel et de l'Unité interarmées de soutien au personnel;
- les intervenants militaires internes – ce groupe comprend les responsables de la mise sur pied de la force et les employeurs de la force, comme les commandants opérationnels;
- les partenaires et intervenants externes – comme d'autres alliés de l'OTAN, et les unités médicales d'autres pays, comme les États-Unis et le Royaume-Uni.

Groupe d'entrevue	Nombre d'entrevues réalisées
1 Haute direction des SSFC	5
2 Fournisseurs de soins de santé des SSFC	20
3 Personnel administratif des SSFC	14
4 Soins après le déploiement	3
5 Intervenants militaires internes	5
6 Partenaires externes	3
Total	**50**

Tableau B-1. Entrevues réalisées. Le tableau indique le nombre d'entrevues réalisées pour chacune des catégories du groupe d'entrevue.

1.1.4 Examen des données sur la mesure du rendement

Les données sur la mesure du rendement ont été fournies par le quartier général du Gp Svc S FC pour les indicateurs liés aux exigences ministérielles et de l'AAP en matière de rapports et au suivi interne des SSFC. La plupart des données sur le rendement qui ont été fournies ne concernaient que les trois dernières années, et elles ont été analysées dans la section sur le rendement du présent rapport d'évaluation.

1.1.5 Analyse financière

L'analyse financière de l'étude d'évaluation du SMOD a contribué aux questions sur l'efficience et l'économie indiquées dans la matrice de l'évaluation. Les estimations des coûts (c.-à-d. planifiés et réels) du SMOD ont été incluses dans le rapport final. Une comparaison des données financières du soutien médical aux opérations de déploiement provenant d'autres pays n'a pas été incluse dans la présente évaluation, puisque les

activités et les coûts du soutien médical aux opérations de déploiement d'autres pays alliés étaient considérées trop différents aux fins de la présente étude d'évaluation.

2. Limites

Les contraintes et limites ci-après indiquées ont été constatées durant l'étude d'évaluation et les stratégies d'atténuation mentionnées ont été prises en considération.

Limite	Stratégie d'atténuation
Les renseignements et les indicateurs de la mesure du rendement se limitaient uniquement à trois années de données en moyenne.	Utilisation d'autres données recueillies à partir de documents et de bases de données.
Le modèle logique disponible était pour du SSS d'une portée plus vaste et non pour le SMOD.	Élaboration d'un modèle logique pour le SMOD avec l'appui et les conseils des SSFC aux fins de l'évaluation.
La comparaison des données financières du soutien médical aux opérations de déploiement provenant d'autres pays.	Examen des activités et des coûts du soutien médical d'autres pays alliés a donné lieu à des différences qui ne supporteraient pas une comparabilité claire. Cette méthodologie n'a pas été poussée plus loin dans le cadre de l'étude.

Tableau B-2. Stratégies d'atténuation possibles. Le tableau indique les limites de la méthodologie de l'évaluation ainsi que les stratégies d'atténuation pour gérer les biais.

Annexe C – Modèle logique

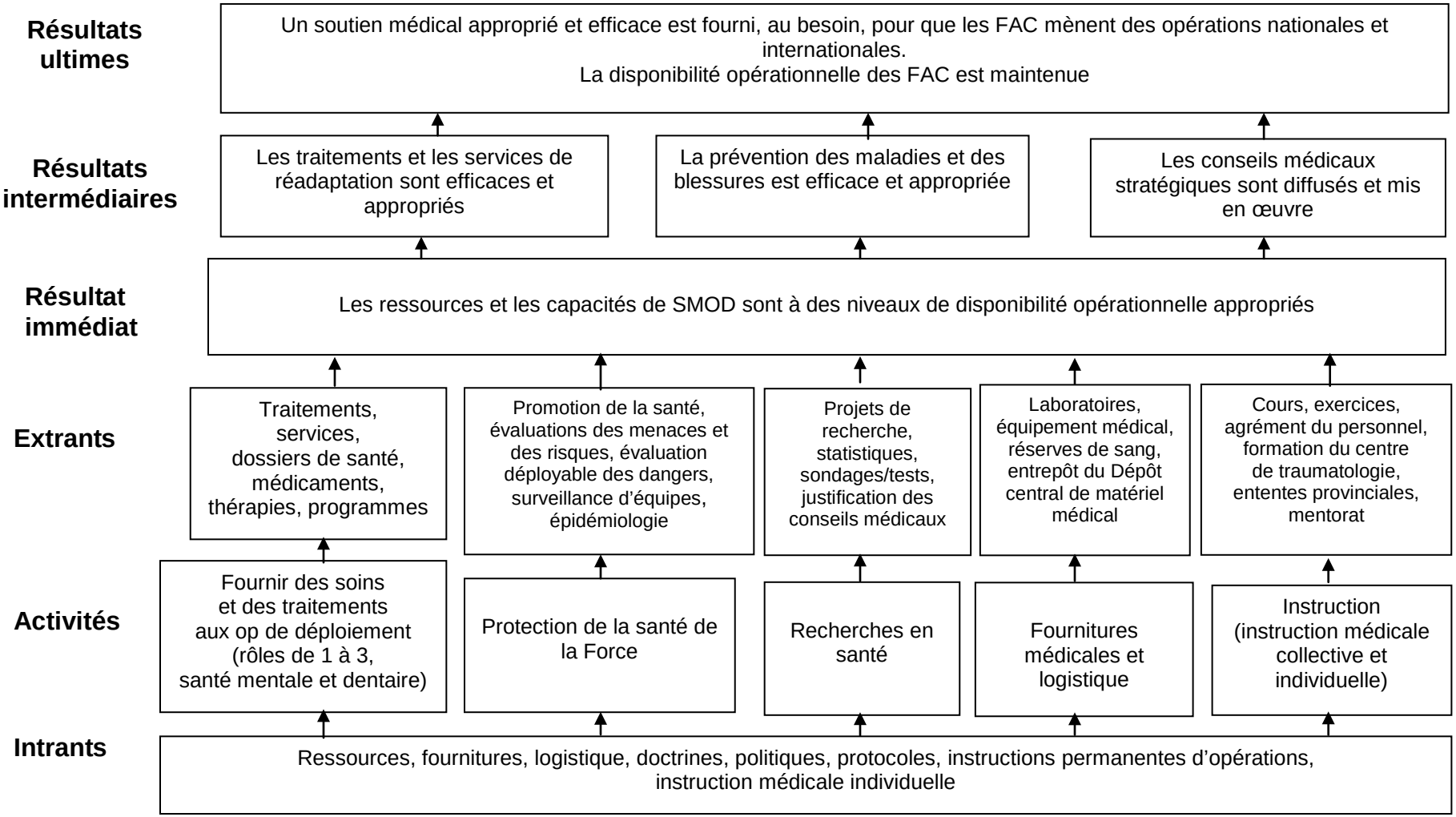

Figure C-1. Modèle logique du SMOD. Le diagramme illustre le lien entre les intrants, les activités et les extrants du SMOD, ainsi que les résultats immédiat, intermédiaires et ultimes.

Annexe D – Matrice de l'évaluation

Matrice de l'évaluation – Pertinence						
Enjeux et questions de l'évaluation		**Indicateurs**	**Données sur la mesure du rendement**	**Examen des documents et leçons retenues**	**Entrevues**	**Analyse documentaire**
1.1	Le soutien médical aux opérations de déploiement comble-t-il un besoin réel et courant?	1.1.1 Description des besoins (uniques) relatifs au SMOD (selon les niveaux de menaces, de risques, de dangers d'une mission)	**Non**	**Oui**	**Oui**	**Oui**
		1.1.2 Risque de ne pas avoir de SS pour soutenir les opérations de déploiement	**Non**	**Oui**	**Oui**	**Oui**
1.2	Les priorités du SMOD concordent-elles avec les objectifs stratégiques du MDN et les priorités du gouvernement fédéral?	1.2.1 Alignement entre le SMOD et les priorités du GC	**Non**	**Oui**	**Non**	**Non**
		1.2.2 Alignement entre le SMOD et les priorités du MDN et des FAC	**Non**	**Oui**	**Non**	**Non**
1.3	La prestation du SMOD concorde-t-elle avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral et, plus précisément, avec les rôles et les responsabilités du MDN et des FAC?	1.3.1 Obligations légales des services de santé à l'égard des opérations de déploiement	**Non**	**Oui**	**Non**	**Oui**
		1.3.2 Alignement avec les ententes, les PE, avec les pays partenaires et les alliés (p. ex., accords de l'OTAN, Commandement de la défense aérospatiale de l'Amérique du Nord, Convention de Genève, etc.)	**Non**	**Oui**	**Non**	**Non**
		1.3.3 Les rôles et les responsabilités du SMOD sont-ils bien définis par rapport aux partenaires/alliés?	**Non**	**Oui**	**Oui**	**Oui**

Tableau D-1. Matrice de l'évaluation – Pertinence. Le tableau indique les méthodes de collecte des données qui ont servi à évaluer les questions et les enjeux de l'évaluation afin de déterminer la pertinence du Programme.

Matrice de l'évaluation – Rendement : Atteinte des résultats escomptés (Efficacité)						
Enjeux et questions de l'évaluation		**Indicateurs**	**Données sur la mesure du rendement**	**Examen des documents et leçons retenues**	**Entrevues**	**Analyse documentaire**
2.1	Disposait-on d'un nombre suffisant de membres du personnel qualifiés, d'équipement et de fournitures pour répondre aux besoins des forces déployées?	2.1.1 Niveaux évalués en fonction de l'instruction, des niveaux de dotation, de l'organisation et de l'équipement	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Non**
2.2	Les traitements et les soins étaient-ils efficaces lors des déploiements? - Soins dentaires - Traumatologie/blessures - Programmes de santé mentale	2.2.1 Les traitements et la réadaptation étaient-ils efficaces et adéquats pour le soutien lors de déploiements? **Sous-indicateurs :** - qualité des soins et des traitements - taux de survie - taux de retour au service actif - nombre et type de blessures subies au cours des cinq dernières années des opérations	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Oui**
		2.2.2 Efficacité des **partenariats** dans la prestation des traitements et des services de réadaptation, y compris l'**interopérabilité** avec d'autres pays et les alliés	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Non**

Matrice de l'évaluation – Rendement : Atteinte des résultats escomptés (Efficacité)						
2.3	Les mesures de prévention des maladies et des blessures étaient-elles efficaces lors des déploiements?	2.3.1 Mesures et programmes de prévention nouveaux et améliorés	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Oui**
		2.3.2 Taux de BHC, taux de RAT	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Non**
2.4	Les conseils médicaux stratégiques étaient-ils efficaces durant les déploiements (à l'appui de la planification ou de la mise en œuvre d'opérations)?	2.4.1 Utilisation efficace des recherches en santé aux fins de traitement	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Oui**
		2.4.2 Conseils efficaces (qualité/opportunité/utilité) pour appuyer la planification et la mise en œuvre des opérations	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Non**
2.5	Le SMOD a-t-il contribué efficacement au maintien d'une force apte au combat et polyvalente?	2.5.1 Taux de retour au service actif	**Oui**	**Oui**	**Oui**	**Oui**
		2.5.2 Programmes d'instruction et de préparation opérationnelle préalable au déploiement efficaces	**Non**	**Oui**	**Oui**	**Non**

Tableau D-2. Matrice de l'évaluation – Rendement : Atteinte des résultats escomptés (Efficacité). Le tableau indique les méthodes de collecte des données qui ont servi à évaluer les questions et les enjeux de l'évaluation afin de déterminer le rendement du Programme en matière de rendement.

Matrice de l'évaluation – Rendement : Démonstration d'efficience et d'économie						
Enjeux et questions de l'évaluation		**Indicateurs**	**Données sur la mesure du rendement**	**Examen des documents et leçons retenues**	**Entrevues**	**Analyse documentaire**
3.1	A-t-on employé les moyens les plus économiques et efficients pour atteindre les objectifs visés?	3.1.1 Utilisation des pratiques exemplaires pour faire des gains d'efficience	**Non**	**Oui**	**Oui**	**Oui**
		3.1.2 Affectation des ressources par secteur d'activités de programme	**Oui**	**Oui**	**Non**	**Non**
		3.1.3 Coût d'ensemble du programme	**Oui**	**Oui**	**Non**	**Non**
3.2	Quels sont les coûts et les avantages économiques du SMOD?	3.2.1 Coût de projets de recherches spécifiques, des traitements et des programmes	**Oui**	**Oui**	**Non**	**Oui**
		3.2.2 Coût de prestation du SMOD	**Oui**	**Oui**	**Non**	**Oui**
		3.2.3 Coût de prestation du soutien médical par du personnel formé	**Oui**	**Oui**	**Non**	**Non**
		3.2.4 Coût de prestation de la promotion de la santé et de la prévention	**Oui**	**Oui**	**Non**	**Non**
		3.2.5 Coût de prestation des services de réadaptation et des traitements pour que les membres des FAC retournent au service actif	**Oui**	**Oui**	**Non**	**Oui**
		3.2.6 Coût, pour la société canadienne et pour le système de santé, des blessures à long terme non traitées ou prévenues par le SMOD	**Oui**	**Oui**	**Non**	**Oui**

Tableau D-3. Matrice de l'évaluation – Rendement : Démonstration d'efficience et d'économie. Le tableau indique les méthodes de collecte des données qui ont servi à évaluer les questions et les enjeux de l'évaluation afin de déterminer l'efficience et l'économie du Programme en matière de rendement.

Annexe E – Définitions des rôles du soutien médical des FAC

Rôle 1 – Soutien médical offrant les soins de santé primaires de routine, les premiers soins spécialisés, le triage, la réanimation et la stabilisation.

Rôle 2 de base – Soutien médical offrant une capacité chirurgicale, y compris les interventions d'urgence pour limiter les dommages, les interventions chirurgicales pour les cas chirurgicaux urgents afin de fournir un traitement médical permettant de sauver une vie, un membre ou une fonction. La capacité chirurgicale devrait être fournie dans les délais médicaux.

Rôle 2 amélioré – Soutien médical offrant toutes les capacités du rôle 2 de base, mais qui présente des capacités améliorées en raison d'installations supplémentaires pour les diagnostics et de plus grandes ressources, y compris la capacité de stabiliser et de préparer les patients et les blessés en vue d'une évacuation aéromédicale stratégique.

Installation de traitement médical de rôle 3 – Soutien médical devant offrir toutes les capacités de rôle 2 amélioré et pouvoir effectuer des services spécialisés de chirurgie, de soins ainsi que les services supplémentaires imposés par la mission et les besoins du théâtre.

Nota : La plupart des capacités de soins de chaque rôle font partie intégrante des soins du rôle supérieur suivant.