

ÉTUDE DE
L'OMBUDSMAN DE LA DÉFENSE NATIONALE ET DES
FORCES CANADIENNES
EN PARTENARIAT AVEC
LE GROUPE DES SERVICES DE SANTÉ DES
FORCES CANADIENNES

JUIN 2015



Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour
tous les membres de la Première réserve



**Faisabilité de mener des
examens médicaux périodiques
pour tous les membres de la
Première réserve**

Juin 2015

Résumé

Depuis un quart de siècle, les réservistes ont participé à des opérations expéditionnaires dans les Balkans, au Moyen-Orient et en Afrique, et à des crises humanitaires comme en Haïti et aux Philippines, principalement comme troupes supplémentaires à la Force régulière. Bien qu'il soit presque impossible de prédire les besoins futurs des Forces armées, les conflits mondiaux contemporains indiquent que les réservistes continueront d'être intégrés aux missions expéditionnaires à venir.

Les réservistes interviennent également de plus en plus lors d'opérations en sol canadien, par exemple, pour assurer la sécurité d'événements internationaux ou intervenir en cas de catastrophe naturelle. Les réservistes sont parfaitement adaptés aux missions au Canada, car ils sont présents dans les collectivités partout au pays. Les Forces armées canadiennes (FAC) dépendent des éléments de la Réserve pour la défense des régions côtières et de l'Arctique.

Malgré la nécessité accrue d'engager des réservistes pour des opérations expéditionnaires et en sol canadien, il est impératif de veiller à ce que les membres de la Réserve soient aptes à suivre l'entraînement et les exercices réguliers, qui sont parfois difficiles et intenses. L'Universalité du service stipule que tous les membres de la Première réserve ne doivent être atteints d'aucune maladie qui pourrait limiter leur capacité à travailler et à partir en déploiement. Les commandants sont responsables de la santé et du bien-être des réservistes dont ils ont la charge, et ils doivent attester chaque année que leur personnel est médicalement apte.

Il existe un décalage entre la nécessité administrative d'avoir des membres de la Première réserve médicalement aptes et l'obligation de respecter la réglementation médicale. Le Chapitre 34, Services de santé, des Ordonnances et règlements royaux, dont la dernière mise à jour remonte à 1985, stipule que les membres de la Réserve ne doivent recevoir un examen médical périodique (EMP) que si cette exigence est directement attribuable à l'exercice d'une fonction militaire spécifique. Le Chapitre 34 des Ordonnances et règlements royaux, dans sa version actuelle, est vague en ce qui concerne le droit aux soins de santé des membres de la Réserve et cette ambiguïté donne lieu à des divergences d'interprétation et d'application, et fait perdre beaucoup de temps aux fournisseurs de soins de santé.

La Première réserve compte une force totale de 26 777 membres, dont 28 % ont plus de 40 ans. 26 % des membres de la Première réserve n'ont pas de dossier médical à jour. Bien que les réservistes reçoivent généralement des services de santé de la province dans laquelle ils résident, 38 % des sondés n'ont pas de médecin de famille.

La présente étude avait pour but d'examiner et de définir la faisabilité de fournir aux membres de la Première réserve des EMP selon la même périodicité que pour la Force régulière. Selon les prévisions, entre 4 881 et 6 106 évaluations médicales devraient être menées au cours d'une année donnée pour que les membres de la Première réserve en service de classe A reçoivent des EMP au même titre que la Force régulière.

Il existe plus de trente centres des services de santé des FAC (cliniques et détachements) à travers le Canada. Plusieurs de ces centres ont identifié les éventuelles contraintes budgétaires auxquelles ils seraient confrontés s'ils devaient effectuer davantage d'examens médicaux périodiques, et le plan d'activités du Chef du personnel militaire pour 2015-2016 a établi que le

***Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour
tous les membres de la Première réserve***

maintien du niveau actuel des soins de santé entraînera une augmentation des pressions financières.

Fournir des EMP à tous les membres de la Première réserve ne sera réalisable que si d'autres mesures sont envisagées. Des recherches préliminaires menées dans le cadre de cette étude ont examiné les options potentielles et le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes a également passé en revue d'autres moyens d'évaluer l'état de santé des membres de la Première réserve.

Le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes examinera plus en détail les divers moyens d'action afin d'évaluer chacune des options, y compris le montant des coûts, et préparera un rapport de suivi sur ses constatations.

Table des matières

Section I : Introduction.....	1
Section II : Contexte	4
Section III : Demande	9
Section IV – Capacité des Services de santé des FAC de fournir des EMP à tous les réservistes.....	18
Section V – Sujets de préoccupation.....	22
Section VI - Conclusion.....	25
Annexe A : Méthodologie	27
Annexe B : Règlements, ordonnances et directives pertinents	31
Annexe C Appendice 1 : Données démographiques pour la Première réserve¹	36
Annexe C Appendice 2 : Emplacement des membres de la Première réserve.....	37
Annexe C Appendice 3 : Distance séparant les membres de la Première réserve des soins médicaux des FAC et emplacement des réservistes dont l'évaluation médicale est expirée	38
Annexe C Appendice 4 : Pourcentage des membres de la Première réserve ayant un médecin de famille.....	39
Annexe D : Aperçu des types de cliniques des FAC	40
Annexe E : Augmentation potentielle du nombre d'EMP et des heures par centre de soins médicaux des FAC	41
Annexe F : Nombre d'EMP et de campagnes éclairs par ambulance de campagne de la Réserve.....	43
Bibliographie	44
Notes de fin de document.....	49

Section I : Introduction

Le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes administre le 14^e système de soins de santé du Canada et est chargé d'offrir des programmes et des services de santé aux Forces armées canadiennes. Il gère le volet médecine du travail, qui inclut des examens médicaux continus du personnel, comme lors de leur enrôlement et libération, avant et après un déploiement et lors d'une promotion ou affectation à un poste isolé. Des examens médicaux périodiques sont également réalisés à intervalles réguliers, attestant ainsi qu'un membre est médicalement apte à être engagé et déployé.

Les FAC se composent de deux éléments : les membres de la Force régulière, qui sont en service permanent à temps plein, et contraints de travailler et de se déployer à la demande de Sa Majesté; et les membres de la Réserve, qui sont engagés surtout à temps partiel et peuvent choisir de participer à des tâches et des missions, si leur service est requis.

Les règlements, ordonnances et directives stipulent clairement que les membres de la Force régulière reçoivent leurs soins de santé des Forces armées canadiennes. Cependant, les droits des réservistes sont moins clairs et plus incongrus. Par exemple, un règlement prévoit que les réservistes en service à temps partiel ne peuvent recevoir des soins de santé que si ces derniers sont requis dans le cadre de leur service; un membre de la Réserve doit toutefois avoir une évaluation valide de son état de santé pour être embauché. En ce qui concerne les examens médicaux périodiques, certains soutiennent que les réservistes ne peuvent y prétendre de par la réglementation, et d'autres affirment que l'aptitude des membres de la Réserve à servir doit être vérifiée régulièrement et exigent par conséquent qu'ils soient soumis à des examens médicaux.

Alors que la Réserve était autrefois considérée comme un atout stratégique, elle est devenue plus impliquée sur le plan opérationnel au cours des deux dernières décennies. Malgré la nécessité accrue d'engager des réservistes pour des opérations expéditionnaires et en sol canadien, il est impératif de veiller à ce que les membres de la Réserve soient aptes à suivre les entraînements et exercices réguliers, qui sont parfois difficiles et intenses. Il arrive que les réservistes exécutent des tâches moins exigeantes physiquement, comme passer la semaine assis à un bureau, au travail ou à l'école, puis qu'ils participent pendant la fin de semaine à un exercice militaire où ils doivent porter des charges sur leur dos et marcher plusieurs kilomètres avec deux heures de sommeil, manier des armes à feu ou encore utiliser de la machinerie lourde et conduire des véhicules avec passagers.

Comme les commandants sont responsables de la santé et du bien-être de leurs subordonnés, ceux qui dirigent les réservistes doivent s'assurer que ces derniers répondent aux critères d'emploi et de déploiement, et qu'ils sont physiquement aptes à participer activement aux tâches et entraînements. Le personnel médical des FAC comprend cette nécessité et souhaiterait fournir ce service, mais il est bloqué par une politique dépassée, des directives provisoires ambiguës et un manque de ressources. Pourtant, les politiciens et les groupes de surveillance et de défense se préoccupent des droits des réservistes touchant l'accès aux services de santé fournis par l'armée.

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

Contexte de l'étude

Le Bureau de l'ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes (MDN/FC) a soulevé des inquiétudes liées à l'absence de cohérence dans la prestation EMP des membres de la Force régulière et de la Réserve. Dans le rapport de 2008 intitulé *Des soins sous toutes réserves : une enquête sur le traitement des réservistes blessés* et son rapport de suivi de 2012, l'Ombudsman recommandait que les normes des EMP soient appliquées uniformément pour les membres des deux forces. Bien que le ministère de la Défense nationale (MDN) et les Forces armées canadiennes (FAC) souhaitent fournir des EMP à tous les membres de la Première réserve, l'étendue des ressources nécessaires (argent, temps et personnel) reste floue.

Depuis 2010, le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes a réalisé deux essais de validation de principe, en fournissant des EMP à des réservistes sur des sites pilotes, mais il n'a pas la capacité de mener une étude approfondie pour déterminer l'investissement global nécessaire. Conscient de cette limitation, l'Ombudsman du MDN/FC a proposé de s'associer au Groupe des Services de santé des Forces canadiennes pour mener l'étude sur les EMP, qui a débuté le 2 septembre 2014.

But

Cette étude avait pour but d'examiner et de définir la faisabilité de mener des EMP pour les membres de la Première réserve selon la même périodicité que pour la Force régulière.

Objectifs

L'étude comportait trois objectifs principaux :

- Faire un examen détaillé de la cohorte de la Première réserve. Cette activité impliquait de déterminer l'unité de chaque membre et de la cartographier par rapport à l'endroit où se situent les ressources médicales des FAC. Les données démographiques ont également été évaluées afin de déterminer les tendances qui peuvent avoir une incidence sur les ressources nécessaires pour fournir des EMP aux réservistes.
- Examiner les ressources médicales disponibles au sein des Forces armées canadiennes, ainsi que d'autres ressources potentielles, comme d'autres organisations fédérales procédant à des évaluations de la santé au travail et des médecins de famille civils.
- Totaliser les besoins en ressources tels que les coûts financiers, en personnel et en matériel liés à la prestation d'EMP pour tous les réservistes.

Les recherches menées sur d'autres options potentielles et besoins en ressources relatifs à la prestation d'EMP pour tous les réservistes doivent être examinées de manière approfondie par le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, afin de déterminer la valeur de chacune des options, y compris le total des coûts, et feront l'objet d'un rapport de suivi.

Portée

La Réserve comporte la Première réserve, la Réserve supplémentaire, le Service d'administration et d'instruction des organisations de cadets et les Rangers canadiens. Les membres de la Première réserve s'entraînent régulièrement et peuvent être affectés à des opérations et missions.

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

Le présent rapport porte sur les membres de la Première réserve. Les termes « réserviste » ou « Réserve » utilisés dans ce rapport font référence aux membres de la Première réserve.

Méthodologie

La méthodologie est détaillée à l'annexe A.

Section II : Contexte

La Réserve aujourd'hui

Jusqu'au milieu du vingtième siècle, la Réserve était principalement considérée comme un atout stratégique, qui pouvait entrer en action massivement lors d'un conflit de grande envergure, tel que la Première et Seconde guerre mondiale, ou pour se protéger contre une menace plus insaisissable comme la Guerre froide. Comme l'a dit Richard Weitz, auteur de *The Reserve Policies of Nations : A Comparative Analysis*, le principal avantage de maintenir une Réserve était qu'elle apportait une flexibilité à moindre coût, vu que l'on imposait aux réservistes un niveau de préparation moindre.ⁱ

La « force totale » est une théorie introduite par les États-Unis après la guerre du Vietnam. En termes simples, la force totale est l'intégration des deux forces militaires (la Force régulière et la Réserve), toutes deux entretenues, équipées et entraînées à un niveau comparable. Le Canada a adopté ce concept à la fin des années 1980.ⁱⁱ Il est néanmoins important de noter que la notion de « force totale » n'a jamais été formellement reconnue dans aucun statut ni directive du Conseil du Trésor.ⁱⁱⁱ

Bien que la Réserve ait évolué en passant du statut de force de combat en attente à élément à part entière de la force totale, le MDN et les FAC n'ont jamais défini clairement le rôle de la Réserve moderne, comme l'a souligné le Chef – Développement des forces dans son rapport de 2011 sur l'Étude sur la capacité d'emploi de la Première réserve.^{iv} Le Vice-chef d'état-major de la Défense a lancé l'étude en octobre 2010, dont le principal résultat attendu visait à déterminer la base de référence de l'emploi à temps plein des réservistes. Le rapport final recommandait également un énoncé de mission et de vision pour la Réserve, qui a finalement été adopté, et qui a encouragé le MDN et les FAC à entreprendre un examen d'ensemble de la Réserve.^v Un examen d'ensemble est également prévu par le MDN et les FAC afin d'optimiser la structure de la Réserve pour les opérations et les missions.^{vi} Le Comité directeur pour la rationalisation de la Première réserve a été créé, bien qu'il vise essentiellement à déterminer le nombre de postes à temps plein, et non un examen d'ensemble.^{vii}

Au cours de la dernière décennie, les différents chefs d'état-major de la Défense ont fait des recommandations écrites aux FAC sur leur vision et leurs intentions pour la Réserve; leurs points de vue étaient très divergents. En 2007, le Général Hillier a déclaré que la Réserve et la Force régulière devaient être plus étroitement intégrées et qu'il espérait voir les réservistes participer aux opérations; et que ces derniers devaient donc être en bonne condition physique (y compris sur le plan médical), aptes au travail et au déploiement.^{viii} Quatre ans plus tard, le Général Natynczyk adoptait une approche beaucoup moins prescriptive, demandant que la Réserve soit essentiellement une entité à temps partiel, pouvant être opérationnelle avec un préavis raisonnable.^{ix} La définition de « raisonnable » n'était pas formulée. Un an plus tard, l'orientation du Général Lawson était plus étroitement alignée sur celle de son prédécesseur, déclarant que la Réserve devait être surtout à temps partiel et maintenue à des niveaux de préparation dirigés. Ici encore, l'expression « niveaux dirigés » n'était pas vraiment détaillée.^x

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

Quoi qu'il en soit, depuis un quart de siècle, les réservistes ont participé à des opérations expéditionnaires dans les Balkans, au Moyen-Orient et en Afrique, et à des crises humanitaires comme en Haïti et aux Philippines, principalement comme troupes supplémentaires de la Force régulière. En fait, 13 038 membres de la Réserve ont été déployés dans 27 opérations à l'étranger mandatées par le gouvernement fédéral, l'OTAN et l'ONU, depuis 1994.^{xi} Bien qu'il soit presque impossible de prédire les besoins futurs des Forces armées, les conflits mondiaux contemporains indiquent que les réservistes continueront d'être intégrés aux missions expéditionnaires à venir.

Les réservistes interviennent également de plus en plus lors d'opérations en sol canadien, par exemple, pour assurer la sécurité d'événements internationaux ou intervenir en cas de catastrophe naturelle. Les réservistes sont parfaitement adaptés aux missions au Canada, car ils sont présents dans les collectivités partout au pays. 8 087 réservistes ont participé à des opérations en sol canadien depuis 1997 (11 000 se tenaient également prêts à intervenir, au cas où le problème de l'an 2000 surviendrait).^{xii}

Finalement, l'intégration des réservistes dans les opérations et les missions des FAC au cours des 25 dernières années a eu pour conséquence de faire évoluer la Première réserve, qui est passée d'une source stratégique de personnel à une ressource opérationnelle viable.

La nécessité d'une Réserve médicalement apte

La formule de mise sur pied des forces de l'Armée utilise un ratio de 5 pour 1 pour les opérations expéditionnaires et de 3 pour 1 pour les opérations en sol canadien. Ainsi, pour mettre sur pied dix groupes-bataillons territoriaux de 250 personnes chaque, l'armée nécessite un bassin de 7 500 membres de la Réserve en bonne condition physique, aptes au travail et au déploiement.^{xiii} Les effectifs des navires de défense côtière proviennent essentiellement de la Réserve navale et dernièrement, d'autres navires ont commencé à recourir à des réservistes pour des missions à court préavis.^{xiv} Selon le modèle d'emploi de l'Aviation royale canadienne, la Force régulière et la Réserve sont entièrement intégrées, en tant que la force totale. Les membres de la Réserve aérienne doivent donc être médicalement aptes, car ils passent souvent d'un contrat de classe « A » à un contrat de classe « B », afin de répondre aux besoins ponctuels.^{xv}

Les commandants des FAC sont les premiers responsables de la santé et du bien-être de leurs subordonnés.^{xvi} Ils doivent attester chaque année de la disponibilité de leur personnel, y compris médicale, dans un Rapport sur la vérification annuelle de l'état de préparation du personnel.^{xvii}

Les membres de la Première réserve doivent être médicalement aptes afin de répondre aux critères d'emploi et de déploiement liés à l'universalité du service.^{xviii} Les EMP sont également un outil permettant d'établir l'aptitude médicale d'une personne et de construire un historique de son état de santé. Si les membres ne sont pas régulièrement évalués sur le plan médical, cela pourrait entraîner des problèmes liés à l'indemnisation et aux prestations si un réserviste soutenait qu'une maladie ou une blessure était attribuable au service et demandait de percevoir des indemnités de la Force de réserve, ou de tirer avantage du Régime d'assurance-revenu militaire ou des Anciens Combattants Canada après sa libération, au cas où il n'y aurait pas suffisamment de preuves pour faire une réclamation. À l'inverse, un membre pourrait chercher à être indemnisé et demander des prestations en tenant les FAC pour responsables d'une condition

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

médicale préexistante ou une blessure subie dans la vie civile. Les EMP pourraient ainsi protéger à la fois les membres et l'organisation.^{xix}

Enjeu

Il existe un décalage entre la nécessité administrative d'avoir des membres de la Première réserve médicalement aptes et l'obligation de respecter la réglementation médicale. L'annexe B détaille les règlements, ordonnances et directives relatives à l'aptitude médicale de la Réserve.

La doctrine de la gestion du personnel militaire des Forces canadiennes stipule : « [l]a politique de gestion du personnel militaire ne saurait exister en vase clos. Il faut qu'elle soit intégrée et coordonnée pour garantir son harmonisation avec la législation, les règlements, les politiques, les objectifs stratégiques et autres éléments des politiques qui touchent le personnel [...] Il faut que la politique de gestion du personnel militaire soit intégrée, synchronisée et coordonnée à tous les niveaux des FAC dans leur ensemble et adaptée aux besoins des éléments et sous-éléments de la force totale. »^{xx} Néanmoins, les cadres juridique, réglementaire et politique qui entourent l'aptitude médicale des membres de la Réserve ne sont pas harmonisés tels qu'énoncés dans les principes de la doctrine de la gestion du personnel militaire.

Dans sa version actuelle, le Chapitre 34.07, Droit aux soins de santé, des Ordonnances et règlements royaux est vague en ce qui concerne le droit aux soins de santé des membres de la Réserve. Comme l'a souligné le Colonel M.L. Quinn, ancien directeur de la Réserve des Services de santé, cette ambiguïté donne lieu à des divergences d'interprétation et d'application, et fait perdre beaucoup de temps aux fournisseurs de soins de santé.^{xxi}

Pour illustrer ce point, le rapport de 2008 de l'Ombudsman du MDN/FC, intitulé *Des soins sous toutes réserves : une enquête sur le traitement des réservistes blessés*, a établi qu'en général, les membres de la Réserve en service de classe B de moins de 180 jours avaient seulement accès aux mêmes services de santé des FAC que les membres en service de classe A. Néanmoins, les enquêteurs n'ont découvert aucun fondement juridique à la distinction du service de classe B basée sur la durée du contrat. Le personnel du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes interrogé dans le cadre de l'enquête était incapable de fournir un fondement légal ou réglementaire pour ces différents niveaux de soins. De plus, plusieurs fournisseurs de soins de santé ont cité le Chapitre 34.07 des Ordonnances et règlements royaux à titre de référence, mais cela n'est pas clairement précisé dans le règlement.^{xxii}

Le Chapitre 34, Services de santé, des Ordonnances et règlements royaux, a été mis à jour pour la dernière fois en 1985.^{xxiii} Depuis, les membres de la Réserve se sont activement entraînés pour et ont participé à des opérations expéditionnaires et en sol canadien. De plus, les trois éléments des FAC dépendent désormais des membres de la Première réserve pour la mise sur pied des forces de défense des régions côtières et de l'Arctique, et les réservistes sont entièrement intégrés aux organisations de la Force aérienne. Les commandants exigent donc que les membres de la Réserve soient en bonne condition physique afin de répondre aux critères d'emploi et de déploiement. La Directive et ordonnance administrative de la Défense 5023-1, Critères minimaux d'efficacité opérationnelle liés à l'universalité du service, stipule que tous les membres de la Première réserve doivent être exempts de toute maladie qui pourrait limiter leur capacité à être affectés et déployés. L'instruction 20/04 du Chef-personnel militaire des FAC est plus prescriptive, exigeant que les membres de la Première réserve satisfassent aux normes

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

médicales minimales dans le cadre de leur emploi militaire et qu'ils disposent d'un dossier médical. Les commandants sont responsables de la santé et du bien-être des réservistes dont ils ont la charge, et ils doivent attester chaque année que leur personnel est médicalement apte. Toutefois, comme le stipule le Chapitre 34.07 des Ordonnances et règlements royaux, les membres de la Réserve en service de classe A et de classe B de moins de 180 jours ne doivent recevoir un EMP que si cette exigence est directement attribuable à l'exercice d'une fonction militaire spécifique. Comme l'a souligné le conseiller juridique du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, « dit simplement, le simple fait qu'un réserviste puisse être déployé à un moment donné à l'avenir n'est pas suffisant pour justifier un EMP aux frais de l'État. »^{xxiv}

L'absence d'EMP pour les réservistes est problématique. En écrivant la Directive principale de mise en œuvre pour les groupes-bataillons territoriaux, l'armée ne pouvait pas envoyer les membres assignés à ces groupes avec un EMP expiré subir une évaluation médicale, car cet ordre n'était appuyé par aucune politique.^{xxv} En raison de cette contrainte, la Directive principale de mise en œuvre stipule que les unités d'intervention immédiate, composées des membres de la Force régulière, demeurent la première ligne de défense de l'Armée pour les opérations à court préavis en sol canadien.^{xxvi} Pourtant, comme ils l'ont démontré lors des inondations de Calgary en 2014, les membres de la Première réserve continuent d'être les premiers à intervenir sur le terrain.^{xxvii} Les dirigeants de la Réserve navale ont remarqué que le bassin de membres prêts à entrer en action ne cesse de diminuer, en partie à cause des membres n'ayant pas d'EMP valide.^{xxviii} De plus, de nombreux techniciens en aéronautique de la Réserve assurent l'entretien et le service des avions et des hélicoptères, et comme l'indiquait un observateur, « on ne peut pas avoir une personne travaillant sur un avion qui n'est pas en bonne santé. »^{xxix}

Actuellement, les commandants de la Réserve doivent indiquer dans leur Rapport sur la vérification annuelle de l'état de préparation du personnel qu'ils ne peuvent attester de l'aptitude médicale de leurs membres.^{xxx} De plus, contrairement à la Force régulière, dont les membres reçoivent leurs soins de santé primaires des services de santé des FAC, les commandants de la Réserve peuvent ne pas disposer de l'information nécessaire sur la santé de leurs subordonnés, qui n'ont parfois pas accès à des fournisseurs de soins primaires. Certains s'inquiètent donc de leur responsabilité lorsque des membres s'entraînent alors que leur état de santé est inconnu.^{xxxi}

Les membres de la Réserve peuvent également subir les conséquences de ces problèmes de politiques. Actuellement, certaines opportunités d'emploi échappent aux réservistes parce que leur EMP est expiré, et que par conséquent, ils ne répondent pas aux exigences de l'instruction 20/04 du Chef – personnel militaire des FAC et enfreignent l'universalité du service.^{xxxii}

Les travaux visant à modifier le Chapitre 34 des Ordonnances et règlements royaux ont été entrepris depuis au moins 2003, lorsque le groupe de travail sur le droit et l'accès aux soins de santé de la Réserve a été mis sur pied afin d'examiner la réglementation et discuter de la question spécifique des droits des membres de la Première réserve.^{xxxiii} En juin 2015, l'amendement n'en est encore qu'à l'état de projet. Néanmoins, s'il est approuvé, dans sa version actuelle, il ouvrira un champ très vaste au droit aux services de soins de santé pour les membres de la Première réserve, et plus spécifiquement le droit d'évaluer leur état de santé si nécessaire.^{xxxiv}

En attendant, une directive provisoire a été publiée et des initiatives ont été prises afin de combler les lacunes relevées par l'Ombudsman du MDN/FC dans le rapport de 2008, intitulé

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

Des soins sous toutes réserves. Le 16 juillet 2009, le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes a publié une directive provisoire relative à la prestation de soins de santé aux réservistes, tandis que le Chapitre 34 des Ordonnances et règlements royaux était modifié. Ce document a pour objet de veiller à ce que tout membre de la Première réserve, quelle que soit sa classe de service, se présentant dans un établissement médical des FAC soit évalué. Il indique aussi clairement que les membres dotés d'un contrat de travail de classe B de plus de 180 jours reçoivent le même niveau de soins que le personnel de la Force régulière, tout comme les réservistes qui sont employés dans le cadre de contrats à temps plein de courte durée qui cumulent au moins 180 jours. Néanmoins, il indique également que son but n'est pas de revoir la politique des EMP.^{xxxv} Le vice-chef d'état-major de la Défense a réitéré cet engagement dans un mémorandum de 2011, vu que la directive provisoire de 2009 n'était pas appliquée de façon uniforme au sein des FAC.^{xxxvi}

Des efforts ont également été accomplis pour traiter la question de l'aptitude médicale des membres de la Réserve. En 2009, le Détachement Toronto du 4^e Groupe des Services de santé a entrepris d'examiner sur le plan médical tous les membres de la Première réserve avec un EMP expiré dans son propre champ de responsabilité, afin de répondre aux exigences des opérations en sol canadien, y compris les prochains Jeux olympiques et Sommets mondiaux qui devaient se tenir au Canada en 2010.^{xxxvii} Un essai de validation de principe a été entrepris en Colombie-Britannique fin 2010. En 2011, le Médecin général a étendu l'initiative, déclarant dans un mémo que « à la fin, l'offre d'(EMP) et d'immunisations à tous les réservistes, sans égard à leur classe de service, doit être mise en œuvre partout au pays, être durable et devenir une activité de base... »^{xxxviii} De ce fait, un autre essai de validation de principe a été mené dans cinq régions, afin de répondre aux besoins des groupes de la compagnie d'intervention dans l'Arctique de l'Armée en 2012.^{xxxix}

En novembre 2014, un projet de directive provisoire a été présenté aux participants d'une Conférence sur la formation professionnelle des chefs de clinique à Ottawa, détaillant les raisons pour lesquelles un EMP sera réservé dans une clinique des FAC (par ex., promotion, emploi à temps plein, postdéploiement). Il stipule également que « pour tous les autres EMP de classe A, cela dépendra de la disponibilité des fournisseurs de soins de santé à la clinique des FAC. Les cliniques et les ambulances de campagne de la Réserve continueront de fournir des EMP dans la mesure où l'argent et les ressources le permettront. »^{xl} Bien que le Médecin général ait déclaré en 2011 que les EMP devaient être fournis à tous les membres de la Première réserve partout au pays et de manière systématique, la pratique actuelle consiste à continuer de n'offrir des EMP à la cohorte de la Réserve que si les ressources et les fonds sont disponibles.

Section III : Demande

Indicateurs démographiques

Démographie générale

Âge

Sur les 26 777 membres identifiés dans l'extrait des données du système de gestion des ressources humaines (SGRH) utilisées pour cette étude, 28 % des membres de la Première réserve ont plus de 40 ans.^{xli} Plus des trois quarts du personnel de la Réserve de l'Armée et de la Réserve navale ont moins de 40 ans. Néanmoins, on constate une situation démographique contraire pour la Réserve aérienne, avec seulement 16 % de ses membres de moins de 40 ans. Contrairement à la Réserve de l'Armée et la Réserve navale, qui recrutent largement auprès de la population étudiante, les membres de la Réserve aérienne sont principalement d'ex-membres de la Force régulière. De plus, en raison du caractère surtout technique du travail à exécuter, la Réserve aérienne recrute des candidats hautement qualifiés. Ces deux facteurs sont la cause d'un effectif plus âgé.^{xlii}

Membres de la Première réserve par groupe d'âge et organisation

Âge	AC	MRC	ARC	Autre	Total
Moins de 40	15 103	2 493	314	1 419	19 329
Plus de 40	4 009	783	1 617	1 039	7 448
Total global	19 112	3 276	1 931	2 458	26 777

Voir l'annexe C, appendice 1 pour un graphique représentant l'âge des membres de la Première réserve.

Sexe

Selon l'extrait des données du SGRH, 4 456 membres de la Première réserve, soit 17 %, sont des femmes. L'Armée se compose d'une population essentiellement masculine, soit 88 %.

Sexe des membres de la Première réserve par organisation

Sexe	AC	MRC	ARC	Autre	Total
Femme	2 261	987	438	770	4 456
Homme	16 851	2 289	1 493	1 688	22 321
Total global	19 112	3 276	1 931	2 458	26 777

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

Données militaires

Structure de l'emploi

L'Armée canadienne

71 % des membres de la Première réserve sont enrôlés dans l'Armée canadienne. Les réservistes de l'Armée sont engagés dans plus de 135 collectivités partout au pays.

Comme les unités de la Réserve de l'Armée sont géographiquement dispersées et généralement intégrées dans leur collectivité, elles sont parfaitement adaptées aux opérations en sol canadien. L'Armée considère les unités d'intervention immédiate et les groupes-bataillons territoriaux comme principal modèle de sa capacité d'intervention à l'échelle nationale; les Brigades de réserve sont les principaux responsables de la mise sur pied des forces pour les groupes-bataillons territoriaux.^{xliii} Chacune des dix Brigades est responsable de l'un des groupes-bataillons territoriaux, composé d'environ 250 personnes. Les membres de ces groupes doivent se présenter sur la zone des préparatifs dans les 72 heures qui suivent la réception d'un ordre.^{xliv}

Les Réserves sont également les principaux responsables de la mise sur pied des forces pour les groupes de la compagnie d'intervention dans l'Arctique de l'Armée canadienne. Quatre groupes de la compagnie d'intervention dans l'Arctique sont maintenus (un par Secteur) et les Brigades se relèvent à tour de rôle. Comme les groupes de la compagnie d'intervention dans l'Arctique ne sont pas les premiers intervenants désignés en cas d'urgence, les membres affectés à ces groupes doivent être prêts à se déployer dans un délai de 30 jours.^{xlv}

La Marine royale canadienne

La Marine royale canadienne commande 12 % de la Réserve. La plupart des réservistes de la Marine travaillent dans l'une des 24 divisions de la Réserve navale situées dans tout le pays.^{xlvi} Alors que l'Armée canadienne entraîne essentiellement son personnel dans le but de fournir des équipes de soldats pour répondre aux besoins opérationnels, la Réserve navale procède non seulement à des entraînements collectifs mais aussi et surtout à mettre sur pied des marins au niveau individuel.^{xlvii}

La Marine royale canadienne dote ses 12 navires de défense côtière en personnel essentiellement auprès de la Réserve navale. Les navires de défense côtière ont pour mission principale de mener des opérations de surveillance et des patrouilles côtières, notamment des opérations et des exercices navals généraux, des missions de recherche et de sauvetage, d'application de la loi, de protection des ressources et de surveillance des pêches.^{xlviii}

L'Aviation royale canadienne

L'Aviation royale canadienne emploie 7 % des membres de la Réserve. Conformément au concept de la force totale, les membres de la Force régulière et de la Réserve sont entièrement intégrés aux escadres, escadrons et unités de la Force aérienne. De plus, au sein de l'Aviation royale canadienne, trois escadrons aériens et quatre Unités du génie de construction ont un personnel composé en grande partie de réservistes.^{xlix}

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

La Réserve aérienne possède un pourcentage élevé de métiers techniques. Les techniciens de la Réserve travaillent entre 12 et 15 jours par mois, par quart. Ils exécutent les mêmes tâches, dans la même unité, tout comme leurs homologues de la Force régulière, mais à temps partiel.¹

Autres organisations du MDN et des FAC

9 % des membres de la Réserve sont employés par d'autres organisations du MDN et des FAC, dont la principale est la Réserve des Services de santé, avec environ 1 400 membres. L'organisation met sur pied un personnel qualifié capable d'appuyer, renforcer et soutenir les éléments du Groupe des Services de santé des FAC dans le cadre des opérations expéditionnaires et en sol canadien, et de fournir un soutien en matière de services de santé aux autres éléments de la Réserve.^{li}

Parmi les autres organisations faisant appel à des réservistes figurent le Cabinet du Juge-avocat général, le Groupe de la Police militaire et les Forces d'opérations spéciales.

Voir l'annexe C, appendice 1 pour un graphique représentant la structure de l'emploi.

Lieu de travail

Les provinces où travaillent les plus hauts pourcentages de réservistes sont l'Ontario (36 %), le Québec (24 %), la Colombie-Britannique (10 %) et la Nouvelle-Écosse (8 %). Les provinces et territoires où travaillent les pourcentages les plus faibles de réservistes sont le Yukon (0 %), le Nunavut (0 %), les Territoires du Nord-Ouest (0,2 %) et l'Île du Prince-Édouard (0,8 %).

Nombre de membres de la Première réserve par lieu de travail et structure de l'emploi

Province	AC	MRC	ARC	Autre	Total global
AB	1 361	171	99	258	1 889
CB	1 820	488	201	200	2 709
MB	561	128	226	100	1 015
NB	826	88	53	21	988
TN-L	563	83	112	20	778
N-É	1 304	337	379	268	2 288
TNO	57	0	9	14	80
ON	6 973	1 045	498	1 094	9 610
ÎPE	143	77	0	2	222
QC	4 898	752	331	419	6 400
SK	606	107	23	62	798
Total global	19 112	3 276	1 931	2 458	26 777
En % de la Première réserve	71 %*	12 %*	7 %*	9 %*	100 %

*Les pourcentages ont été arrondis.

Voir l'annexe C, appendice 2 pour une représentation géographique de ces données.

Années de service

38 % des membres de la Réserve ont servi moins de cinq ans (certains membres ont néanmoins également servi auparavant dans la Force régulière). Un nombre légèrement supérieur de

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

membres (42 %) ont été dans les FAC entre cinq et quinze ans. 12 % des réservistes ont servi entre 15 et 24 ans, et 7 % ont été membres de la Première réserve depuis plus de 25 ans.

Nombre d'années de service des membres de la Première réserve par organisation*

Organisation	0-4	5-14	15-24	25+	Total global
AC	7 941	7 690	2 186	1 247	19 064
MRC	1 080	1 469	433	291	3 273
ARC	568	944	321	89	1 922
Autre	687	1 154	406	204	2 451
Total global	10 276	11 257	3 346	1 831	26 710

*Exclut 67 dossiers où la date de l'enrôlement du membre était nulle.

Voir l'annexe C, appendice 1 pour un graphique représentant les années de service.

Rétention et attrition

Le Directeur général – Recherche et analyse (Personnel militaire) a administré le Questionnaire sur le maintien en service de la Première réserve des FAC pour la première fois en 2012. 1 786 membres de la Première réserve ont rempli le questionnaire. Globalement, 40,7 % des membres de la Première réserve avaient l'intention de quitter les FAC dans les cinq ans. Bien souvent, la raison de ce départ concernait la volonté d'intégrer la vie civile, où ils pourraient recevoir un meilleur salaire.^{lii}

La Première réserve recrute en grande partie de jeunes adultes, qui soit finissent leurs études secondaires, soit entreprennent des études postsecondaires; le remboursement des frais de scolarité contribue au recrutement des étudiants au sein de la Première réserve. Dans la Réserve navale, un réserviste sert environ trois ans.^{liii}

Par ailleurs, une étude menée par la Directeur – Production du personnel (recherche) en 2013 a révélé que 56 % des réservistes de la Marine qui ont rejoint les FAC entre 2002 et 2007 ont été libérés après leur cinquième année de service, contre 35 % pour l'ensemble du personnel des FAC (ce chiffre inclut les membres de la Force régulière).^{liv}

Cette information est importante pour calculer les coûts associés aux EMP pour l'ensemble des membres de la Première réserve, car 38 % des membres ont servi moins de cinq ans, et par conséquent, bon nombre d'entre eux seront libérés avant que la validité de leur examen médical d'enrôlement n'arrive à échéance.

Rétention après x années de service*

Année de service	1	2	3	4	5
Réserve navale	84 %	70 %	59 %	51 %	44 %
Toutes les FAC	87 %	79 %	73 %	69 %	65 %

*Données compilées par la Production du personnel (recherche), directeur général 5-4 2013

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

Ancienneté dans le grade

71 % des membres de la Première réserve occupent leur grade actuel depuis moins de cinq ans. Plus du quart des membres n'ont pas été promus depuis plus de cinq ans, dont 3 % occupe le même grade depuis plus de quinze ans.

Cette information est pertinente pour cette étude car les réservistes sont évalués sur le plan médical avant d'être promus et pour beaucoup, c'est le seul examen médical qu'ils reçoivent tout au long de leur carrière, sauf s'ils décident d'occuper un emploi à temps plein ou s'ils sont déployés sur le terrain.^{lv}

Nombre d'années d'ancienneté dans le grade des membres de la Première réserve par organisation*

Organisation	Ancienneté dans le grade				Total global
	0-4	5-14	15-24	25+	
AC	74 %	22 %	3 %	≤ 1 %	100 %
ARC	72 %	24 %	3 %	≤ 1 %	100 %
MRC	55 %	40 %	4 %	≤ 1 %	100 %
Autres	61 %	35 %	3 %	≤ 1 %	100 %
Tous les membres de la Première réserve	71 %	25 %	3 %	≤ 1 %	100 %

*Ces chiffres sont extraits des données du SGRH du DGRAPM du 4 décembre 2014

Renseignements médicaux

Distance des installations médicales des FAC

Une partie du dilemme concernant la prestation d'EMP pour les réservistes est que, contrairement au personnel de la Force régulière qui travaille sur des escadres et des bases militaires, où sont directement situés des centres des services de santé des FAC, les membres de la Réserve travaillent dans des collectivités partout au pays, souvent sans installation médicale des FAC à proximité immédiate.

Si l'on examine l'extrait des données du SGRH, il existe 57 lieux de travail de réservistes qui sont à plus de 100 kilomètres d'une clinique médicale des FAC. 76 lieux de travail sont à plus de 100 km d'une ambulance de campagne de la Réserve et 47 lieux se trouvent à plus de 100 km des deux. 3 508 réservistes vivent à plus de 100 km des installations médicales des FAC. Il convient de noter que 19 % de ce groupe, soit 676 membres, ont un examen médical expiré, et que 210 d'entre eux ont plus de 40 ans.

***Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour
tous les membres de la Première réserve***

**Pourcentage de la proximité des membres de la Première réserve d'une clinique de la base ou
d'une ambulance de campagne de la Réserve
par province et organisation**

		AC	ARC	MRC	Autres	Total global
AB	< 100 km	88 %	100 %	100 %	99 %	91 %
	100 km +	12 %			1 %	9 %
CB	< 100 km	73 %	100 %	100 %	96 %	82 %
	100 km +	27 %			4 %	18 %
MB	< 100 km	100 %	100 %	100 %	99 %	100 %
	100 km +				1 %	0 %
NB	< 100 km	62 %	100 %	100 %	67 %	68 %
	100 km +	38 %			33 %	32 %
TNL	< 100 km	86 %	100 %	100 %	100 %	90 %
	100 km +	14 %				10 %
N-É	< 100 km	90 %	82 %	100 %	100 %	91 %
	100 km +	10 %	18 %		0 %	9 %
TNO	< 100 km	100 %	100 %		100 %	100 %
ON	< 100 km	92 %	100 %	87 %	99 %	93 %
	100 km +	8 %	0 %	13 %	1 %	7 %
ÎPE	100 km +	100 %		100 %	100 %	100 %
QC	< 100 km	80 %	100 %	74 %	74 %	80 %
	100 km +	20 %		26 %	26 %	20 %
SK	< 100 km	93 %	100 %	100 %	100 %	94 %
	100 km +	7 %				6 %
Total global		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Voir l'annexe C, appendice 3 pour une représentation géographique de ces données.

Réservistes avec un EMP expiré

Sur les 26 777 réservistes listés dans l'extrait des données du SGRH, 6 883 soit 26 % ont un EMP expiré.^{lvi} Parmi eux, 3 470 ont moins de 40 ans et 3 413 ont plus de 40 ans. L'Armée est l'organisation ayant la plus grande quantité d'EMP expirés (5 081), suivie de l'Aviation (551), la Marine (529) et autres (722). Parmi les autres organisations, 245 membres sont employés dans des services de santé.

Le nombre d'EMP expirés dans la cohorte de la Réserve pourrait potentiellement augmenter au cours des deux prochaines années. Les membres de la Réserve qui ont été employés durant les Jeux olympiques en 2010 et qui ont été déployés en Afghanistan (où la mission de combat s'est terminée en 2011) ont été évalués sur le plan médical avant d'être engagés; s'ils ont moins de 40 ans, leur EMP expirera en 2015 et 2016. De plus, la réduction du nombre de postes de classe B permanents pluriannuels, qui est passé de 7 500 à 4 500, pourrait contribuer à la hausse du nombre d'EMP expirés, vu que les réservistes travaillant sur ce type de contrats sont évalués sur le plan médical avant d'être engagés.

***Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour
tous les membres de la Première réserve***

Nombre de membres de la Première réserve avec un EMP expiré par âge et organisation

Âge au 31 décembre 2014	AC	ARC	MRC	Autre	Total global
Moins de 40	2 931	35	259	245	3 470
40 +	2 150	516	270	477	3 413
Total global	5 081	551	529	722	6 883

Voir l'annexe C, appendice 3 pour une représentation géographique de ces données.

Membres de la Réserve qui ont un médecin de soins primaires

Les réservistes reçoivent généralement des services de santé de la province dans laquelle ils résident. Un sondage informel mené dans le cadre de cette étude a démontré qu'au niveau national, 3 952 réservistes, soit 38 % des répondants, n'ont pas de médecin de famille qu'ils peuvent consulter pour des examens de routine ou des problèmes spécifiques. La région de Toronto était la région qui comptait le pourcentage le plus élevé de réservistes avec un médecin de famille (85 %). 62 % des réservistes sondés n'ont pas de médecin de famille dans l'ouest du Québec, y compris la région de Montréal.

Selon Statistique Canada, en 2013, 15,5 % des Canadiens de 12 ans et plus déclaraient ne pas avoir de médecin régulier. Ce pourcentage a augmenté à près de 35 % pour les hommes âgés de 20 à 34 ans, ce qui est démographiquement comparable à l'âge et au sexe de la cohorte de réservistes.^{lvii}

Il est important pour les membres de la Première réserve d'avoir accès à un fournisseur de soins primaires, en raison de la nature exigeante sur le plan physique des missions et de l'entraînement auxquels participe le personnel militaire. Si les membres de la Première réserve ne peuvent consulter un omnipraticien pour les soins de santé de routine ou des problèmes spécifiques, ils peuvent présenter des affections ou des problèmes de santé non diagnostiqués pour lesquels ils ne rechercheront pas d'aide, et participer à des entraînements et des missions qui pourraient causer un préjudice, à eux-mêmes ou à leurs collègues, et influencer sur la responsabilité et la préparation des FAC. De même, si les membres reçoivent un EMP et qu'une pathologie est décelée, ils doivent ensuite faire le suivi auprès de leur médecin de soins primaires. Mais si le membre n'a pas de médecin de famille, les FAC seront tenues de prendre en charge les soins de ce membre, augmentant ainsi le fardeau des ressources.^{lviii}

Voir l'annexe C, appendice 4 pour une représentation géographique de ces données.

***Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour
tous les membres de la Première réserve***

Estimation de la demande annuelle

Comme le montrent les calculs ci-après, entre 4 881 et 6 106 évaluations médicales devraient être menées au cours d'une année donnée, pour que les membres de la Première réserve en service de classe A reçoivent des EMP au même titre que la Force régulière.

Le personnel engagé dans l'Aviation ou la Marine doit être médicalement évalué plus fréquemment et soumis à différents examens; ils ont par conséquent été exclus des calculs.^{lix et lx} De plus, comme les réservistes occupant des postes permanents de classe B sont médicalement évalués avant d'être engagés, le nombre de postes a été exclu de l'estimation.^{lxi}

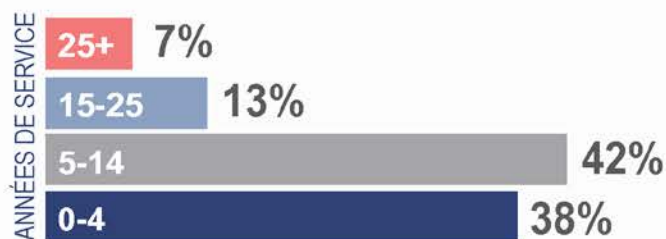
Estimation faible (effectif rémunéré)

Effectif rémunéré de la Première réserve selon le Rapport ministériel sur le rendement 2013-2014	22 467
Moins de postes permanents de classe B	4 500
Moins de postes de plongeurs et de personnel navigant	780
Total	17 187
 # de réservistes de moins de 40 ans (17 187 x 72 %, pourcentage équivalent à l'extrait des données du SGRH)	12 375
# de réservistes de plus de 40 ans (17 187 x 28 %, pourcentage équivalent à l'extrait des données du SGRH)	4 812
 # annuel d'EMP pour la cohorte de moins de 40 ans selon une période de validité de cinq ans (12 375/5)	2 475
# annuel d'EMP pour la cohorte de plus de 40 ans selon une période de validité de deux ans (4 812/2)	2 406
Demande annuelle totale, estimation faible	4 881

Estimation élevée (effectif total)

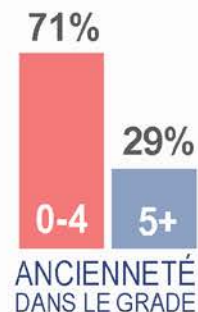
Effectif total de la Première réserve selon l'extrait des données du SGRH	26 777
Moins de postes permanents de classe B	4 500
Moins de postes de plongeurs et de personnel navigant	780
	21 497
 # de réservistes de moins de 40 ans (21 497 x 72 %, pourcentage équivalent à l'extrait des données du SGRH)	15 477
# de réservistes de plus de 40 ans (21 497 x 28 %, pourcentage équivalent à l'extrait des données du SGRH)	6 020
 # annuel d'EMP pour la cohorte de moins de 40 ans selon une période de validité de cinq ans (15 477/5)	3 010
# annuel d'EMP pour la cohorte de plus de 40 ans selon une période de validité de deux ans (6 020/2)	3 096
Demande annuelle totale, estimation élevée	6 106

MEMBRES DE LA PREMIÈRE RÉSERVE



35% DES MILITAIRES DES FAC QUI
LIBÈRENT
AVANT LEUR 5^e ANNÉE DE SERVICE


CE % S'ÉLÈVE À **56%**
DANS LA RÉSERVE NAVALE



13,038

ONT DÉPLOYÉ EN OPÉRATIONS
EXPÉDITIONNAIRES DEPUIS 1994

8,087

ONT DÉPLOYÉ EN OPÉRATIONS
DOMESTIQUES DEPUIS 1994

26% ONT UN EXAMEN
MÉDICAL EXPIRÉ

**1/2 D'EUX ONT
PLUS DE 40 ANS**



18%

TRAVAILLE À **100+km** D'UNE
CLINIQUE MÉDICALE DES FAC

27%

TRAVAILLE À **100+km** D'UNE
AMBULANCE DE CAMPAGNE DE LA RÉSERVE



13%

TRAVAILLE À **100+km** DES DEUX



62%

ONT UN MÉDECIN
DE FAMILLE

38%

N'EN ONT PAS

* Les chiffres ont été arrondis

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

Section IV – Capacité des Services de santé des FAC de fournir des EMP à tous les réservistes

Centres des services de santé des FAC

Il existe plus de trente centres des services de santé des FAC (cliniques et détachements) à travers le Canada.^{lxii} Le modèle actuel de soins de santé primaires du Groupe des Services de santé des FAC a été créé dans le cadre du programme de renouvellement RX2000 lancé en 2000. Élaboré dans le cadre d'une série de groupes de travail et de comités consultatifs, il définissait la taille optimale des cliniques et les effectifs en personnel médical requis pour fournir des services de santé en garnison aux membres de la Force régulière et aux réservistes qui y avaient droit.^{lxiii} Cinq types de cliniques ont été définis, du détachement de moins de 500 clients comptant quelques cliniciens et offrant des services limités aux soins préventifs, jusqu'à la clinique de plus de 5 000 clients offrant des services de prévention, des soins spécialisés, un laboratoire et une imagerie diagnostique, des services pharmaceutiques et de physiothérapie (voir annexe D).^{lxiv}

Dans les centres des services de santé, les soins primaires sont assurés par les Unités de prestation de soins de santé, composées de professionnels de la santé civils et militaires. Toutes les unités de la Force régulière et de la Réserve sont assignées à une Unité de prestation de soins de santé spécifique. Les membres de la Première réserve ne peuvent néanmoins accéder aux services que s'ils y sont admissibles.^{lxv} Les membres des FAC reçoivent les mêmes soins que dans la médecine familiale civile, comme les visites sans rendez-vous (familièrement appelées la revue des malades) les rendez-vous et les évaluations médicales, y compris les EMP.^{lxvi}

L'an dernier, le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes a publié le Rapport du Médecin général 2014. Ce document décrit la répartition des visites de patients d'une journée typique dans une clinique, avec 57 % de rendez-vous planifiés, 35 % de revue des malades et 8 % d'examen médicaux périodiques.^{lxvii} À première vue, il semblerait que la clinique ne consacre pas beaucoup de temps aux EMP. Néanmoins, les pourcentages ne reflètent pas la quantité de temps consacré à une activité, mais plutôt le nombre de types de rendez-vous. Comparés aux EMP, les rendez-vous planifiés et la revue des malades sont d'une durée relativement courte.^{lxviii} Il est par conséquent logique que le pourcentage d'EMP effectués dans une journée soit faible, selon le Rapport du Médecin général 2014.

Dans le cadre de cette étude, une enquête a été menée pour déterminer les besoins actuels en ressources relatifs à la prestation d'EMP dans les centres des services de santé, afin d'établir une projection de la hausse des EMP s'ils devaient être effectués à tous les membres de la Première réserve. Les répondants (généralement le médecin-chef de l'escadre ou de la base ou le gestionnaire de la clinique) devaient indiquer le temps alloué dans l'horaire de la clinique pour effectuer les parties I et II des EMP. Les résultats montrent que la plupart des cliniques allouent 30-45 minutes pour la partie I de l'EMP et 45 minutes à une heure pour la partie II.

Les répondants devaient également fournir, pour chaque clinique, la moyenne mensuelle totale des heures par type de cliniciens, et le montant total des heures consacrées par ces cliniciens à effectuer des EMP. Ces informations ont permis de déterminer le temps moyen passé par chaque clinicien à effectuer des EMP. Les résultats obtenus sont les suivants :

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

- Médecins des FAC : 20 %;
- Médecins civils à contrat : 26 %;
- Adjoints au médecin des FAC : 23 %;
- Infirmières praticiennes civiles à contrat : 16 %;
- Techniciens médicaux : 24 %.

Compte tenu de la répartition géographique des réservistes au Canada et la demande annuelle estimée calculée dans la Partie III de cette étude (4 881 faible, 6 106 élevée), le tableau qui se trouve à l'annexe E illustre l'augmentation annuelle du nombre d'EMP que les cliniques médicales et détachements des FAC devraient effectuer si les EMP devaient être fournis à tous les réservistes. Selon les réponses à cette étude, la moyenne de 1,5 heure a été utilisée pour calculer l'augmentation dans le temps.

Les répondants ont aussi donné des exemples de cas précis démontrant les éventuelles contraintes de ressources auxquelles ils seraient confrontés s'ils devaient faire davantage d'EMP.

Selon le modèle de soins de santé primaires, tous les centres des services de santé n'offrent pas nécessairement des services de laboratoire sur place. 16 des 29 répondants impartissent au moins une partie des tests de dépistage liés aux EMP. Certaines des cliniques qui fournissent des services de laboratoire ont remarqué qu'une hausse de la demande pourrait dépasser leur capacité.

Certaines cliniques ne sont pas actuellement suffisamment pourvues en personnel pour répondre à une hausse des besoins en EMP, car les réservistes de classe A, qui n'ont normalement pas droit aux soins de santé, n'étaient pas considérés pour calculer l'effectif de base nécessaire pour fournir des services dans les centres des services de santé selon le modèle de soins de santé primaires. Les centres des services de santé de Toronto et de London, qui comptent peu de patients de la Force régulière mais où plus de 5 000 réservistes travaillent dans leur secteur de responsabilité, seraient submergés sous l'afflux des demandes.

Certaines installations militaires, comme Borden et Saint-Jean-sur-Richelieu, abritent plusieurs écoles et d'autres, comme Meaford et Wainwright, sont des centres d'entraînement où les unités font des exercices. Leur population fluctue donc énormément, les effectifs variant selon les cours et entraînements organisés. Par conséquent, les centres des services de santé de ces localités pourraient tantôt être capables de supporter une hausse des besoins en EMP, tantôt être submergés, selon la fluctuation de leur population.

L'examen des sites Web de 16 centres des services de santé suggère que 1,5 heure est en moyenne consacrée chaque jour à la revue des malades dans une clinique. Il reste donc environ 6 heures aux cliniciens pour gérer tout ce qui a trait à la gestion des soins actifs et chroniques, les évaluations médicales incluant les EMP, les conférences de cas et la gestion administrative, comme l'examen des résultats des tests, la mise à jour des dossiers et la préparation de la correspondance.^{lxix} Seuls trois centres des services de santé ayant répondu à l'enquête étaient en mesure de traiter des demandes d'EMP de dernière minute, soit en raison de leur faible population, soit en raison d'heures réservées dans leur horaire. D'autres cliniques gèreraient la demande en annulant ou en déplaçant un autre rendez-vous, en imposant au clinicien d'effectuer

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

l'EMP durant son temps personnel, par exemple pendant l'heure du lunch ou sa période d'entraînement physique, ou en utilisant le temps réservé aux tâches administratives.

En examinant les chartes des postes du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes pour cette étude, il a été observé qu'à certains endroits, comme à Edmonton, Petawawa et Gagetown, tout le personnel médical militaire n'était pas rattaché à des centres des services de santé.^{lxx} Certains sont affectés à des hôpitaux de campagne et/ou des ambulances (unité médicale mobile) et ne travaillent à la clinique que lorsqu'ils sont en garnison. De plus, il arrive que des postes dans certains centres des services de santé soient occupés par des réservistes de classe A.

De plus, les organigrammes ont montré plusieurs postes vacants dans de nombreux centres des services de santé. En moyenne, 15 % des postes de médecin/médecin civil à contrat étaient vacants, tout comme 29 % des postes d'adjoint au médecin/d'infirmière praticien et 15 % des postes de technicien médical. Dans certaines cliniques, le personnel porte parfois deux chapeaux, celui de médecin et de médecin-chef de la base, ou celui d'adjudant de la clinique et de technicien médical.

Certains centres des services de santé pourraient donc avoir de la difficulté à répondre à la demande actuelle, sans même parler de la hausse des besoins en EMP. Dans sa réponse à l'enquête, Gagetown a noté qu'en raison du manque de clinicien sur place, il fallait réserver les EMP 3 mois à l'avance. La clinique de Shilo a indiqué qu'elle employait deux médecins, un adjoint au médecin et dix techniciens médicaux, tout en ayant de la difficulté à répondre à la demande actuelle. De plus, le médecin-chef de la base à Saint-Jean-sur-Richelieu a déclaré que le détachement de Montréal ne respectait pas les exigences pour les EMP dans son secteur, de sorte que tous les réservistes ayant besoin d'un EMP étaient envoyés dans sa clinique.

Ambulances de campagne de la Réserve

Il existe 18 ambulances de campagne et/ou détachements au sein de la Réserve des Services de santé. Dans le cadre de l'étude, un questionnaire a été soumis aux 18 ambulances de campagne de la Réserve, qui ont toutes répondu.

Actuellement, quatre ambulances de campagne de la Réserve mènent des EMP. Les ambulances de campagne à Victoria et Vancouver effectuent des EMP depuis fin 2010, date à laquelle un essai de validation de principe a été mené au nom du directeur de la Réserve des services de santé. Les ambulances de campagne à Québec et Winnipeg ont également indiqué mener des EMP. L'ambulance de campagne à Victoria a mis sur pied des « campagnes éclair », ce qui pourrait être adopté et/ou adapté par les autres ambulances de campagne de la Réserve. Une étude sur les évaluations médicales menées sur le personnel de Réserve aux États-Unis a démontré que le fait de mener des évaluations médicales dans le contexte d'un groupe (par ex., dans le cadre d'une campagne éclair) était plus rentable, car les frais par personne étaient 20 % plus faibles que si les membres avaient reçu l'évaluation individuellement.^{lxxi}

Cependant, bon nombre d'ambulances de campagne de la Réserve ne disposent pas des ressources suffisantes pour mener des EMP. Actuellement, 10 ambulances de campagne n'ont pas de machine auditive portative. De plus, sur les 18 ambulances de campagne et détachements, 15 n'ont pas accès au Système d'information de santé des Forces canadiennes (le système de dossiers de santé électroniques des FAC) et auraient besoin de formation, ce qui prend environ

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

cinq jours.^{lxxii} 12 ambulances de campagne de la Réserve n'ont pas d'adjoint au médecin ou de médecin dans leur unité pour mener la partie II des EMP.^{lxxiii}

Voir l'annexe F pour un tableau détaillant le nombre de campagnes éclair qui devraient être organisées chaque année si les ambulances de campagne de la Réserve devaient prendre en charge les EMP de tous les réservistes.

Malgré les 393 millions de dollars alloués aux soins de santé militaires pour l'exercice 2015-2016^{lxxiv}, selon le plan d'activités 2015-2016 du Chef du personnel militaire, le maintien du niveau actuel des soins de santé entraînera une augmentation des pressions financières.^{lxxv} Ces contraintes budgétaires pourraient compliquer le subventionnement de la hausse de la demande des EMP par le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes.

Néanmoins, fournir des EMP à tous les membres de la Première réserve ne sera réalisable que si d'autres mesures sont envisagées. Des recherches préliminaires menées dans le cadre de cette étude ont examiné les options potentielles, comme établir des partenariats avec d'autres ministères où l'état de santé des employés est également évalué, fournir une allocation de soutien en santé comme dans les Forces de Défense australiennes, recourir à des fournisseurs externes de soins de santé et fournir des ressources aux ambulances de campagne de la Réserve pour effectuer ces évaluations. Le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes a également passé en revue d'autres moyens d'évaluer l'état de santé des membres de la Première réserve.

Le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes examinera plus en détail les divers moyens d'action afin d'évaluer chacune des options, y compris le total des coûts, et préparera un rapport sur ses constatations.

Section V – Sujets de préoccupation

Accréditation

Le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes a été accrédité en janvier 2011 par Agrément Canada, l'autorité chargée de la qualité des services de santé nationaux. Il a à nouveau été accrédité « avec mention élogieuse » à la fin de l'année 2013, après avoir surpassé ses propres normes et celles d'Agrément Canada.^{lxxvi}

Les références sont établies par le programme Qmentum d'Agrément Canada. Si l'option de fournir des EMP à tous les réservistes n'est pas réalisée dans des centres de soins médicaux, plusieurs normes évaluées par l'organisation pourraient ne pas être respectées, ce qui aurait une incidence négative sur la note du Groupe. Par exemple, si certaines ambulances de campagne de la Réserve effectuent des EMP, celles-ci seront réalisées dans les manèges militaires, et non dans des cliniques, et les normes et protocoles de prévention des infections, de sécurité des patients et de gestion de l'information du programme Qmentum ne seraient alors pas respectés.^{lxxvii}

Cependant, l'expert en matière de qualité et de sécurité des patients du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes a remarqué qu'à l'heure actuelle, le programme d'accréditation se concentre essentiellement sur les centres de soins médicaux, et non sur les ambulances de campagne. Par ailleurs, le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes n'est pas obligé d'ajouter les ambulances de campagne à son processus d'accréditation.^{lxxviii}

Le système d'information de santé des Forces canadiennes

Le Système d'information de santé des Forces canadiennes fournit des services intégrés d'information sur la santé comprenant les dossiers médicaux et dentaires électroniques, l'imagerie numérique pour les soins médicaux et dentaires, les services de laboratoire et un système de génération de rapports.^{lxxix}

Pour ce qui est de fournir des EMP aux réservistes, le système d'information de santé soulève deux inquiétudes. Premièrement, tous les documents provenant d'exams et d'évaluations externes devront être transmis au Groupe des Services de santé des Forces canadiennes pour être numérisés et conservés dans la base de données. Un des avantages d'un dossier électronique unique pour l'ensemble des FAC est qu'il permet l'extraction et la communication des données en temps réel pour appuyer la prise de décision.^{lxxx} Toutefois, ce système ne peut extraire les renseignements contenus dans les documents numérisés. Par conséquent, si beaucoup de réservistes sont soumis à un EMP par un médecin qui pratique en dehors du MDN/des FAC, il sera difficile de recueillir l'information médicale complète puisqu'elle concerne la cohorte de réservistes qui font partie du système d'information de santé des Forces canadiennes. Comme l'a remarqué un conseiller en matière de politiques médicales, « il faudrait abaisser une norme très importante ».^{lxxxi}

L'autre inquiétude concerne des problèmes qui pourraient survenir si le personnel des ambulances de campagne de la Réserve a accès au Système d'information de santé des Forces canadiennes. Si un utilisateur ne s'est pas connecté au système pendant une période donnée (environ trois mois), son compte est bloqué.^{lxxxii} Les réservistes interrompent habituellement

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

leurs activités entre la fin mai et le début septembre, ce qui veut dire que l'accès au Système d'information de santé des Forces canadiennes, pour ceux qui l'avaient, sera interrompu. Cette situation pourrait compliquer le processus de réalisation des EMP par les ambulances de campagne de la Réserve au début de l'automne.^{lxxxiii}

Le Système d'information de santé des Forces canadiennes contient des renseignements de nature délicate au sujet de la santé des militaires. Pour protéger leur vie privée, un officier de la sécurité est délégué pour surveiller l'utilisation des renseignements personnels et appliquer les politiques et protocoles de sécurité. Les officiers de sécurité devraient travailler au MDN/aux FAC à temps plein et posséder une connaissance approfondie des modules d'instruction du système, des règles et de la réglementation.^{lxxxiv} Pour ce qui est de l'ambulance de campagne à Victoria, elle tombe sous la compétence du centre de soins médicaux de la base des Forces canadiennes (BFC) Esquimalt en ce qui concerne l'application des politiques. Toutefois, toutes les ambulances de campagne ne sont pas situées dans des régions où il y a un centre de soins médicaux. La surveillance de l'utilisation à ces endroits pourrait donc s'avérer problématique. En effet, pour des raisons de sécurité, l'accès au Système d'information de santé des Forces canadiennes est présentement seulement autorisé dans les endroits où il y a une clinique.^{lxxxv} Par conséquent, les ambulances de campagne de la Réserve qui effectuent des EMP à leur emplacement ou aux manèges militaires des unités de la Réserve sont limitées à l'utilisation de documents en papier, une méthode de saisie des informations qui n'est pas privilégiée.

Propriété de la santé personnelle des réservistes

Les FAC sont fières de s'occuper de la santé de leur personnel militaire. En effet, en 2012, elles ont intitulé *Prendre soin des nôtres* le cadre global des programmes et services offerts au personnel malade et blessé des FAC.^{lxxxvi} De plus, le Chef d'état-major de la Défense a souligné dans sa directive destinée aux commandants qu'en bout de ligne, ils sont responsables de la santé de leurs subordonnés.^{lxxxvii}

Toutefois, comme une bonne forme physique est une condition du service, tous les militaires devraient s'assurer d'être en santé, peu importe qu'on le leur ait été ordonné ou non. Des preuves révèlent que certains membres de la Force régulière n'ont pas été proactifs dans le maintien de leur préparation médicale. Pour l'exercice financier 2008-2009, le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes a réalisé le Sondage sur la santé et le style de vie. Les EMP de 14 % des 3 884 participants de la Force régulière étaient expirées.^{lxxxviii} De plus, le centre de soins de santé de Trenton surveille régulièrement son personnel ayant une catégorie médicale temporaire : en 2014, les évaluations de 34 à 50 % de ces militaires personnel n'avaient pas été réexaminées dans le délai prescrit.^{lxxxix} Toutefois, le troisième rendez-vous disponible (la mesure utilisée pour vérifier la disponibilité réelle des rendez-vous) pendant la plupart des mois aux unités de prestation de soins du centre de soins de santé est resté sous la norme de 15 jours d'attente.^{xc} On peut donc supposer que les catégories temporaires expirées ne sont pas attribuables au temps d'attente pour les rendez-vous.

Les réservistes doivent habituellement demander des soins médicaux dans la province où ils résident, mais cela ne devrait pas les empêcher de s'occuper de leurs problèmes de santé. En fait, conformément au chapitre 19.18, Dissimulation de maladie, des Ordonnances et règlements royaux, ils sont obligés d'aviser les FAC s'ils souffrent ou croient souffrir d'une maladie.^{xc} Si le

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

MDN/les FAC engagent des ressources pour fournir des EMP à tous les réservistes, il sera beaucoup plus facile pour les membres de la cohorte de s'assurer qu'ils sont aptes sur le plan médical. Cependant, comme le cas de la Force régulière l'a démontré, il n'y a aucune garantie que le personnel ayant accès au service y aura recours.

Les immunisations sont liées à la notion de propriété de la santé personnelle des réservistes. Les réservistes doivent s'assurer que leurs immunisations sont à jour. Comme les membres de la Force régulière reçoivent leurs soins de santé primaires du MDN et des FAC, leurs immunisations sont examinées et mises à jour au besoin lors de leur EMP.^{xcii} La plupart des réservistes ne bénéficient pas de soins de santé, mais le MDN/les FAC doivent leur fournir les immunisations de base si elles ne sont pas financées par les fonds publics de leur province et qu'elles sont requises à des fins opérationnelles.^{xciii} Toutefois, en examinant les calendriers des programmes d'immunisation publics au Canada, on constate que la plupart des vaccins prescrits par le directeur de la protection de la santé de la Force du MDN/des FAC sont offerts au public dans l'ensemble des provinces et territoires.^{xciv}

Il y a deux exceptions. Premièrement, le vaccin contre l'influenza n'est pas financé par les fonds publics pour les adultes en santé en Colombie-Britannique, au Québec, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve. Bien que le MDN/les FAC pourraient fournir le vaccin aux réservistes de ces provinces, son statut actuel est celui d'un vaccin recommandé par les MDN/les FAC, mais non obligatoire selon les directives du directeur de la protection de la santé de la Force.^{xcv} Cela dit, si le MDN/les FAC décidaient d'offrir le vaccin contre l'influenza aux réservistes résidant dans les provinces où il n'est pas financé par les fonds publics, les coûts s'élèveraient à environ 60 150 \$ par année.^{xcvi}

Le Guide canadien d'immunisation recommande le vaccin contre l'hépatite A pour les individus à risque seulement. Dans l'ensemble des provinces et territoires, l'immunisation n'est pas financée par les fonds publics pour les adultes en santé qui ne voyagent pas dans des pays à risque.^{xcvii} Les membres de la force régulière sont vaccinés contre l'hépatite A lors d'un déploiement dans un pays où cette maladie sévit. Les réservistes seront aussi vaccinés s'ils sont déployés. Le problème avec le vaccin contre l'hépatite A est que l'immunité se développe dans les deux semaines suivant la première dose et que deux doses sont requises.^{xcviii} Si des réservistes devaient être déployés pour réagir à une crise internationale, ils devraient déjà avoir reçu le vaccin (bien que la plupart des réservistes qui participent à des déploiements internationaux aient plusieurs mois pour se préparer, certains emplois comme les professions médicales pourraient être requis pour apporter des secours aux sinistrés). Si le MDN/les FAC décidaient d'offrir le vaccin contre l'hépatite A à tous les réservistes, le coût ponctuel de cette démarche se situerait entre 654 700 \$ et 780 300 \$.^{xcix}

Responsabilité médico-légale des cliniciens du MDN/des FAC

Les personnes qui n'ont pas de médecin de famille, aussi connues en tant que patients orphelins, constituent une réalité de la société canadienne. Selon l'Association canadienne de protection médicale, les médecins qui traitent ou évaluent des patients doivent s'assurer que le patient est convenablement déchargé de toute responsabilité. Ils doivent aussi s'assurer que le patient a un médecin qui pourra s'occuper du suivi des soins.^c Un sondage informel effectué dans le cadre de

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

cette étude a montré que 38 % des réservistes qui y ont participé n'ont pas de médecin de famille.

Dans la communauté médicale du MDN/des FAC, on s'inquiète de la possibilité que la prestation d'EMP aux réservistes influence la responsabilité médico-légale des cliniciens s'ils évaluent un réserviste et qu'un problème de santé est découvert. Comme les soins de santé des réservistes ne relèvent habituellement pas du MDN/des FAC, ils devraient assurer le suivi auprès de leur médecin de famille pour tout problème identifié.^{ci} Pourtant, 38 % de la cohorte de Réserve ne possède pas de médecin de famille.

Les conseillers juridiques du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes soutiennent que si un réserviste nécessite un suivi pour un problème découvert pendant un EMP, le MDN/les FAC doivent alors le référer à un médecin de famille. Si le militaire n'a pas de médecin, le MDN/les FAC devraient l'aider à en trouver un, ou une clinique, pour assurer le suivi des soins. Le MDN/les FAC seront chargés de s'occuper des soins du militaire si ce dernier ne peut trouver de médecin.^{cii}

La responsabilité médico-légale du MDN/des FAC lorsqu'ils prennent en charge des réservistes dont l'EMP a révélé des problèmes pourrait donc potentiellement influencer les ressources du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, puisque les médecins prennent soit le temps d'aider les réservistes à trouver un médecin qui assurera le suivi ou soit s'occupent eux-mêmes des patients. Ainsi, certains centres de soins médicaux qui ont déjà de la difficulté à répondre à la demande actuelle pourraient devenir débordés. De plus, cette situation serait difficile pour les réservistes qui ne résident pas à proximité d'un centre de soins médicaux, car ils devraient se déplacer pour avoir accès aux soins.

Section VI - Conclusion

*« Pourquoi est-ce que l'exigence de détenir une évaluation médicale **à jour** au dossier, énoncée dans l'instruction SMA (RH-Mil) 20/04, **NE** s'appliquerait-elle **PAS** aux membres du service de la Réserve de la classe « A »? Encore une fois, pourquoi cette situation, où des évaluations médicales expirées (pas à jour) de membres du service de la Réserve de la classe « A », serait tolérée »?*

Bien que l'extrait ci-dessus semble provenir d'une citation récente, il a en fait été copié à partir d'un courriel écrit en février 2005 par un médecin militaire travaillant aux politiques cliniques. La préparation médicale de la Première réserve, et l'argument plus large du droit des réservistes de bénéficier des soins de santé du MDN/des FAC, est un sujet de controverse depuis plus d'une décennie.

À l'heure actuelle, trois initiatives en cours au MDN/aux FAC rendent l'occasion propice pour les parties concernées de réexaminer la prestation d'EMP pour tous les réservistes, quelle que soit leur catégorie de service.

Le premier projet est la révision complète de la Force de réserve conformément aux recommandations proposées dans l'Étude de 2011 sur la capacité d'emploi de la Première réserve. Une fois que les dirigeants du MDN/des FAC auront défini le rôle de la nouvelle Force de réserve, les politiques et directives administratives devront être harmonisées et mises à jour, y

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

compris les outils associés à l'aptitude opérationnelle et médicale.

La deuxième initiative est la mise à jour du Chapitre 34, Services de santé, des Ordonnances et règlements royaux. Bien que le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes ait travaillé sur cette mise à jour depuis plus d'une décennie, les amendements pourraient être adoptés au courant de l'année, s'ils sont approuvés. La version mise à jour prévoit l'octroi d'évaluations d'aptitude médicale aux membres de la Première réserve.

Le troisième engagement est l'initiative de renouvellement de l'examen médical périodique. Si les amendements au processus sont adoptés, la périodicité de l'évaluation et/ou des tests effectués dans le cadre de l'examen pourrait changer.

Il faut aussi prendre en considération l'intérêt grandissant du public et des médias pour la Force de réserve, particulièrement depuis les événements survenus à Ottawa en octobre 2014. Vraisemblablement, le public prendra connaissance de toute blessure grave ou mortelle subie par un réserviste pendant un entraînement ou une opération. Une situation qui pourrait potentiellement avoir des répercussions sur le MDN/les FAC si le réserviste était employé sans toutefois détenir d'évaluation médicale valide, même si la cause de l'incident n'y est pas attribuable.

Tel que remarqué par Richard Weitz dans *The Reserve Policies of Nations : A Comparative Analysis*, bien qu'il soit coûteux de fournir aux réservistes des soins de santé et autres avantages normalement offerts au personnel de la Force régulière, il est de plus en plus difficile, autant au plan moral que politique, de maintenir le statu quo alors que les rôles des Forces régulières et de réserve sont de plus en plus indifférenciés.^{ciii} La Première réserve des FAC est passée d'une option stratégique à une ressource opérationnelle viable. Ainsi, il convient de s'assurer que la cohorte soit prête pour l'entraînement et le combat.

Annexe A : Méthodologie

Les renseignements recueillis dans le cadre de la présente étude l'ont été à l'aide de diverses méthodes.

Recherche documentaire

Un tri et une analyse des politiques et documents existants au sujet des services de santé, des examens médicaux périodiques, de la médecine du travail, de la Force de réserve et de son personnel ont été réalisés. Les renseignements ont été obtenus dans les sources suivantes :

- a. Enquêtes antérieures de l'ombudsman du MDN/ FC;
- b. Groupe des Services de santé des Forces canadiennes;
- c. Intranet du MDN;
- d. Gouvernements fédéral et provinciaux;
- e. Associations médicales canadiennes et autres associations du domaine de la santé;
- f. OTAN et pays membres de l'ABCA^{civ};
- g. Autres sources d'information publiques.

Consultation d'experts

Au besoin, on a consulté des experts en la matière et d'autres personnes-ressources pour obtenir des renseignements et/ou comprendre les politiques et procédures. Des réunions avec des représentants des organisations suivantes ont été menées en personne ou au téléphone :

- a. Directeur des Services de santé de la Force de réserve;
- b. Directeur – Politique de santé;
- c. Directeur – Prestation des soins de santé;
- d. Directeur – Protection de la santé de la Force;
- e. Personnel des secteurs juridique, financier et de mesure du rendement du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes;
- f. Personnel des ambulances de campagne de la Réserve et des cliniques médicales des FAC;
- g. Intervenants des FAC aux niveaux de la formation et du commandement;
- h. Direction des services de santé spécialisés de Santé Canada.

Données démographiques

L'effectif total du personnel de la Première réserve a été trouvé dans le SGRH Mil (7.5), la base de données du personnel des FAC, le 24 septembre 2014. Les données démographiques suivantes étaient incluses :

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

- a. Numéro de matricule;
- b. Sexe;
- c. ID SGPM (code de profession);
- d. Unité;
- e. Date de naissance;
- f. Date de recrutement;
- g. Date de la dernière visite médicale.

Intentionnellement, les noms n'ont pas été demandés afin de protéger l'identité des militaires.

Selon les données recueillies dans le SGRH, l'effectif total de la Première réserve est de 27 511 réservistes. Les personnes dont la date de naissance indiquait qu'elles avaient plus de 60 ans et qu'elles avaient donc dépassé l'âge obligatoire pour la retraite, ont été retirées de la feuille de calcul. De plus, plusieurs unités de la Première réserve possèdent des détachements à différents endroits; l'adresse du détachement n'est cependant pas indiquée dans le profil SGRH du militaire. Les unités possédant des détachements ont donc fourni des listes des numéros de matricule et des lieux de travail de leurs membres. Les listes ont été jumelées aux données du SGRH et le lieu de travail a été mis à jour au besoin. Les militaires qui étaient dans le SGRH mais non sur les listes fournies ont été retirés de la feuille de calcul du SGRH. Après avoir procédé à ces modifications, l'effectif total de la Première réserve utilisé dans ce rapport est de 26 777 réservistes.

D'autres données démographiques ont été obtenues dans les travaux de recherche et d'analyse du Directeur général du personnel militaire, et sont référencées en conséquence.

Données sur le calcul des coûts

Les coûts salariaux ont été tirés du Manuel des coûts standard 2014-15 Volume I, Coûts relatifs au personnel.

Les frais de voyage ont été calculés en utilisant l'information de la directive sur les voyages du Conseil national mixte.

Les coûts des examens médicaux effectués à l'extérieur ont été fournis par le Système fédéral de traitement des soins de santé.

Les organigrammes des cliniques médicales et ambulances de campagne ont été fournis par le Groupe contrôleur des Services de santé des Forces canadiennes.

Questionnaires et sondages

Un questionnaire a été envoyé aux cliniques médicales des FAC pour obtenir des renseignements pertinents à l'étude (voir Annexe 1). Il a été diffusé aux cliniques et détachements par courriel le 13 novembre 2014. 29 des 33 cliniques et détachements y ont répondu. Un questionnaire différent a été envoyé aux ambulances et détachements de campagne de la Réserve (voir l'annexe 2). Il a été diffusé par courriel le 4 novembre 2014. Toutes les unités y ont répondu.

Afin de déterminer le pourcentage des réservistes qui ont un médecin de famille, une demande de sondage informel et volontaire a été diffusée à toutes les unités de réserve de l'Armée de terre, de

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

la Marine et de la Force aérienne par l'entremise de leurs chaînes de commandement respectives le 4 novembre 2014. L'information demandée comprenait le nombre de militaires qui ont participé au sondage et le nombre d'entre eux qui ont un médecin de famille. 10 472 militaires ont participé au sondage.

Contraintes

Trois contraintes principales s'opposaient à la réalisation de cette étude. Premièrement, l'intégrité des données personnelles a posé problème. Les unités de la Réserve utilisent différentes bases de données et dossiers imprimés pour la gestion de leurs membres, notamment la base de données du personnel des FAC, SGRH Mil (7.5). Certaines unités ne mettent peut-être pas à jour régulièrement et précisément leur base de données et/ou leurs dossiers de vérification. Pour quelques entrées, les dates de recrutement et de dernière visite médicale étaient manquantes, et le statut de plusieurs réservistes ayant déjà atteint l'âge de la retraite était toujours actif dans la base de données. Quelques unités ont dû soumettre une liste du personnel qui travaille au sein des détachements; pour un échantillon de 25 de ces unités, la moitié comprenaient 10 % de militaires absents de la liste nominative mais toujours actifs dans le SGRH. D'où la conclusion que le nombre de militaires comptabilisés dans l'effectif total de la Première réserve est probablement plus faible que celui relevé dans le SGRH.

Deuxièmement, la collecte et le signalement de données importantes à inscrire pour cette étude peuvent ne pas être nécessaires aux yeux du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes et elles ont été difficiles à obtenir. Des questionnaires séparés demandant les renseignements requis ont été soumis aux cliniques médicales des FAC et aux ambulances de campagne de la Réserve. Les réponses ont été révisées et analysées par des experts en la matière, mais une analyse quantitative scientifique n'a pas été réalisée.

Troisièmement, deux révisions des règlements et processus sont présentement en cours. Les Ordonnances et règlements royaux pour les services de santé (Chapitre 34) font l'objet d'une révision et l'amendement proposé, s'il est adopté, influencera l'accès et le droit aux soins de santé des réservistes, y compris les évaluations de l'aptitude médicale. Les Ordonnances et règlements royaux proposée sera bientôt transmise à la section de la réglementation de la Défense nationale pour la révision de sa formulation, une analyse qui devrait prendre trois mois. Après cette révision, la version à jour sera envoyée pour examen et signature au Chef d'état-major de la Défense, au ministre de la Défense nationale et au gouverneur en conseil, ce qui devrait prendre environ six mois. Comme il n'y a pas de ressource directe impliquée, le règlement révisé ne nécessite pas l'approbation du Conseil du Trésor.^{cv}

Aussi, le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes a établi un comité de direction qui supervise le projet de renouvellement de l'examen médical périodique. La dernière révision du processus des EMP date de 2007.^{cvi} Le processus existant a été mis au point avant la création des dossiers de santé électroniques, alors que des approches centrées sur les faits étaient utilisées pour réaliser les évaluations médicales. D'ailleurs, les associations médicales canadienne et américaine mettent constamment à jour les tests de dépistage et autres évaluations sur les soins préventifs et il est donc nécessaire de réviser les protocoles d'évaluation des FAC. Le Médecin général et le Conseil clinique ont approuvé le renouvellement des EMP le 18 septembre 2014.^{cvi} Si les amendements au processus sont adoptés, les types de tests effectués pendant les EMP et la

***Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour
tous les membres de la Première réserve***

périodicité de l'évaluation pourraient changer, ce qui pourrait avoir un impact sur le coût en ressources de la prestation des EMP aux membres de la Première réserve.

Selon les experts, les deux révisions pourraient être terminées dans les prochains 12 à 18 mois. Les besoins en ressources présentés dans le cadre de cette étude sont fondés sur le processus actuel des EMP.

Annexe B : Règlements, ordonnances et directives pertinents

Règlements, ordonnances et directives de la Force de réserve

La *Loi sur la défense nationale* est le cadre législatif selon lequel le MDN/ les FAC sont financés et organisés, et elle établit les composantes de la force régulière et de la force de réserve.^{cviii}

Les Ordonnances et règlements royaux constituent le cadre réglementaire des FAC, en mettant en oeuvre les édits définis dans la *Loi sur la défense nationale*. Le chapitre neuf des ordonnances et règlements royaux est consacré à la Force de réserve. Il donne un aperçu des catégories d'emploi de la Réserve : Classe de service « A » (emploi à temps partiel), Classe de service « B » (emploi à temps plein) et Classe de service « C » (un militaire de la classe de service « C » est un employé de la Force régulière ou participe à une opération autorisée par le Chef d'état-major de la Défense).^{cix}

L'Ordonnance administrative des Forces canadiennes 2-8, Force de réserve – Organisation, commandement et obligation de servir des Forces canadiennes, est la politique actuelle pour l'administration de la Force de réserve. Elle a été modifiée pour la dernière fois en 1976. Une nouvelle Directive et ordonnance administrative de la Défense doit être rédigée par le Chef – Réserve et cadets; elle remplacera l'Ordonnance administrative des Forces canadiennes 2-8.^{cx}

L'Instruction du personnel militaire des Forces canadiennes 20/04, Politique administrative pour le service de réserve classe « A », de classe « B » et de classe « C », vient compléter l'Ordonnance administrative des Forces canadiennes 2-8. Le but de cette instruction est d'assurer l'administration uniforme de tout le personnel de la Réserve.^{cx}

Règlements, ordonnances et directives médicaux

La *Loi canadienne sur la santé* définit les exigences que les programmes provinciaux du secteur de la santé doivent respecter pour recevoir les paiements de transfert. Dans la Loi, le personnel des FAC est exclu de la liste des personnes ayant droit au système universel de soins de santé des provinces. Ainsi, la *Loi constitutionnelle de 1867* octroie la responsabilité de la prestation des soins de santé du personnel des FAC au gouvernement fédéral.^{cxii}

Le chapitre 34 des Ordonnances et règlements royaux régit la prestation des services médicaux au sein des FAC, y compris le droit du personnel à des soins de santé. Selon le paragraphe 34.07, le personnel de la Force de réserve a le droit de bénéficier des services médicaux des FAC en fonction de la situation d'emploi et/ou si besoin est attribuable au service.^{cxiii}

La *Gamme de soins* présente les avantages pour la santé et les services financés par le secteur public qui sont à la disposition du personnel des FAC. Ce document répète que les réservistes ont seulement droit aux services et avantages médicaux pendant des périodes d'admissibilité spécifiques basées sur le statut de leur fonction et sur le rapport entre leur maladie ou blessure et le service militaire.^{cxiv}

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

L’Instruction SMA (RH-Mil) 11/04, Normes médicales des Forces canadiennes, fournit la direction politique pour le personnel des services de santé afin d’assigner les catégories médicales, d’établir les restrictions à l’emploi, et de fournir des connaissances de base aux parties prenantes concernant les normes médicales et leur administration.^{cxv} La Publication des Forces canadiennes 154, Normes médicales, un manuel en ligne qui fournit un répertoire d’hyperliens de ces politiques, publications et documents reliés appropriés aux normes médicales des Forces armées canadiennes, vient compléter cet instrument.^{cxvi}

L’Instruction 4000-01, Évaluations de santé périodiques, du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes présente la procédure pour la réalisation d’évaluations d’aptitude médicale. Le processus des EMP est basé sur les recommandations du Groupe d’étude canadien sur les soins de santé préventifs et du U.S. Preventive Services Task Force, mais il permet aussi aux FAC de s’assurer que ses membres sont aptes aux tâches militaires. L’instruction établit aussi la fréquence à laquelle les EMP doivent être effectués : sauf lorsque justifié par des exigences professionnelles ou d’autres circonstances, les EMP sont offertes au personnel des FAC de moins de 40 ans à intervalles de 5 années, et tous les deux ans pour les militaires qui ont plus de 40 ans, normalement dans le mois suivant l’anniversaire du militaire. L’instruction sert aussi d’orientation fonctionnelle pour les cliniciens pour la réalisation des évaluations médicales et la détermination de l’aptitude à l’emploi.^{cxvii}

Les EMP sont effectués en deux parties. Pendant la première partie, le militaire remplit un questionnaire médical et un technicien médical note les signes vitaux (taille, poids, tour de taille et tension artérielle). Le technicien médical effectue aussi une série de tests de dépistage comme les évaluations de l’acuité visuelle et audiogrammes. Un électrocardiogramme est effectué pour les militaires qui ont 35 ans et un test de dépistage des lipides (par prise de sang) est réalisé à 35 et 40 ans, puis tous les 4 ans par la suite.^{cxviii}

Les médecins militaires, les assistants au médecin et les médecins et infirmières praticiennes civils à contrat sont autorisés à réaliser la deuxième partie de l’évaluation. Pendant la Partie II, le questionnaire, les résultats des examens et les renseignements pertinents doivent être révisés avec le militaire. Le médecin peut aussi procéder à un examen physiologique et à une évaluation de l’aptitude du militaire à exercer ses fonctions militaires. Le Médecin-chef de la base (ou un médecin supérieur désigné) révisé ensuite l’EMP et donne l’approbation définitive.^{cxix}

Règlements, ordonnances et directives administratifs

Plusieurs instruments en matière de politiques administratives sont pertinents à l’aptitude médicale du personnel militaire. La Directive et ordonnance administrative de la Défense 5023-0, Universalité du service mentionne que le principe d’universalité du service, ou principe du « soldat d’abord » ordonne au personnel des FAC d’être en bonne forme physique et apte à l’emploi et au déploiement pour des fonctions opérationnelles générales, peu importe la fonction occupée.^{cxx} En outre, la Directive et ordonnance administrative de la Défense 5023-01, Critères minimaux d’efficacité opérationnelle liés à l’universalité du service, définit l’aptitude à l’emploi et au déploiement comme le fait pour un militaire de n’avoir aucune limite médicale à l’emploi qui l’empêcherait d’effectuer ses tâches et d’être en mesure de fonctionner en situation de stress physique et mental, sans soutien médical ou presque et sans médicaments critiques. L’ordonnance énonce clairement que la Première réserve doit respecter les critères minimaux

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

d'efficacité opérationnelle liés à l'universalité du service.^{cxxi}

L'Instruction du personnel militaire des Forces canadiennes 20/04, Politique administrative pour le service de réserve classe « A », de classe « B » et de classe « C », énonce que les réservistes doivent respecter les normes médicales minimales pour leur fonction militaire et détenir une évaluation médicale à jour dans leur dossier. Elle affirme en outre que le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes doit fournir les évaluations médicales et traitements requis pour garantir l'aptitude au service du personnel dans les FAC.^{cxxii}

Le CANFORGEN 118/05, Sélection et réintégration, Forces canadiennes, est une ordonnance qui uniformise la procédure d'évaluation annuelle pour déterminer l'état de préparation du personnel. Elle oblige les commandants de toutes les unités des Forces régulières et réservistes à attester de la préparation de leurs membres une fois par exercice financier dans un Rapport sur la vérification annuelle de l'état de préparation du personnel. Les résultats doivent être déposés dans la base de données du personnel des FAC.^{cxxiii} Les directives du Commandement de la Force expéditionnaire du Canada pour les opérations internationales servent d'instructions administratives pour remplir le Rapport sur la vérification annuelle de préparation du personnel. Elles déclarent que tous les membres des Forces régulières et de la Première réserve doivent compléter le processus de vérification annuel, qu'ils aient été choisis pour un déploiement expéditionnaire ou non. Pendant ce processus, les membres doivent avoir une catégorie médicale valide et ne doivent pas avoir de contrainte à l'emploi pour des raisons médicales.^{cxxiv}

Les directives du Chef d'état-major de la Défense aux commandants aident les commandants à remplir leurs fonctions. Elles décrètent la vision, la philosophie et la direction du Chef d'état-major de la Défense sur divers sujets. Pour ce qui est de la santé, le Chef d'état-major de la Défense énonce que bien que le Groupe des Services de santé des forces canadiennes fournisse les services, ce sont les commandants qui sont ultimement responsables de la santé de leurs membres.^{cxxv}

Cadre stratégique et priorités

Architecture d'harmonisation des programmes

La préparation opérationnelle des réservistes est expressément liée à l'architecture d'harmonisation des programmes, permettant directement le fonctionnement des programmes *Production d'éléments de force de la Défense prêts à l'action*, *Services de la Défense et contributions au gouvernement* et *Recherche et développement concernant les capacités de la Défense*, qui contribuent au résultat stratégique, *La Défense demeure continuellement préparée à s'acquitter de la défense nationale et des services de la Défense en conformité avec les valeurs et intérêts canadiens* en mettant sur pied un personnel formé qui sera constamment maintenu aux niveaux de préparation voulus.^{cxxvi}

Priorités organisationnelles

La Force de réserve est essentielle pour le MDN/les FAC pour atteindre leur mission conformément aux priorités organisationnelles présentées dans le *Rapport sur les plans et*

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

priorités de 2015-2016 et le résultat escompté du gouvernement du Canada, soit un pays sûr et sécuritaire.^{cxxvii}

Priorité 1 : Assurer l'excellence opérationnelle durable au pays et à l'étranger, pour assurer la défense du Canada et la protection de la population canadienne.

Un élément de cette priorité est d'exercer notre souveraineté dans l'Arctique, qui revêt une importance fondamentale pour le gouvernement du Canada, comme le décrivent la Stratégie pour le nord du Canada, la politique étrangère pour l'Arctique et la Stratégie de défense *Le Canada d'abord*. Les membres de la Première réserve sont intensivement utilisés pour la protection de la région boréale du pays. L'Armée canadienne met sur pied des Groupes-compagnie d'intervention dans l'Arctique pour fournir une présence sur le terrain dans le nord tel que requis et dont le personnel est principalement composé de réservistes.^{cxxviii} Aussi, la Marine royale canadienne exploite des navires de défense côtière dont la mission principale est la surveillance et la patrouille des côtes du Canada et dont les équipages sont principalement composés de réservistes.

Priorité 2 : Maintenir la posture des FAC et la disponibilité opérationnelle de la Défense

Les ressources doivent être harmonisées et disponibles aux niveaux de préparation voulus pour répondre aux exigences planifiées et prévues de la Défense. À cette fin, la directive du Chef d'état-major de la Défense sur la posture de la force et la disponibilité opérationnelle des FAC de 2013 continuera à être mise en œuvre. La posture de la Force et la disponibilité opérationnelle établissent une relation quantifiable entre la disponibilité, les exigences opérationnelles et les politiques et directives du GC. De plus, la directive du CEMD mentionne qu'« il y a une relation directe entre les ajustements et changements apportés à la Force de réserve et la capacité des FAC de soutenir les exigences de la planification et de l'analyse financières ».^{cxxx}

Priorité 3 : Renforcer l'Équipe de la Défense

Le MDN/les FAC à l'intention de penser à un plan complet d'optimisation du personnel militaire et civil qui comprend une vaste révision pour valider la structure de la Première réserve reliée aux tâches opérationnelles et au financement correspondant.

Stratégie de défense Le Canada d'abord

La Stratégie de défense *Le Canada d'abord* énonce une feuille de route détaillée pour la modernisation des Forces canadiennes. Elle donne un aperçu des six missions que le gouvernement attend des FAC dans l'accomplissement de son rôle de défense du Canada et de l'Amérique du Nord et de contribution à la sécurité mondiale. Ces tâches comprennent des opérations quotidiennes au pays et sur le continent, le soutien lors d'événements internationaux importants au Canada, la réaction à une attaque terroriste majeure, l'appui aux autorités civiles pendant une crise au Canada, la conduite d'une opération internationale majeure pour une période prolongée et le déploiement de forces en réponse à des crises à l'étranger pour de courtes périodes.^{cxxxi}

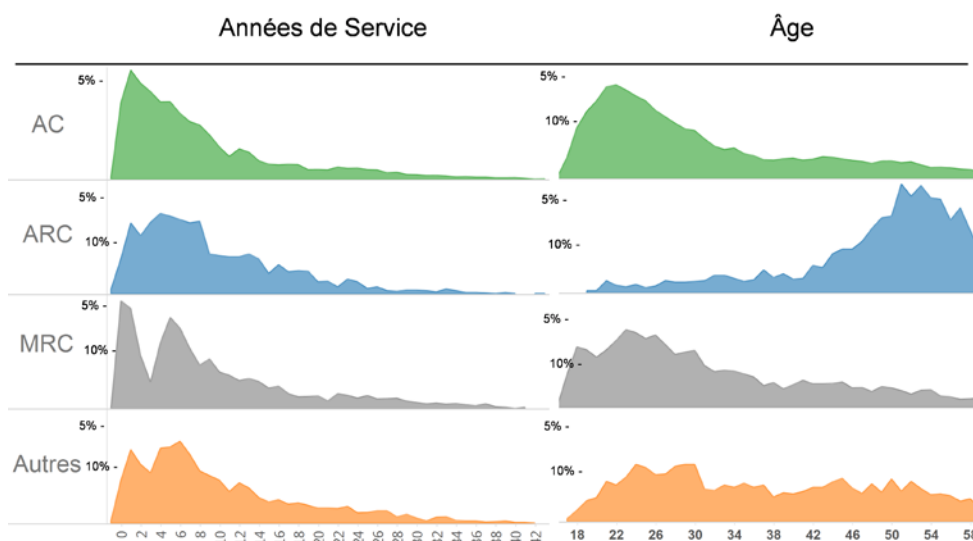
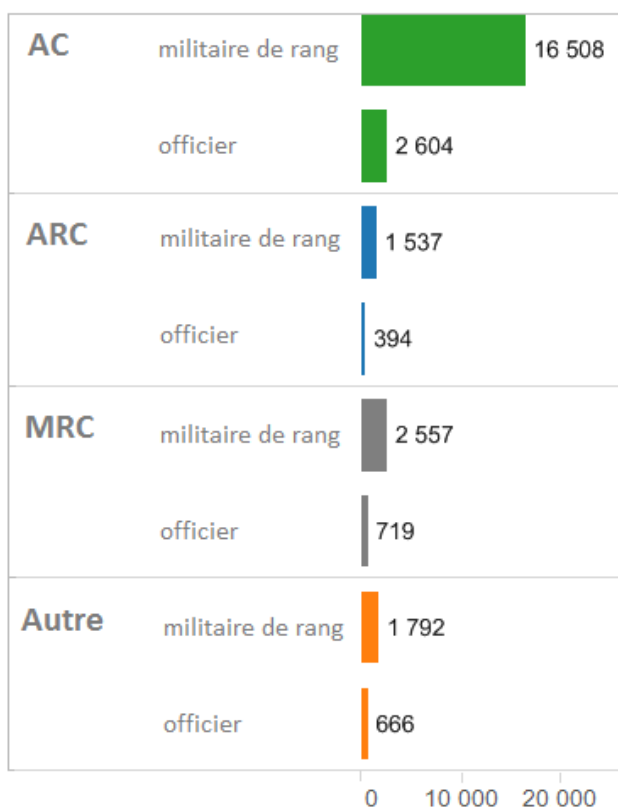
Le Canada d'abord ne définit pas explicitement la contribution de la Force de réserve aux missions décrites, même s'il y est mentionné que le MDN/les FAC ont fortement recours au

***Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour
tous les membres de la Première réserve***

travail et à l'expertise de son personnel pour assurer l'efficacité opérationnelle du régime militaire et continuera d'utiliser une équipe intégrée de défense qui comprend des réservistes.^{xxxii}

Annexe C Appendice 1 : Données démographiques pour la Première réserve¹

Les membres du Première réserve par organisation



Infographie: DGRAPM

¹ Source: données recueillies dans le SGRH Mil (7.5) le 24 septembre 2014

Annexe C Appendice 2 : Emplacement des membres de la Première réserve

Emplacement des membres de la Première réserve à travers le Canada : Toutes les organisations¹

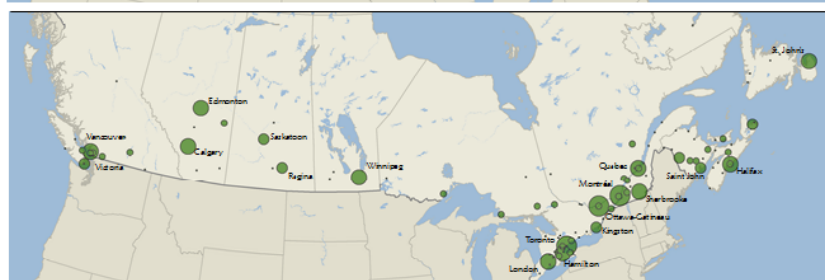


Emplacement des membres de la Première réserve à travers le Canada : Par élément des FAC



Réserve aérienne – 10 villes principales

VILLE	MILITAIRE DE RANG	OFFICIER	TOTAL
WINNIPEG	149	77	226
GREENWOOD	191	16	207
TRENTON	136	44	180
BAGOTVILLE	128	13	141
COMOX	108	25	133
BORDEN	102	29	131
MONTREAL	94	28	122
SHEARWATER	85	15	100
VALCARTIER	57	11	68
GANDER	59	5	64



Réserve de l'Armée – 10 villes principales

VILLE	MILITAIRE DE RANG	OFFICIER	TOTAL
MONTREAL	1 875	334	2 209
TORONTO	1 640	237	1 877
OTTAWA	1 089	326	1 415
QUEBEC	755	108	863
VANCOUVER	587	102	689
HALIFAX	483	121	604
CALGARY	473	82	555
EDMONTON	466	69	535
WINNIPEG	431	62	493
HAMILTON	402	52	454



Réserve navale – 10 villes principales

VILLE	MILITAIRE DE RANG	OFFICIER	TOTAL
VICTORIA	276	72	348
HALIFAX	253	73	326
QUEBEC	225	68	293
OTTAWA	201	88	289
VICTORIA	195	43	238
TORONTO	147	42	189
MONTREAL	125	29	154
VANCOUVER	102	38	140
HAMILTON	116	20	136
WINDSOR	108	23	131

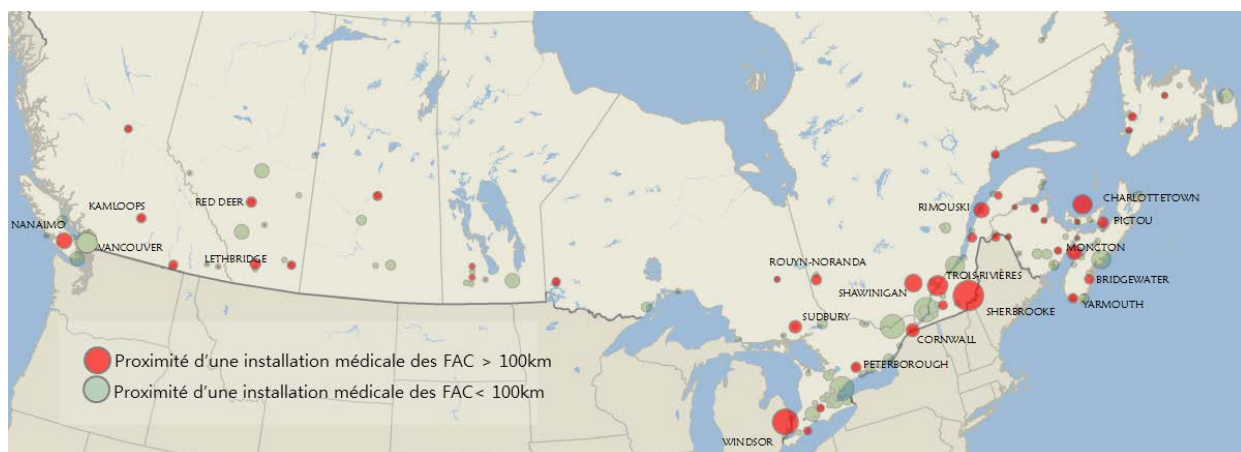
Infographie: DGRAPM

¹ Source: données recueillies dans le SGRH Mil (7.5) le 24 septembre 2014

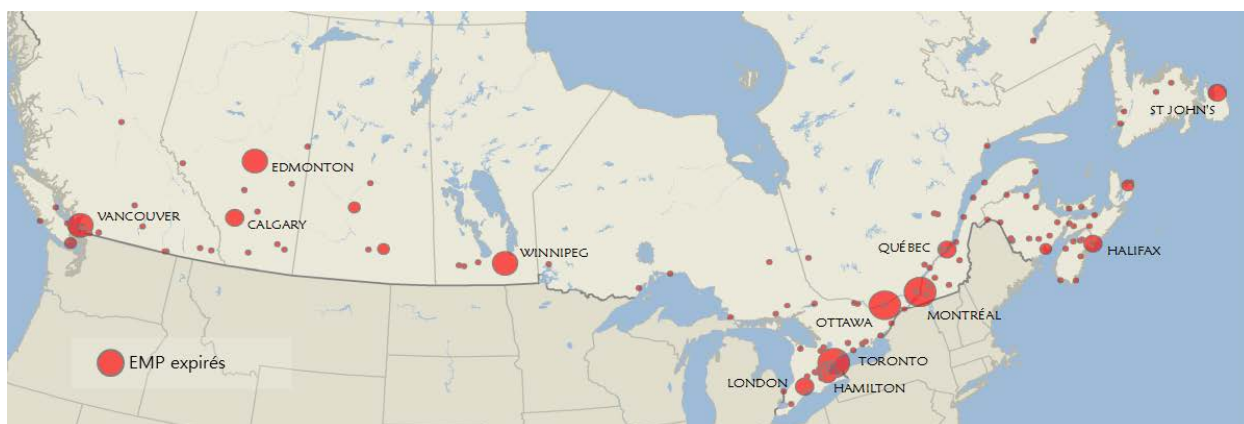
Victoria figure dans la liste à deux reprises car certains Réservistes ont été désignés comme travaillant à la BFC Esquimalt et d'autres à Victoria.

Annexe C Appendice 3 : Distance séparant les membres de la Première réserve des soins médicaux des FAC et emplacement des réservistes dont l'évaluation médicale est expirée

**Distance qui sépare les membres de la Première réserve des soins médicaux
des FAC¹**



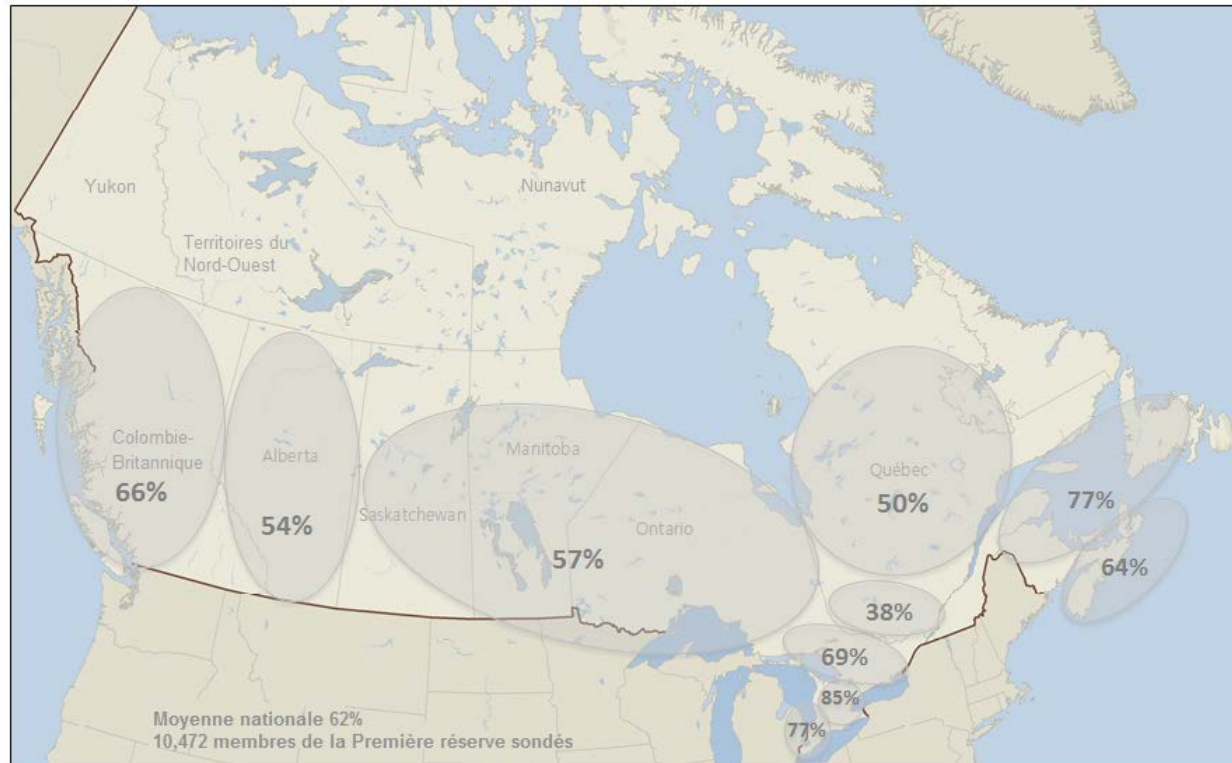
Emplacement des membres de la Première réserve dont l'évaluation médicale est expirée¹



Infographie: DGRAPM

¹Source: données recueillies dans le SGRH Mil (7.5) le 24 septembre 2014

Annexe C Appendice 4 : Pourcentage des membres de la Première réserve ayant un médecin de famille



¹ Source : Sondage informel mené en novembre 2014 pour la faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première Réserve

**Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour
tous les membres de la Première réserve**

Annexe D : Aperçu des types de cliniques des FAC

	Type I	Type II	Type III	Type IV	Type V
POPULATION DESSERVIE	<500	<1000	<1000	>1000	>5000
STRUCTURE DE COMMANDEMENT					
Officier d'administration			x		
Médecin-chef de la formation					x
Médecin-chef de la base			x	x	x
Gestionnaire de la clinique				x	x
Adjudant de la clinique			x	x	x
Directeur des services cliniques				x	
Directeur des services diagnostiques et thérapeutiques				x	x
Coordonnateur des services de santé	x				
Gestionnaire des services de santé mentale				x*	x
Gestionnaire des services de soins primaires				x	x
Coordonnateur de l'ACQ/de la gestion des risques	x*		x*	x	x
Secrétaire (médecin-chef de l'escadre/gestionnaire de la clinique)			x	x	x
Autorité administrative supérieure		x		x*	
Autorité médicale supérieure		x			
Directeur des services de soutien				x	x
SOINS PRIMAIRES					
Soutien administratif				x	x
Infirmière en santé communautaire			x	x	x
Gestionnaire de cas			x*	x	x
Réception centralisée	x*	x*	x	x	x
Unité de prestation de soins de santé					
Commis au soutien administratif			x	x	x
Médecin civil		x*	x	x	x
Médecin militaire				x	x
Techniciens médicaux		x	x	x	x
Infirmière praticienne			x	x	x
Adjoint au médecin		x	x	x	x
Infirmière en soins primaires			x	x	x
SERVICES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES					
Chef de l'équipe de santé mentale			x*	x*	
Médecine préventive	x*	x*	x*	x	x
Coordonnateur des services spécialisés				x	x
Agent en prévention des infections	x*	x*	x*	x*	x
Laboratoire			x*	x	x
Imagerie diagnostique			x*	x	x
Pharmacie			x	x	x
Physiothérapie			x*	x	x
SANTÉ MENTALE					
Services psychosociaux			x*	x	x
Psychologie				x*	x
Psychiatrie				x*	x
SERVICES DE SOUTIEN					
Commis de la Croix bleue	x*	x*	x*	x	x
Commis-chef (militaire)			x	x	x
Commis aux finances	x*	x*	x	x	x
Commis des dossiers médicaux			x	x	x
Praticien aux dossiers de santé (chef d'équipe)			x*	x	x
Technicien médical – dossiers médicaux	x	x	x	x	x
Administration du système de GI/TI				x	x
Audiotypiste				x	x
OPÉRATIONS ET INSTRUCTIONS			x	x	x

*Selon la charte de position individuelle des cliniques (Organigramme)
Source : Clinique médicale des Forces canadiennes, p. C-1-3

Annexe E : Augmentation potentielle du nombre d'EMP et des heures par centre de soins médicaux des FAC

Centre de soins médicaux	% de la cohorte de Réserve	Augmentation du nombre d'EMP par année si offerts à tous les réservistes	Augmentation des heures par année si offerts à tous les réservistes	Augmentation du nombre d'EMP par mois si offerts à tous les réservistes	Augmentation des heures par mois si offerts à tous les réservistes
Bagotville	1,6 %	79-98	118,5-147	7-8	10,5-12
Borden	1,2 %	59-73	88,5-109,5	5-6	7,5-9
Calgary	3,2 %	155-196	232,5-294	13-16	19,5-24
Cold Lake	0,2 %	8-12	12-18	1	1,5
Comox	0,5 %	23-31	34,5-46,5	2-3	3-4,5
Dundurn	1,3 %	65-80	97,5-120	5-7	7,5-10,5
Edmonton	3,4 %	164-208	246-312	14-17	21-25,5
Esquimalt	3,5 %	170-214	255-321	14-18	21-27
Gagetown	3,7 %	181-226	271,5-339	15-19	22,5-28,5
Gander	0,7 %	32-43	48-64,5	3-4	4,5-6
Goose Bay	0,0 %	0	0	0	0
Greenwood	1,1 %	54-67	81-100,5	4-6	6-9
Halifax	8,2 %	400-501	600-751,5	33-42	49,5-63
Kingston	1,7 %	84-104	126-156	7-8	10,5-12
Londres	4,2 %	207-257	310,5-385,5	17-21	25,5-31,5
Meaford	0,2 %	10-12	15-18	1	1,5
Montréal	10,5 %	513-641	769,5-961,5	43-53	64,5-79,5
Moose Jaw	1,7 %	84-104	126-156	7-9	10,5-13,5
North Bay	1,4 %	66-86	99-129	6-7	9-10,5
Ottawa	9,4 %	461-574	691,5-861	38-48	57-72
Petawawa	0,5 %	25-31	37,5-46,5	2-3	3-4,5
Saint-Jean	2,7 %	132-165	198-247,5	11-14	16,5-21
Thunder Bay et Sault Ste Marie	0,5 %	23-31	34,5-46,5	2-3	3-4,5
Shilo	0,3 %	13-22	19,5-27	1-2	1,5-3
St John's	2,2 %	108-135	162-202,5	9-11	13,5-16,5
Suffield	0,0 %	0	0	0	0
Toronto	15,2 %	741-928	1111,5-1392	62-77	93-115,5
Trenton	1,1 %	55-67	82,5-100,5	5-6	7,5-9
Valcartier	8,5 %	414-519	621-778,5	34-43	51-64,5
Vancouver	6,0 %	295-367	442,5-550,5	25-31	37,5-46,5
Wainwright	0,4 %	20-25	30-37,5	2-3	3-4,5

***Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour
tous les membres de la Première réserve***

Winnipeg	4,7 %	228-287	342-430,5	19-24	28,5-36
Yellowknife	0,3 %	14-18	21-27	1-2	1,5-3
Total global	100 %	4881-6106	7324,5-9159	400-513	612-769,5

***Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour
tous les membres de la Première réserve***

Annexe F : Nombre d'EMP et de campagnes éclairs par ambulance de campagne de la Réserve

Ambulance de campagne	% de la cohorte de Réserve	Nombre minimal d'EMP	Nombre maximal d'EMP	Nombre minimal d'éclairs	Nombre maximal d'éclairs	Centre(s) de soins médicaux pour le bassin de population
11 Victoria	4,10 %	200	250	4	5	Esquimalt et Comox
12 Vancouver	6,30 %	307	384	6	8	Vancouver
15 Détachement de Calgary	3,20 %	156	195	3	4	Calgary, Suffield
15 Edmonton	3,90 %	190	238	4	5	Edmonton, Cold Lake Wainwright
16 Régina	1,70 %	83	103	2	2	Moose Jaw
16 Détachement de Saskatoon	1,30 %	63	79	2	2	Dundurn
17 Winnipeg	3,70 %	180	226	4	5	Winnipeg, Shilo
18 Thunder Bay	1,70 %	83	103	2	2	Thunder Bay, Sault Ste Marie
23 Hamilton	4,50 %	229	275	5	6	Toronto
23 Détachement de London	4,40 %	215	267	5	6	Londres
25 Toronto	13,10 %	639	800	13	16	Toronto, Borden, Meaford, Trenton
28 Ottawa	12,90 %	631	786	13	16	Ottawa, Kingston, Petawawa, North Bay
33 Halifax	11,60 %	566	708	12	14	Halifax, Greenwood, Gagetown
35 Détachement de St John's	2,90 %	141	177	3	4	St John's, Gander
35 Sydney	1,30 %	63	79	2	2	Halifax
51 Montréal	13,10 %	639	800	13	16	Montréal, Saint-Jean
55 Québec	10,40 %	508	635	10	13	Valcartier, Bagotville, Gagetown
Total global	100,00 %	4881	6106	103	126	

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

Bibliographie

4^e Groupe des services de santé, détachement Toronto. « Provision of Medical Assessments Reserve Force Class A Service. » Note de service. Ministère de la Défense nationale, février 2009.

Agrément Canada. *Qmentum Program Standards: Primary Care Services For Surveys Starting After janvier 01, 2013*. 2013.

SMA(RH-Mil). *Instruction du SMA (RH-Mil) 11/04, Normes médicales applicables aux Forces canadiennes*. Ministère de la Défense nationale, 23 avril 2004.

—. *CANFORGEN 118/05 ADM (HR-MIL) SÉLECTION ET RÉINTÉGRATION — FORCES CANADIENNES*. Ministère de la Défense nationale, juillet 2005.

—. *Instruction 20/4 du Chef — Personnel militaire, Politique administrative pour le Service de réserve de classe « A », de classe « B » et de classe « C »*. Ministère de la Défense nationale, 1^{er} décembre 2004.

Australian Bureau of Statistics. *Year Book Australia, 2012*. Government of Australia, 2012.

Besenyodi, B.A., major, commandant d'unité, 1^e Hôpital de champagne du Canada, détachement Ottawa. « RE: Questions about Ottawa Det for PHA Study. » Courriel à un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 4 février 2015.

Bouchard, A.M.C., lieutenant-colonel, officier supérieur d'état-major, Soins primaires et major C. Netterfield, conseiller des forces de réserve et des cadets, directeur – Politique médicale. Rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 28 novembre 2014.

Brauner, Marygail K., et. al. « Medical Readiness of the Reserve Component. » Center for Military Health Policy Research, RAND National Defense Research Institute. United States of America, 2012.

Commandement de la Force expéditionnaire du Canada. *Directives du COMFEC pour les opérations internationales, Série 1000, Section trois — Administration du personnel*. Ministère de la Défense nationale, septembre 2012.

Groupe des Services de santé des Forces canadiennes. « 24 CFHS - MHC - 1.1.1.7.3. - % Over due T-Cats (24 CF H Svcs C Trenton). » Rapport de mesure du rendement. Ministère de la Défense nationale, 2014.

—. A-MD-154-000/FP-000, *Normes médicales applicables aux Forces canadiennes*. Ministère de la Défense nationale, s.d.

—. *Instruction 4000-01 du Groupe des Services de santé des FAC, Évaluations de santé périodiques*. Ministère de la Défense nationale, 16 août 2010.

—. *Instruction 4000-04 du Groupe des Services de santé des FAC, Examen médical périodique et administration médicale — Plongeurs en eau peu profonde*. Ministère de la Défense nationale, 29 juin 2006.

—. *Instruction 4000-16 du groupe des Services de santé des FAC, Examen médical périodique — Personnel navigant*. Ministère de la Défense nationale, 24 janvier 1995.

—. *Instruction 4090-02 du Groupe des Services de santé des FAC, Directive provisoire relative à la prestation de soins de santé au personnel de la Force de réserve*. Ministère de la Défense nationale, 16 juillet 2009.

—. « Norme de la DPSF n° CDCP/2007/02, Norme de vaccination des Forces canadiennes », 30 novembre 2007.

—. « DRAFT Interim Guidance for Class A PHAs. » Ministère de la Défense nationale, novembre 2014.

—. « DRAFT Periodic Health Assessment Renewal Terms of Reference. » Ministère de la Défense nationale, October 2014.

—. *Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé – Responsabilités en vertu de l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques*. Ministère de la Défense nationale, 2013.

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

—. *Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces canadiennes 2008/2009, version de la Force régulière*. Ministère de la Défense nationale, 2010.

—. *Rapport du Médecin général 2014*. Ministère de la Défense nationale, 2014.

—. *La clinique médicale des Forces canadiennes*. Ministère de la Défense nationale, 2003.

—. « Trenton-MHC-3rd Next Available Appt-CDUs . » Rapport de mesure du rendement. Ministère de la Défense nationale, 2014.

Association canadienne de protection médicale. « Suivi des « patients orphelins » ». *Sécurité des soins*, septembre 2008. <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/-/follow-up-for-orphaned-patients->. Site Web consulté le 12 janvier 2014.

Chapman, M., adjudant-chef, 11^e (Victoria) Ambulance de campagne. « RE: CFHIS Access, remotes. » Courriel à un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 11 février 2015.

—. Téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 18 novembre 2014.

Chef – développement des Forces. *Étude sur la capacité d'emploi de la Première réserve : Rapport final*. Ministère de la Défense nationale, 2011.

Chef du personnel militaire. « Plan d'activités 2015-2016 » FINAL envoyé au L0 le 16 déc. 2014. Ministère de la Défense nationale, le 16 décembre 2014.

—. « Chief Military Personnel Funding Requirements FY 15/16. » Exposé devant le Comité intégré de gestion des ressources. Ministère de la Défense nationale, mars 2015.

Chef d'état-major de la Défense. *CANFORGEN 172/11 VISION DU CEMD POUR LA P RES*. Ministère de la Défense nationale, septembre 2011

—. « Directive du CEMD concernant la posture et la disponibilité opérationnelle de la force des FAC ». Ministère de la Défense nationale, 28 juin 2013.

—. « Directives du CEMD aux commandants ». Ministère de la Défense nationale, 2013.

—. « Guide de planification du CEMD – avenir des Réserves de FAC. » Note de service. Ministère de la Défense nationale, le 12 juin 2007.

—. « Orientation stratégique de la Première réserve : vision, mission et principes directeurs ». Note de service. Ministère de la Défense nationale, 18 décembre 2012.

Chef – Réserves et cadets. « Canada's Reserve Forces: A Strategic Overview. » Exposé devant l'Ombudsman du MDN et des FAC. Ministère de la Défense nationale, 16 décembre 2014.

—. « Copy of Reserves on Expeditionary Operations 1994-2015. » Feuille de calcul Excel. Ministère de la Défense nationale, 15 janvier 2015.

Collège des médecins de famille du Canada. « Examen physique annuel – Pratiques dans les provinces et territoires du Canada ». 20 août 2013.

Colton, Nancy. « Review of the Provision of Medical and Dental Services Personnel as a Requirement of Military Service. » Note de service. Ministère de la Défense nationale, 2006.

Daigle, Pierre. *Des soins sous toutes réserves : une enquête de suivi sur le traitement des réservistes blessés*. Rapport spécial au Ministre de la Défense nationale. Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, novembre 2012.

Department of Defence. *ADF Pay and Conditions Manual*. Government of Australia, 05 June 2013.

Ministère de la Défense nationale. *Stratégie de défense Le Canada d'abord*. 2008.

—. *Publication interarmées des Forces canadiennes (PIFC) 1.0, Doctrine de la gestion du personnel militaire*. Ministère de la Défense nationale, juin 2008

—. *Prendre soin des nôtres : une démarche globale pour les soins du personnel malade et blessé des FAC et leurs familles*. 2012.

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

- . *Directive et ordonnance administrative de la Défense 5023-0, Universalité du service*. 8 mai 2006.
- . *Directive et ordonnance administrative de la Défense 5023-1, Critères minimaux d'efficacité opérationnelle liés à l'universalité du service*. 19 mai 2006.
- . *Rapport ministériel sur le rendement 2013-14 – Ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes*. 2014.
- . *Rapport sur les plans et les priorités de 2013-2014 – Ministère de la Défense nationale*. 2013.
- . *Rapport sur les plans et les priorités 2015-2016 – Ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes*. 2015.
- . « Médecin ». *Emplois dans les Forces armées canadiennes*. s.d. <http://www.forces.ca/fr/job/medecin-50> . Site Web consulté le 25 février 2015.
- . *Ordonnances et règlements royaux applicables aux Forces canadiennes*. Chapitre 19.18 Dissimulation de maladie. s.d.
- . *Ordonnances et règlements royaux applicables aux Forces canadiennes*. Chapitre 34 Services de santé. s.d.
- . *Ordonnances et règlements royaux applicables aux Forces canadiennes*. Chapitre 9 Service de réserve. s.d.
- . « Gamme de soins : les soins de santé et les services médicaux et dentaires ». *Les soins de santé et les services médicaux et dentaires*, 25 juillet 2014. <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-avantages-drogue-couverture/index.page>. Site Web consulté le 17 février 2015.
- Directeur – Développement de la Force terrestre. « Directive principale de mise en œuvre du Cmdt AC groupes bataillons territoriaux » Ministère de la Défense nationale, mai 2012.
- . « CLS Master Implementation Plan-Initial Operating Capability Arctic Response Company Groups. » Ministère de la Défense nationale, 2010.
- Ellison, J.J., major, médecin-chef de l'escadre, 31^e Centre des Services de santé des Forces canadiennes, détachement North Bay. « RE: Reserve PHAs. » Courriel au lieutenant-colonel R.J. Grodecki, Médecin-chef régional de l'Ontario, le 22 septembre 2014.
- English, Jack. *The Role of the Militia in Today's Canadian Forces*. Canadian Defence and Foreign Affairs Institute and Canadian International Council, septembre 2011.
- Ermuth, Pamela et Major T. Langlois, Services juridiques du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes. Rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 2 décembre 2014.
- . Services juridiques du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes. « RE: Class A Med (PHA). » Courriel au lieutenant-colonel A.M.C. Bouchard, officier supérieur d'état-major, Soins primaires, le 1^{er} avril 2015.
- Gouvernement du Canada. *Loi canadienne sur la santé*, LRC (1985), ch. C-6. 1985.
- . *Loi constitutionnelle de 1867*.
- . *Loi sur la défense nationale*, LRC (1985), ch. N-5. 1985.
- Jung, H., commodore, Médecin général. « Offre d'examen de santé périodiques (ESP) et d'immunisations aux réservistes de class A » Note de service. Ministère de la Défense nationale, le 3 novembre 2011.
- Kelly, B.D., lieutenant-colonel, Directeur – Développement de la Force terrestre 4. Téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC. le 15 janvier 2015.
- Kelly, P.N., colonel, Directeur – Réserves et lieutenant-colonel Shawn Herron, chef d'état-major, Directeur – Réserves. Rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 15 janvier 2015.
- Koundakjian, K. « Canadian Armed Forces Primary Reserve Retention Survey: Preliminary Results. » Directeur général – Recherche et analyse du personnel militaire. Ministère de la Défense nationale, 2013.
- Lasconjarias, Guillaume. « Send the Reserve! New Ways to Support NATO through Reserve Forces ». Article de recherche. NATO Defense College, Rome, novembre 2013.

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

Lauzon, Catherine, Directrice – Services de santé spécialisés, Santé Canada, et al. Rencontre avec Christine Desjardin, le 5 décembre 2014.

Lorenzen, Dr Marcie, officier supérieur d'état-major, Bureau du Médecin général. « DRAFT QR&O 34 mars 2014. » Document Word, le 3 février 2015.

—. Rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC. 22 janvier 2015.

Maher, Dr Maurica, épidémiologiste, Directeur – Protection de la santé des forces. Rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 20 janvier 2015.

Malmstrom, CA, capitaine, A1 Gestion de la Réserve 2-2, Aviation royale canadienne. Téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 22 janvier 2015.

McFadyen, Mary. *Des soins sous toutes réserves : une enquête sur le traitement des réservistes blessés*. Rapport spécial au Ministre de la Défense nationale. Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, 2008.

Moore, David. « Assessing the Medical Fitness of Canadian Forces Reservists. » Travail d'étape. Dalhousie University, le 22 juillet 2013.

Murray, K.A., major, médecin-chef de la Base, 32^e Centre des Svc SSFC Toronto. « RE: Reserve PHAs. » Courriel au lieutenant-colonel R.J. Grodecki, médecin-chef régional de l'Ontario, le 15 septembre 2014.

Réserve navale. « N12-Recruiting Presentation at NavRes CO's Conference . » Exposé devant la Conférence des commandants de la Réserve navale. Ministère de la Défense nationale, 2010.

Netterfield, C., major, conseiller – Réserves et cadets, Directeur – Politique médicale. Rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 18 décembre 2013.

—. Rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 3 février 2015.

Nickerson, L.H., lieutenant-commandant, médecin militaire, 1 Gp Svc S. « 1 Fd Amb Response to PHA Study Medical Clinic Questionnaire. » Courriel à Christine Desjardins, le 28 novembre 2014.

Pasandideh, Shahryar. « Total Force. » *The NATO Atlantic Council of Canada*, 27 février 2014. <http://natocouncil.ca/total-force/>. Site Web consulté le 20 janvier 2015.

—. « The Politics of Waging War and Reserve Force Restructure Part I: The United States Army Experience. » *The NATO Atlantic Council of Canada*, le 14 juin 2014. <http://natocouncil.ca/the-politics-of-waging-war-and-reserve-force-structure-part-i-the-united-states-army-experience>. Site Web consulté le 20 janvier 2015.

Pratt, David. *Canada's Citizen Soldiers: A Discussion Paper*. Canadian Defence and Foreign Affairs Institute and Canadian International Council, mars 2011.

Agence de la santé publique du Canada. « Calendriers de vaccination ». *Immunisation et vaccins*, s.d. <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/is-vc-fra.php>. Site Web consulté le 14 septembre 2014.

Pucci, B., colonel, commandant adjoint du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes. « Examens de santé périodiques pour la Première réserve – expansion de la portée de l'étude » Note de service. Ministère de la Défense nationale, le 22 novembre 2011.

RAND Center for Military Health Policy Research. *Improving Medical and Dental Readiness in the Reserve Components*. Research Brief. RAND National Defense Research Institute, United States of America, 2012.

Ranganathan, Shoba, agent en chef de la qualité et de la sécurité du patient. Rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 13 février 2015.

Groupe de travail sur les EMP de la Réserve. « Record of Discussion-Reserve PHA WG. » Ministère de la Défense nationale, le 13 juillet 2013.

Aviation royale canadienne. « Réserve aérienne ». *Force aérienne*, 24 juillet 2013. <http://www.rcf-arc.forces.gc.ca/fr/reserve-aerienne/index.page>. Site Web consulté le 17 février 2015.

Marine royale canadienne « Navires de défense côtière ». *La flotte*, 13 mai 2014. <http://www.navy-marine.forces.gc.ca/fr/flotte-unites/ndc-apercu.page>. Site Web consulté le 15 février 2015.

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

- . « La Réserve navale ». *Aperçu*, 3 septembre 2013. <http://www.navy-marine.forces.gc.ca/fr/aperçu/organigramme-resnav-aperçu.page>. Site Web consulté le 17 février 2015.
- Sénat du Canada, Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense. *Procès-verbaux*. 40^e législature, 3^e session, 13^e réunion, 18 octobre 2010.
- . *Répondre à l'appel : le rôle de la Première réserve du Canada dans l'avenir*. Rapport provisoire du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense. Gouvernement du Canada, décembre 2011.
- Comité sur la gamme des soins. « Spectrum of Care Committee Meeting Record of Decision. » Ministère de la Défense nationale, le 7 mars 2005.
- Statistique Canada. « Accès à un médecin régulier, 2013 ». 82-625-X, 12 juin 2014. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/14013-fra.htm>. Site Web consulté le 8 janvier 2015.
- Still, D.S., major, chef fonctionnel du Système d'information de santé des Forces canadiennes. Rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 5 février 2015.
- Straver, Michelle, Directeur – Production de personnel (recherche) 5-4. « RE: Attrition Rate in the Primary Reserves. » Courriel à un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 8 décembre 2014.
- Surgeon General Australian Defence Force. « Health Bulletin NO 4/2011 Medical Employment Classification System-Implementation. » Government of Australia, 23 June 2011.
- . « Health Bulletin NO 9/2012 Changes to Periodicity of Periodic Health Examinations. » Government of Australia, 10 October 2012.
- Thibault, J.R.M., capitaine de frégate, chef d'état-major N4/N6 du Quartier général de la Réserve navale, Marine royale canadienne, et al. Téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, le 30 janvier 2015.
- Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. *Norme d'évaluation de santé professionnelle*. 11 octobre 2013.
- Vice-chef d'état-major de la Défense. « Accès aux soins médicaux – personnel de la réserve. » Note de service. Ministère de la Défense nationale, le 2 novembre 2011.
- . « Vaccin contre la grippe pour le personnel militaire ». s.d. Vice-chef d'état-major de la Défense (site intranet). Site Web consulté le 18 septembre 2014.
- . « Directive du VCEMD – personnel à temps plein de la Première réserve. » Note de service. Ministère de la Défense nationale, le 2 septembre 2014.
- . « Directive de mise en œuvre du VCEMD-restructuration de la Première réserve » Ministère de la Défense nationale, 16 mars 2012.
- Walker, B, Major. « Reserve PHA Proof of Concept Trial Interim Report. » Exposé devant le groupe de travail stratégique de la Réserve sur les services de soins de santé. Ministère de la Défense nationale, janvier 2011.
- Weitz, Richard. *The Reserve Policies of Nations: A Comparative Analysis*. Strategic Studies Institute, Department of Defense. United States of America, septembre 2007.
- York, David. « Four healthcare systems divided by the English language. » *The Guardian*, le 7 juin 2011. <http://www.theguardian.com/healthcare-network/2011/jun/07/healthcare-systems-australia-medicare-canada-saskatchewan>. Site Web consulté le 3 mars 2015.

**Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour
tous les membres de la Première réserve**

Notes de fin de document

ⁱ Sénat du Canada, *Procès-verbaux*, p. 23.

ⁱⁱ Pasandideh, *Total Force*.

ⁱⁱⁱ Chef – Développement de la Force, *Primary Reserve Employment Capability Study: Final Report*, p.19.

^{iv} *Idem*.

^v Vice-chef d'état-major de la Défense, « Directive de mise en œuvre du VCEMD – restructuration de la Première réserve », p. 1.

^{vi} Colonel P.N. Kelly, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{vii} Vice-chef d'état-major de la Défense, « Direction du VCEMD – personnel à temps plein de la Première réserve », p.3.

^{viii} Chef d'état-major de la Défense (général R.J. Hillier), « CDS Planning Guidance-Future of the CF Reserves », pp. 1-2.

^{ix} Chef d'état-major de la Défense (général W.J. Natynczyk), CANFORGEN 172/11 VISION DU CEMD POUR LA P RES.

^x Chef d'état-major de la Défense (général T.J. Lawson), « Orientation stratégique de la Première réserve », p. 1.

^{xi} Chef – Réserves et cadets, « Copy of Reserves on Expeditionary Operations 1994-2015 ».

^{xii} Chef – Réserves et cadets, « Canada's Reserve Forces: A Strategic Overview ».

^{xiii} Lieutenant-colonel B.D. Kelly, téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xiv} Capitaine de frégate J.R.M. Thibault, téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xv} Capitaine C.A. Malmstrom, téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xvi} Chef d'état-major de la Défense, « Directives du CEMD aux commandants », p. 57.

^{xvii} SMA(RH-Mil) (désormais Chef – Personnel militaire), CANFORGEN 118/05 ADM (HR-MIL) SÉLECTION ET RÉINTÉGRATION – FORCES CANADIENNES.

^{xviii} Ministère de la Défense nationale, *Directive et ordonnance administrative de la Défense 5023-1, Critères minimaux d'efficacité opérationnelle liés à l'universalité du service*.

^{xix} Colonel P.N. Kelly, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xx} Ministère de la Défense nationale, *Publication interarmées des Forces canadiennes (PIFC) 1.0, Doctrine de la gestion du personnel militaire*, p. 3-2 et 7-1.

^{xxi} Comité sur la gamme des soins, « Spectrum of Care Committee Meeting Record of Decision ».

^{xxii} McFadyen, *Des soins sous toutes réserves : une enquête sur le traitement des réservistes blessés*, p. 23-24.

^{xxiii} Lorenzen, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xxiv} Ermuth, « RE: Class A Med (PHA). »

^{xxv} Lieutenant-colonel B.D. Kelly, téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xxvi} Directeur – Développement (Force terrestre), « Directive principale de mise en œuvre du Cmdt AC groupes bataillons territoriaux », p. 3.

^{xxvii} Colonel P.N. Kelly, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xxviii} Capitaine de frégate J.R.M. Thibault, téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xxix} Capitaine C.A. Malmstrom, téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xxx} Colonel P.N. Kelly, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xxxi} Lieutenant-colonel B.D. Kelly, téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xxxii} Capitaine de frégate J.R.M. Thibault, téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xxxiii} Colton, « Review of the Provision of Medical and Dental Services Personnel as a Requirement of Military Service. » p. 3.

^{xxxiv} Lorenzen, « DRAFT QR&O 34 March 2014 ».

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

^{xxxv} Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, *Instruction 4090-02 du Groupe des Services de santé des FAC, Directive provisoire relative à la prestation de soins de santé au personnel de la Force de réserve*. Ministère de la Défense nationale.

^{xxxvi} Vice-chef d'état-major de la Défense, « Accès aux soins médicaux – personnel de la Première réserve ».

^{xxxvii} 4^e Groupe des Services de santé, détachement Toronto. « Provision of Medical Assessments Reserve Force Class A Service. » Les résultats de l'initiative n'ont pas été évalués pour cette étude.

^{xxxviii} Commodore H. Jung, « Offre d'examens de santé périodiques ».

^{xxxix} Colonel B. Pucci, « Examens de santé périodiques pour la Première réserve ».

^{xl} Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, « DRAFT Interim Guidance for Class A PHAs. »

^{xli} 40 ans est le séparateur employé pour les groupes d'âge, car c'est l'âge auquel la période de validité d'un EMP passe de cinq à deux ans.

^{xlii} Capitaine CA Malmstrom, téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xliii} Directeur – Développement (Force terrestre), « Directive principale de mise en œuvre du Cmdt AC groupes bataillons territoriaux », p.3.

^{xliv} *Idem*, p. 10.

^{xlv} Directeur – Développement (Force terrestre), « CLS Master Implementation Plan-Initial Operating Capability Arctic Response Company Groups », p. 1.

^{xlvi} Marine royale canadienne, « La Réserve navale ».

^{xlvii} Capitaine de frégate J.R.M. Thibault, téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{xlviii} Marine royale canadienne, « Navires de défense côtière ».

^{xlix} Aviation royale canadienne, « Réserve aérienne ».

^l Capitaine C.A. Malmstrom, téléconférence avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{li} Ministère de la Défense nationale, *Rapport sur les plans et les priorités de 2013-2014 – Ministère de la Défense nationale*, Section IV : Autres sujets d'intérêt.

^{lii} Koundakjian, « Canadian Armed Forces Primary Reserve Retention Survey: Preliminary Results », p.1.

^{liii} Réserve navale, « N12-Recruiting Presentation at NavRes CO's Conference ».

^{liv} Straver, « RE: Attrition Rate in the Primary Reserves ».

^{lv} Dans la Force régulière, lorsqu'un membre est sur le point d'être promu et dispose d'un EMP valide dans son dossier, aucun examen médical n'est prévu, mais un médecin militaire effectue un « examen sur dossier » du membre afin de s'assurer qu'il reste en bonne santé sur le plan professionnel. Cette étude n'a pas évalué si la même pratique est utilisée pour les réservistes.

^{lvi} Pour 77 entrées dans l'extrait des données du SGRH, il manquait le dernier rendez-vous médical.

^{lvii} Statistique Canada, « Accès à un médecin régulier, 2013 ».

^{lviii} Ermuth, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.

^{lix} Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, *Instruction 4000-16 du Groupe des Services de santé des FAC, Examen médical périodique – Personnel navigant*.

^{lx} Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, *Instruction 4000-04 du Groupe des Services de santé des FAC, Examen médical périodique et administration médicale – Plongeurs en eau peu profonde*.

^{lxi} Selon l'Étude sur la capacité d'emploi de la Première réserve de 2012, il existe 4 500 postes permanents de classe B.

^{lxii} La liste des 32 cliniques et détachements peut être consultée sur la page Web du MDN concernant les « Centres médicaux et dentaires des Forces armées canadiennes par tout le Canada » (<http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-medicaux/information-clinique.page>). Il existe néanmoins des installations médicales à Thunder Bay, Montréal et Moncton, qui ne sont pas citées sur le site Internet. Thunder Bay compte un seul technicien médical ; ce poste n'est pas autorisé à effectuer la Partie II des EMP. De plus, la garnison de Moncton devrait bientôt fermer. Par conséquent, ces lieux n'ont pas été pris en compte pour la prestation d'EMP aux réservistes. Il convient également de noter qu'il existe aussi des ressources médicales dans certains Centres de recrutement des Forces canadiennes et que l'Unité de soutien de secteur de Charlottetown a une infirmière sur place.

^{lxiii} Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, *La clinique médicale des Forces canadiennes*, p. A-2-1 et A-2-2.

^{lxiv} *Idem*, pp. C-2-1, C-3-1, C-4-1, C-5-1, C-6-1.

Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour tous les membres de la Première réserve

-
- ^{lxv} *Idem*.p. B-3-3. Aux fins de cette étude, c'est le centre des services de santé le plus proche du lieu d'un réserviste qui a été pris en compte dans le calcul de la distance par rapport aux soins de santé, et non l'unité de prestation de soins de santé qui dessert les réservistes, bien que dans la plupart des cas, le lieu soit le même.
- ^{lxvi} Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, *Rapport du Médecin général 2014*, p. 11.
- ^{lxvii} *Idem*, p. 67.
- ^{lxviii} Ranganathan, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.
- ^{lxix} Capitaine de corvette L.H. Nickerson, « 1 Fd Amb Response to PHA Study Medical Clinic Questionnaire ».
- ^{lxx} Les chartes des postes recensent le personnel des centres des services de santé depuis septembre 2014.
- ^{lxxi} Brauner, « Medical Readiness of the Reserve Component », p. xviii.
- ^{lxxii} Major D. Still, rencontre avec Un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.
- ^{lxxiii} La plupart des ambulances de campagne de la Réserve n'ont pas de poste d'adjoint au médecin dans leur organigramme.
- ^{lxxiv} Chef du personnel militaire. « Chief Military Personnel Funding Requirements FY 15/16 », p. 19.
- ^{lxxv} Chef du personnel militaire, « Business Plan FY15-16 FINAL Sent to L0 16 Dec 2014 », p. 5.
- Agrément Canada, *Normes du programme Qmentum : Services de soins de première ligne pour les enquêtes débutant après le 1^{er} janvier 2013*.
- ^{lxxviii} Ranganathan, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.
- ^{lxxix} Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, *Rapport de 2014 du Médecin général*, p. 25.
- ^{lxxx} *Idem*, p. 26.
- ^{lxxxi} Major C. Netterfield, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC, 04 février 2014.
- ^{lxxxii} Major D. Still, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.
- ^{lxxxiii} Adjudant-chef M. Chapman, « RE :CFHIS Access, remotes».
- ^{lxxxiv} Major D. Still, rencontre avec Un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.
- ^{lxxxv} Adjudant-chef M. Chapman, « RE :CFHIS Access, remotes».
- ^{lxxxvi} Ministère de la Défense nationale, *Prendre soin des nôtres : Une démarche globale pour les soins du personnel blessé et malade des FAC et leurs familles*.
- ^{lxxxvii} Chef d'état-major de la Défense, « Directive du CEMD destinée aux commandants », p. 56.
- ^{lxxxviii} Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, *Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces canadiennes 2008/2009 Version des forces régulières*, p. 92.
- ^{lxxxix} Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, « 24 –CF HS Svc C -MHC - 1.1.1.7.3. - % Overdue TCATS (24 CF H Svcs C Trenton) ».
- ^{xc} Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, « Trenton-MHC- 3rd next Available Appt-CDUs » .
- ^{xci} Ministère de la Défense nationale, *Ordonnances et règlements royaux*. Chapitre 19.18 Dissimulation de maladie
- ^{xcii} Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, *Instruction 4000-01 du Gp Svc S FAC, Évaluations de santé périodiques*.
- ^{xciii} Ermuth, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.
- ^{xciv} Agence de la santé publique du Canada. « Calendriers d'immunisation ». La norme # CDCP/2007/02 du DPSF établit la norme pour l'immunisation dans les FAC.
- ^{xcv} Vice-chef d'état-major de la Défense, « Vaccin contre la grippe pour le personnel militaire ».
- ^{xcvi} Une éprouvette contenant 10 doses du vaccin contre l'influenza coûte 55,30 \$ et il y a 10 875 réservistes qui résident dans les provinces où le vaccin n'est pas financé par les fonds publics pour les adultes en santé.
- ^{xcvii} Agence de la santé publique du Canada. « Calendriers d'immunisation ».
- ^{xcviii} Directeur - Protection de la santé de la Force, « Norme DPSF # CDCP/2007/02 Normes d'immunisation dans les Forces canadiennes ».
- ^{xcix} Une dose du vaccin contre l'hépatite A coûte 14,57 \$, et deux doses sont nécessaires pour une immunisation à long terme. Ces chiffres ont été calculés à partir des effectifs rémunérés et effectifs totaux des membres de la Première réserve.
- ^c Association canadienne de protection médicale. « Suivi des patients orphelins ».
- ^{ci} Lieutenant-colonel A.M.C Bouchard, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.
- ^{cii} Ermuth, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.
- ^{ciii} Weitz, *The Reserve Policies of Nations: A Comparative Analysis*, p. xi.
-

**Faisabilité de mener des examens médicaux périodiques pour
tous les membres de la Première réserve**

- ^{civ} ABCA signifie Amérique, Grande-Bretagne, Canada et Australie; la Nouvelle-Zélande est membre de l'ABCA depuis 2006.
- ^{cv} Lorenzen, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.
- ^{cvi} Maher, rencontre avec un membre du personnel du bureau de l'Ombudsman du MND et des FAC.
- ^{cvi} Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, Termes de référence de l'avant-projet pour le renouvellement des évaluations de santé périodiques.
- ^{cvi} Gouvernement du Canada, *Loi sur la défense nationale*, SRC 1985, c n-5.
- ^{cix} Ministère de la Défense nationale, *Ordonnances et règlements royaux*. Chapitre 9, Service de réserve
- ^{cx} Chef - Développement des Forces, *Étude sur la capacité d'emploi de la Première réserve : Rapport final*, p. 21.
- ^{cx} SMA (RH-Mil) (maintenant Chef du personnel militaire), *Instruction 20/4 du CPM : Politique administrative pour le service de classe « A », de classe « B » et de classe « C »*.
- ^{cxii} Ministère de la Défense nationale, « Gamme des soins : les soins de santé et les services médicaux et dentaires ».
- ^{cxiii} Ministère de la Défense nationale, *Ordonnances et règlements royaux*. Chapitre 34, Services médicaux.
- ^{cxiv} Ministère de la Défense nationale, « Gamme des soins : les soins de santé et les services médicaux et dentaires ».
- ^{cxv} SMA (RH-Mil) (maintenant Chef du personnel militaire), *SMA (RH-Mil) Instruction 11/04 Normes médicales applicables aux Forces armées canadiennes*.
- ^{cxvi} Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, *A-MD-154-000/FP-000 Normes médicales applicables aux Forces armées canadiennes*.
- ^{cxvii} Idem, *Instruction 4000-01 du Groupe des Services de santé des FAC, Évaluations de santé périodiques*.
- ^{cxviii} Idem.
- ^{cxix} Idem.
- ^{cx} Ministère de la Défense nationale, *Directive et ordonnance administrative de la Défense 5023-0, Universalité du service*.
- ^{cx} Ministère de la Défense nationale, *Directive et ordonnance administrative de la Défense 5023-1, Critères minimaux d'efficacité opérationnelle liés à l'universalité du service*.
- ^{cxii} SMA (RH-Mil) (maintenant Chef du personnel militaire), *Instruction 20/4 du CPM : Politique administrative pour le service de classe « A », de classe « B » et de classe « C »*.
- ^{cxiii} Idem, *CANFORGEN 118/05, SMA(RH-MIL) SÉLECTION ET RÉINTÉGRATION – FORCES CANADIENNES*.
- ^{cxiv} Commandement de la Force expéditionnaire du Canada, *Directives du COMFEC pour les opérations internationales 1000 Series. Section 3 - Administration du personnel*
- ^{cxv} Chef d'état-major de la Défense, « Directive du CEMD destinée aux commandants ».
- ^{cxvi} Ministère de la Défense nationale, *Rapport sur les plans et les priorités 2015-2016 – Ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes*, p.89.
- ^{cxvii} Idem, pp. 8-10 et 21.
- ^{cxviii} Directeur – Développement (Force terrestre), « CEMAT Plan directeur d'application – Capacité opérationnelle initiale - Groupes-compagnie d'intervention dans l'Arctique », p. 2.
- ^{cxix} Marine royale canadienne, « Navires de défense côtière ».
- ^{cx} Chef d'état-major de la Défense, « Directive du CEMD concernant la posture et la disponibilité opérationnelle de la force des FAC de 2013 », p. 18.
- ^{cx} Ministère de la Défense nationale, *Stratégie de défense Le Canada d'abord*, p. 3.
- ^{cxii} Idem, p. 16.