



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## **Comité permanent des anciens combattants**

---

ACVA



NUMÉRO 039



2<sup>e</sup> SESSION



41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 10 mars 2015**

**Président**

M. Royal Galipeau



## Comité permanent des anciens combattants

Le mardi 10 mars 2015

•(0845)

[Français]

**Le président (M. Royal Galipeau (Ottawa—Orléans, PCC)):** Chers amis, bonjour.

Je déclare ouverte la 39<sup>e</sup> réunion du Comité permanent des anciens combattants.

[Traduction]

Ce matin, nous accueillons deux distingués invités: le colonel Hugh MacKay, médecin-chef adjoint des Forces canadiennes;

[Français]

et le colonel Marc Bilodeau, directeur, Politique de santé du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes.

[Traduction]

Ce matin, le colonel MacKay fera une déclaration de moins de 10 minutes. Ensuite, nous passerons aux séries de questions.

J'ai bien aimé l'approche avec moins de contraintes que j'ai adoptée la semaine dernière, et je propose de faire de même cette semaine, sauf que nous n'irons pas aussi loin. Durant les périodes de questions, je vous serais reconnaissant de surveiller le président et ses indications, parce que je n'aime pas me servir du marteau. J'aime l'esprit de collégialité qui règne au comité et je ferai ce que je peux pour que cela ne change pas. Par contre, si vous ne regardez pas la présidence, vous entendrez peut-être des sons déplaisants.

Merci beaucoup.

Colonel MacKay, vous avez la parole.

[Français]

**Colonel Hugh MacKay (médecin-chef adjoint, Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale):** Merci beaucoup, monsieur le président et chers membres du Comité permanent des anciens combattants de la Chambre des communes.

Je suis très heureux d'avoir l'occasion de vous parler des soins médicaux offerts aux membres des Forces armées canadiennes, des traitements et des services fournis à nos militaires dans les Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels et du soutien qu'ils reçoivent grâce au programme de gestion des cas quand ils opèrent leur transition à la vie civile à la suite d'un problème de santé qui les rend inaptes au service militaire.

Je suis accompagné aujourd'hui du colonel Marc Bilodeau, directeur, Politique de santé.

[Traduction]

Le principal objectif du Groupe des services de santé des Forces canadiennes consiste à fournir des soins aux membres des Forces armées canadiennes au Canada et à l'étranger. Comme les membres de la Force régulière sont exclus du régime de la Loi canadienne sur la santé, il incombe au Groupe des services de santé des Forces

canadiennes de leur fournir des soins comme le font toutes les provinces et tous les territoires à l'égard de leurs citoyens.

En garnison, les soins ambulatoires sont fournis par un réseau de plus de 40 cliniques militaires disséminées dans tout le pays et à l'étranger. Notre approche interdisciplinaire, qui fait appel à divers professionnels de la santé militaires et civils — des médecins, des infirmiers, des infirmiers praticiens, des adjoints au médecin et des technologistes médicaux — et à toute une gamme d'autres fournisseurs de soins de santé, selon l'endroit, permet de procurer des soins de santé de haute qualité; elle est considérée comme un modèle à suivre dans le secteur civil et elle s'apparente au Centre de médecine de famille proposé par le Collège des médecins de famille du Canada. Si un service n'est pas offert dans une clinique militaire, nous aiguillons le patient vers le fournisseur civil de soins de santé le plus compétent en vue de lui garantir les soins dont il a besoin.

•(0850)

[Français]

Tant qu'un militaire fait partie des Forces armées canadiennes, il reçoit les soins dont il a besoin conformément au document intitulé *Gamme de soins de santé des Forces armées canadiennes*. Ce document accorde aux membres des Forces armées canadiennes un accès à des soins semblables à ceux auxquels les Canadiens ont droit. Cependant, quand un militaire a besoin d'un type de traitement très particulier qui ne fait pas partie de la gamme des soins de santé, il existe un processus pour autoriser des exceptions.

Les décisions relatives aux soins inclus ou exclus reposent sur les preuves médicales et elles sont révisées en fonction des progrès de la technologie, de la pharmacologie et du savoir dans le monde médical.

[Traduction]

Afin de traiter les blessures physiques parfois complexes subies par les membres des Forces armées canadiennes, les Services de santé des Forces canadiennes ont décidé d'intégrer d'autres physiothérapeutes à nos centres d'excellence civils affiliés pour la réadaptation grâce à la création du programme de réadaptation des Forces canadiennes en vue de renforcer les services normalement offerts par ces centres. Par ailleurs, l'acquisition de deux systèmes informatisés d'environnement de réadaptation, ou CAREN, situés à Edmonton et à Ottawa, a ajouté à la gamme des thérapies normalisées offertes aux membres des Forces armées canadiennes. Ces mesures visent à nous assurer que les militaires blessés ou malades souhaitent continuer à faire partie des Forces armées canadiennes bénéficient de conditions optimales et ont la possibilité d'atteindre cet objectif chaque fois que c'est possible.

La prestation de soins de santé mentale est une priorité. Les Services de santé des Forces canadiennes disposent à cet égard d'un système complet qui fournit des soins cliniques fondés sur des données probantes dans la majorité des cliniques militaires partout au Canada et en Europe. Nous continuons d'intensifier nos efforts pour lutter contre les stigmates de la maladie mentale et la prévenir grâce à notre programme En route vers la préparation mentale. Les soins de santé mentale débutent souvent dans nos cliniques de soins primaires, et les patients sont confiés, quand il le faut, à nos équipes multidisciplinaires de santé mentale comprenant des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmiers spécialisés en santé mentale, des conseillers en toxicomanie et des conseillers spirituels. Ces équipes se spécialisent dans le diagnostic et le traitement de toutes les maladies mentales, ce qui comprend les traumatismes liés au stress opérationnel, ou TSO, mais aussi la dépression, l'anxiété et les problèmes de dépendance.

Nous avons aussi sept Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels, ou CSTSO, qui sont des centres d'excellence se spécialisant dans la prestation de soins aux victimes de traumatismes liés au stress opérationnel tels que l'état de stress post-traumatique. Nos CSTSO sont situés dans les grandes bases militaires, mais ce sont aussi des centres d'aiguillage régionaux pour les militaires d'autres bases. En outre, les sept CSTSO font partie du Réseau conjoint pour traumatismes liés au stress opérationnel, qui comprend aussi les cliniques pour TSO d'Anciens Combattants Canada. En vertu d'un PE tripartite, ce réseau autorise le soin des militaires, des anciens combattants ainsi que des membres et des anciens membres de la GRC dans des installations militaires ou celles d'ACC, quand nous jugeons que cela convient pour un patient donné.

Afin de renforcer notre programme de santé mentale, nous sommes en train de faire l'essai du Système de surveillance des résultats signalés par les clients; cela permettra d'évaluer rapidement les résultats des traitements et contribuera à optimiser les soins individualisés. Nous sommes aussi en train d'apporter des améliorations au Système d'information sur la santé des Forces canadiennes pour y rendre possible l'entrée directe de notes sur la santé mentale. Cela favorisera de meilleures communications en temps opportun entre les cliniques de soins primaires et les professionnels de la santé mentale, ce qui renforcera encore plus les soins qu'ils offrent en collaboration.

Le programme de santé mentale comporte un solide élément de recherche. À l'heure actuelle, la recherche porte principalement sur l'analyse des résultats de l'Enquête sur la santé mentale dans les Forces canadiennes de 2013. En outre, au Centre d'excellence national en matière de santé mentale chez les militaires et les vétérans, dont la création a été annoncée récemment, des recherches sont menées sur les aspects particuliers de la santé mentale des militaires et des anciens combattants.

Les membres des Forces armées canadiennes ayant des besoins médicaux plus complexes profitent aussi du programme de gestion des cas, qui a été établi il y a plus de 10 ans et qui offre des services dans toutes les cliniques des Forces armées canadiennes au Canada. Les gestionnaires de cas sont des infirmiers spécialisés qui font partie intégrante de l'équipe de prestation des soins aux patients et qui facilitent cette prestation tout au long d'une période complexe de soins médicaux. Le but de ce programme est d'aider les membres des Forces armées canadiennes à comprendre les systèmes médical et administratif. L'objectif premier consiste, quand c'est possible, à retourner le militaire au service actif après une maladie ou une blessure complexe; cependant, dans le cas de ceux qui souffrent d'un état médical chronique ayant entraîné des contraintes permanentes à

l'emploi et qui ne satisfont plus aux conditions de l'universalité du service, nous collaborons de près avec ACC pour les aider à passer à la vie civile de la façon la plus sûre possible.

À l'heure actuelle, 66 gestionnaires de cas travaillent avec les membres des Forces armées canadiennes; leur charge de travail est énorme, et ils doivent donc hiérarchiser les cas en fonction de leur complexité et des soins nécessaires. Le personnel du programme de gestion des cas collabore de très près avec celui d'Anciens Combattants Canada; nous réalisons actuellement des analyses et des travaux pour optimiser la transition des militaires libérés passant du programme du MDN à celui d'ACC.

Le Comité directeur d'ACC et des FAC a créé un groupe de travail dont le mandat consiste à élargir la portée de la définition de « gestion des cas » en vue de permettre l'analyse des éléments liés au continuum des soins pour les militaires et leur famille. La période de transition au moment de la libération est une étape cruciale en vue de garantir la continuité à long terme des soins destinés aux militaires en cours de libération. Tous les membres des FC en transition sont soumis à une évaluation normalisée dont l'objet est de cerner le degré de complexité de leur passage à la vie civile. Chaque fois qu'il est établi qu'un militaire a des besoins complexes pour opérer sa transition, l'équipe multidisciplinaire se consulte en vue d'éliminer à l'avance les obstacles repérés risquant de nuire à une transition convenable des points de vue de la santé et des études et sur les plans financier, professionnel et psychosocial. Dans certaines circonstances, l'équipe demande que la période de transition soit prolongée pour garantir une transition sans danger. Chaque cas est géré individuellement en fonction des besoins propres à la personne.

● (0855)

[Français]

L'équipe multidisciplinaire facilite la transition des soins, notamment l'aiguillage du militaire libéré vers des spécialistes et un médecin de famille dans la collectivité où il a décidé de vivre. Le gestionnaire de cas aide aussi le militaire à obtenir sa carte-santé provinciale avant sa libération et à demander toutes les autres prestations auxquelles il a droit, par exemple celles du RARM, d'ACC et du RPC, ainsi que celles versées par les programmes de réadaptation professionnelle, entre autres.

Quand le militaire parvient à la date de sa libération, bien qu'il n'ait dès lors plus droit aux soins dispensés par les Forces armées canadiennes, l'équipe aura tout mis en place pour garantir la continuité des soins par l'intermédiaire du régime provincial des soins de santé ou d'ACC, ou des deux.

[Traduction]

En conclusion, les Forces armées canadiennes sont déterminées à optimiser les soins de santé offerts à nos membres en uniforme durant leurs années de service et à maximiser leurs chances de retourner au service actif après une maladie ou une blessure. Dans le cas des membres des Forces armées canadiennes qui ne peuvent malheureusement pas poursuivre leur carrière militaire, nous nous engageons à leur donner accès à des soins de santé de haute qualité et à les aider le mieux possible pour leur garantir la continuité des soins par l'intermédiaire d'ACC ou du système de santé civil lors de leur transition à la vie civile.

Merci, monsieur le président, de votre attention.

**Le président:** Merci beaucoup, colonel MacKay. Je vous remercie beaucoup de ces renseignements. Je tiens également à vous remercier, parce que votre déclaration a pris moins de 11 minutes.

Le Règlement prévoit des séries de questions de 6 minutes. Je ne vais pas accorder 11 minutes comme la semaine dernière, mais ce seront des séries de questions de 7 minutes. Je vous prie d'être attentifs à mes indications.

Monsieur Stoffer, vous avez la parole.

• (0900)

**M. Peter Stoffer (Sackville—Eastern Shore, NPD):** Merci, monsieur le président.

Tout d'abord, messieurs, merci beaucoup de votre présence aujourd'hui. Merci à tous les deux de votre service. Je suis certain de parler au nom de l'ensemble du comité en vous offrant nos condoléances pour la perte de l'un de vos frères d'armes en Irak, soit M. Doiron. Je sais que cela touche durement tout le monde. Je tiens donc à vous offrir à tous mes sincères condoléances.

Monsieur, dans votre avant-dernier paragraphe, vous dites que tout est en place pour garantir la continuité des soins par l'intermédiaire du régime provincial des soins de santé ou d'ACC. Comme vous n'êtes pas sans le savoir, monsieur, environ cinq millions de Canadiens n'ont actuellement pas de médecin régulier. Dans notre bureau, nous voyons beaucoup de personnes qui ont peur de quitter les excellents services de soins de santé qu'ils reçoivent du MDN et d'aller dans le soi-disant secteur public ou privé. Dans bon nombre de collectivités, les gens n'ont pas accès dans le système provincial de soins de santé aux soins qu'ils recevaient avant. L'une des choses proposées depuis très longtemps, c'est de permettre aux militaires libérés de continuer de profiter des services médicaux des FAC jusqu'à ce qu'ils se trouvent un docteur, parce qu'il arrive bien des fois, comme vous le savez, monsieur, qu'après leur libération ils n'aient pas de docteur ou que certains types de services ne soient pas disponibles dans les secteurs public ou privé en dehors du MDN. Avez-vous envisagé à votre niveau de permettre aux membres des FAC d'avoir un accès continu aux services médicaux des FAC durant au moins un ou deux ans après leur libération pendant leur transition vers des services publics ou privés?

**Col Hugh MacKay:** Monsieur le président, merci de cette question. Pour l'heure, en ce qui concerne la gestion de nos patients et la complexité des soins, nous essayons d'aider nos membres à surmonter les problèmes avec lesquels ils sont aux prises lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins dans le secteur civil en prolongeant la période de transition. Nous essayons de garder les patients au sein des Forces armées canadiennes suffisamment longtemps pour déterminer les soins disponibles dans le secteur civil. Nous n'avons pas envisagé d'offrir des soins aux anciens combattants qui ne font plus partie des Forces armées canadiennes, mais nous avons mis en place un mécanisme pour prolonger la période de transition, ce qui nous donne davantage l'occasion de trouver des fournisseurs de soins de santé civils.

Par ailleurs, je peux vous dire que j'ai confirmé auprès de nos gestionnaires de cas que leur plus gros défi est en fait de trouver des fournisseurs de soins primaires, et nos gestionnaires travaillent d'arrache-pied pour y arriver. Ils collaborent avec leurs homologues d'ACC pour trouver ces fournisseurs de soins dans le secteur civil.

**M. Peter Stoffer:** Lorsque des représentants du ministère des Anciens Combattants ont témoigné l'autre jour devant notre comité, le sous-ministre adjoint a mentionné que c'était son ministère qui déterminait les dossiers qui étaient pris en charge par des gestionnaires de cas. Au sein des FC, qui prend une telle décision? Je vous pose cette question, parce qu'un militaire, dont le dossier est pris en charge par un gestionnaire de cas, a normalement davantage accès aux services, aux avantages, aux traitements, etc. que si ce

n'était pas le cas. Je fais allusion aux visites à domicile et aux autres choses du genre.

Au sein des FC, qui détermine les membres des FC dont les dossiers seront pris en charge par des gestionnaires de cas?

**Col Hugh MacKay:** La décision en ce qui concerne la gestion des cas est prise au sein des Services de santé des forces canadiennes. Ce sont principalement les cliniciens qui s'occupent des membres qui examinent la complexité des besoins des patients et qui déterminent s'il est nécessaire qu'un gestionnaire de cas s'occupe de leur dossier. Tout dépend si des catégories médicales — temporaire ou permanent — ont été attribuées. C'est souvent lié à cet aspect. Nous avons un processus d'évaluation concernant l'aiguillage vers des gestionnaires de cas en vue de déterminer si les dossiers devraient être pris en charge par notre programme de gestion des cas.

**M. Peter Stoffer:** Monsieur le président, je vais céder le reste de mon temps à mon collègue, mais je tiens à remercier énormément les membres des FC concernant l'équipe qui s'est rendue en Afrique pour donner un coup de main avec la crise d'Ebola. C'était tout simplement incroyable. Nos hommes et nos femmes qui ont risqué leur vie sur une base quotidienne pour aider les autorités à éradiquer ou du moins à freiner l'épidémie d'Ebola méritent toute notre gratitude. Si vous pouviez transmettre nos félicitations aux membres de l'équipe pour leur excellent travail, je vous en serais très reconnaissant.

• (0905)

**Col Hugh MacKay:** Merci beaucoup. Je vais les leur transmettre.

**Le président:** Monsieur Stoffer, M. Chicoine est...

**M. Peter Stoffer:** Je vais lui donner une minute additionnelle.

**Le président:** Allez-y.

[Français]

**M. Sylvain Chicoine (Châteauguay—Saint-Constant, NPD):** Merci, monsieur le président.

Je remercie également les témoins de comparaître devant le comité ce matin.

J'aimerais que vous expliquiez un peu le processus qui entraîne la décision de libérer médicalement le militaire qui subit une blessure à long terme liée au service. Pouvez-vous expliquer également si celui-ci a la possibilité de contester cette décision?

[Traduction]

**Col Hugh MacKay:** Nous avons dans l'armée un processus principalement administré par la Direction de la politique de santé. Nous attribuons des contraintes d'emploi en fonction de la nature de la maladie ou de la blessure du membre. Nous, au sein des services de santé, ne décidons pas si une personne satisfait aux conditions de l'universalité du service. Cette décision est prise par le chef du personnel militaire de la Direction de l'administration des carrières militaires, la DACM.

Les responsables examinent les contraintes d'emploi qui ont été attribuées en fonction de la nature de la maladie ou de la blessure et prennent une décision en ce qui a trait à l'universalité du service. Il y a bien entendu un processus qui permet à un membre de remettre en question ces contraintes d'emplois. La première étape est de faire valoir cela auprès de son fournisseur de soins de santé qui peut examiner le dossier et consulter des spécialistes, le cas échéant, pour déterminer la nature des contraintes d'emploi et leur caractère raisonnable. Si le membre n'est pas satisfait de la décision rendue par son fournisseur de soins primaires, il peut aussi demander une réévaluation de son dossier par les plus hautes instances du Groupe des services de santé. Nous examinerons en profondeur le dossier en vue de déterminer si les contraintes d'emploi correspondent à la maladie ou à la blessure du membre.

Ensuite, le dossier est probablement renvoyé à la DACM, qui prendra une décision en ce qui a trait à l'universalité du service. Si un membre n'est pas satisfait de la décision rendue par la DACM, il a également la possibilité de présenter un grief à ce sujet, et cela pourrait se rendre jusqu'au chef d'état-major de la défense pour que soit prise une décision définitive.

**Le président:** Monsieur Hawn.

**L'hon. Laurie Hawn (Edmonton-Centre, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vous remercie à tous les deux d'être ici et d'avoir servi notre pays, comme M. Stoffer l'a dit.

Pour poursuivre sur le sujet, nous constatons que le processus est très long avant que l'on détermine qu'une personne ne satisfait pas aux conditions de l'universalité du service, et il existe de nombreux mécanismes de redressement si la personne s'oppose à la décision.

Merci beaucoup.

Pouvez-vous me dire combien de temps en moyenne il faut avant qu'un membre soit libéré pour des raisons médicales? Combien de temps s'écoule-t-il en moyenne entre la décision de libérer un membre pour des raisons médicales et sa libération?

**Col Hugh MacKay:** Je pense que dans les cas complexes, le délai moyen est d'environ trois ans. Dans les cas qui ne sont pas complexes, la période de transition n'est pas nécessairement de trois ans. C'est plutôt deux ans.

**L'hon. Laurie Hawn:** Pour ceux qui sont plus gravement blessés, la période de transition est très longue, car certains des facteurs que vous avez décrits sont en jeu pour que la transition vers la vie civile se fasse le plus en douceur possible. Ai-je raison?

**Col Hugh MacKay:** C'est exact, monsieur.

**L'hon. Laurie Hawn:** D'accord.

C'est peut-être malheureusement un exemple qui arrive à point, mais il y a les trois soldats qui ont été blessés en Irak. L'un d'eux est à Landstuhl, alors j'imagine qu'il est le plus gravement blessé. Pouvez-vous passer en revue le processus entre le moment où le soldat se blesse sur le terrain, en déploiement — car c'est durant les déploiements où de nombreuses situations malencontreuses peuvent survenir, bien entendu — et le retour au Canada de ces soldats, à commencer avec celui qui est à Landstuhl? Je ne connais évidemment pas l'état des deux autres.

**Col Hugh MacKay:** Nous pouvons peut-être nous concentrer sur celui qui est à Landstuhl, puisque c'est le cas le plus complexe. Les deux autres seront peut-être en mesure de retourner à leur mission, selon la nature de leurs blessures.

À partir du moment où ils sont blessés, ils recevront des premiers soins sur les lieux. Ensuite, un technicien médical fournira des soins de traumatologie plus poussés sur place. On ira les chercher dans le cadre d'une évacuation médicale et ils recevront des soins plus poussés, généralement à une installation de rôle 2 ou de rôle 3 située dans la zone d'opérations. Une fois qu'ils auront reçu des soins de stabilisation à l'installation de rôle 2 ou de rôle 3, on décidera s'ils sont en mesure de retourner au Canada dans le cadre d'une évacuation aérienne.

À l'heure actuelle, nous avons accès à l'installation de Landstuhl, en Allemagne, qui nous aide à évacuer les blessés de façon plus sécuritaire. Nous les amenons à Landstuhl, où ils peuvent recevoir plus de soins de stabilisation, des soins plus indiqués pour traiter leurs blessures. Pendant qu'ils sont à Landstuhl, nous prenons des dispositions pour les transférer dans des installations de rôle 4, où ils pourront recevoir des soins en prévision de leur retour au Canada, afin de pouvoir gérer les besoins des patients qui sont à Landstuhl. Je sais que nous sommes en train d'organiser le transfert d'une unité de soins intensifs à une autre entre Landstuhl et le Canada pour ce blessé en particulier.

● (0910)

**L'hon. Laurie Hawn:** Landstuhl a joué un rôle important durant la mission en Afghanistan. Avons-nous encore du personnel médical des FC à Landstuhl sur une base régulière?

**Col Hugh MacKay:** En raison de la nature de nos opérations à l'heure actuelle, monsieur, nous n'avons pas de détachement à Landstuhl, mais notre personnel médical à Geilenkirchen doit se rendre à Landstuhl lorsque nous avons des blessés là-bas, afin d'aider à gérer et à coordonner les soins et le transfert au Canada.

**L'hon. Laurie Hawn:** Pour changer de sujet, vous avez parlé d'un système, le SSRSC. Pourriez-vous parler un peu plus de ce système et nous dire s'il est en mesure d'accélérer l'évaluation, entre autres? Comment fonctionne-t-il et dans quelle mesure accélère-t-il l'évaluation?

**Col Hugh MacKay:** Le SSRSC est un système de mesure des résultats en matière de santé mentale. C'est en fait un système qu'Aniciens Combattants Canada utilise dans ses cliniques TSO. Nous estimons que c'est un outil qui nous est utile pour assurer le suivi des soins des patients atteints de maladie mentale.

Ce que le système fait, c'est que chaque fois que les patients se présentent à leur rendez-vous, ils remplissent un questionnaire. Nous pouvons schématiser les résultats dans un graphique et suivre les progrès car le questionnaire mesure les symptômes, et nous savons qu'il y a une marche à suivre établie que les patients doivent respecter pour améliorer leur état.

Si nous constatons que leur état ne s'améliore pas au rythme auquel nous voulons qu'il s'améliore, nous devons alors réévaluer leurs soins. Grâce à ces données, nous pouvons adapter les soins, et ce plus rapidement, si nous n'atteignons pas les résultats escomptés.

**L'hon. Laurie Hawn:** Le patient, le membre, a accès à ces soins. On le questionne assez régulièrement pour savoir si son état s'améliore ou empire et si le traitement est efficace. Le patient participe-t-il à cela?

**Col Hugh MacKay:** Lorsque les patients se présentent à leur rendez-vous, monsieur, on leur remet un iPad et ils répondent au questionnaire. Ensuite, leur clinicien passe en revue les résultats avec eux et leur position sur la marche à suivre.

**L'hon. Laurie Hawn:** Pour parler un instant du système CAREN, j'ai beaucoup travaillé avec ce système à Edmonton, comme vous le savez sans doute, et je l'ai vu en service très souvent. C'est un excellent système.

Hier soir, j'ai discuté avec les témoins présents à une autre réunion. Ils ont dit qu'ils l'utilisent principalement pour réaliser des recherches à Ottawa à l'heure actuelle. À Edmonton, je pense qu'on s'en sert pour mener des travaux cliniques également. Comment ce système évolue-t-il? Est-il utilisé non seulement pour des recherches, mais aussi pour des travaux cliniques sur des problèmes difficiles tels que le TSPT? Comment évolue-t-il?

**Col Hugh MacKay:** Nous en sommes encore à l'étape de la recherche pour ce qui est d'utiliser le système CAREN pour le TSPT. Nous avons un autre système de réalité virtuelle que nous utilisons pour le TSPT qui est plus mobile et utilisé dans les bureaux. Nous travaillons avec nos alliés. Les forces armées israéliennes ont plus d'expérience avec le système CAREN et son utilisation dans le traitement des troubles de santé mentale. Nous travaillons avec elles et envisageons d'élaborer une étude pour mieux utiliser le système CAREN avec les patients atteints du trouble de stress post-traumatique.

**L'hon. Laurie Hawn:** La première fois que j'ai vu le système en opération, Edmonton, Israël et les Pays-Bas étaient branchés au système, et la technologie était très impressionnante.

**Col Hugh MacKay:** C'est tout à fait incroyable, n'est-ce pas?

**L'hon. Laurie Hawn:** Pour ce qui est de la capacité des membres de continuer d'être vus par le personnel du système médical des Forces canadiennes après avoir été libérés, et c'est l'argument que MM. Stoffer et Chicoine ont soulevé, le nombre de médecins est limité au sein des FC. Les capacités médicales sont-elles aussi restreintes dans les FC que dans le monde civil, pour ce qui est du nombre de médecins et du nombre de patients?

• (0915)

**Col Hugh MacKay:** Je dirais qu'il n'y a aucun membre des Forces canadiennes qui n'a pas de médecin de famille. Nous pouvons trouver un médecin de famille à tout le monde. Pour pouvoir offrir des soins additionnels, nos effectifs actuels nous permettent seulement de gérer le nombre actuel de militaires et les réservistes à qui nous offrons des soins.

**L'hon. Laurie Hawn:** Même si vous vouliez embaucher plus de personnel médical, pensez-vous que les médecins vont quitter la population civile pour la vie militaire afin d'offrir les soins aux membres après leur service militaire dont on a parlé?

**Col Hugh MacKay:** Nous savons que nous avons des difficultés à recruter des médecins en uniforme et des médecins civils pour travailler dans nos cliniques. Je présume que nous aurions de la difficulté à combler des postes de médecin additionnels.

**L'hon. Laurie Hawn:** Est-ce encore plus difficile dans le domaine de la santé mentale?

**Le président:** Le temps est écoulé. Attendez.

**L'hon. Laurie Hawn:** Peut-il répondre à cette question?

**Le président:** Oui.

**L'hon. Laurie Hawn:** Est-ce encore plus difficile dans le domaine de la santé mentale?

**Col Hugh MacKay:** C'est encore plus difficile dans le domaine de la santé mentale. Nous sommes aux prises avec une pénurie de fournisseurs de services de santé mentale.

**Le président:** Allez-y, monsieur Valeriote.

**M. Frank Valeriote (Guelph, Lib.):** Merci de comparaître devant nous aujourd'hui, colonel MacKay. Il était étrange que vous... [Note de la rédaction: difficultés techniques]... exposé. J'ai fait des recherches sur mon iPad sur les efforts déployés par les forces israéliennes pour étudier le TSPT. Je suis donc heureux que vous en ayez parlé. Je suis très curieux d'en savoir plus à ce sujet. Pouvez-vous nous expliquer un peu dans quelle mesure nos Forces canadiennes examinent les pratiques exemplaires dans d'autres pays? Je sais qu'Israël étudie actuellement l'utilisation de certains médicaments avant que les membres des forces actives aient reçu le diagnostic de TSPT afin que, lorsqu'ils sont au combat, des efforts soient menés pour les former à réagir mieux et de façon plus stable aux situations qui pourraient donner lieu au TSPT. Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

**Col Hugh MacKay:** Comme vous pouvez vous l'imaginer, il est difficile de suivre ce qui se passe dans le milieu des soins de santé mentale. De nombreuses personnes consacrent beaucoup de temps et d'énergie à faire des recherches sur les soins de santé mentale, et nous apprenons énormément de choses. Nous reconnaissons ces avancées. Nous travaillons très fort pour suivre ce qui se passe et pour essayer de participer au groupe de travail de la Commission sur les facteurs humains et la médecine de l'OTAN, où tous les pays membres de l'OTAN et d'autres pays invités peuvent discuter de ce qui se fait dans le domaine de la recherche en matière de santé mentale ainsi que dans d'autres aspects des soins médicaux et de protection. Nous participons également à un groupe quadripartite, le TTCP. Je suis désolé, je ne me rappelle plus ce que les lettres signifient, mais cette initiative regroupe l'Australie, le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni. Nous partageons nos avancées dans le domaine de la santé mentale. Nous venons de mettre sur pied le centre d'excellence en santé mentale, dont le Dr Rakesh Jetley est le président de la recherche en santé mentale. Son rôle et celui des autres membres du centre consistent à suivre les avancées dans le traitement des problèmes de santé mentale et à faire en sorte que les connaissances soient communiquées à l'ensemble de notre organisation et au ministère des Anciens Combattants pour que nous puissions appliquer le mieux possible ces nouvelles pratiques.

**M. Frank Valeriote:** Savez-vous si des avancées se profilent à l'horizon au niveau du traitement? Sommes-nous encore aux prises avec le même vieux traitement, ou de nouveaux traitements seront-ils disponibles sous peu?

**Col Hugh MacKay:** Je pense que là où les plus grandes avancées sont réalisées et où il y a le plus de potentiel à l'heure actuelle, c'est dans les soins de santé personnalisés. Dans le passé, ce que l'on faisait, c'est qu'on essayait un médicament pour voir s'il fonctionnait pour le patient, et s'il ne fonctionnait pas, alors on en essayait un autre. Par l'entremise de la rétroaction neurologique et de la génétique, nous commençons à constater que certains médicaments peuvent être plus efficaces que d'autres, ce qui nous permettra de mieux cibler ce qui fonctionne. Nous nous tournons également vers la rétroaction neurologique pour orienter le traitement du patient. C'est ce genre de mesures qui, je pense, vont nous aider à mieux traiter nos patients atteints de problèmes de santé mentale.

**M. Frank Valeriotte:** Vous avez mentionné un acronyme, CAREN, qui est un système de réadaptation assisté par ordinateur utilisé à Edmonton et à Ottawa. Si on me déplaçait à Edmonton ou à Ottawa, loin de mon lieu de résidence, et que je souffrais du trouble de stress post-traumatique, j'aurais certaines angoisses et appréhensions face à ce déménagement. Dans quelle mesure tient-on compte des familles lorsque l'on demande à des membres des CAF de se rendre dans ces centres de réadaptation pour se faire traiter? Passent-ils beaucoup de temps dans ces centres? Est-ce des jours, des semaines, des mois, et leurs familles peuvent-elles les suivre et être logées pour ne pas seulement pouvoir leur téléphoner de temps à autre?

• (0920)

**Col Hugh MacKay:** Comme je l'ai expliqué, nous ne sommes pas vraiment encore rendus au point d'utiliser le système CAREN pour traiter les personnes qui souffrent de troubles mentaux. À l'heure actuelle, nous l'utilisons surtout pour ceux qui ont été blessés physiquement. Lorsque nous traitons les patients atteints de problèmes de santé mentale, nous accueillons les membres de la famille le plus souvent possible, dans les discussions avec le patient, pour qu'ils soient mieux en mesure de l'aider. Pour ce qui est des blessures physiques, lorsque nous transférons un patient à Ottawa ou à Edmonton pour utiliser le système CAREN, nous ne déplaçons pas forcément un membre de la famille dans ce cas-là.

**M. Frank Valeriotte:** Pendant qu'il porte toujours l'uniforme, un membre des FAC qui sera libéré pour des raisons médicales peut-il rencontrer des représentants d'ACC pour se préparer à la transition vers la vie civile? Autrement dit, nous avons perçu en quelque sorte une vallée de la mort entre les membres actifs et le ministère des Anciens Combattants — c'est ce que nous avons tous entendu dire —, et il ne fait aucun doute que des efforts sont déployés pour combler ce fossé. Pouvez-vous nous parler de cette transition du service actif à la retraite, où le membre devient un ancien combattant? Dans votre réponse, pouvez-vous parler des membres de la famille qui participent au processus de transition?

**Col Hugh MacKay:** À l'heure actuelle, nos gestionnaires de cas prennent en charge les cas très tôt. Avant la libération, nous discutons avec les gestionnaires de cas d'Anciens Combattants pour s'assurer que les liens commencent à s'établir. Dans nos unités interarmées de soutien au personnel et nos CISP affiliés, il y a des gestionnaires de cas d'Anciens Combattants. La majorité des patients qui sont en train de faire la transition vers la vie civile sont gérés par les UISP ou les CISP, où ils peuvent être en contact avec le personnel de gestion des cas d'Anciens Combattants.

Comme je l'ai dit dans ma déclaration liminaire, nous examinons, par l'entremise d'un groupe de travail à l'heure actuelle, comment éliminer ce fossé entre les gestionnaires de cas des Forces armées canadiennes et ceux d'Anciens Combattants, en essayant de les intégrer davantage dans la planification de la transition du membre et de la famille.

[Français]

**Le président:** Monsieur Lemieux, la parole est à vous.

[Traduction]

**M. Pierre Lemieux (Glengarry—Prescott—Russell, PCC):** Merci beaucoup.

Merci infiniment d'être venus.

Lorsque j'étais dans l'armée, il y avait un processus avec une catégorie médicale temporaire qui pouvait mener à une catégorie médicale permanente. Je me demande si vous pourriez expliquer ce

processus au comité. Je vous questionne à ce sujet car on pense parfois que si un soldat est blessé, alors il quitte les forces. Je ne pense pas que c'est tout à fait le cas.

Vous aviez déjà mentionné que le processus peut prendre deux ou trois ans, selon l'état de santé du membre. Je me demande si vous pourriez nous expliquer le processus de la catégorie temporaire, le processus de la catégorie permanente — dans le cas d'une blessure qui est signalée par un soldat ou remarquée par le système, disons, lorsqu'on sait que le soldat souffre d'une blessure —, et peut-être les délais. Lorsque vous parlez de la catégorie temporaire, qui est la première étape, pouvez-vous parler des délais qui y sont associés?

**Col Hugh MacKay:** Lorsque des membres subissent des blessures ou tombent malades, peu importe s'ils l'ont signalé eux-mêmes ou que quelqu'un dans le système l'a remarqué et lui a demandé de se soumettre à une évaluation, leurs fournisseurs de soins prendront généralement le temps d'évaluer leur état pour essayer de voir si la transition sera importante pour le membre. Le militaire qui a été blessé en Irak n'est malheureusement pas encore dans une catégorie médicale temporaire. Il ne le sera pas pendant encore un bon moment, car il nous faudra du temps pour pouvoir l'évaluer. Je pense qu'il faut probablement deux, trois ou parfois six mois avant que la première catégorie médicale temporaire puisse être assignée à une personne alors qu'elle reçoit des soins et subit une évaluation.

Il faut habituellement six mois dans le cas de la catégorie temporaire. Lorsqu'une personne est dans une catégorie temporaire pendant une période initiale de six mois, il est très rare qu'elle soit placée dans une catégorie permanente. Cette personne sera presque toujours placée dans une deuxième catégorie temporaire de six mois. Après cette deuxième période de six mois, cela fait alors bien plus d'un an depuis que la maladie ou la blessure a été signalée, alors nous commençons à avoir une bonne idée du pronostic. Après cette deuxième catégorie temporaire, si nous avons une bonne idée du pronostic, nous pouvons assigner la personne à une catégorie médicale permanente.

Il y a toutefois des problèmes médicaux, selon la complexité du cas, où il peut falloir jusqu'à deux ans avant qu'une catégorie médicale permanente soit assignée. Lorsqu'elle l'est, le processus administratif est enclenché, et il peut falloir entre six mois et un an avant qu'une décision soit prise concernant la conformité aux conditions de l'universalité du service. C'est seulement à ce moment-là qu'on décide si la personne sera libérée ou si elle pourra continuer à travailler dans les Forces canadiennes. Une fois que cette décision est prise, je crois qu'il y a une autre période de six mois pour terminer la transition. Si nous commençons à voir qu'un membre devra quitter les forces parce que nous lui avons assigné une catégorie médicale permanente, nous allons commencer à planifier la transition.

• (0925)

**M. Pierre Lemieux:** De façon générale, parce que je sais que tout dépend du cas, si je vous ai bien compris, vous savez qu'il faut environ six mois ou jusqu'à six mois pour déterminer si oui ou non vous pouvez entamer un processus de catégorie temporaire. Si le membre se voit attribuer une catégorie temporaire, cela peut durer six mois. Il y a habituellement une deuxième catégorie temporaire de six mois additionnels. Après quoi, il faudra encore du temps pour décider s'il passe à une catégorie permanente. Il y a ensuite le processus administratif pour décider s'il peut rester dans les forces ou non malgré sa catégorie permanente, ce qui peut prendre entre 6 et 12 mois. Il y a ensuite le processus administratif pour la libération. Lorsqu'il est décidé qu'un membre ne satisfait pas aux conditions de l'universalité du service, on entame le processus de libération, ce qui peut prendre jusqu'à six mois. C'est ainsi que vous arrivez à un délai d'environ deux ans. Vous avez dit trois ans, mais on dirait que le processus peut se prolonger jusqu'à quatre ans.

**Col Hugh MacKay:** C'est possible.

**M. Pierre Lemieux:** Cela dépend de la nature du cas.

Vous pourriez peut-être nous éclairer un peu sur la différence entre quelqu'un qui fait partie de la catégorie médicale permanente et qui ne satisfait pas aux conditions de l'universalité du service et qui doit donc être libéré pour des raisons médicales et quelqu'un qui fait partie de la catégorie médicale permanente et qui peut rester dans les forces.

Pouvez-vous nous donner un exemple général des deux situations?

**Col Hugh MacKay:** Quelqu'un qui fait partie d'une catégorie médicale permanente et qui ne satisfait pas aux conditions de l'universalité du service peut être l'un de nos patients qui vient d'avoir une crise cardiaque et qui a une fraction d'éjection ventriculaire de 25 %, par exemple. Il ne pourrait pas répondre aux exigences du service militaire et serait libéré.

Quelqu'un blessé à un genou qui fait partie de la catégorie médicale temporaire, qui peut faire de l'activité physique restreinte et qui continue de satisfaire aux conditions de l'universalité du service peut être retenu dans les forces. Il y a toutefois des gens qui sont dans des catégories médicales permanentes qui ne satisfont pas aux conditions de l'universalité des services, mais qui peuvent continuer à travailler pendant un certain temps dans l'organisation.

Est-ce que ce peut être jusqu'à trois ans?

**Colonel Marc Bilodeau (directeur Politique de santé, Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale):** Ce peut être jusqu'à trois ans.

**Col Hugh MacKay:** Il y a diverses catégories et options. Le DACM décide si une personne peut rester dans l'organisation ou non, et cela dépend du métier qu'elle occupe.

• (0930)

**M. Pierre Lemieux:** Cela coïncide peut-être avec ce que vous avez dit tout à l'heure pour ce qui est de veiller à ce que les soins soient maintenus. Autrement dit, les gens peuvent rester plus longtemps dans les forces si le DACM le décide et si ce peut être coordonné avec le métier qu'ils occupent pour leur assurer une transition plus facile vers la vie civile ou la vie médicale civile?

**Col Hugh MacKay:** Cela peut permettre cette transition, mais souvent, ce n'est pas les dispositions qui sont prises pour faciliter la transition. Nous ne parlons pas de dispositions. Nous prolongeons tout simplement la période de transition. Les membres seront libérés,

et nous essayons de prolonger le plus possible la période pour assurer la transition.

**M. Pierre Lemieux:** D'accord.

Merci.

[Français]

**Le président:** Les motions de régie interne déterminent que le reste des questions ont une limite de cinq minutes. J'aurai une certaine latitude, mais pas beaucoup.

C'est maintenant au tour de M. Chicoine.

**M. Sylvain Chicoine:** Je vous remercie, monsieur le président.

Messieurs les témoins, j'aimerais que vous nous expliquiez à quel moment Anciens Combattants entre en jeu lorsque la décision est prise de libérer un membre des forces armées pour des raisons médicales. Est-il immédiatement informé? Quel est le processus de transfert de ces informations?

[Traduction]

**Col Hugh MacKay:** Connaissez-vous le processus?

**Col Marc Bilodeau:** Il y a essentiellement deux façons d'informer Anciens Combattants. Il y a par l'entremise d'une demande de prestations d'ACC. Dès qu'un membre décide de faire une demande de prestations, alors ACC est avisé et procédera au processus d'examen.

Cela n'a rien à voir avec l'administration médicale du cas précis.

Dans un cas complexe où nous savons que la participation d'ACC sera requise après la libération, nous essayons de le faire participer le plus tôt possible, même six mois après la libération. Notre gestionnaire de cas et le gestionnaire de cas d'ACC rencontreront le membre et essaieront de l'appuyer et de transférer le soutien d'une organisation à une autre durant la période de transition, six mois avant la libération. Ce processus n'a rien à voir avec l'autre processus dans le cadre duquel un membre peut présenter une demande de prestations d'ACC.

Nous avons des problèmes en ce moment car certains membres présentent une demande de prestations d'ACC trop tard et ne sont pas considérés comme étant admissibles à ces prestations dans les six mois avant la libération. Nous essayons de réduire ce délai en faisant en sorte que nos gestionnaires de cas soient plus proactifs pour encourager les membres à faire une demande. Nous ne le faisons pas pour eux, car ils doivent le faire pour eux-mêmes, mais nous les encourageons à faire une demande de prestations lorsqu'il s'agit d'un problème médical lié au service et qu'ils peuvent demander de l'aide d'ACC.

[Français]

**M. Sylvain Chicoine:** Merci.

Anciens Combattants Canada n'a pas souvent accès au dossier médical. Comment peut-il y avoir accès? Faut-il l'accord de l'ancien combattant? Dans certains cas, le dossier médical est transféré à Anciens combattants Canada, mais dans d'autres, il ne l'est pas. Quels sont les éléments nécessaires pour que le dossier médical soit transféré?

[Traduction]

**Col Hugh MacKay:** Le transfert des dossiers médicaux est habituellement effectué à la demande d'Anciens Combattants, à partir de la demande présentée par le membre au ministère.

Nous ne pouvons pas transférer les dossiers directement des Forces armées canadiennes à Anciens Combattants Canada en raison de leur réglementation et de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Lorsque nous recevons une demande d'Anciens Combattants Canada, nous devons prendre le dossier médical et y retirer les renseignements de tiers.

Par exemple, lorsqu'on rencontre un patient parfois, un médecin peut rédiger une note clinique dans laquelle il indique que l'épouse du membre souffre de problèmes de santé mentale. Nous ne sommes pas censés communiquer de l'information sur l'épouse à Anciens Combattants Canada. Nous devons nous assurer que ces renseignements sont retirés de tous les dossiers. Cela crée un peu de retard pour pouvoir traiter et transférer ces dossiers. Je dois dire que nous avons augmenté le nombre d'employés qui s'occupent de retirer ces renseignements des dossiers à l'heure actuelle. Nous avons réduit l'arriéré des dossiers pour le faire passer d'environ 1 600 à 800. Nous sommes maintenant en mesure de traiter les demandes d'Anciens Combattants Canada dans un délai de 31 jours, ce qui est beaucoup mieux qu'il y a environ six ou huit mois.

Nous ne pouvons pas remettre ces dossiers sans l'autorisation du membre et sans une requête d'Anciens Combattants Canada.

• (0935)

[Français]

**M. Sylvain Chicoine:** Donc, il faut que ce soit le membre des Forces armées canadiennes qui le demande, et non Anciens Combattants Canada. Le dossier n'est pas transféré automatiquement. Il faut que ce soit fait avec la permission du membre des forces.

**Col Hugh MacKay:** C'est cela.

**M. Sylvain Chicoine:** D'accord

Le membre des forces a-t-il facilement accès à son dossier? J'imagine qu'il doit absolument le demander. L'informe-t-on qu'il peut le demander lors de sa libération?

[Traduction]

**Col Hugh MacKay:** Un membre peut demander de rencontrer le fournisseur de soins pour passer en revue son dossier médical à tout moment. Le membre pourrait s'asseoir avec le fournisseur de soins primaires et parcourir le dossier avec lui.

Nous ne faisons pas habituellement de copie du dossier avant le moment de la libération. À ce moment-là, nous préparons un dossier médical dans lequel certains renseignements, dont ceux de tiers, ont été retirés. Parfois, si nous avons une séance d'immunisation, nous pouvons vacciner 100 personnes, et cette liste se retrouve dans le dossier médical. Il y a donc 100 personnes dont le nom ne devrait pas figurer dans le dossier, et nous devons nous assurer de retirer cette information. Lorsqu'un membre doit être libéré, il recevra une copie du dossier médical, à moins qu'il fasse une demande spéciale pour recevoir une copie avant.

**Le président:** Monsieur Hayes.

**M. Bryan Hayes (Sault Ste. Marie, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je veux insister un peu sur les services de santé mentale pour comprendre la synergie entre Anciens Combattants et le MDN.

Vous avez parlé d'un programme de réadaptation des Forces canadiennes, et de toute évidence, il existe des services de réadaptation et un programme d'assistance professionnelle par l'entremise d'Anciens Combattants.

Nous venons d'étudier la santé mentale. Dans son rapport, et plus particulièrement au sujet des services de réadaptation d'Anciens Combattants, le vérificateur général est très heureux que la décision d'admissibilité soit prise dans un délai de deux semaines, et ce, 84 % du temps.

Je veux comprendre la question de l'admissibilité. Comment détermine-t-on qu'un membre a besoin de services de santé mentale? Quel est le délai d'attente pour qu'une telle décision soit prise?

Je veux comprendre la synergie entre les services de santé mentale offerts par l'entremise d'Anciens Combattants par rapport à ceux offerts par les Forces canadiennes. S'ils sont complètement distincts, cela m'amène à penser qu'il y a dédoublement des services, et je ne peux imaginer que ce soit le cas.

Parlez-nous un peu des gains d'efficacité communs et de la décision d'admissibilité derrière l'obtention de services de santé mentale.

**Col Hugh MacKay:** Notre programme de santé mentale est conçu principalement pour offrir des soins aux membres des Forces canadiennes et aux réservistes qui y ont droit.

Cela dit, nous avons conclu une entente avec la GRC et Anciens Combattants Canada pour pouvoir prendre soin de certains anciens combattants ou membres de la GRC dans le cadre de notre programme de santé mentale. Nous pouvons également avoir accès aux cliniques TSO d'Anciens Combattants Canada pour certains de nos membres, au besoin, et ce serait habituellement pour un réserviste, et ce, parce que nous n'avons pas de base à proximité de son lieu de résidence.

Pour être admissible aux soins de santé mentale des Forces armées canadiennes, vous devez vous présenter à notre clinique. Habituellement, vous vous rendez à une clinique de soins primaires d'abord pour discuter de votre problème médical, et vous êtes ensuite aiguillé vers notre programme.

La gestion d'un patient commence habituellement à un établissement de soins primaires. Si le fournisseur de soins primaires estime que le patient a besoin de soins spécialisés, alors il sera aiguillé soit vers notre clinique de santé mentale, soit vers le CSTSO, selon la nature...

Nous procédons parfois à un dépistage. Nous le faisons dans le cadre de nos évaluations de santé régulières. Nous effectuons également un dépistage médical poussé postdéploiement environ six mois après leur retour. Si nous remarquons qu'une personne a des problèmes durant le processus de dépistage, nous lui téléphonerons pour discuter avec elle de sa situation et déterminer s'il est temps ou non qu'elle quitte les forces ou si elle souffre d'une maladie mentale pour laquelle nous devons l'aider.

• (0940)

**M. Bryan Hayes:** L'Association des psychiatres du Canada a dit que près du tiers des Canadiens qui demandent de recevoir des soins de santé mentale signalent que leurs besoins ne sont pas satisfaits ou ne sont que partiellement satisfaits. Cela en dit long sur l'évaluation relativement aux soins de santé mentale.

J'aimerais que vous parliez un peu de la qualité des soins offerts et de la façon dont vous évaluez si les membres reçoivent les soins dont ils ont besoin, ou y a-t-il une méthodologie d'évaluation?

**Col Hugh MacKay:** Le SSRSC sera notre principale méthodologie d'évaluation. C'est vraiment au moyen de ce système que nous examinerons les résultats.

Toutefois, nous avons évalué la satisfaction des patients à l'égard des soins prodigués par l'entremise de deux méthodes.

Notre Direction de la protection de la santé de la Force mène un sondage sur la santé et le mode de vie tous les quatre ans. On y pose des questions sur l'accès aux soins de santé mentale et on demande si la personne estime avoir reçu l'aide dont elle avait besoin. Dans le plus récent sondage que nous avons réalisé avec Statistique Canada, qui donnait suite à notre Enquête de 2002 sur la santé mentale dans les Forces armées canadiennes, nous avons également posé des questions sur la satisfaction à l'égard des soins.

Ce sont les plus récentes données que nous avons colligées. Malheureusement, je n'ai pas encore cette analyse à ma disposition. Je ne sais pas si cette analyse de l'enquête de 2013 a été achevée, mais nous avons examiné les résultats.

**M. Bryan Hayes:** Bien.

Merci.

[Français]

**Le président:** Monsieur Lizon, la parole est à vous.

[Traduction]

**M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC):** Merci, monsieur le président.

Merci, messieurs, d'être venus et d'avoir servi votre pays.

Je vais revenir sur la santé mentale et lire un passage de votre exposé:

Le programme de santé mentale comporte un solide élément de recherche. À l'heure actuelle, la recherche porte principalement sur l'analyse des résultats de l'Enquête sur la santé mentale dans les Forces canadiennes de 2013. En outre, au Centre d'excellence national en matière de santé mentale chez les militaires et les vétérans, dont la création a été annoncée récemment, des recherches sont menées sur les aspects particuliers de la santé mentale des militaires et des anciens combattants.

Pouvez-vous nous donner quelques détails là-dessus et peut-être nous dire exactement ce sur quoi la recherche est axée?

**Col Hugh MacKay:** L'Enquête sur la santé mentale de 2013 essaie vraiment de nous aider à comprendre l'ampleur des maladies mentales dans les Forces armées canadiennes et à comparer les changements entre 2002, lorsque nous avons mené l'enquête pour la première fois, et 2013. Nous avons élaboré cette étude de manière à utiliser également des questions très semblables à celles posées dans le sondage de Statistique Canada mené auprès de la population, si bien que nous sommes en mesure de comparer les données dans les Forces armées canadiennes à celles du secteur civil des soins de santé, ce qui est utile pour nous pour pouvoir comprendre la maladie mentale dans les Forces armées canadiennes.

Nous avons également examiné l'accès aux soins du personnel militaire, entre autres. À qui les militaires s'adressent-ils s'ils pensent souffrir de problèmes de santé mentale? Qu'est-ce qui les empêcherait d'accéder à des soins s'ils croient être atteints d'une maladie mentale? Nous essayons d'évaluer l'accès aux soins, les obstacles aux soins et ce genre de facteurs pour que nous puissions essayer de mettre des mesures en place pour nous assurer que les gens peuvent demander des soins lorsqu'ils en ont besoin.

Notre centre d'excellence examinera la situation d'un point de plus plus clinique que nous avons pu le faire dans un sondage. Le centre d'excellence veut vraiment essayer de surveiller les progrès avant-gardistes en matière d'accès aux soins. C'est là où nous allons essayer de réaliser certaines des études qui examinent la vie personnelle et les soins de santé mentale, la rétroaction neurologique, la neuroimagerie, ce que nous apprenons sur la façon dont le cerveau

réagit au trouble de stress post-traumatique, s'il y a des changements ou non que nous pouvons surveiller et le moment où les personnes sont traitées.

Nous faisons également l'essai de nouveaux médicaments, plus particulièrement pour contrôler les cauchemars et les troubles du sommeil chez les personnes atteintes du trouble de stress post-traumatique. Je pense que ce sont là probablement les principales différences entre ce que le centre d'excellence fait et ce que nous faisons avec l'enquête.

● (0945)

**M. Wladyslaw Lizon:** Vous parliez du traitement, mais ce serait une grande réussite si nous pouvions prévenir dans une large mesure la maladie mentale. Par conséquent, des travaux sont-ils réalisés en ce sens et les conclusions sont-elles incorporées dans un programme de formation des membres des Forces armées canadiennes pour prévenir la maladie mentale? Ce serait une grande réussite.

**Col Hugh MacKay:** Votre remarque est très pertinente, absolument.

Nous avons un programme d'éducation intitulé « En route vers la préparation mentale ». Nous étudions le programme et son efficacité.

Ce que nous avons constaté, c'est qu'on ne peut pas avoir un programme d'éducation uniforme au sein des Forces armées canadiennes, qui sont composées de populations diverses. Nous avons donc commencé à adapter à nos diverses clientèles le programme « En route vers la préparation mentale ».

Il y a par exemple la communauté des forces spéciales qui s'occupe du renseignement et qui pilote des véhicules téléguidés. Ces gens peuvent avoir des besoins différents. Nous commençons donc à essayer d'adapter à leurs besoins les services d'éducation et de prévention par le biais du programme « En route vers la préparation mentale » et nous évaluons l'efficacité de ces services.

**M. Wladyslaw Lizon:** Très brièvement car il ne me reste plus beaucoup de temps, vous avez parlé de 66 questionnaires de cas qui ont des charges de travail très lourdes. Pouvez-vous élaborer? Qu'est-ce qu'une charge de travail lourde? De combien de personnes s'occupent-ils?

**Col Hugh MacKay:** Nous avons 66 questionnaires de cas, qui s'occupent en moyenne de 70 dossiers chacun. C'est difficile pour eux. Nous devons donc examiner de quelle façon ils sont en mesure de prendre soin de notre personnel. Nous pouvons établir des priorités de façon à placer en tête de liste les soins les plus complexes à offrir. Les gens qui bénéficient de ces soins prioritaires sont en mesure de consulter un questionnaire de cas sept jours après avoir été adressés par leur fournisseur de soins primaires.

Nous étudions en outre, par exemple, des moyens de travailler autrement. Ainsi, au lieu d'offrir des séances individuelles, on pourra organiser des séances de groupes pour les gens qui ont besoin d'un enseignement en gestion de cas.

Nous étudions par ailleurs les possibilités d'intégrer la gestion des cas avec Anciens Combattants Canada pour les patients qui sont en transition.

**Le président:** Monsieur Rafferty.

**M. John Rafferty (Thunder Bay—Rainy River, NPD):** Merci, monsieur le président, et merci à vous deux d'être venus.

Je n'ai pas bien saisi ce que vous avez dit à propos des dossiers médicaux. L'une des recommandations du comité était de faire en sorte que tous les membres de la Force régulière aient en mains leur dossier avant d'être libérés. Si je vous ai bien compris, vous dites que c'est ce que l'on fait.

**Col Hugh MacKay:** C'est ce que l'on fait.

**M. John Rafferty:** Est-ce qu'on le fait?

Ce n'est pas cohérent pour moi. Pourquoi Anciens Combattants aurait même besoin de reprendre contact avec vous, si tous les membres qui ont désormais accès au ministère disposent déjà de leur dossier médical. Pouvez-vous m'expliquer?

**Col Hugh MacKay:** Habituellement, nos membres font une demande à Anciens Combattants avant d'être libérés. Au moment de leur libération, ou peu de temps avant, nous leur remettons un exemplaire de leur dossier médical. Mais le ministère veut pouvoir évaluer leurs droits avant qu'ils ne soient libérés. À n'importe quel moment et même s'ils ne s'apprentent pas à être libérés, les membres peuvent faire une demande de prestations à Anciens Combattants. Ils le feront en particulier s'ils souffrent d'une maladie ou d'une blessure qui ne leur cause pas beaucoup de difficultés dans l'exercice de leurs fonctions.

**M. John Rafferty:** Le membre qui n'a pas accès immédiatement à Anciens Combattants, mais qui présente une demande, disons, cinq ou dix ans après, sera en possession de son dossier médical. Dans ce cas, Anciens Combattants n'aura pas à reprendre contact avec vous pour obtenir son dossier, puisque celui-ci l'aura déjà en sa possession.

• (0950)

**Col Hugh MacKay:** Le fait de remettre aux membres leur dossier au moment de leur départ est relativement nouveau pour nous. Autrefois, les dossiers étaient versés à Archives Canada et Anciens Combattants n'avait plus à s'adresser à nous. Si un membre attend cinq ans avant de faire une demande à Anciens Combattants, il obtiendra son dossier d'Archives Canada.

**M. John Rafferty:** Quels changements feriez-vous pour assurer la continuité des soins entre les Forces canadiennes et Anciens Combattants? Y a-t-il dans votre travail quotidien des éléments que vous pourriez améliorer? Y a-t-il des changements que vous feriez pour améliorer la continuité des soins?

**Col Hugh MacKay:** Je pense que le travail que nous entreprenons maintenant, en essayant de relier plus étroitement nos systèmes de gestion des cas, est un point essentiel pour faire en sorte qu'il n'y ait pas de lacunes ou d'interruption des soins que nous offrons aux membres qui font la transition entre nous et Anciens Combattants Canada. Je pense que c'est sur cet aspect-là que nous devons concentrer nos efforts.

**M. John Rafferty:** Voulez-vous faire un commentaire à ce sujet, colonel Bilodeau?

**Col Marc Bilodeau:** J'ai pris quelques notes pendant que vous parliez, mais, du point de vue d'ACC, une intervention rapide dans la gestion des cas est l'élément clé, et nous y travaillons. Autre élément sur lequel nous travaillons, c'est d'établir des compétences semblables entre les deux groupes de gestionnaires de cas. Nos gestionnaires sont des infirmiers ou des infirmières; ceux d'ACC ne sont pas tous cliniciens, ce qui peut être problématique par rapport au partage de l'information médicale. ACC cherche donc à avoir le même nombre de gestionnaires de cas cliniciens.

**M. John Rafferty:** Serait-il utile que chaque membre, à sa libération, conserve son numéro de façon à ce que son dossier soit automatiquement remis à ACC, qu'il fasse ou non une demande de services à ce ministère? Y a-t-il un moyen de s'assurer que les gens ne passent pas entre les mailles du filet au moment de faire une demande de services pour lesquels ils ne sont pas sûrs?

**Col Hugh MacKay:** Je sais que des travaux sont en cours au sein du comité directeur ACC-FC et que l'on y discute notamment de la question Mon dossier d'ACC, ce qui, je crois, est une bonne idée. On vise à ce que, au moment de se joindre aux Forces armées canadiennes, les membres puissent prendre connaissance des services offerts par Anciens Combattants Canada et y ouvrent un dossier. Ainsi, il y aura moins de risques que les membres qui quittent le service et entrent dans la vie civile aient de la difficulté à reprendre ultérieurement contact avec Anciens Combattants Canada.

**M. John Rafferty:** Merci.

Est-ce qu'il me reste du temps pour une autre question, monsieur le président?

**Le président:** Oui, si elle est brève, contrairement aux questions de M. Valeriote.

**M. John Rafferty:** Lorsque vos gestionnaires vous demandent de dégager des gains d'efficacité, comme cela se fait dans tous les gouvernements et depuis des décennies, suivez-vous un processus qui vous permet de le faire? Je ne parle pas de ce gouvernement en particulier, car cela arrive tout le temps.

Par exemple, si l'un des moyens que vous trouvez pour dégager des gains est de laisser partir les gens à la retraite sans les remplacer en attendant de nouveaux cycles budgétaires ou d'une autre façon, peut-être que vous comptez alors sur les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux pour prendre le relais.

Quand, dans votre secteur, on vous demande de dégager des gains d'efficacité, quels processus suivez-vous à cette fin?

**Col Hugh MacKay:** Je pense que l'une de nos exigences, qui fait partie de notre mandat, est de constamment rechercher des gains d'efficacité. En tant qu'organisation, nous travaillons très fort à être le plus efficace possible.

Au sein de notre comité consultatif sur la qualité et la sécurité des patients et conformément à notre mandat, nous recherchons constamment des gains d'efficacité.

Un exemple parfait de cette recherche d'efficacité est la gestion des douleurs de dos. Beaucoup de gens qui consultent un médecin pour ce genre de douleurs s'attendent à se voir prescrire un tomodensitogramme. Or, il n'y a pas d'indication clinique pour un tel test. Nous avons examiné un tomodensitogramme et constaté que nos cliniciens en prescrivaient peut-être plus qu'il n'en fallait pour gérer les douleurs de dos. Nous avons donc mis sur pied un groupe de travail qui a élaboré un plan clinique permettant d'utiliser à meilleur escient les ressources dont nous disposons.

Nous avons des processus en place pour examiner nos pratiques, évaluer si nous suivons celles qui sont exemplaires et pour utiliser nos ressources le plus efficacement possible.

Merci.

• (0955)

[Français]

**Le président:** Monsieur Opitz, vous avez la parole.

[Traduction]

**M. Ted Opitz (Etobicoke-Centre, PCC):** Merci, monsieur le président.

Et merci à vous deux d'être venus témoigner.

Comme ma question porte sur les politiques, le colonel Bilodeau voudra peut-être intervenir.

En tant qu'ancien fantassin, j'ai subi beaucoup de fractures.

**Col Marc Bilodeau:** Et vous êtes encore brisé.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Ted Opitz:** Oui, je le suis. La semaine dernière, mon camarade d'artillerie m'a même accusé d'être non qualifié.

De toute façon, cela a été une expérience très positive, car tout ce dont mes camarades et moi-même avons besoin, nous l'obtenions. On nous a remis en état et nous avons repris du service. En tout cas, nous étions au moins en bon état.

J'ai des exemples personnels à vous rapporter. J'ai un ami qui a été envoyé au collège. Il a 38 ans de service et il était censé avoir pris sa retraite l'an dernier, mais vous ne l'avez pas laissé partir parce que vous deviez soigner ses genoux et toutes sortes d'autres choses et on ne l'a pas libéré avant qu'il ne soit en pleine forme. Peut-être que vous le laisserez partir cet automne. C'est une très bonne chose.

Dans la même veine de ce que vous avez dit en réponse à d'autres questions, il me semble que, loin d'être passif, vous êtes très dynamique dans votre recherche de traitements. Vous êtes tourné vers l'avenir. Par rapport au groupe de travail, vous suivez le modèle de l'OTAN. Je présume que vous travaillez avec l'ICRSMV, l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, et que vous consultez les excellents documents qu'il a publiés.

Vous pourriez peut-être nous donner plus de détails sur cette collaboration.

À ce propos, il convient de noter que l'an dernier le comité de la défense a produit une étude sur le soin à donner aux malades et aux blessés. Cette étude fournit des détails très précis sur bien des points dont nous avons parlé, sur les nombreux traitements en réalité virtuelle que vous offrez à ceux qui ont perdu un membre, etc., en collaboration avec l'hôpital d'Ottawa et d'autres organismes.

Pouvez-vous nous décrire comment s'appliquent certains de ces principes dynamiques dans votre travail quotidien et comment ils vous aident à forger et à ajuster les politiques?

**Col Hugh MacKay:** Je vais commencer.

Le monde médical est très dynamique et nous faisons notre possible pour rester à jour de ce qui s'y fait. Ainsi, nous avons des liens avec l'Association médicale canadienne, la Société canadienne de psychologie et tous ces genres de groupes. Et nous avons certainement des liens très étroits avec l'ICRSMV et étudions les résultats de sa recherche.

Nous collaborons étroitement avec nos alliés. Nous apprenons beaucoup d'eux et ils apprennent beaucoup de nous. Il est très important de maintenir ces liens et d'étudier les soins qu'ils donnent à leurs malades et à leurs blessés afin de les mettre en œuvre dans notre organisation, lorsqu'ils sont logiques.

Notre Comité sur la gamme de soins se réunit régulièrement pour évaluer les nouvelles technologies ou les nouveaux traitements présentés en ligne. Nous les évaluons en fonction de critères, le premier étant de constituer une bonne preuve médicale justifiant leur utilisation. Lorsqu'ils sont logiques, nous les intégrons dans notre gamme de soins de façon à rester à la fine pointe de l'évolution.

**M. Ted Opitz:** Lorsque vous dites que les gestionnaires de cas sont surchargés — ils en ont essentiellement 70 chacun —, pourquoi est-ce si difficile d'attirer de bons gestionnaires de cas?

**Col Hugh MacKay:** Nous n'avons que 68 postes de gestionnaire de cas à temps plein. Et à l'heure actuelle, nous ne pouvons en embaucher qu'un nombre restreint.

La gestion de cas est pour nous un domaine spécialisé des sciences infirmières. Il n'y en a donc pas beaucoup sur le marché. Des 68 postes que nous avons, 16 sont dotés par l'entremise d'un entrepreneur indépendant, parce que nous n'avons pas réussi à attirer des infirmières ou des infirmiers dans la fonction publique. Cela s'explique en partie par la concurrence caractérisant cette profession.

• (1000)

**M. Ted Opitz:** Quel serait le nombre optimal de dossiers pour les gestionnaires de cas?

**Col Hugh MacKay:** Nous visons 50 à 55 dossiers par gestionnaire, ce qui fait que nous aurions besoin de 20 gestionnaires supplémentaires.

**M. Ted Opitz:** D'accord.

S'agissant des médecins et des professionnels en santé mentale, pourquoi est-ce si difficile d'en trouver du côté civil?

Avez-vous une idée à ce sujet?

**Col Hugh MacKay:** Les universités ont un financement correspondant à un certain contingent dans chacune de ces professions. Je pense que les établissements d'enseignement sont limités par rapport au nombre de professionnels qu'ils peuvent former.

**M. Ted Opitz:** Il faudrait donc mettre l'accent sur les facultés de médecine. Par exemple, je me trompe peut-être, mais il me semble qu'à l'une des universités de Toronto, il y a eu seulement deux diplômés en gérontologie, alors que la population vieillit.

Faisons-nous face à ce même genre de problème?

**Col Hugh MacKay:** Absolument.

Dans certaines périodes, la psychiatrie n'est pas une profession qui attire les résidents en médecine.

**M. Ted Opitz:** Vous avez parlé d'adopter des correctifs...

**Le président:** [Note de la rédaction: inaudible]

**M. Ted Opitz:** Pouvez-vous répéter? Ai-je terminé?

**Une voix:** On vous regarde d'un air méchant.

**Le président:** Vous avez largement terminé.

Toutefois, si le comité veut bien faire preuve d'indulgence et si vous n'y voyez pas d'inconvénient, j'aurais moi-même des questions à vous poser sur les gestionnaires de cas. Et à propos, j'aime bien les questions qui ont été posées.

Aviez-vous posté des espions, il y a de cela 12 jours, lorsque nous avons entendu des témoins du ministère des Anciens Combattants?

**Col Hugh MacKay:** Je n'avais pas d'espions, monsieur, mais j'ai lu le texte des délibérations.

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** Encore mieux. Vous aurez donc remarqué à la lecture de ce texte qu'on nous avait dit que le temps d'attente pour un gestionnaire de cas au MAC est un mois. Ici, à la Défense nationale, il est de sept jours. Le nombre moyen de dossiers traités par chaque gestionnaire de cas est de 34 aux Anciens Combattants. Chez vous, c'est le double, soit 70.

Je me pose donc la question de savoir comment rendre harmonieuse la transition de membre actif des forces à ancien combattant? Y a-t-il un mécanisme qui permettrait à vos gestionnaires de cas de communiquer avec ceux d'Anciens Combattants de sorte qu'un gestionnaire se dirait: « Oh, mon Dieu, j'ai 70 cas actifs, alors que vous n'en avez que 34, la vie est injuste. »

**Col Hugh MacKay:** Si vous me permettez, monsieur le président, et pour être juste envers mes collègues d'Anciens Combattants...

**Le président:** Pour celui qui lira votre texte.

**Col Hugh MacKay:** Probablement.

Dans les cas complexes, on fait exception au délai de sept jours. Comme je l'ai dit dans mes remarques liminaires, notre système permet de placer en tête de liste les gens dont les cas sont très complexes. Nous les voyons dans un délai de sept jours. Dans le cadre de notre programme de gestion des cas, nous avons une liste d'attente d'à peu près un mois pour toutes les autres catégories. Bien que mes gestionnaires voient davantage de cas, nous avons malheureusement une liste d'attente... Mais pas pour les cas les plus complexes. Il y a un mécanisme permettant à nos gestionnaires de cas de parler avec leurs homologues d'Anciens Combattants. Les gestionnaires de cas d'Anciens Combattants font partie du Centre intégré de soutien du personnel des Forces canadiennes et c'est au centre qu'ils les rencontrent.

L'une des difficultés que nous avons eues a été de faire en sorte que les gestionnaires de cas d'Anciens Combattants entrent en contact avec leurs clients un peu plus tôt dans la phase de transition, plutôt qu'à la toute fin. C'est l'un des points majeurs sur lesquels nous travaillons pour faire en sorte qu'il y ait une transition aussi harmonieuse que possible lorsque les anciens combattants quittent les Forces armées canadiennes. Nos gestionnaires parlent donc de ces cas. Je pense qu'ils participent même aux rencontres des équipes pluridisciplinaires.

● (1005)

**Col Marc Bilodeau:** Oui.

**Col Hugh MacKay:** ... déjà maintenant, de sorte qu'ils prennent connaissance de leur programme de soins au sein des Forces armées canadiennes et du programme qu'ils auront pendant la période de transition.

**Le président:** Je vous remercie beaucoup de votre témoignage et des échanges que vous avez eus avec nous.

Monsieur Hawn.

**L'hon. Laurie Hawn:** J'aimerais invoquer le Règlement, ou plutôt faire une précision concernant une intervention de M. Valeriotte...

**Le président:** C'est l'un des thèmes que soulève M. Valeriotte?

**L'hon. Laurie Hawn:** À titre d'information des membres, cela concerne une des questions qu'il a posées. Il se demandait si les familles qui vivaient au loin participaient à la réhabilitation des membres. Il y a à Edmonton un établissement que vous connaissez peut-être, qui s'appelle Valour Place et que d'autres villes prennent comme modèle. On peut y loger jusqu'à 12 familles gratuitement pendant que le membre des Forces armées suit une réhabilitation physique ou mentale au Glen Rose Rehab Hospital ou dans d'autres hôpitaux d'Edmonton. C'est un centre excellent qui a été mis sur pied par des philanthropes. Je pense que d'autres villes envisagent de créer des centres semblables, car elles en voient l'utilité. Si vous voulez voir le centre, tapez simplement « Valour Place » dans Google. Vous serez impressionné.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Hawn.

[Français]

J'aimerais informer les membres du comité que la 40<sup>e</sup> séance aura lieu jeudi prochain.

[Traduction]

À notre prochaine réunion sur le continuum des services de transition, nous aurons des témoins d'Anciens Combattants Canada, de la société Honour House, de Monster Canada, de Military Minds Incorporated et de Veteran Voice.info. Merci beaucoup.

Vous voulez dire quelque chose, monsieur Stoffer.

**M. Peter Stoffer:** Comme vous le savez, il est d'usage, lorsque le Budget principal des dépenses est publié, d'inviter le ministre le plus tôt possible pour en discuter. Pourrions-nous inviter le ministre et ses fonctionnaires au cours des prochaines semaines?

**M. Pierre Lemieux:** Quand le budget doit-il être renvoyé?

**Le greffier du comité (M. Jean-François Pagé):** Le 31 mai.

**Mr. Pierre Lemieux:** D'accord, je vous en donnerai des nouvelles.

Merci.

**Le président:** Merci.

La séance est levée.







Publié en conformité de l'autorité  
du Président de la Chambre des communes

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

---

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

Published under the authority of the Speaker of  
the House of Commons

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

---

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>