



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 016 • 2<sup>e</sup> SESSION • 41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 4 mars 2014**

**Président**

**M. Ben Lobb**



## Comité permanent de la santé

Le mardi 4 mars 2014

•(0850)

[Traduction]

**Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)):** Mesdames et messieurs, bonjour. Merci à tous d'être ici aujourd'hui. Nous entreprenons notre étude des pratiques exemplaires dans plusieurs domaines. Je vous suis reconnaissant de votre présence. Voici comment cela fonctionne: vous avez 10 minutes pour faire votre exposé. Lorsque nous aurons entendu tous les exposés, nous aurons deux séries de questions. La première sera de sept minutes et l'autre, de cinq minutes.

Nous entendrons d'abord le colonel Hugh MacKay, du ministère de la Défense nationale.

La parole est à vous.

**Colonel Hugh MacKay (médecin-chef adjoint, Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale):** Bonjour à tous.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, je suis très heureux d'avoir la chance de me présenter devant vous aujourd'hui pour vous donner un aperçu des services de santé offerts aux membres des Forces armées canadiennes et pour répondre à vos questions sur l'étendue de la pratique des cliniciens au sein du Groupe des services de santé des Forces canadiennes.

Le Groupe des services de santé des Forces canadiennes est le 14<sup>e</sup> système de soins médicaux au Canada à fournir des soins de grande qualité aux membres des Forces armées canadiennes, peu importe où ils sont affectés. Le système comprend une équipe intégrée de professionnels de la santé militaires et civils qui prodiguent une gamme complète de services de santé axés sur le patient et fondés sur des données probantes.

Bien que, au Canada, nous ayons recours aux ressources en matière de santé des provinces et des territoires, notre système est unique au pays, car il intègre, sous un seul commandement, presque tous les éléments d'un système de soins complet, y compris la formation; l'instruction; la recherche; la santé au travail; la santé publique; la réglementation professionnelle; les services cliniques, dont les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques, les services médicaux d'urgence, etc.; les interventions de soutien et des avantages, comme les auxiliaires familiaux, les programmes de retour au travail, le soutien par les pairs et le soutien aux familles, etc. Unique en son genre, notre système doit aussi maintenir des capacités défensives médicales mobiles afin de gérer des environnements hostiles et des dangers auxquels nous ne sommes généralement pas exposés au Canada.

Les besoins des effectifs des Forces armées canadiennes en matière de santé sont la grande priorité du ministère de la Défense nationale, car les membres doivent être aptes au travail et déployables en tout temps. Le Groupe des services de santé des Forces canadiennes est tenu de fournir des services de santé dont les objectifs sont: le maintien et l'amélioration de la santé physique et du

bien-être mental des effectifs des Forces armées canadiennes; la prévention des maladies; le diagnostic et le traitement des maladies, des blessures ou des incapacités; la facilitation du retour à la disponibilité opérationnelle dès que possible. À la suite de la fermeture de nos hôpitaux dans les années 1990, nous sommes devenus beaucoup plus dépendants du secteur civil de la santé pour les soins aux patients au pays et nous avons maintenant un accès important à des spécialistes et des soins hospitaliers grâce aux systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

Le Groupe des services de santé des Forces canadiennes comprend environ 6 300 militaires de la Force régulière, réservistes et membres du personnel civil. Notre mandat repose sur trois principes: fournir les services de santé; fournir une capacité déployable en matière de services de santé aux fins des opérations et fournir des conseils de santé à la chaîne de commandement.

Le Groupe des services de santé des Forces canadiennes fournit des services de santé aux membres des Forces armées canadiennes dans deux contextes distincts: en garnison et dans le cadre des déploiements. Au Canada, le système de soins primaires est basé sur une approche uniformisée au moyen du modèle de cliniques de soins primaires. Le noyau de ce système est l'unité de prestation de soins de santé qui consiste en une équipe de soins de santé primaires composée d'un officier d'administration des services de santé, de techniciens médicaux, d'un adjoint au médecin, d'une infirmière en soins primaires, d'une infirmière praticienne et d'un médecin de famille. Tous ces professionnels oeuvrent dans leur champ d'activité établi. L'équipe de l'unité de prestation de soins de santé travaille en collaboration avec les patients afin d'évaluer leurs besoins et afin de fournir et de coordonner les soins.

De plus, des physiothérapeutes, des pharmaciens et une gamme de professionnels de la santé mentale prodiguent des soins en collaboration avec l'équipe ou au moyen d'interventions directes. Afin de soutenir les soins aux patients, le Groupe des services de santé des Forces canadiennes a mis en oeuvre un système de dossiers de santé électronique pancanadien, un solide programme d'assurance de la qualité, une plateforme de mesure du rendement et un système exhaustif axé sur la promotion de la santé et un système global visant à protéger et à promouvoir la santé publique et la santé au travail.

Nous devons aussi fournir la gamme complète des services de santé partout dans le monde où des éléments des Forces armées canadiennes sont déployés, que ce soit sur terre, dans les airs, en mer ou sous les mers. Par conséquent, nous devons être en mesure de déployer et de soutenir rapidement des capacités en médecine, en chirurgie et en santé préventives, y compris des hôpitaux de soins tertiaires, partout où des missions humanitaires ou militaires sont effectuées sans le soutien des infrastructures locales.

Outre les vastes compétences que possède notre personnel sur le plan clinique, celui-ci doit être formé afin de survivre dans des environnements hostiles, de traiter les maladies, les expositions, les traumatismes violents et d'autres menaces pour la santé qui sont inhabituels au Canada. Il doit prodiguer des soins exceptionnels avec des ressources limitées et des chaînes d'évacuation sanitaire et d'approvisionnement intercontinentales dans des conditions extrêmement dangereuses et austères.

De telles circonstances requièrent que le système de santé militaire soit structuré de manière à tirer pleinement parti de toutes les ressources et de tous les groupes professionnels dans le domaine de la santé. La culture militaire permet de satisfaire à ces exigences, car, dans ce cadre, la mission est la grande priorité, suivie du bien-être et, au dernier rang, les intérêts personnels. Outre les priorités, le médecin-chef contribue à satisfaire aux exigences en supervisant toutes les activités cliniques, notamment l'étendue de la pratique, la répartition des groupes professionnels, l'éducation sanitaire et la formation en santé, la ventilation des ressources cliniques, etc. Durant les opérations en Afghanistan, nous n'aurions pas réussi à atteindre notre taux remarquable de survie des victimes de la guerre sans la subordination des intérêts personnels et professionnels à la mission et sans la formation exhaustive et l'étendue de la pratique, sous la supervision de médecins, de certains groupes professionnels, comme les adjoints au médecin et les techniciens médicaux.

L'équipe de santé des Forces armées canadiennes est composée de personnel militaire et civil rattaché à plus de 45 groupes professionnels et métiers spécialisés. Bon nombre de ces professions sont encadrées par des ordres professionnels et correspondent à des champs d'activité prescrits, qui peuvent être modifiés par le médecin-chef si des exigences opérationnelles militaires particulières l'exigent. On s'attend à ce que les professionnels de la santé adhèrent à leur ordre professionnel respectif. Par exemple, si un médecin militaire désire exercer dans les Forces armées canadiennes, il doit, à l'instar de ses collègues civils, être membre d'un organisme de réglementation provincial ou territorial, comme l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Comme nous sommes présents partout au pays, nous éprouvons des difficultés quant aux champs d'activité de certains professionnels agréés en raison des disparités d'une province à l'autre. Il peut donc y avoir des différences dans le cas de quelques groupes professionnels dans certaines de nos cliniques. De plus, nous sommes dotés d'un processus d'accréditation interne et d'un comité d'examen des pratiques qui se penche sur les questions touchant l'agrément et la pratique clinique. Notre culture professionnelle est basée sur une philosophie axée sur le patient qui vise à fournir des soins appropriés au moment opportun prodigués par un personnel compétent. Cette philosophie est soutenue par un modèle de collaboration multidisciplinaire et interdisciplinaire de prestation de soins qui repose sur la disponibilité élevée de fournisseurs de soins et les recommandations, le cas échéant. Les cliniciens exercent leur profession de manière optimale grâce à un rigoureux programme de maintien de préparation clinique combiné à l'accès à divers programmes de formation professionnelle continue et de renouvellement de l'agrément.

À une époque, les Forces armées canadiennes étaient la seule autorité nationale qui formait, instruisait et employait deux groupes professionnels non réglementés: les techniciens médicaux et les adjoints au médecin. Comme on observe à l'échelle nationale une demande croissante pour que les professionnels paramédicaux offrent des services médicaux, des adjoints au médecin civils sont maintenant formés dans certaines universités canadiennes et

employés dans plusieurs provinces. Le Groupe des services de santé des Forces canadiennes a joué un rôle déterminant dans la fondation de l'Association canadienne des adjoints au médecin, qui est chargée de la reconnaissance des titres de compétence des adjoints au médecin. Cela se fait à l'aide d'un examen et à des exigences annuelles en matière de formation professionnelle continue. Nos techniciens médicaux doivent faire reconnaître leurs titres de compétence de paramédical-soins primaires auprès d'organismes externes comme les collèges communautaires; un programme d'encadrement interne assure le maintien de l'état de préparation clinique. Les techniciens médicaux des Forces armées canadiennes peuvent aussi obtenir leur reconnaissance auprès d'un organisme de réglementation provincial ou territorial. Ils reçoivent une formation clinique plus approfondie de manière à acquérir les compétences nécessaires pour gérer les besoins urgents d'effectifs des Forces armées canadiennes pour des déploiements dans des environnements austères, hostiles et géographiquement dispersés.

En conclusion, comme de nombreuses autorités en matière de santé, les Forces armées canadiennes sont déterminées à fournir les soins pertinents aux bonnes personnes par l'entremise des fournisseurs de soins appropriés afin d'optimiser les soins et l'utilisation des ressources. Le Groupe des services de santé des Forces canadiennes est profondément engagé auprès des organismes professionnels nationaux et organisations connexes afin de contribuer au dialogue et de se tenir au fait des nouvelles initiatives qui pourraient être utiles aux Forces armées canadiennes.

Je vous remercie encore une fois de m'avoir permis d'être avec vous aujourd'hui.

● (0855)

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous entendrons maintenant les représentants du SCC, Mme Michele Brenning et M. Henry de Souza.

Allez-y. Vous avez 10 minutes.

[Français]

**Mme Michele Brenning (commissaire adjointe, Services de santé, Service correctionnel du Canada):** Monsieur le président et membres du comité, bonjour. Je m'appelle Michele Brenning et je suis commissaire adjointe des services de santé au Service correctionnel du Canada. Je vous présente Henry de Souza, directeur général, Services cliniques et santé publique.

Je tiens à remercier les membres du comité de me permettre de formuler des commentaires et de faire part de notre point de vue sur le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux champs de pratique des professionnels de la santé du Canada.

● (0900)

[Traduction]

Aux termes de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, le Service correctionnel du Canada, ou SCC, doit veiller à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et ait un accès raisonnable à des soins de santé mentale non essentiels. La loi précise également que la prestation des soins de santé doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues.

Afin de s'acquitter de son mandat, le SCC a recours aux services d'environ 1 250 employés du domaine de la santé de même qu'à des fournisseurs qui travaillent au sein d'équipes interdisciplinaires, notamment formées d'infirmiers et d'infirmières, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes, de médecins généralistes, de psychiatres et de pharmaciens. Le SCC envisage aussi de diversifier son effectif et de faire appel à des infirmiers praticiens, à des auxiliaires médicaux et à des professionnels de la santé non réglementés, comme des préposés aux services de soutien à la personne.

Chaque jour, il y a plus de 15 000 délinquants en incarcération dans les établissements fédéraux du Canada. Ces établissements sont répartis dans cinq régions, soit les régions de l'Atlantique, du Québec, de l'Ontario, des Prairies et du Pacifique.

Afin de favoriser le développement des compétences professionnelles, le SCC fournit régulièrement de la formation sur divers aspects des domaines de la santé mentale, de la santé publique et des soins de santé primaires.

En plus de respecter les normes de pratique prescrites par les ordres professionnels concernés, le SCC s'est donné des outils clés, comme le Cadre national relatif aux soins de santé essentiels, le formulaire national des médicaments et des processus actifs d'amélioration de la qualité, qui lui permettent d'assurer l'uniformité, la sécurité et l'efficacité dans la prestation des services de santé à sa clientèle.

Les soins de santé coûtent cher, et les ressources humaines génèrent des coûts importants. Puisque nous fournissons des soins de santé à une clientèle difficile, il est essentiel, pour optimiser l'efficacité et l'efficience de la prestation des services, que nous comprenions le champ de pratique des diverses disciplines et que nous réussissions à trouver la bonne combinaison au sein du personnel.

Aucune définition ne fait l'unanimité, mais la suivante, fournie par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, permet de dégager les principaux éléments du champ de pratique:

Le champ de pratique d'une profession désigne les fonctions pour l'exécution desquelles ses praticiens ont reçu la formation et les autorisations appropriées. Le champ de pratique général définit les limites qui s'imposent à tous les praticiens de la profession. Le champ de pratique individuel est influencé par le milieu d'exercice, les exigences de l'employeur et les besoins des patients ou des clients.

Afin d'optimiser la composition du personnel, il faut tirer parti de la souplesse qu'offre le chevauchement entre les champs de pratique tout en appréciant et en utilisant de façon stratégique l'expertise de chacun. Par exemple, dans le domaine de la santé mentale, il y a un chevauchement entre des professions, ce qui veut dire que le counseling en matière de santé mentale peut relever du travail social, des soins infirmiers, de la psychologie, de la médecine générale, de la psychiatrie, de l'ergothérapie, etc.

Par contre, il y a des activités pour lesquelles l'expertise appartient exclusivement ou principalement aux diverses disciplines. Par exemple, l'équipe multidisciplinaire fera appel au psychologue pour une évaluation psychologique. De même, si la plupart des omnipraticiens donnent des soins primaires en santé mentale à des patients atteints de troubles mentaux, il est possible qu'ils aient recours aux services du psychiatre pour les interventions psychiatriques plus complexes ou pour les soins tertiaires.

Comme nous sommes un organisme gouvernemental fédéral qui mène ses activités dans diverses provinces et qui, par conséquent, doit respecter les exigences dictées par plusieurs ordres professionnels provinciaux, certains obstacles nous empêchent d'optimiser

l'efficacité de la prestation des soins de santé. Par exemple, il n'y a pas, d'une province à l'autre, de transfert automatique des autorisations d'exercer pour les professionnels. Cette situation restreint considérablement la mobilité des professionnels agréés d'une région à l'autre du Canada, ce qui limite la possibilité d'avoir recours aux employés disponibles dans les régions où il y a des besoins.

La télémédecine et la télésanté sont considérées comme étant à la fois efficaces, par l'accès aux spécialistes qu'elles procurent et qui pourrait ne pas être possible autrement, et efficaces parce qu'elles permettent de réduire les frais de déplacement et de voir plus de patients. Toutefois, on ne s'entend toujours pas sur la question de la responsabilité lorsqu'il s'agit de donner un traitement d'une province à une autre.

Bien que le champ de pratique d'un professionnel lui permette d'effectuer certaines activités, la personne pourrait devoir suivre une formation pour obtenir les compétences requises dans un domaine qu'elle ne connaît pas bien.

À la lumière de ces observations, nous désirons offrir quelques recommandations afin d'améliorer la capacité des professionnels de la santé de travailler de concert avec le SCC pour répondre à nos besoins en constante évolution. Cela englobe une normalisation à l'échelle nationale qui permette la mobilité entre les provinces; l'établissement de champs de pratique souples qui permettent, avec la collaboration de l'ordre professionnel concerné, de former selon une norme reconnue, au-delà des limites du champ de pratique, afin de répondre aux besoins des régions rurales et éloignées où le recrutement est difficile.

●(0905)

[Français]

Je suis convaincue que le SCC est en mesure de donner, au sujet de la pratique et de la formation des professionnels de la santé qui travaillent pour des organismes fédéraux, une opinion qui présente un intérêt pour l'étude du comité.

Des contraintes de temps m'ont empêchée de donner plus de détails dans mes remarques préliminaires, mais je répondrai avec plaisir à vos questions.

Je vous remercie encore de m'avoir permis de prendre la parole aujourd'hui.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous entendrons maintenant le témoignage de Mme Debra Gillis, du ministère de la Santé.

Allez-y, je vous prie.

**Mme Debra Gillis (directrice générale par intérim, Conseils interprofessionnels et aide aux programmes, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère de la Santé):** Merci, monsieur le président, et merci aux membres du comité.

Je vous présenterai aujourd'hui un aperçu du rôle et du travail de Santé Canada en ce qui a trait aux champs d'activités des professionnels de la santé. J'aimerais commencer en indiquant que la définition du terme champ d'activités varie entre les différents intervenants du système de santé aux niveaux fédéral et provincial, y compris les ministères de la Santé et de l'Éducation, les organismes de réglementation, les organismes de délivrance de titres, les associations professionnelles nationales et provinciales, les établissements d'enseignement et les employeurs.

De façon générale, le terme « champ d'activités » désigne les rôles, les fonctions, les tâches et les activités, les compétences professionnelles, ainsi que les normes de pratique qui définissent le métier des professionnels de la santé reconnus au sein de leur domaine respectif. Autrement dit, un énoncé de champ d'activités est associé à chaque profession de la santé réglementée. Cet énoncé décrit de façon générale ce que fait le professionnel et quelles méthodes sont utilisées dans le cadre de la profession.

Cet énoncé n'est toutefois pas protégé, c'est-à-dire qu'il n'interdit pas à d'autres professionnels de réaliser les mêmes activités. Il tient plutôt compte du chevauchement entre les champs d'activités des professions de la santé. C'est d'ailleurs là qu'est le défi, puisque les professionnels de la santé travaillent souvent en équipe. Le champ d'activités de chaque professionnel de la santé est donc établi en fonction des besoins des patients et du milieu de pratique du professionnel. Par conséquent, le champ d'activités réel, c'est-à-dire les activités menées au quotidien, peut grandement varier dans les différents établissements et secteurs de la santé et en fonction de la population de patients desservie.

Les provinces et les territoires jouent un rôle de premier plan relativement aux champs d'activités. Ils décident notamment de la meilleure façon d'optimiser les champs d'activités des professionnels de la santé travaillant au sein de leur administration. Ils sont également responsables des lois et des règlements s'appliquant aux professionnels de la santé; des mécanismes de paiement; de l'enseignement et de la planification des ressources humaines en santé, qui sont tous des facteurs ayant une incidence sur les champs d'activités.

Le gouvernement fédéral joue un rôle de soutien dans ce domaine par l'intermédiaire de la recherche, de la programmation des ressources humaines de la santé, des responsabilités réglementaires connexes et par son travail dans des champs d'activités établis pour la prestation des soins aux populations fédérales. Le gouvernement fédéral s'est engagé à offrir un système de santé répondant aux besoins des Canadiens et à s'assurer que les Canadiens ont accès aux soins dont ils ont besoin. Pour ce faire, nous appuyons les efforts déployés en matière de gestion des ressources humaines en santé qui permettent aux professionnels d'exercer pleinement leur profession au sein de leur champ d'activités.

Premièrement, le gouvernement fédéral est responsable de l'application de lois nationales habilitantes, comme la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, qui aident les professionnels de la santé à appliquer l'ensemble de leurs connaissances dans l'exercice de leur profession, tel qu'il est indiqué dans les lois provinciales et territoriales. À cet égard, Santé Canada a mis en œuvre le Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens, qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2012. Ce règlement autorise les sages-femmes, les infirmières praticiennes et les podiatres à prescrire, à administrer et à fournir des substances contrôlées — avec certaines exceptions — s'ils sont autorisés à le faire en vertu des lois provinciales et territoriales.

Deuxièmement, Santé Canada favorise également l'optimisation des champs d'activités en collaboration avec les provinces, les territoires et les intervenants clés de diverses façons, notamment en versant 24 millions de dollars pour promouvoir l'adoption des soins dispensés par une équipe par l'entremise de diverses initiatives, comme le Consortium pour l'interprofessionnalisme en santé; en versant 6,5 millions de dollars à l'Université McMaster pour évaluer les approches fondées sur le travail en équipe dans le cadre de la prestation des soins de santé; en fournissant des conseils aux sous-ministres de la Santé en matière de planification, d'organisation et de

prestation des services de santé par l'entremise du Comité fédéral-provincial-territorial sur les effectifs en santé; en travaillant en partenariat avec les Instituts de recherche en santé du Canada pour promouvoir l'échange entre experts sur l'optimisation des champs d'activités, qui aura lieu le 14 mars 2014.

● (0910)

Troisièmement, en tant que fournisseur de services pour les populations fédérales, y compris les Premières Nations, les Inuits, les détenus sous responsabilité fédérale et les membres des Forces armées canadiennes — comme vous l'avez entendu —, le gouvernement fédéral joue un rôle direct quant à la promotion d'approches novatrices en matière de prestation de soins, y compris en ce qui a trait aux champs d'activités. En ayant en tête ce qui précède, je vais maintenant mettre l'accent sur le rôle de Santé Canada auprès des communautés des Premières Nations.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que les partenaires autochtones s'emploient ensemble à améliorer les résultats en santé des Autochtones. Le rôle de Santé Canada consiste à soutenir les services de santé provinciaux et territoriaux dans le but d'offrir des programmes et des services de santé qui améliorent l'état de santé des Premières Nations et des Inuits. Pour s'acquitter de ce rôle, Santé Canada finance ou fournit directement des services de santé publique, de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi que des soins à domicile et communautaires, de lutte contre les toxicomanies et de promotion de la santé mentale à toutes les communautés des Premières Nations. Il fournit également des services de soins primaires à 85 communautés éloignées et isolées.

Les professionnels de la santé reconnus et les travailleurs de la santé non réglementés composent ensemble un solide effectif d'environ 10 000 personnes. Les professionnels réglementés comprennent les infirmières autorisées, les infirmières praticiennes, les infirmières auxiliaires autorisées, les dentistes, les hygiénistes dentaires, les nutritionnistes, les pharmaciens, les médecins et les agents d'hygiène du milieu. Santé Canada exige que les professionnels de la santé qui fournissent des services directs aux communautés des Premières Nations détiennent une licence délivrée dans la province ou le territoire dans lequel ils travaillent et qu'ils demeurent inscrits auprès de l'organisme de réglementation.

Cependant, dans les communautés des Premières Nations et des Inuits ayant un accès limité aux services d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, il est fréquent que les infirmières autorisées offrant des services de soins primaires offrent également un large éventail de soins de santé et exercent une gamme de fonctions plus vastes que ceux autorisés par les lois provinciales dans le cadre du champ d'activités.

La nécessité d'aborder le champ d'activités régies par la loi des infirmières travaillant dans des communautés éloignées ou isolées des Premières Nations et d'assurer des soins sécuritaires tout en protégeant le permis d'exercer du personnel infirmier se fait de plusieurs façons dans les régions de Santé Canada. Par exemple, la Colombie-Britannique a instauré une accréditation d'infirmière autorisée qui définit des exigences additionnelles en matière d'études et élargit le champ d'activités dans les communautés isolées et éloignées. Nous exigeons que les infirmières obtiennent cette accréditation.

La Saskatchewan a mis en œuvre de nouvelles normes de pratique des soins infirmiers visant spécifiquement la prestation de soins primaires dans les collectivités nordiques et autorise les infirmières autorisées à assumer des fonctions supplémentaires.

Dans les communautés des Premières Nations de l'Alberta, un modèle de pratique axé sur la collaboration et la consultation, sur place ou par télésanté, entre les infirmières praticiennes et les infirmières autorisées, permet la prestation sécuritaire et rapide de soins primaires de qualité compatibles avec la loi provinciale régissant le champ d'activités des infirmières.

Au Québec, des mesures législatives provinciales ont été adoptées en vue de déléguer ou de transférer aux infirmières autorisées l'autorisation de fournir des soins primaires. En collaboration avec des partenaires provinciaux, Santé Canada a mis en oeuvre des directives de pratiques ou « ordonnances collectives » conformes aux mesures législatives.

Au Manitoba et en Ontario, un processus de délégation reconnu par la province permet l'harmonisation des fonctions du travail des infirmières autorisées de Santé Canada au champ d'activités défini par les provinces.

● (0915)

Afin d'atténuer le risque que les infirmières effectuent des tâches qui vont au-delà de leur champ d'activités, Santé Canada a récemment examiné ses outils de délégation pour les infirmières, en particulier le Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires et la Liste des médicaments des postes de soins infirmiers et système de classification des médicaments de la DGSPNI. Cet examen a permis de révéler qu'il faut réviser et mettre à jour ces outils afin de veiller à ce qu'ils s'harmonisent aux cadres provinciaux, ce que nous avons commencé.

De plus, Santé Canada offre aux infirmières travaillant en soins primaires des cours et une formation afin qu'elles aient les habiletés pour fournir des soins en toute sécurité. Dans un certain délai après leur embauche par le gouvernement fédéral, toutes les infirmières doivent suivre un cours de formation en soins primaires élargis. Santé Canada s'assure aussi que le personnel infirmier en région éloignée et isolée a, en tout temps, un accès direct, par téléphone ou par vidéoconférence, à un médecin pour discuter des diagnostics et des traitements et pour autoriser le traitement, comme les médicaments d'ordonnance.

Nous mettons aussi en oeuvre les recommandations issues d'une étude interne sur les modèles de prestation des services de santé dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations qui viendront étayer l'harmonisation avec les dispositions législatives provinciales du champ d'activités des professionnels de la santé en soins primaires. Parmi les mesures qui sont mises en place, notons la mise en oeuvre d'équipes de santé interdisciplinaires travaillant en collaboration; l'ajout de fournisseurs qui ne font actuellement pas partie des équipes de soins primaires, comme les techniciens en radiologie et les techniciens en pharmacie; la présence accrue d'infirmières praticiennes et, enfin, l'utilisation accrue des services de cybersanté.

En conclusion, Santé Canada continuera d'entreprendre des activités portant sur les questions liées au champ d'activités afin d'améliorer la santé des communautés des Premières Nations. Quant au rôle plus général de Santé Canada, je désire souligner que nous allons continuer de collaborer avec les provinces et les territoires et de favoriser l'échange de connaissances et pratiques exemplaires afin d'appuyer leurs efforts en vue d'optimiser les champs d'activités des professionnels de la santé.

Merci beaucoup.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Gillis. Très bien; nous savons que vous prenez cela à coeur, car vous êtes la première personne à être étreinte d'émotion pendant son témoignage. Nous

savons que le sujet dont vous avez parlé vous passionne. Merci. Vous avez réussi.

Madame Davies, vous avez sept minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

**Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD):** Merci beaucoup, monsieur le président. J'aimerais souhaiter la bienvenue aux témoins.

Comme vous l'avez entendu, nous venons d'entreprendre notre étude des pratiques exemplaires, des champs de pratique, des ressources humaines en santé, etc. C'est un sujet très vaste; nous commençons à peine à le connaître et à savoir comment l'aborder. Donc, nos questions seront plutôt d'ordre général.

Après avoir écouté chacun des exposés, j'ai deux questions. Premièrement, je dois dire que je suis un peu surprise qu'aucun d'entre vous n'ait mentionné la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé de Santé Canada qui, d'après ce que nous avons compris de la documentation que nous avons demandée, est en quelque sorte le document ou la stratégie qui sert de fondement à un engagement pris en 2005, je crois. Cette stratégie définit cinq aspects, dont l'un est la planification et les prévisions concernant les ressources humaines en santé, ce qui nous amène directement à la question de la répartition des pénuries de personnel, soit de savoir de quelle façon elles touchent les régions ou les collectivités éloignées.

Je crois que ma question est la suivante: qui est chargé de cette tâche? Qui est chargé de la planification et des prévisions? Je peux vous dire que lorsque nous — je suppose qu'il en va de même pour tous les membres du comité — rencontrons des représentants de diverses associations professionnelles, qu'il s'agisse des infirmières, des psychologues, des ergothérapeutes ou d'une autre profession, la question de la disparité et de la pénurie refait toujours surface, selon l'endroit où l'on se trouve, mais particulièrement dans les collectivités éloignées et les collectivités du Nord. De toute évidence, il s'agit d'un problème important qui a été cerné dans l'Accord sur la santé de 2004. Ma première question vise à savoir si les divers ministères avec lesquels vous travaillez à l'échelle fédérale connaissent cette stratégie. Votre ministère collabore-t-il avec d'autres ministères? Elle devrait aussi toucher les provinces et territoires; elle n'a pas seulement un rôle à l'échelle fédérale. J'aimerais simplement savoir si vous savez qui en est responsable. Travaillez-vous avec ces gens? C'est une question à laquelle vous pourriez tous répondre.

La deuxième question — je vais tenter de faire vite — est la suivante. Madame Brenning, j'ai vraiment aimé votre exposé. Il y a un paragraphe que vous n'avez pas lu, et je ne sais pas si vous l'avez sauté ou si vous ne vouliez pas le lire, mais je pense qu'il était bien. On y lit que « les soins de santé doivent faire partie d'un vaste continuum, qui englobe les activités de la vie quotidienne, le soutien moral et les interventions médicales plus complexes ». Cela se trouve au bas de la page 6. On nous a déjà indiqué que 80 % des détenus ont des problèmes de toxicomanie. C'est manifestement une préoccupation importante. Je voulais vous demander si le Service correctionnel du Canada a recours à une approche de réduction des méfaits — programmes d'échange de seringues ou de méthadone, par exemple — pour examiner la question de la toxicomanie d'un point de vue multidisciplinaire, ce qui permet une réduction réelle du risque et du tort causé aux détenus concernés, en particulier ceux qui consomment des drogues. Si vous pouviez en parler, ce serait très utile.

Ce sont les deux questions. Je suis désolée d'avoir pris autant de temps.

• (0920)

**Mme Debra Gillis:** Monsieur le président, j'aimerais répondre à la première question au sujet de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé. Oui, Santé Canada connaît très bien cette stratégie. Nous sommes très fiers du travail que nous avons accompli au fil du temps avec les provinces et territoires pour élaborer cette stratégie.

Cela n'a peut-être pas été bien compris en raison de ma quinte de toux, mais parmi les travaux dirigés par Santé Canada — en fait, nous en assurons la coprésidence avec la province du Manitoba —, il y a le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. Ce comité, dont le travail est fondé sur la Stratégie en matière de ressources humaines en santé, présente des rapports directement aux sous-ministres de la Santé. Les provinces travaillent en étroite collaboration avec le gouvernement fédéral dans des domaines comme la planification, l'évaluation des besoins en service de santé et l'échange de renseignements.

**Mme Libby Davies:** Madame Gillis, y a-t-il un rapport que nous pourrions étudier? Cela dure depuis 2005. Existe-t-il des rapports de surveillance ou des rapports d'évaluation que nous pourrions consulter? Cela nous aiderait vraiment à déterminer ce qui s'est produit ou à savoir à quel endroit il existe toujours des lacunes. Si vous pouvez nous indiquer quelque chose...

**Mme Debra Gillis:** Absolument. Je me ferai un plaisir de m'assurer que les rapports présentés par le groupe, comme les rapports publics, vous sont fournis.

Vous avez aussi parlé de planification. Dans le cadre de son travail, le comité s'est longuement attardé à la modélisation des soins de santé, par rapport au nombre d'infirmières, par exemple. L'autre aspect, c'est que l'on a aussi accordé une grande attention à la planification en santé, à la planification de la main-d'oeuvre et à la distribution des travailleurs de la santé dans l'ensemble du Canada. L'Institut canadien d'information sur la santé produit régulièrement des rapports sur la planification de la main-d'oeuvre en santé. Il y a deux ou trois ans, il a publié un rapport que vous trouverez très intéressant, à mon avis.

**Mme Libby Davies:** Madame Brenning.

**Mme Michele Brenning:** Je vais commencer par votre première question, à laquelle Santé Canada a aussi répondu. Nous comptons certainement sur le leadership de Santé Canada, mais d'un point de vue strictement opérationnel, avec nos 2 400 professionnels de la santé, nous sommes un employeur plutôt petit.

Notre planification opérationnelle est très détaillée. Chacune des cinq régions a un plan opérationnel en matière d'embauche. Nous savons que nous avons constamment besoin d'infirmières dans la région des Prairies. Nous avons un processus ouvert qui nous permet d'évaluer continuellement les infirmières qui souhaiteraient travailler pour le Service correctionnel du Canada. La région des Prairies est l'une des régions où l'on observe une pénurie d'infirmières.

Nous avons des besoins qui varient selon l'éloignement de nos établissements. Par exemple, Grande Cache est un endroit où nous avons habituellement de la difficulté à recruter des professionnels de la santé. Nous manquons de psychologues, mais dans l'ensemble, nous avons d'assez bons résultats sur le plan du recrutement des professionnels de la santé.

Pour répondre à votre deuxième question, la réponse est: oui. Je vous remercie de l'avoir souligné. Il s'agit d'un paragraphe qui portait sur le chevauchement des champs de pratique. Nous avons traité de

ce point plus tôt, mais pour répondre à votre question de façon très précise, nous avons en effet des programmes de réduction des méfaits. Cela englobe l'utilisation de trousses de désinfection à l'eau de Javel et d'autres mesures de ce genre. Nous n'avons pas de programmes d'échange de seringues.

En ce qui concerne un programme de méthadone, nous en avons un et il est très rigoureux. Il s'agit d'une approche d'équipe interdisciplinaire. Essentiellement, nous offrons les services d'un médecin, d'une infirmière et le spécialiste en counselling, et ce programme fait l'objet d'une surveillance continue.

Donc, oui, ce programme est en place.

• (0925)

**Mme Libby Davies:** Est-ce...?

Très bien, monsieur le président. Merci.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Lunney. Vous avez sept minutes.

**M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être ici aujourd'hui alors que nous entreprenons cette importante étude sur les champs de pratique. Nous voulons savoir où en est Santé Canada quant à la gestion des processus d'évaluation des ressources humaines en santé au sein des établissements fédéraux, etc.

Colonel MacKay, vous avez décrit le modèle des soins primaires du MDN. Vous avez indiqué que l'équipe de soins de santé primaires est formée de personnel réglementé et non réglementé, et d'autres témoins ont donné une liste très exhaustive de professionnels. Si je reviens aux militaires, dans un premier temps, je trouve qu'il est un peu étrange que la troisième plus importante profession de soins primaires ne soit pas représentée dans l'une ou l'autre des équipes dont vous avez parlé aujourd'hui. J'aimerais en savoir plus à ce sujet.

Le Canada compte environ 75 000 médecins. Il y a environ 19 000 dentistes dans le secteur des soins primaires. Il y a 8 400 chiropraticiens au Canada; il s'agit d'un très important groupe de professionnels réglementés. Je trouve étrange que la troisième plus importante profession de soins primaires ne soit pas représentée lorsque l'on parle de pénurie de ressources humaines.

Colonel MacKay, je sais que les chiropraticiens ont récemment témoigné devant le Comité permanent de la défense nationale au sujet de leur représentation au sein des Forces. Il est reconnu que les chiropraticiens offrent les soins les plus rentables et les plus efficaces pour le traitement des lombalgies. Aux États-Unis, les chiropraticiens font partie de l'équipe de soins de santé intégrés dans 51 bases militaires.

Y a-t-il un obstacle qui empêche les chiropraticiens de participer à la prestation de soins primaires — du moins en tant que membres de l'équipe intégrée — pour régler les problèmes musculosquelettiques dans les bases militaires? Je crois comprendre que 53 % des libérations pour raisons de santé sont liées à des problèmes musculosquelettiques.

Pourriez-vous répondre à cette question?

**Col Hugh MacKay:** Je vous remercie de la question.

Nous n'avons pas dit que le chiropraticien fait partie de l'équipe intégrée à notre modèle clinique, mais nous avons régulièrement accès à des soins chiropratiques par l'entremise de la communauté civile pour le personnel souffrant de douleurs musculo-squelettiques.

Vous avez tout à fait raison en ce qui concerne la question des lombalgies, et récemment, nous nous sommes réunis en groupe de travail durant une semaine pour nous pencher sur l'élaboration d'un cheminement clinique sur la lombalgie, car c'est une question très importante pour nous. Nous avons invité l'Association chiropratique canadienne à participer à cette activité. Nous cherchons maintenant des occasions d'effectuer un essai clinique afin d'intégrer davantage les soins chiropratiques à notre modèle clinique. Je ne crois pas qu'il y ait d'obstacles particuliers qui nous empêchent de le faire. Nous envisageons actuellement de constituer une base de données probantes afin de pouvoir poursuivre la collaboration avec les chiropraticiens.

● (0930)

**M. James Lunney:** Je comprends. Ce sont probablement le modèle intégré et la collaboration qui vous poseraient problème, car l'efficacité clinique des soins chiropratiques en ce qui concerne la lombalgie est bien établie. Je pourrais vous citer l'exemple du rapport Manga, qui remonte à 1993 dans cette province. Ce rapport a été préparé par un économiste ici, à l'Université d'Ottawa. Il s'est penché sur la question et, à l'époque, il a conclu qu'à elle seule, l'Ontario pouvait économiser 100 millions de dollars en choisissant d'avoir recours aux soins chiropratiques, car il existait des données probantes à ce sujet grâce à la Collaboration Cochrane, entre autres.

Je suis heureux que vous soyez disposés à adopter ces modèles. Un chiropraticien ayant présenté un exposé au MDN a dit avoir proposé d'offrir des services dans cinq bases. Ils seraient offerts pour permettre de poursuivre les études sur l'intégration de ces services. Je me réjouis que vous vous penchiez là-dessus.

La même question pourrait s'appliquer au Service correctionnel du Canada. Pour ne rien vous cacher, j'ai été chiropraticien durant 24 ans dans deux provinces, et l'un de nos collègues d'en face est aussi chiropraticien. Nous avons évidemment un parti pris à cet égard, mais comme j'ai offert ces services durant 24 ans, je suis tout à fait convaincu de leur efficacité clinique, et je m'étonne que d'autres n'aient pas profité de cette occasion dans le Nord. Je suis allé faire une consultation pour le Service correctionnel dans l'une de nos prisons locales, de compétence provinciale, et en plus de mon patient, il y avait beaucoup de gens qui auraient voulu recourir à mes services.

Je me demande simplement, alors que vous faites appel à toutes sortes de professions réglementées et que Santé Canada vous envoie des professionnels non réglementés et même des techniciens médicaux et des auxiliaires médicaux en formation, pourquoi vous ne faites pas appel à quelqu'un qui travaille dans un domaine hautement réglementé, qui est très instruit — jusqu'à sept ans d'études postsecondaires — et pourquoi vous n'envisagez pas d'utiliser ces ressources au Service correctionnel du Canada. Y a-t-il des modèles avec lesquels vous travaillez?

**Mme Michele Brenning:** Je vais simplement revenir à notre mandat en vertu de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, qui est de veiller à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels. Notre cadre des soins de santé essentiels définit les services de santé essentiels pour les détenus sous responsabilité fédérale. Nous utilisons un système d'aiguillage. Autrement dit, si un médecin détermine qu'il existe un besoin, par exemple, en orthophonie ou en physiothérapie, nous faisons appel aux spécialistes appropriés. Je n'ai pas parlé de l'orthophonie ni de la physiothérapie, mais je sais que nous aiguillons les personnes vers ces services au besoin.

**M. James Lunney:** J'ai remarqué que vous recommandez notamment des champs de pratique souples qui permettent de former selon une norme reconnue, au-delà des limites du champ de pratique. Encore une fois, quand il est question des collectivités nordiques, où il est difficile d'envoyer des gens, lorsqu'on peut envoyer une infirmière praticienne, c'est très bien, mais si on avait une infirmière là-bas, ainsi qu'un chiropraticien ayant beaucoup d'expérience pour aider à régler les problèmes... Les collectivités des Premières Nations, en général, sont un peu moins axées sur les médicaments et elles les gèrent peut-être moins bien que d'autres populations. Serait-il possible de faire appel à ces ressources dans les collectivités nordiques éloignées, où il est difficile d'attirer des médecins?

**Mme Debra Gillis:** C'est une question intéressante, monsieur le président.

Actuellement, comme vous pouvez l'imaginer, la dotation dans les collectivités éloignées et isolées est très complexe et très difficile. Même si dans la plupart des collectivités des Premières Nations du Canada, comme je l'ai dit, nous avons le mandat d'offrir des soins de santé publique et communautaires, les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves ou les communautés inuites utilisent le système de santé provincial pour les soins médicaux, dentaires ou même chiropratiques.

C'est par l'entremise de notre programme des services de santé non assurés que nous offrons des services de transport vers ces services ou que nous payons pour les services, comme les services dentaires. Il nous arrive à l'occasion de trouver des médecins et d'autres professionnels de la santé que les infirmiers qui sont prêts à se rendre dans les collectivités éloignées selon un horaire rotatif, en fonction des besoins de la collectivité. Je ne saurais vous dire si un chiropraticien y est déjà allé, mais je sais que des médecins s'y rendent occasionnellement. Nous payons leurs frais de déplacement, et ils facturent le système de santé provincial en raison de l'universalité des services médicaux dans le système de santé.

Nous fournissons parfois d'autres services spécialisés ou services dentaires, mais le plus souvent, les gens sont transportés à l'extérieur de leur collectivité pour avoir accès au système de santé provincial. Parfois, nous avons aussi recours à des techniciens dentaires de niveau intermédiaire et à des thérapeutes dentaires, sous la direction d'un dentiste, pour fournir des services dans les collectivités éloignées. Il y a différentes façons de procéder.

● (0935)

**Le président:** Merci, madame Gillis.

C'est au tour de M. Scarpaleggia. Allez-y, monsieur.

**M. Francis Scarpaleggia (Lac-Saint-Louis, Lib.):** Merci, monsieur le président. C'est un plaisir d'être de retour, même si c'est seulement pour cette fois-ci.

Je trouve cette discussion très intéressante.

Colonel MacKay, j'essaie de comprendre de quelle façon est conçu votre système de santé, qui est propre à la Défense nationale. Il y a des médecins dans les bases ou à proximité des bases militaires. En cas d'urgence, ou pour un cas complexe, le personnel militaire est envoyé dans un hôpital provincial. Il n'y a plus d'hôpitaux de la Défense nationale ni d'hôpitaux pour les anciens combattants; vous collaborez étroitement, mais il se peut qu'un médecin examine d'abord le militaire, puis l'envoie dans un hôpital — ou même doive le faire transporter par voie aérienne, si la base est loin d'un hôpital. Est-ce bien cela?

**Col Hugh MacKay:** Oui.

Le fait est que nous n'avons pas d'hôpitaux fixes au Canada actuellement. Si un patient a besoin de soins d'urgence, il peut être vu d'abord par l'un de nos cliniciens sur la base. Il peut s'agir d'un médecin, d'un infirmier praticien ou d'un auxiliaire médical qui évalue le patient et détermine si un niveau de soins supérieur est requis; si tel est le cas, il peut aiguiller le patient vers un hôpital civil local. Nous travaillons en étroite collaboration, au niveau local, avec ces établissements de soins de santé afin de faciliter le plus possible le processus de transfert. Il peut aussi arriver, toutefois, qu'un militaire se trouve à la maison durant la fin de semaine et qu'il ait un accident, qu'il appelle le 911 et qu'une ambulance civile aille le chercher et le transporte automatiquement dans un hôpital civil.

**M. Francis Scarpaleggia:** C'était ma prochaine question. Qu'arrive-t-il si la personne travaille au Quartier général de la Défense nationale, mais ne vit pas à Ottawa ou près du MDN? Elle peut vivre à Montréal, par exemple, ou ailleurs.

En ce qui concerne les militaires atteints du TSPT, comment gérez-vous la situation? Je sais que dans ma circonscription, nous avons l'Hôpital Sainte-Anne, qui a une unité pour les personnes atteintes de TSPT. Je ne crois pas que ce soit seulement pour les anciens combattants. Ce pourrait être pour le personnel du MDN qui n'a pas encore quitté les Forces, n'est-ce pas?

**Col Hugh MacKay:** Je ne sais pas si nous utilisons cet établissement pour nos patients atteints de TSPT. Normalement, pour le trouble de stress post-traumatique, en raison de la nature de la maladie, nous essayons de faire soigner les gens le plus près possible de leur domicile et de leur réseau de soutien familial.

**M. Francis Scarpaleggia:** Ils travaillent principalement avec le système de soins de santé provincial.

**Col Hugh MacKay:** Si le patient a besoin d'être hospitalisé pour recevoir des soins, alors nous arrangeons cela avec les hôpitaux civils locaux dans la province de résidence du patient.

**M. Francis Scarpaleggia:** Mais lorsqu'il s'agit de consultations auprès d'un psychiatre, par exemple, faites-vous appel à un psychiatre militaire ou dirigez-vous la personne vers le système de soins de santé provincial?

**Col Hugh MacKay:** À l'heure actuelle, nous avons des psychiatres militaires et des psychiatres civils qui travaillent dans nos cliniques de santé mentale ou dans nos centres de soins pour trauma et stress opérationnels. Nous avons sept centres destinés spécialement à traiter les traumatismes liés au stress opérationnel comme le trouble de stress post-traumatique, où travaillent des psychiatres militaires et civils.

**M. Francis Scarpaleggia:** Mais cela relève uniquement de la Défense nationale. Vous ne faites pas appel au système de soins de santé provincial à moins qu'un patient doive être hospitalisé.

• (0940)

**Col Hugh MacKay:** C'est de cette façon que nous procédons. Nous les examinons dans nos cliniques, mais certains patients doivent être hospitalisés, et nous nous arrangeons alors pour les faire admettre dans un hôpital civil.

**M. Francis Scarpaleggia:** Merci beaucoup.

Madame Brenning, j'ai déjà siégé au Comité de la sécurité publique, et nous nous sommes évidemment penchés sur les problèmes de santé mentale dans les pénitenciers. On nous répondait toujours — comme vous venez d'ailleurs de le faire aujourd'hui — qu'il y a effectivement des psychologues et des travailleurs sociaux

dans le système. Mais comment pouvons-nous être certains que c'est suffisant? C'est une chose de dire que nous avons toutes ces ressources, mais c'en est une autre d'affirmer qu'il n'en manque pas? Répond-on à la demande? Arrive-t-il qu'un patient qui devrait être soigné par un psychologue le soit plutôt par un travailleur social? Les chiffres indiqueraient alors qu'on s'occupe de son problème, mais ils ne nous permettraient pas de savoir si on le fait de la meilleure façon possible. Comment pouvons-nous en être certains?

Je suppose que c'est la même chose pour chacun de vous qui représentez un service. Nous savons qu'il y a du personnel disponible, mais comment pouvons-nous savoir s'il en manque, s'il en faut plus? Comment pouvons-nous savoir si nous devons investir davantage pour optimiser les soins offerts? Y a-t-il des rapports ou des évaluations disponibles? Je doute que le gouvernement veuille publier un rapport qui dit que nous avons des professionnels de la santé mentale dans le système carcéral, mais qu'il n'y en a pas vraiment assez? À quel endroit allons-nous trouver cette information?

Nous pourrions peut-être commencer avec vous, madame Brenning.

**Mme Michele Brenning:** Oui.

Je pourrais peut-être vous donner une idée générale de ce que nous faisons pour notre clientèle. À partir du moment où un patient est admis, une évaluation de 24 heures de ses besoins en santé physique et mentale est effectuée par le personnel infirmier. Ces mêmes besoins sont ensuite réévalués sur une période de 14 jours, et nous faisons un examen plus approfondi avant de diriger le patient vers un professionnel compétent, qu'il s'agisse d'un psychologue ou d'un membre d'une équipe interdisciplinaire.

Au sein de la population carcérale, à peu près 47 % des hommes reçoivent des services de santé mentale, par rapport à environ 75 % des femmes. Ils sont donc très nombreux à en bénéficier.

Pour vous donner une idée — et vous avez peut-être déjà fait le tour de la question dans le cadre de vos travaux —, nous avons cinq centres de traitement régionaux qui sont équipés de lits et visés par les lois provinciales sur la santé mentale, excepté pour ce qui est du Québec où le système est légèrement différent, mais ce sont tous des hôpitaux désignés en vertu de la loi. Ils sont également agréés par Agrément Canada, tout comme nos cinq hôpitaux de santé physique régionaux. Nous avons donc un certain nombre de mécanismes en place pour évaluer et traiter les patients, ainsi que l'infrastructure pour répondre à leurs besoins.

**M. Francis Scarpaleggia:** Nous entendons constamment dire qu'il n'y a pas assez de psychologues dans le système, mais je vous remercie d'avoir répondu à cette question.

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

Monsieur Young, allez-y.

**M. Francis Scarpaleggia:** Merci.

**M. Terence Young (Oakville, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je vous remercie tous d'être ici aujourd'hui.

Colonel MacKay, j'aimerais vous poser une question au sujet des services médicaux que vous offrez. Vous savez sûrement que les antidépresseurs sont un des médicaments les plus souvent prescrits aux membres des forces armées; c'est sans aucun doute vrai aux États-Unis. En Iraq, un soldat américain sur quatre en prend. L'armée carbure aux antidépresseurs, mais ces médicaments peuvent entraîner toutes sortes d'effets indésirables, qui peuvent notamment mener au suicide et à d'étranges actes de violence.

J'ai regardé votre liste de médecins, et elle ne comprend pas de naturopathes. J'ai personnellement eu une expérience positive et obtenu des résultats concrets et remarquables après en avoir consulté un pendant trois ans. C'est une thérapie sans médicament, et il n'y a donc pas d'effets indésirables. Arrive-t-il à l'armée de recommander les services d'un naturopathe dans le cadre d'un traitement?

**Col Hugh MacKay:** À l'heure actuelle, nous n'employons pas de naturopathes pour soigner nos militaires.

Les Forces canadiennes suivent un programme de soins éprouvés. Cela dit, nous sommes certainement disposés à examiner les données probantes disponibles pour déterminer si nous devons appuyer ou non certains types de soins.

• (0945)

**M. Terence Young:** Envisageriez-vous un projet pilote?

**Col Hugh MacKay:** Je ne suis pas prêt à prendre d'engagement pour l'instant.

À l'heure actuelle, l'Institut Canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans examine les traitements en santé mentale fondés sur des données probantes...

**M. Terence Young:** Je pensais également à la santé physique.

**Col Hugh MacKay:** Pardon?

**M. Terence Young:** Je parlais également de la santé physique, pas seulement de la santé mentale.

Je comprends que la seule suggestion d'un membre de notre comité n'est pas suffisante pour que vous soyez disposé à examiner la question, mais s'il y avait des données probantes, seriez-vous éventuellement prêt à le faire?

**Col Hugh MacKay:** À partir du moment où des preuves à l'égard d'une certaine méthode de traitement s'accumulent, nous sommes prêts à déterminer si la méthode en question peut contribuer au bien-être des membres des forces armées.

**M. Terence Young:** Une de vos observations sur la mise en oeuvre d'un système pancanadien de dossiers de santé électroniques par le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes m'a particulièrement intrigué. J'en suis particulièrement emballé, parce que je suis Ontarien et que, dans ma province, le gouvernement McGuinty-Wynne a gaspillé 1 milliard de dollars pour essayer de développer un système analogue. Un milliard presque en pure perte.

Des provinces vous ont-elles demandé d'examiner votre système? Quelqu'un a-t-il dit: « Voilà quelque chose qui fonctionne: pouvons-nous y jeter un coup d'oeil? Peut-être que ça marchera en Ontario? »

**Col Hugh MacKay:** Nous n'avons pas été particulièrement approchés par une province. Mais nous participons, bien sûr, avec la dirigeante principale de l'information du Conseil du Trésor aux travaux d'un comité qui examine, du point de vue fédéral, l'application des dossiers de santé électronique. Le comité examine nos dossiers de santé et il essaie d'en dégager les leçons que nous avons tirées dans leur mise en oeuvre.

**M. Terence Young:** Est-ce que ces dossiers de santé suivent le personnel au fil de ses déplacements, du lieu d'une affectation à l'autre?

**Col Hugh MacKay:** Nous pouvons consulter le dossier de chaque soldat depuis n'importe quelle de nos bases, y compris outre-mer.

**M. Terence Young:** Le personnel médical autorisé peut accéder à ces dossiers.

**Col Hugh MacKay:** L'accès aux différentes parties du dossier de santé est assujéti à des règles très strictes, mais, effectivement, le personnel autorisé d'une base peut accéder au dossier.

**M. Terence Young:** Cela semble fantastique.

Debra Gillis, merci d'être ici.

Autorisez-vous ou appuyez-vous la naturopathie chez les Premières Nations ou dans vos secteurs de responsabilité?

**Mme Debra Gillis:** Pour le moment, par l'entremise de notre programme des services de santé non assurés, la naturopathie n'est pas autorisée à faire partie...

**M. Terence Young:** Et pourquoi?

**Mme Debra Gillis:** Nous avons un comité de pharmacothérapie, et, comme mon collègue l'a dit, nous examinons... À mesure que les faits s'accumulent, nous proposons... nous sommes donc dans la même situation.

**M. Terence Young:** Qui fait partie de ce comité? Des médecins?

**Mme Debra Gillis:** Divers professionnels, médecins, scientifiques, pharmaciens. C'est très diversifié.

**M. Terence Young:** Dans une réserve, j'ai observé que le rôle des infirmières praticiennes a pris de l'importance dans les communautés éloignées, ce qui, d'après moi, est une excellente idée. Que peut faire un médecin, en pratique médicale, qu'une infirmière praticienne ne pourrait pas faire dans une communauté éloignée?

**Mme Debra Gillis:** Oh là là! C'est une question très large qui revient à demander ce qu'une infirmière praticienne peut faire, par opposition à un médecin.

Franchement, je n'ai pas de réponse détaillée toute prête, mais le médecin peut appliquer davantage de procédés invasifs que, bien sûr, l'infirmière praticienne. L'infirmière praticienne est limitée aux diagnostics et à la prescription d'une certaine gamme de médicaments qui n'est pas aussi large que celle que peut prescrire le médecin.

**M. Terence Young:** L'infirmière praticienne peut-elle prescrire des opioïdes toxicomanogènes?

**Mme Debra Gillis:** D'après la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, l'infirmière praticienne peut prescrire ces médicaments contrôlés s'ils sont autorisés dans la réserve, si elle travaille dans la réserve ou pour le gouvernement fédéral et si la province l'autorise.

Ainsi, par exemple, en Ontario, si, en théorie, cette loi autorise les infirmières praticiennes à prescrire des médicaments contrôlés, jusqu'ici, la province ne l'a pas autorisé. Une infirmière praticienne au service de Santé Canada ne peut pas en prescrire en Ontario, mais c'est autorisé en Colombie Britannique.

• (0950)

**M. Terence Young:** Vous avez parlé de la promotion de l'échange entre experts sur l'optimisation des champs d'activités, ce qui semble très intéressant. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

**Mme Debra Gillis:** En général, cette activité rassemble dans un cadre confortable diverses personnes qui sont libres d'exprimer ce qu'elles pensent sur un sujet donné. Elles peuvent communiquer énormément d'informations. Cela vise à présenter plus de détails, plus d'opinions, plus de sujets de réflexion. Les Instituts de recherche en santé du Canada ont imaginé cette solution pour certaines questions difficiles auxquelles nous devons répondre.

**Le président:** Votre temps est écoulé. Merci.

**M. Terence Young:** Merci.

**Le président:** La parole est maintenant à M. Morin. Monsieur Morin, si j'ai bien compris, vous partagerez votre temps avec Mme Morin.

Allez-y.

[Français]

**M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD):** Merci beaucoup.

Ma question s'adresse à Mme Gillis.

Ce matin, le journal *Le Devoir* publiait un article intitulé « Québec veut rapatrier d'Ottawa les enveloppes du secteur de la santé ». M. Alexandre Cloutier, ministre délégué aux Affaires intergouvernementales canadiennes, doit souvent vous parler de revendications. Pour ma part, j'ai appris, à la lecture de cet article, des choses que je ne savais pas. J'aimerais que vous fassiez des commentaires à ce sujet.

Selon cet article, le gouvernement fédéral dépense 210 millions de dollars par année en santé au Québec. Je suppose que cet argent vient surtout de Santé Canada. Dans un rapport de 120 pages, MM. Lalumière et Malouin soulignent que le gouvernement fédéral dépense cette somme pour des « activités de promotion ou de prévention, de financement de services de traitement ou de réadaptation ».

Si ces 210 millions de dollars réclamés par Québec proviennent bel et bien de votre ministère, quelles conséquences ce rapatriement aurait-il sur celui-ci? La mission de votre ministère est de faire la promotion de la santé partout au pays. Quelles conséquences cela aura-t-il sur vos campagnes de prévention pancanadiennes?

[Traduction]

**Mme Debra Gillis:** Vous avez posé un certain nombre de questions sur un certain nombre de sujets qui ne concernent pas le sujet de l'étude aujourd'hui. Si vous n'y voyez pas d'objection, je préférerais répondre à ces questions plus précisément par écrit, si vous le souhaitez, pour que nous puissions tout à fait en comprendre la portée.

**M. Dany Morin:** Pas de problème. Ce n'est pas une question piège. C'est simplement que dans le journal de ce matin, un article portait sur les dépenses de Santé Canada dans l'ensemble du pays. Je veux m'assurer que ma collègue disposera de tout le temps voulu pour poser ses questions. Isabelle.

[Français]

**Mme Isabelle Morin (Notre-Dame-de-Grâce—Lachine, NPD):** Merci beaucoup.

Monsieur MacKay, votre présentation mentionne ceci: « Était donné que nous allons partout au pays, nous éprouvons des

difficultés quant aux champs d'activité de certains professionnels agréés, car les conditions ne sont pas uniformes parmi les compétences provinciales. »

Avez-vous des pistes de solution? Y a-t-il une façon de contourner cette difficulté ou n'y a-t-il rien à faire?

• (0955)

[Traduction]

**Col Hugh MacKay:** Nous avons, bien sûr, discuté quelque temps, à la table des ressources humaines en santé, de l'uniformisation des champs d'exercice et du système de délivrance des permis d'exercer, pour permettre la mobilité entre les provinces et les territoires. Bien que cela présente des difficultés, je crois que ça en vaut la peine, parce que cela pourrait remédier aux difficultés ou aux frictions qui peuvent découler de l'existence de différents champs d'exercice entre les provinces ou les territoires.

[Français]

**Mme Isabelle Morin:** Les associations professionnelles sont-elles ouvertes à cela actuellement? Le dialogue enclenché est-il bon ou est-il plus ou moins ardu?

[Traduction]

**Col Hugh MacKay:** À ce que je sache, le problème ne vient pas des associations professionnelles. Je les crois bien disposées, mais les normes sont fixées par les organismes provinciaux de réglementation. Il s'agit de les amener à s'entendre sur ce que les praticiens sont autorisés à faire.

[Français]

**Mme Isabelle Morin:** C'est bon, je vais attendre le prochain tour. Merci.

[Traduction]

**Le président:** Merci.

Monsieur Wilks, vous disposez de cinq minutes.

**M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC):** Merci, monsieur le président. Merci aux témoins d'être ici.

Je pense que je vais projeter un éclairage un peu différent sur la question.

Colonel, mon fils, qui est dans l'armée, a été déployé en Afghanistan et en est revenu. Je suis moi-même retraité de la GRC. Vous devrez donc faire attention à la réponse que je lui ai donnée à son retour, alors qu'il se plaignait de douleurs lombaires basses. Je lui ai essentiellement dit d'avalier la pilule. Je reconnais cependant que ce n'est pas si simple, parce que, d'après moi, nous omettons parfois de reconnaître la tâche accomplie par nos soldats outre-mer et les lourdes charges qu'ils doivent porter.

Je tenais à suivre le filon des questions de M. Lunney, sur la chiropratique, une piste, il me semble, que les Forces canadiennes gagneraient à explorer. Cela a certainement aidé beaucoup de patients.

De ce point de vue et comme vous avez mentionné, dans votre déclaration préliminaire, que vous suivez le modèle de la clinique de soins primaires, j'en déduis qu'il est possible de faire appel aux types de médecines qui ne font pas normalement partie de ce que nous appelons le modèle traditionnel.

Quant à ma question, et je sais que vous ne pouvez pas y répondre ici, aujourd'hui, mais je crois que les Forces canadiennes ont la possibilité de s'écarter du modèle habituel des soins de santé, la voici: pourriez-vous nous en dire un peu plus, particulièrement sur les blessures qu'on n'associe pas normalement aux douleurs chroniques? Nous considérons les maux de dos comme un problème temporaire plutôt que chronique.

Je sais que c'est difficile à voir de cette façon, mais je pense que je le vois sous l'angle des soins de santé primaires. Dans ma communauté, tous les services médicaux sont centralisés, et l'un d'eux est la chiropratique. Est-il possible, alors, pour les Forces canadiennes d'envisager le problème aussi de cette manière?

**Col Hugh MacKay:** Comme j'ai dit plus tôt, j'aimerais affirmer que rien ne s'oppose vraiment aux soins de chiropratique. Effectivement, nous y avons accès. Quand j'étais médecin à Shilo, au Manitoba, je dirigeais régulièrement mes patients qui souffraient de lombalgie basse vers un excellent chiropraticien de Brandon, parce que je voulais le bien de mes soldats. Je sais donc que, d'un bout à l'autre du pays, des médecins font appel à la chiropratique.

L'étude dont j'ai parlé envisage de modifier un peu le modèle. Actuellement, le modèle en vigueur est celui de l'unité de prestation de soins de santé, que j'ai décrit un peu plus tôt, et, pour les soins de chiropratique, nous dirigeons nos patients vers l'extérieur. Quant à savoir s'il existe une meilleure façon d'intégrer le chiropraticien dans cette équipe et si cela peut produire d'autres bienfaits que ceux que donne la méthode actuelle d'accès aux soins de chiropratique, nous dépouillons constamment les publications médicales pour découvrir la meilleure façon de soigner nos soldats.

Nous sommes disposés à adopter des soins qui sont confortés par les faits, quand ces faits sont portés à notre attention. Nous faisons nous-mêmes de la recherche pour découvrir des faits nouveaux, particulièrement par l'entremise de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, que nous avons aidé à mettre sur pied pour examiner les problèmes propres au personnel et aux vétérans des Forces canadiennes.

● (1000)

**M. David Wilks:** Merci.

Plus tard, dans votre déclaration préliminaire, vous avez mentionné une « plateforme de mesure du rendement ». Pouvez-vous nous en parler un peu plus? Je voudrais comprendre de quoi il s'agit dans le contexte d'aujourd'hui.

**Col Hugh MacKay:** Le groupe de services de santé possède une petite cellule qui examine la mesure du rendement dans toute notre organisation. C'est un programme évolutif. Nous examinons notamment, bien sûr, les délais d'attente, les dates de prochain rendez-vous et des processus pour faire le point sur la prestation des soins de santé. Nous faisons aussi des enquêtes sur la satisfaction de la clientèle pour savoir comment nos soins sont perçus par les membres des Forces canadiennes.

À mesure que nous développons cette mesure du rendement, nous devons commencer à insister davantage sur la mesure des résultats. Quelqu'un a demandé comment on sait à quel moment on en a suffisamment fait. Cela fait partie de l'examen des résultats. C'est

jusqu'à-là, actuellement, que nous essayons de faire évoluer notre plateforme de mesure du rendement.

**M. David Wilks:** Très bien. Merci.

**Le président:** Merci, monsieur Wilks.

[Français]

Madame Morin, vous disposez de cinq minutes.

**Mme Isabelle Morin:** Merci beaucoup.

Je vais changer de sujet.

Madame Gillis, j'ai des questions pour vous. Tout comme mon collègue M. Young vous a posé des questions sur les naturopathes, je vais vous en poser sur les sages-femmes.

Dernièrement, j'ai rencontré des représentantes de l'Association canadienne des sages-femmes et du National Aboriginal Council of Midwives qui m'ont fait part des difficultés qu'elles éprouvaient à pratiquer avec les Premières Nations. On sait que les sages-femmes ont une pratique qui correspond un peu à ce que les Premières Nations recherchent: c'est plus naturel, il y a beaucoup d'accompagnement. Cette profession est de plus en plus en vogue. Plusieurs universités du Canada offrent des cours. Or elles m'ont dit qu'elles avaient de la difficulté à obtenir la classification nécessaire pour pratiquer auprès des Premières Nations.

Avez-vous déjà recommandé au Conseil du Trésor qu'il y ait de nouvelles classifications pour les sages-femmes, afin de leur permettre d'exercer leur profession avec les Premières Nations?

[Traduction]

**Mme Debra Gillis:** Je pense que, de plus en plus, la profession de sage-femme est reconnue. En fait, Santé Canada collabore très étroitement, à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, particulièrement, avec le conseil autochtone national des sages-femmes. Au fil des ans, nous l'avons financé pour faire la promotion de cette profession et pour examiner son travail global.

Nous avons aussi collaboré avec diverses associations de sages-femmes. En fait, en Ontario, grâce à une partie du travail que nous avons réalisé et de concert avec les sages-femmes, nous avons reconnu le rôle des sages-femmes traditionnelles dans les communautés des Premières Nations.

En ce qui concerne votre dernière question, la création d'une nouvelle classification est un sujet très complexe, qui nécessite de nombreuses années de collaboration avec le Conseil du Trésor. Je ne vous cache pas que nous avons plus concentré notre attention sur une classification des infirmières praticiennes, d'autant plus qu'il n'existe pas de classement fédéral de la profession. Il existe une infirmière praticienne en santé communautaire dans le réseau communautaire d'information sur la santé, mais la classification ne dit rien de l'infirmière praticienne. C'est pourquoi, actuellement, nous nous concentrons vraiment sur les infirmières praticiennes.

● (1005)

[Français]

**Mme Isabelle Morin:** Puisqu'il faut tant de temps, ce travail a-t-il été entamé?

Par ailleurs, en avril 2013, le gouvernement fédéral a officiellement lancé

[Traduction]

le programme d'exonération du remboursement des prêts aux étudiants.

[Français]

Comme mon document est en anglais, je vais m'exprimer en anglais. Je vous prie d'excuser mon accent.

[Traduction]

Cela permet aux infirmières et aux infirmières praticiennes de répondre à la pénurie de professionnels de la santé dans plus de 4 200 communautés rurales et communautés éloignées du Canada. Sept universités du Canada offrent un baccalauréat en sciences de la santé, sanctionnant quatre années d'études, dans la profession de sage-femme et, pourtant, des sages-femmes ont été exclues de cette initiative.

Y a-t-il une explication à cela, et y a-t-il moyen d'inclure les sages-femmes dans ce programme?

**Mme Debra Gillis:** En fait, le programme est géré par Emploi et Développement social Canada et non par Santé Canada. C'est auprès de ce ministère que vous devez vérifier la gamme admissible de professions de la santé.

[Français]

**Mme Isabelle Morin:** Pourriez-vous recommander à Emploi et Développement social Canada d'inclure les sages-femmes dans ce programme? Appuyez-vous cette idée?

[Traduction]

**Mme Debra Gillis:** Je pense que nous devrions maintenant commencer par déterminer si, d'abord, elles sont admissibles. Actuellement, je ne suis pas tout à fait sûre que les sages-femmes sont admissibles.

[Français]

**Mme Isabelle Morin:** De quelle façon peut-on savoir si elles sont admissibles? Quel est le processus? Comment pourrais-je aider ce groupe à devenir admissible?

[Traduction]

**Mme Debra Gillis:** Monsieur le président, nous pourrions communiquer le nom du service qui, à Emploi et Développement social Canada, gère ce programme. Cela devrait permettre d'entrer en contact avec lui.

**Le président:** Très bien.

[Français]

**Mme Isabelle Morin:** Je vous en serais reconnaissante.

[Traduction]

**Le président:** Ce sont d'excellentes questions, madame Morin. Je pense, tout à fait à l'intention du comité, que beaucoup de questions entendues aujourd'hui sont pertinentes pour notre étude, pour faire l'effort supplémentaire qui permettra de découvrir la raison d'être de ces barrières et à qui nous devons nous adresser pour corriger la situation.

Monsieur Allen, c'est à votre tour. Normalement, je vous accorderais cinq minutes, mais, hier soir, vous ne m'avez pas permis de vous déjouer et de marquer. Alors que dites-vous de 4 minutes 45 secondes?

**M. Mike Allen (Tobique—Mactaquac, PCC):** Au moins, vous n'êtes pas descendu à moins deux. Merci, monsieur le président. Je vous en suis reconnaissant.

Merci à nos témoins d'être ici.

N'étant pas un membre régulier du comité, je tiens à poser quelques questions qui m'ont tourmenté pendant votre témoignage.

Colonel MacKay, compte tenu de l'étendue du pays et des défis qu'ils présentent, d'un bout à l'autre, vous avez parlé des champs d'exercice. Chacun de vous expose des différences régionales ou provinciales. Quelles régions et quelles provinces procurent le plus de flexibilité pour les capacités d'exercice et les champs d'exercice et lesquelles en procurent le moins?

Vous pouvez tous, s'il vous plaît, répondre...

**Col Hugh MacKay:** Je ne suis pas sûr si, nécessairement, nous les avons évaluées du point de vue de la flexibilité. Je dirai, cependant, que, en général, l'Ontario offre un champ d'exercice assez bien défini que nous sommes souvent en mesure d'examiner et d'utiliser pour aider à formuler, là où nous le croyons nécessaire, nos champs d'exercice. Mais cela ne veut pas dire que nous omettons absolument de tenir compte des autres provinces, quand c'est nécessaire, pour y découvrir des leçons à tirer.

**M. Mike Allen:** Madame Brenning.

**Mme Michele Brenning:** Merci pour la question.

Je ne suis pas sûre que nous aurions considéré la question de cette manière, parce que, d'après moi, cela dépend aussi des diverses professions dont il est question.

Nous avons notamment remarqué que, souvent, le régime québécois exige de nous un effort un peu plus grand de compréhension que celui des autres parties du Canada. Par exemple, notre hôpital psychiatrique situé au Québec ne possède pas ce qu'on appelle des lits de l'annexe I. C'est donc légèrement différent. Le processus de certification des internés en vertu de la Loi sur la santé mentale est légèrement différent. Tout cela pour dire que cela exige un peu plus d'effort de notre part pour comprendre.

J'ajouterai que, dans une assez grande mesure, nous utilisons notamment des descriptions de postes génériques. Par exemple, pour les infirmières, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux. Si le champ d'exercice peut varier d'un bout à l'autre du Canada, le travail que nous exigeons de nos professionnels est uniformisé tout comme nos politiques sous le régime desquelles ils travaillent, nos programmes et nos processus. C'est ainsi que nous introduisons l'uniformisation au Canada.

● (1010)

**Mme Debra Gillis:** Pour le travail que nous faisons, comme l'ont dit mes collègues, il est impossible de pointer une province plus qu'une autre. C'est dans le cadre du programme des infirmières praticiennes spécialisées que nous avons collaboré avec les provinces. Je travaille à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits depuis de nombreuses années, et nous collaborons avec les provinces depuis un bon moment. Plusieurs d'entre elles sont confrontées aux difficultés que pose la prestation de services aux collectivités éloignées. C'est pour cette raison que la Colombie-Britannique, par exemple, a un nouveau certificat qui reconnaît un champ de pratique plus spécialisé, qui est le fruit de notre travail avec la province, les organismes de réglementation et les ordres professionnels dans le domaine de la santé.

La Saskatchewan se dirige vers la même chose. Toutes les provinces veillent à mettre en place des mesures pour reconnaître notamment la profession d'infirmière praticienne spécialisée. Nous ne demandons pas aux infirmières de déborder énormément de leur cadre de pratique et nous ne mettons rien en péril. Il n'y a pas qu'un seul endroit. Nous travaillons sans cesse là-dessus. Les provinces examinent la question en fonction de leur propre situation et nous travaillons avec elles pour trouver une solution qui conviendra à tout le monde.

**M. Mike Allen:** J'ai une question à ce sujet, rapidement.

On parle d'attirer des travailleurs et de les maintenir en poste. Au Nouveau-Brunswick, certaines de nos infirmières choisissent d'aller travailler dans le Maine. Ce n'est pas nécessairement une question d'argent, mais plutôt de souplesse en ce qui a trait à la formation.

Quels sont les éléments clés qui entrent en jeu pour attirer les travailleurs et les maintenir en poste? Quels sont les défis que vous avez à relever précisément à cet égard?

**Mme Debra Gillis:** La plus grande difficulté consiste à recruter des infirmières dans les régions éloignées. Le défi est moins grand pour les infirmières qui travaillent en santé publique. La majorité des infirmières en santé publique travaillent directement pour les Premières Nations. Dans les régions éloignées, l'isolement est certainement un facteur déterminant pour l'embauche et le maintien en poste des infirmières. La rareté des commodités dans bon nombre de ces collectivités pose souvent problème. Cependant, le fait de travailler avec une culture différente a aussi ses attraits. Le rôle plus spécialisé qu'elles sont appelées à jouer attire également beaucoup d'infirmières. Le facteur de l'isolement au travail nous pousse à élargir les équipes interdisciplinaires et à faire appel à des infirmières praticiennes. En moyenne, 30 % des postes d'infirmières sont vacants dans les collectivités éloignées et isolées, et nous devons recourir à des agences contractuelles pour avoir un effectif complet.

**Le président:** Merci beaucoup.

Madame Davies.

**Mme Libby Davies:** Merci beaucoup.

Je suis très heureuse que ma collègue ait parlé de la profession de sage-femme et de ce qui passe avec cela. J'aimerais revenir là-dessus, madame Gillis, pour avoir un peu plus de détails sur le sujet, étant donné que nous avons un peu de temps supplémentaire pour les questions.

Tout d'abord, les soins de santé primaires offerts aux collectivités des Premières Nations et aux collectivités inuites et métisses sont sans contredit de responsabilité fédérale, sur le plan constitutionnel. Beaucoup d'éléments probants démontrent que la profession de sage-femme améliore les résultats de santé des collectivités autochtones. Pour être bien honnête, je ne suis pas entièrement satisfaite de la réponse que vous nous avez donnée. À mon avis, c'est un exemple qui montre très bien qu'élargir le champ d'activité de certains professionnels peut permettre d'offrir des services pratiques, efficaces et économiques qui entraînent de bons résultats pour la santé.

Une association est prête à faire le saut. Elle veut s'engager. Comme vous le dites, c'est une profession qui est de plus en plus reconnue. Quand vous nous dites que vous vous concentrez sur les infirmières praticiennes... En passant, je comprends que c'est une profession aussi très importante. Le gouvernement fédéral a sûrement la capacité de présenter deux demandes de classification d'emploi au Conseil du Trésor. Devons-nous attendre que la classification d'infirmière praticienne soit réglée avant de penser

aux sages-femmes? Il doit y avoir une meilleure réponse que cela. Le comité s'intéresse de près à la question, parce que c'est très simple. Cela permettrait d'obtenir de meilleurs résultats pour la santé des collectivités du Nord et des collectivités éloignées.

Je vous en prie, dites-nous que Santé Canada a recommandé au Conseil du Trésor de se pencher sur cette classification. Est-ce que vous suivez le dossier? Combien de temps faudra-t-il attendre? Quand pensez-vous que ce sera réglé?

• (1015)

**Mme Debra Gillis:** Comme je le disais plus tôt, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits n'a pas encore fait de recommandation concernant la profession de sage-femme. Ce que nous avons fait, cependant... Comme la reconnaissance des services de sage-femme, ou des services d'accompagnement à la naissance près de la maison, est très importante, parce que plutôt que...

**Mme Libby Davies:** Puis-je vous interrompre?

J'aimerais savoir combien de temps cela va prendre. Je sais que vous savez à quel point c'est important, mais quand vous dites que Santé Canada n'a pas encore fait de recommandation à cet effet, dois-je comprendre que le ministère n'envisage pas de le faire dans un avenir rapproché? Est-ce dans vos plans? Pourriez-vous nous donner une idée du temps que cela prendra ou est-ce que ce n'est tout simplement pas prévu pour l'instant?

**Mme Debra Gillis:** Je ne peux pas vraiment vous donner d'échéancier à ce sujet.

**Mme Libby Davies:** Qui pourrait me donner une idée?

**Mme Debra Gillis:** Pour le moment, nous examinons les options possibles pour offrir des services d'accompagnement à la naissance près de la maison.

**Mme Libby Davies:** Cela supposera sans doute une modification de la classification. Si j'ai bien compris, les sages-femmes ne peuvent pas pratiquer leur profession si elles n'ont pas cette classification. Je ne comprends tout simplement pas ce qui pose problème, vu l'importance de la mesure en question. Est-ce que Santé Canada va en faire la recommandation à un moment donné?

**Mme Debra Gillis:** C'est pour cette raison que nous examinons nos options concernant les services d'accompagnement à la naissance près de la maison. Certaines collectivités des Premières Nations sont très peu peuplées, particulièrement dans les régions éloignées. Dans bien des cas, deux infirmières se relaient au poste de soins infirmiers. En fonction de notre capacité — ou de notre incapacité parfois — d'attirer du personnel, nous devons déterminer la portée du travail et le nombre de travailleurs que nous pouvons embaucher. Nous étudions donc les différentes options qui s'offrent à nous dans les collectivités que nous desservons.

**Mme Libby Davies:** Il me semble que le fait d'obtenir une classification permettrait de répondre à ces questions, parce que vous savez alors quelle est la capacité et où les ressources doivent être attribuées. En l'absence de classification, la profession de sage-femme ne fait même pas partie des options envisagées. Je ne comprends tout simplement pas. Je n'arrive pas à m'expliquer pourquoi on ne pourrait pas aller de l'avant. Selon toutes les informations qu'on nous a présentées, les sages-femmes pourraient prêter main-forte aux infirmières praticiennes. Leur contribution permettrait en fait d'élargir le champ de pratique. Il n'y en aurait peut-être pas dans toutes les collectivités, mais cela pourrait être une option si l'obstacle technique que pose la classification pouvait être écarté. Je suis persuadée que nous allons aborder le sujet dans notre étude, mais j'aimerais beaucoup que Santé Canada fasse des démarches en ce sens et que le ministère en fasse une priorité.

**Le président:** D'accord.

Monsieur Lizon.

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

Merci à tous les témoins d'être ici.

Ma première question s'adresse au colonel MacKay.

Comme vous le savez probablement, le comité vient de terminer une étude sur l'utilisation abusive de médicaments d'ordonnance. J'aimerais savoir dans quelle mesure l'utilisation abusive de médicaments d'ordonnance pose problème chez les militaires. De façon générale, qu'est-ce qu'on utilise pour la prise en charge de la douleur? Nous avons appris qu'il y avait un grave problème de surprescription et de surconsommation d'opioïdes. Pouvez-vous dire au comité quel est le champ de pratique dans ce domaine?

**Col Hugh MacKay:** Pardonnez-moi. Pourriez-vous préciser votre question? Quel est le lien avec le champ de pratique?

• (1020)

**M. Wladyslaw Lizon:** Les témoins qui ont comparu devant le comité ont indiqué que les médecins n'avaient pas assez de connaissances à cet égard, et qu'il n'y avait pas d'indications claires concernant la prescription de médicaments. Des témoins nous ont dit qu'une des raisons derrière la surprescription d'opioïdes est que les compagnies pharmaceutiques mènent des campagnes publicitaires très agressives, et c'est une information assez choquante. Qu'est-ce qui est utilisé pour la prise en charge de la douleur au sein de vos troupes?

**Col Hugh MacKay:** Dans le spectre des soins de santé offerts aux Forces canadiennes, il y a toute une gamme de médicaments disponibles, dont des médicaments narcotiques ou non narcotiques contre la douleur. Nous aiguillons aussi les patients vers des services de physiothérapie ou de chiropractie et d'autres services de ce genre pour aider à soulager la douleur. À l'occasion, nous aiguillons les patients vers des cliniques spécialisées dans le traitement de la douleur.

Vous avez parlé des problèmes de surconsommation de médicaments d'ordonnance au sein des forces. Nous menons un sondage aux quatre ans, le Sondage sur la santé et le style de vie, qui recense notamment les déclarations volontaires concernant l'utilisation de médicaments. Dans cette étude, un très faible pourcentage des membres du personnel ont signalé sous le sceau de l'anonymat s'ils ont ou non consommé des médicaments de façon inappropriée. Je n'ai pas les chiffres exacts par coeur, mais un très faible pourcentage des répondants l'ont signalé.

Au nombre des solutions de traitement que nous offrons, nous avons aussi des conseillers en toxicomanie, qui travaillent dans les cliniques de santé mentale et qui sont là pour aider les personnes qui éprouvent des problèmes d'abus de substances, quelles qu'elles soient, qu'il s'agisse de médicaments d'ordonnance ou non.

**M. Wladyslaw Lizon:** Mon collègue vous a posé une question sur les chiropraticiens. On sait que bien souvent les médecins prescrivent des médicaments pour soulager les douleurs lombaires et les maux de ce genre plutôt que d'aiguiller les patients vers des chiropraticiens. C'est peut-être une autre option à envisager pour le traitement de vos troupes. Les statistiques qu'on nous a données indiquent qu'environ 50 % des libérations sont attribuables à ce problème. Est-ce exact?

**Col Hugh MacKay:** Je crois que les libérations pour des raisons médicales sont en majeure partie attribuables à des blessures musculosquelettiques, oui.

**M. Wladyslaw Lizon:** Est-ce un phénomène nouveau ou est-ce que cela a toujours été le cas?

**Col Hugh MacKay:** Depuis que je suis en poste, c'est-à-dire depuis une trentaine d'années, les blessures ou les troubles musculosquelettiques sont principalement en cause dans les libérations. Nos soldats doivent travailler dans des conditions très difficiles et c'est un travail très exigeant. Malheureusement, il arrive que cela ait des répercussions au bout d'une carrière. C'est donc ce qui arrive.

Nos cliniques ont l'avantage d'avoir un système de rémunération différent de ceux de certains cliniciens à l'échelle du pays, c'est-à-dire que nous avons des médecins salariés qui sont en mesure de prendre le temps de discuter avec les patients. Nous avons une équipe multidisciplinaire qui est là pour aider les patients.

Je crois que cela nous protège peut-être un peu contre l'utilisation abusive de médicaments d'ordonnance dont vous ont parlé d'autres témoins. Notre modèle nous permet de prendre le temps de travailler avec les patients et, on l'espère, d'éviter les statistiques qu'affichent d'autres populations.

• (1025)

**Le président:** Monsieur Scarpaleggia.

**M. Francis Scarpaleggia:** Merci, monsieur le président.

Si j'ai bien compris le but de cette étude, c'est de voir comment le gouvernement fédéral, vu ses responsabilités en matière de santé... On présume toujours que c'est une question qui revient entièrement aux provinces, mais en réalité, le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer vu ses devoirs et ses compétences vis-à-vis les collectivités autochtones, le service militaire et le système pénitencier. Nous tentons donc de déterminer comment nous pourrions agir en leader et faire tomber les barrières qui entravent les professions médicales, de façon à ce que les professionnels puissent exercer leur pratique partout au pays. C'est ainsi que je perçois l'objectif de notre étude.

Je me demande, par exemple, ce que fait le ministère de la Défense nationale concernant les applications de télésanté. Est-ce que la numérisation des dossiers de santé, entre autres, pour en faciliter l'accès, se fait de façon isolée? Y a-t-il des ponts d'établis avec le Québec, par exemple? Est-ce que la province s'inspire de votre modèle, et vous du sien? Je sais qu'il se passe beaucoup de choses là-bas dans le secteur de la télésanté. Y a-t-il une synergie de ce côté? C'est la première question.

La deuxième est la suivante. Mme Gillis voudra peut-être y répondre. Pensez-vous qu'avec les normes que votre ministère établit, les provinces qui n'ont pas les mêmes et qui n'ont pas nécessairement toutes les occupations sont tentées de rehausser leurs standards? Pensons, à titre d'exemple, à la qualité de l'eau potable. L'idée est d'établir des normes fédérales de façon à ce que les provinces qui ne s'y conforment pas aient une cible à atteindre. Pensez-vous que c'est ce qui se passe?

Aussi, nous tentons de modifier le système d'immigration de sorte que les nouveaux arrivants puissent intégrer plus facilement la pratique médicale. Assurez-vous une liaison avec Citoyenneté et Immigration concernant les certifications?

Peut-être que nous pouvons commencer avec le colonel MacKay.

**Col Hugh MacKay:** Je pourrais peut-être répondre à la première question.

Nous n'offrons pas de soins de santé à grande échelle, alors nous ne sommes pas engagés dans des discussions avec toutes les provinces concernant les dossiers de santé électroniques. Cependant, nous travaillons certainement avec le gouvernement fédéral. Comme je l'expliquais tout à l'heure, nous siégeons à un comité présidé par le dirigeant principal de l'information du Conseil du Trésor, où nous discutons des prochaines étapes pour le gouvernement fédéral en ce qui a trait aux dossiers de santé électroniques et à la normalisation des applications à l'échelle du gouvernement du Canada. C'est à ce niveau que nous échangeons les leçons apprises concernant la mise en place des dossiers de santé électroniques.

**M. Francis Scarpaleggia:** Merci.

Madame Gillis.

**Mme Debra Gillis:** Laissez-moi essayer de répondre aux trois questions que...

**M. Francis Scarpaleggia:** Faites de votre mieux. Je sais qu'il y en avait beaucoup.

**Mme Debra Gillis:** Absolument.

Nous travaillons en très étroite collaboration avec, entre autres, les provinces de résidence des Premières Nations. Nous avons obtenu d'excellents résultats en travaillant de si près avec elles à différents projets et nous avons ainsi pu faire tomber certaines barrières entre les collectivités des Premières Nations et le système de santé provincial. En fait, l'exemple le plus récent, qui est aussi très éloquent, remonte à octobre dernier. Après de nombreuses années de collaboration entre le gouvernement de la Colombie-Britannique, Santé Canada et le gouvernement fédéral, nous avons transféré la totalité des services de santé aux autorités sanitaires des Premières Nations de la Colombie-Britannique, qui travaillent de très près avec la province. Mais il y aurait bien d'autres exemples à citer encore.

Pour ce qui est des normes, et vous avez parlé précisément de l'eau, il y a effectivement des normes pour l'eau potable au Canada, mais elles sont élaborées en collaboration avec les provinces et les territoires. Bien qu'il s'agisse de normes canadiennes, elles ont été... la plupart des provinces adoptent ces mêmes normes, mais y apportent de légères modifications selon leurs situations respectives.

En ce qui a trait aux médecins et aux infirmières formés à l'étranger, Santé Canada travaille à ce projet depuis de nombreuses années avec Citoyenneté et Immigration Canada, Emploi et Développement social Canada, les écoles de médecine et de sciences infirmières, et les conseils scolaires. Nous travaillons de concert depuis des années pour faire tomber ces barrières, tout en veillant à ce que les travailleurs formés à l'étranger satisfassent aux normes que

les médecins, les infirmières et les autres travailleurs de la santé doivent respecter au Canada.

• (1030)

**Le président:** Nous avons dépassé l'heure.

Monsieur Lunney.

**M. James Lunney:** Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'avoir participé à cette étude, dont l'un des objectifs était d'examiner les obstacles au travail d'équipe et à la collaboration.

J'aimerais vous lancer un défi. Quand on vous propose des approches interdisciplinaires et collaboratives qui ne prévoient pas faire appel au troisième fournisseur de soins primaires au Canada — soit les chiropraticiens —, la proposition laisse à désirer. Vous avez parlé d'embaucher des personnes en vue de les former pour combler les lacunes sur le plan des techniciens médicaux: il est plus que temps de remédier à ce problème. Vous allez voir qu'il existe beaucoup de façons de fournir d'excellents soins à moindre coût.

Monsieur le colonel, en 1985, un champion de la médecine de Saskatoon, le Dr Kirkaldy-Willis, et un chiropraticien ont publié la première étude sur la manipulation vertébrale et la lombalgie. Il s'agit de la première fois que les titres de compétences d'un chiropraticien ont été reconnus dans une revue médicale du Canada. Les preuves sont établies depuis 30 ans; il est donc grand temps de trouver de meilleures façons de collaborer.

Je lance ce défi à tous nos témoins, pas seulement au sujet des chiropraticiens, mais aussi des naturopathes, parce que, en ce moment, il existe beaucoup de pistes prometteuses et efficaces, mais nous ne les envisageons pas.

Je reviens à vous, madame Gillis.

Vous parlez du Nord quand vous dites ceci: « Santé Canada finance ou fournit directement des services de santé publique, de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi que des soins à domicile et communautaires, de lutte contre les toxicomanies et de promotion de la santé mentale à toutes les communautés des Premières Nations. Il fournit également des services de soins primaires à 85 communautés éloignées et isolées. »

Avez-vous jamais entendu parler d'un programme offert en Alberta, appelé Pure North S'Energy. Celui-ci a vu le jour lorsque le cadre supérieur d'une société pétrolière a établi une fondation pour offrir aux travailleurs de la société des traitements par chélation à l'EDTA pour extraire de leur organisme les métaux lourds auxquels ils sont exposés dans ce milieu de travail. Le programme leur fournit également des vitamines et des minéraux. Il compte une centaine de professionnels de la santé, notamment des médecins, des infirmières et des naturopathes. Ceux-ci mènent des analyses pour découvrir les carences nutritives, puis fournissent les nutriments aux gens dans cette région éloignée du Nord — le programme vise les collectivités inuites — et ils les leur fournissent à vie, tant et aussi longtemps qu'ils consentent à subir une analyse de sang deux ou trois fois par année afin de suivre leurs progrès.

Le programme existe depuis près de 10 ans. Il compte maintenant — d'après ce que les responsables m'ont dit la dernière fois que je leur ai parlé — 17 000 participants et il donne des résultats remarquables. Une de leurs principales stratégies consiste à élever les taux de vitamine D. En effet, dans le Nord, les gens n'ont pas suffisamment de vitamine D parce qu'ils sont toujours vêtus. Le mot d'ordre pour augmenter son taux de vitamine D, c'est de se dévêtir à midi, pendant 20 minutes, quand le soleil est à son zénith. Cela n'est pas le cas pour la plupart des Canadiens, surtout dans le Nord. Quoi qu'il en soit, nous espérons que des gens du programme comparaitront devant le comité.

Enfin, parmi les nombreuses solutions qui s'offrent à nous, nous pourrions prévenir l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale, qui est un gros problème dans le Nord. À l'heure actuelle, il existe des éléments de preuve incontestables selon lesquelles ce sont des quantités infimes de méthanol dans l'alcool qui traversent le placenta et qui ont cet effet dévastateur sur le développement du système nerveux. Un simple supplément d'acide folique — qui coûte un cent par jour pour la plupart des personnes à risque — atténuerait ce risque. N'est-il pas grand temps d'envisager de mettre en oeuvre des mesures de ce genre dans le Nord? Il existe des modèles prometteurs, qui nous mettent au défi d'aller de l'avant.

**Mme Debra Gillis:** Premièrement, je n'ai jamais entendu parler de Pure North S'Energy. Par conséquent, nous nous renseignerons à ce sujet.

Deuxièmement, en ce qui concerne l'acide folique, nous encourageons toutes les femmes enceintes des collectivités des Premières Nations à en prendre. Nous faisons cela depuis de très nombreuses années, et nous continuons de le faire.

**M. James Lunney:** C'est bien.

J'imagine que lorsqu'une femme enceinte prend 400 microgrammes, cela pourrait aider à prévenir le spina-bifida, mais honnêtement, il faudrait... Un milligramme coûte un cent par jour, et nous pourrions probablement veiller à ce qu'elles prennent au moins deux ou trois milligrammes par jour pour aider à atténuer les risques que leur bébé soit atteint du syndrome d'alcoolisation foetale, tout en les encourageant à s'abstenir de consommer de l'alcool. Or, bien sûr,

c'est au début de la grossesse, avant qu'elles sachent qu'elles sont enceintes, qu'elles courent le plus grand risque.

Merci beaucoup.

Je vous remercie d'avoir comparu aujourd'hui. Nous avons un intéressant défi à relever, et beaucoup de solutions à envisager. Nous espérons que nous pourrions les mettre au point ensemble.

Merci.

• (1035)

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Lunney

Nous allons poursuivre à huis clos pendant quelques minutes pour discuter des travaux du comité. Chers témoins, après cette excellente discussion, si jamais autre chose vous vient à l'esprit, à vous ou aux membres de votre personnel, je vous demanderais de bien vouloir en faire part au greffier et aux analystes pour que nous puissions en tenir compte au moment de rédiger notre rapport. Je pense que vous vous êtes rendu compte que notre étude sur les pratiques des professionnels de la santé nous passionne tous et nous inquiète tous aussi. Merci beaucoup.

Nous allons suspendre la séance.

Oui?

**M. Dany Morin:** Je veux simplement m'assurer que j'obtiendrai une réponse écrite à ma question.

**Le président:** Oh, oui.

**Mme Debra Gillis:** Oui. Je vous demanderais d'envoyer la question à Santé Canada, et nous serons ravis de vous fournir une réponse écrite.

**Le président:** Vous l'aurez d'ici la fin de la journée.

**Mme Debra Gillis:** La question?

**Le président:** La réponse.

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** Non, non. Je ne fais que...

Nous suspendons la séance maintenant afin de poursuivre à huis clos.

[*La séance se poursuit à huis clos.*]







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>