

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-first Parliament, 2011

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

SOCIAL AFFAIRS,
SCIENCE AND
TECHNOLOGY

Chair:

The Honourable KELVIN KENNETH OGILVIE

Wednesday, November 30, 2011
Thursday, December 1, 2011
Friday, December 2, 2011

Issue No. 9

First (final) meeting on:

Bill S-201, An Act respecting
a National Philanthropy Day

and

Eleventh and twelfth meetings on:

Examining the progress in implementing the 2004
10-Year Plan to Strengthen Health Care

INCLUDING:
THE FIFTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Bill S-201, An Act respecting
a National Philanthropy Day)

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
quarante et unième législature, 2011

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

AFFAIRES SOCIALES,
DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président :

L'honorable KELVIN KENNETH OGILVIE

Le mercredi 30 novembre 2011
Le jeudi 1^{er} décembre 2011
Le vendredi 2 décembre 2011

Fascicule n^o 9

Première (dernière) réunion concernant :

Le projet de loi S-201, Loi instituant
la Journée nationale de la philanthropie

et

Onzième et douzième réunions concernant :

L'étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du
Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004

Y COMPRIS :
LE CINQUIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Projet de loi S-201, Loi instituant
la Journée nationale de la philanthropie)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND
TECHNOLOGY

The Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, *Chair*

The Honourable Art Eggleton, P.C., *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Braley	Dyck
Callbeck	* LeBreton, P.C.
Champagne, P.C.	(or Carignan)
Cordy	Martin
* Cowan	Merchant
(or Tardif)	Seidman
Demers	Verner, P.C.

* Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Braley replaced the Honourable Senator Eaton (*November 25, 2011*).

The Honourable Senator Dyck replaced the Honourable Senator Zimmer (*November 24, 2011*).

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie

Vice-président : L'honorable Art Eggleton, C.P.
et

Les honorables sénateurs :

Braley	Dyck
Callbeck	* LeBreton, C.P.
Champagne, C.P.	(ou Carignan)
Cordy	Martin
* Cowan	Merchant
(ou Tardif)	Seidman
Demers	Verner, C.P.

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Braley a remplacé l'honorable sénateur Eaton (*le 25 novembre 2011*).

L'honorable sénateur Dyck a remplacé l'honorable sénateur Zimmer (*le 24 novembre 2011*).

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate*, Thursday, October 6, 2011:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Mercer, seconded by the Honourable Senator Jaffer, for the second reading of Bill S-201, An Act respecting a National Philanthropy Day.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

The bill was then read the second time.

The Honourable Senator Munson moved, seconded by the Honourable Senator Hubley, that the bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 6 octobre 2011 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Mercer, appuyée par l'honorable sénateur Jaffer, tendant à la deuxième lecture du projet de loi S-201, Loi instituant la Journée nationale de la philanthropie.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu pour la deuxième fois.

L'honorable sénateur Munson propose, appuyé par l'honorable sénateur Hubley, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Gary W. O'Brien

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, November 30, 2011
(16)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:16 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Callbeck, Champagne, P.C., Cordy, Demers, Eggleton, P.C., Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman and Verner, P.C. (11).

In attendance: Karin Phillips, Analyst, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, June 23, 2011, the committee continued its study on the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 3.*)

WITNESSES:

Government of Nova Scotia:

Kevin McNamara, Deputy Minister, Health & Wellness.

Government of Manitoba:

Milton Sussman, Deputy Minister, Manitoba Health.

The chair made a statement.

Mr. McNamara and Mr. Sussman each made a statement and, together, answered questions.

At 6:09 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, December 1, 2011
(17)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:31 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Callbeck, Champagne, P.C., Cordy, Demers, Eggleton, P.C., Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman and Verner, P.C. (11).

In attendance: Karin Phillips, Analyst, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 30 novembre 2011
(16)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 16, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Callbeck, Champagne, C.P., Cordy, Demers, Eggleton, C.P., Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman et Verner, C.P. (11).

Également présente : Karin Phillips, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 23 juin 2011, le comité poursuit son étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 3 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Gouvernement de la Nouvelle-Écosse :

Kevin McNamara, sous-ministre, Santé et Bien-être.

Gouvernement du Manitoba :

Milton Sussman, sous-ministre, Santé Manitoba.

Le président prend la parole.

M. McNamara et M. Sussman font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

À 18 h 9, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 1^{er} décembre 2011
(17)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 31, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Callbeck, Champagne, C.P., Cordy, Demers, Eggleton, C.P., Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman et Verner, C.P. (11).

Également présente : Karin Phillips, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, October 6, 2011, the committee began its study on Bill S-201, An Act respecting a National Philanthropy Day.

WITNESS:

The Honourable Senator Terry M. Mercer, sponsor of the bill.

The chair made a statement.

The Honourable Senator Mercer made a statement and answered questions.

It was agreed that the committee proceed to clause-by-clause consideration of Bill S-201, An Act respecting a National Philanthropy Day.

It was agreed that title stand postponed.

It was agreed that the preamble stand postponed.

It was agreed that clause 1 stand postponed.

It was agreed that clause 2 carry.

It was agreed that clause 1 carry.

It was agreed that the preamble, carry.

It was agreed that the title carry.

It was agreed that the bill carry.

It was agreed that the chair report the bill to the Senate.

At 11:18 a.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Friday, December 2, 2011
(18)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 8:04 a.m., in room 160-S, Center Block, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Champagne, P.C., Cordy, Eggleton, P.C., Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman and Verner, P.C. (9).

In attendance: Karin Phillips, Analyst, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, June 23, 2011, the committee continued its study on the progress in implementing the 2004, 10-Year Plan to Strengthen Health Care. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 3.*)

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 6 octobre 2011, le comité entreprend son examen du projet de loi S-201, Loi instituant la Journée nationale de la philanthropie.

TÉMOIN :

L'honorable sénateur Terry M. Mercer, parrain du projet de loi.

Le président prend la parole.

L'honorable sénateur Mercer fait une déclaration, puis répond aux questions.

Il est convenu que le comité procède à l'étude article par article du projet de loi S-201, Loi instituant la Journée nationale de la philanthropie.

Il est convenu de reporter l'étude du titre.

Il est convenu de reporter l'étude du préambule.

Il est convenu de reporter l'étude de l'article 1.

Il est convenu d'adopter l'article 2.

Il est convenu d'adopter l'article 1.

Il est convenu d'adopter le préambule.

Il est convenu d'adopter le titre.

Il est convenu d'adopter le projet de loi.

Il est convenu que la présidence fasse rapport du projet de loi au Sénat.

À 11 h 18, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le vendredi 2 décembre 2011
(18)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 8 h 4, dans la pièce 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Champagne, C.P., Cordy, Eggleton, C.P., Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman et Verner, C.P. (9).

Également présente : Karin Phillips, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 23 juin 2011, le comité poursuit son étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 3 des délibérations du comité.*)

*WITNESSES:**Government of the Northwest Territories:*

Debbie Delancy, Deputy Minister, Health and Social Services.

Health Canada:

Abby Hoffman, Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch.

Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health:

Ian Manion, Executive Director.

Health Council of Canada:

Dr. Jack Kitts, Chair.

Institute for Clinical Evaluative Sciences:

Dr. Michael Schull, Senior Scientist.

Government of Nova Scotia:

Kevin McNamara, Deputy Minister, Health & Wellness.

Canadian Home Care Association:

Nadine Henningsen, Executive Director.

Canadian Medical Association:

Dr. John Haggie, President.

Public Health Agency of Canada:

Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of the Public Health Practice.

As an individual:

Steve Morgan, Associate Director, Center for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

The chair made a statement.

Ms. Delancy, Ms. Hoffman, Mr. Manion, Dr. Kitts, Dr. Schull, Mr. McNamara, Ms. Henningsen, Dr. Haggie, Dr. Taylor and Mr. Morgan each participated in a roundtable discussion.

At 11:39 a.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:**TÉMOINS :**Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest :*

Debbie Delancy, sous-ministre, Santé et Services sociaux.

Santé Canada :

Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique.

Centre d'excellence de l'Ontario pour la santé mentale des enfants et des adolescents :

Ian Manion, directeur exécutif.

Conseil canadien de la santé :

Dr Jack Kitts, président.

Institut de recherche en services de santé :

Dr Michael Schull, scientifique principal.

Gouvernement de la Nouvelle-Écosse :

Kevin McNamara, sous-ministre, Santé et Bien-être.

Association canadienne des soins et services à domicile :

Nadine Henningsen, directrice exécutive.

Association médicale canadienne :

Dr John Haggie, président.

Agence de la santé publique du Canada :

Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique.

À titre personnel :

Steve Morgan, directeur associé, Center for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique.

Le président prend la parole.

Mme Delancy, Mme Hoffman, M. Manion, le Dr Kitts, le Dr Schull, M. McNamara, Mme Henningsen, le Dr Haggie, le docteur Taylor et le M. Morgan participent chacun à une table ronde.

À 11 h 39, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Jessica Richardson

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Thursday, December 1st, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

FIFTH REPORT

Your committee, to which was referred Bill S-201, An Act respecting a National Philanthropy Day, has, in obedience to the order of reference of Thursday, October 6, 2011, examined the said bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

RAPPORT DU COMITÉ

Le jeudi 1^{er} décembre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

CINQUIÈME RAPPORT

Votre comité, auquel a été renvoyé le projet de loi S-201, Loi instituant la Journée nationale de la philanthropie, a, conformément à l'ordre de renvoi du jeudi 6 octobre 2011, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

Le président,

KELVIN K. OGILVIE,

Chair

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, November 30, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:16 p.m. to examine the progress in implementing the 2004 Ten-Year Plan to Strengthen Health Care.

Senator Kelvin Kenneth Ogilvie (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*English*]

I am Kelvin Ogilvie, a senator from Nova Scotia. I chair this committee. I would like to begin by having my colleagues introduce themselves, starting with the deputy chair.

Senator Eggleton: Art Eggleton from Toronto.

Senator Callbeck: Catherine Callbeck from Prince Edward Island.

Senator Cordy: Jane Cordy from Nova Scotia; a special welcome to our guests today.

Senator Merchant: Pana Merchant from Regina, Saskatchewan.

Senator Demers: Jacques Demers from Quebec.

Senator Seidman: Judith Seidman from Montreal, Quebec.

Senator Braley: David Braley from Hamilton, Ontario.

The Chair: Thank you, colleagues. To remind us all, we are continuing to examine the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care in Canada. This is the twelfth meeting of the committee. Today we are meeting with provincial representatives.

I will introduce our two guests. Thank you both for being here. We have Kevin McNamara, Deputy Minister, Health & Wellness, from the Government of Nova Scotia; and from the Government of Manitoba, we have Milton Sussman, Deputy Minister, Manitoba Health.

It is my understanding, Mr. McNamara, that you will begin with comments. You have the floor.

Kevin McNamara, Deputy Minister, Health & Wellness, Government of Nova Scotia: Thank you very much, Mr. Chair and good day, honourable senators. I appreciate the opportunity to speak to you.

Before my current role as deputy minister, I was CEO of the District Health Authority on the South Shore of Nova Scotia. I offer you my perspective as a former administrator and as someone who has overseen the provincial health care system for the last two years.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 30 novembre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 16 pour faire une étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

Le sénateur Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le président : Bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Je m'appelle Kevin Ogilvie, sénateur de la Nouvelle-Écosse. Je préside ce comité. J'aimerais débiter en demandant à mes collègues de se présenter, en commençant avec le vice-président.

Le sénateur Eggleton : Art Eggleton, de Toronto.

Le sénateur Callbeck : Catherine Callbeck, de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le sénateur Cordy : Jane Cordy, de la Nouvelle-Écosse; je souhaite tout spécialement la bienvenue à nos invités d'aujourd'hui.

Le sénateur Merchant : Pana Merchant, de Regina en Saskatchewan.

Le sénateur Demers : Jacques Demers, du Québec.

Le sénateur Seidman : Judith Seidman, de Montréal au Québec.

Le sénateur Braley : David Braley, de Hamilton en Ontario.

Le président : Merci, chers collègues. J'aimerais rappeler à tous que nous poursuivons notre étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. Il s'agit de la 12^e séance de notre comité. Aujourd'hui, nous recevons des représentants des provinces.

Je vais présenter nos deux invités. Merci à vous d'être ici. Nous recevons Kevin McNamara, sous-ministre, Santé et Bien-être, du gouvernement de la Nouvelle-Écosse; et du gouvernement du Manitoba, nous recevons Milton Sussman, sous-ministre, Santé Manitoba.

Je crois comprendre que vous allez débiter par un exposé, monsieur McNamara. Vous avez la parole.

Kevin McNamara, sous-ministre, Santé et Bien-être, gouvernement de la Nouvelle-Écosse : Merci beaucoup, monsieur le président et bonjour à vous, honorables sénateurs. Je suis ravi d'avoir l'occasion de m'adresser à vous.

Avant d'être sous-ministre, j'étais PDG d'un conseil de santé de district dans la région de South Shore en Nouvelle-Écosse. Je vous présenterai mon point de vue en tant qu'ancien administrateur et à titre de personne qui s'est occupée du système provincial de soins de santé au cours des deux dernières années.

It is important that we take the time to reflect on the 2004 health accord and to have input on future priorities. Canadians deserve to know whether the agreement is working, how it is helping patients and whether the next accord needs to be different — and, if so, how?

I will touch on several themes and principles during the next few minutes — on accountability, equity, innovation and sustainability — in hopes that my comments will contribute to our reflections on the 2004 health accord and the shape of things to come.

Let me say at the outset that Nova Scotia agrees with those who say that we need to be accountable to taxpayers for the dollars entrusted to government to spend on health care. We invest billions of dollars on health care for families, on day-to-day care and to prevent illness. We must be accountable. It is our responsibility.

Certain areas of the 2004 health accord continue to benefit all Canadians, such as progress on wait times. However, there are other areas, such as health human resources that need further leadership.

The accord continues to be an important mechanism, based on the stable funding that sets out specific areas for investment, including information technology, wait times and infrastructure. Largely due to the 2004 health accord, the tests that patients receive in Nova Scotia are digital. They are sent more quickly from hospital to hospital, thanks to technology.

The Picture Archiving Communication System, better known as PACS, has been very positive for Nova Scotia physicians and their patients. As a small province with a large rural population, we welcome and encourage investments in health technology. Electronic records are helping patients in remote areas and there are more ways for patients to communicate with physicians. Further investment in health information technology is essential.

We need to consider how the electronic era can support and revolutionize home care and long-term care. At the same time, we need to be careful to ensure that the IT investment dollars are not offered in a way that provinces cannot afford to invest.

In Nova Scotia, we are establishing a drug information system that will allow doctors to see the current and past medication use of their patients. New Brunswick and Prince Edward Island are also using the same system.

We are not as convinced that we are on the right track when we talk about wait times, which we have monitored as part of the 2004 health accord. Dr. Brian Postl, from Manitoba, appeared

Il est important de prendre le temps d'examiner l'accord de 2004 sur la santé et d'écouter les suggestions sur les priorités pour l'avenir. Les Canadiens méritent de savoir si l'accord fonctionne, comment il aide les patients et si le prochain accord doit être différent — et si c'est le cas, de quelle façon?

Je parlerai de plusieurs thèmes et principes au cours des prochaines minutes — de la responsabilité, de l'équité, de l'innovation et de la durabilité — en espérant que mes observations contribueront à notre réflexion sur l'accord de 2004 sur la santé et ce qui se fera à l'avenir.

Je débiterai en disant que la Nouvelle-Écosse est d'accord avec ceux qui disent que nous devons rendre des comptes aux contribuables pour l'argent que le gouvernement dépense pour les soins de santé. Nous investissons des milliards de dollars en soins de santé pour les familles, pour les soins quotidiens et pour prévenir les maladies. Nous devons rendre des comptes. C'est notre responsabilité.

Certains aspects de l'accord de 2004 sur la santé continuent de profiter à tous les Canadiens, tels que les progrès en matière de temps d'attente. Cependant, il y a d'autres aspects, comme les ressources humaines en santé, qui auraient besoin d'une meilleure gestion.

L'accord continue d'être un mécanisme important, fondé sur le financement stable qui décrit les secteurs précis d'investissement, y compris les technologies de l'information, les temps d'attente et l'infrastructure. Surtout grâce à l'accord de 2004 sur la santé, les examens que passent les patients en Nouvelle-Écosse sont numériques. Grâce à la technologie, ils sont transmis plus rapidement d'un hôpital à l'autre.

Le système d'archivage et de transmission d'images, mieux connu sous l'acronyme PACS, a été très utile pour les médecins et les patients de la Nouvelle-Écosse. En tant que petite province avec une grande population rurale, nous accueillons et encourageons les investissements en technologie de la santé. Les dossiers électroniques aident les patients dans les régions éloignées, les patients disposent de plus d'une façon pour communiquer avec leurs médecins. Des investissements supplémentaires en technologie de l'information de la santé sont nécessaires.

Nous devons réfléchir à la façon dont l'électronique peut appuyer et transformer les soins à domicile et les soins de longue durée. En même temps, nous devons être prudents et nous assurer que l'argent pour les investissements en TI n'est pas offert aux provinces si elles ne sont pas en mesure de réaliser ces investissements.

En Nouvelle-Écosse, nous créons un système d'information sur les médicaments qui permettra aux médecins de voir les médicaments pris actuellement et par le passé par leurs patients. Le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard utilisent aussi le même système.

Nous ne sommes pas convaincus d'être sur la bonne voie lorsque nous parlons des temps d'attente, que nous avons surveillés dans le cadre de l'accord de 2004 sur la santé. Le

before this committee. He called the focus on reducing wait times for hip and knee replacement, cancer treatment and cardiac surgery “arbitrary.” That is an issue.

On the positive side, Nova Scotia has made progress in national benchmarks. We have one of the most robust wait time websites in Canada. We have worked hard to be accountable and transparent.

We have a high rate of heart disease, so Nova Scotians receive top-notch cardiac care. Currently, all patients who require surgery for bypass blocked heart arteries receive treatment within the 182-day national benchmark.

We also signed a memorandum of understanding in May 2011 at the Council of Atlantic Premiers. Under this agreement, Nova Scotia supports New Brunswick and Newfoundland and Labrador in their efforts to ensure that patients get treatment within the national wait time benchmark. Also, Prince Edward Island gets their treatment in either New Brunswick or in Nova Scotia, as they do not have a program of their own. Patients also have faster access in Nova Scotia to cancer treatment.

Women can receive screening for breast cancer more quickly due to linear accelerators and the availability of digital mammography across our province. New radiation bunkers are under construction, thanks to federal and provincial infrastructure dollars. These bunkers will open in 2012 and will reduce wait times further for cancer patients.

Nova Scotia meets our wait time guarantee to cancer patients. They receive radiation therapy within eight weeks of being ready for treatment. Collaboration among the Atlantic provinces is positive. We support one another by having the option to transfer patients to facilities within the Atlantic provinces if an eight-week guarantee cannot be met within our home province. It is a safety net and an important regional partnership. Through collaboration, we can deliver better care for patients, but we must do so based on evidence rather than clamouring to measure wait times based on what is making the headlines.

Addressing some wait times is proving to be challenging for our province. Is it reasonable or fair to measure orthopaedic waits, for example, when the measures do not take into account

Dr Brian Postl, du Manitoba, a comparu devant votre comité. Il a dit que l'accent mis sur la réduction des temps d'attente pour le remplacement d'une hanche ou d'un genou, le traitement du cancer et la chirurgie cardiaque étaient « arbitraires ». C'est un problème.

De façon plus positive, la Nouvelle-Écosse a fait des progrès en vue de l'atteinte des points de repère nationaux. Nous disposons de l'un des meilleurs sites web sur les temps d'attente au Canada. Nous avons travaillé fort pour être responsables et transparents.

L'incidence des maladies cardiaques est élevée, de sorte que les Néo-Écossais reçoivent des soins cardiaques de très bonne qualité. À l'heure actuelle, tous les patients qui ont besoin d'une chirurgie de pontage des artères cardiaques bouchées reçoivent un traitement en moins des 182 jours qui représentent le point de repère national.

En mai 2011, au Conseil des premiers ministres de l'Atlantique, nous avons également signé un protocole d'entente. En vertu de cet accord, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, ainsi que Terre-Neuve-et-Labrador dans leurs efforts pour veiller à ce que les patients reçoivent leur traitement avant la fin des points de repère nationaux sur les temps d'attente. De plus, les patients de l'Île-du-Prince-Édouard reçoivent leur traitement au Nouveau-Brunswick ou en Nouvelle-Écosse, étant donné qu'ils n'ont pas leur propre programme. En Nouvelle-Écosse, les patients ont également un accès plus rapide au traitement contre le cancer.

Les femmes peuvent passer les tests de dépistage du cancer du sein plus rapidement grâce aux accélérateurs linéaires et à la disponibilité des mammographies numériques dans toute notre province. De nouvelles chambres radio-protégées sont en construction, grâce au financement pour l'infrastructure du gouvernement fédéral et provincial. Ces chambres ouvriront leurs portes en 2012 et permettront de réduire encore davantage les temps d'attente pour les patients atteints du cancer.

La Nouvelle-Écosse respecte ces garanties concernant les temps d'attente à l'égard des patients atteints du cancer. Ils reçoivent des traitements de radiothérapie dans les huit semaines suivant le moment où ils sont prêts pour le traitement. La collaboration entre les provinces de l'Atlantique est positive. Nous nous appuyons les unes les autres grâce à l'option de transfert des patients vers des établissements des autres provinces de l'Atlantique si le délai de huit semaines ne peut pas être respecté dans notre propre province. Il s'agit d'un filet de sécurité et d'un partenariat régional important. Grâce à la collaboration, nous pouvons offrir de meilleurs soins à nos patients, mais nous devons nous fonder sur les preuves plutôt que de recourir à des mesures des temps d'attente qui se fondent sur les grands titres.

Dans notre province, la diminution de certains temps d'attente est difficile. Par exemple, est-il raisonnable ou juste de mesurer les temps d'attente en orthopédie, alors que les mesures ne prennent

the rising volume of work to meet the needs of our aging population and the high incidence of chronic disease and complex needs? We also question why we set benchmarks for cataracts.

For those reasons, we think it is essential that provinces have input into the choice of future targets. We know from seeing the testimony of others that there is a strong desire to earmark specific health care performance targets. Going forward, we believe in performance targets, but based on evidence; and we believe that jurisdictions need some flexibility for implementing new targets.

For example, British Columbia has one of the youngest populations, while demographics show that Nova Scotia and Atlantic Canada has one of the oldest. The same model may not easily apply to all 10 provinces and territories.

With regard to federal funding, I do not believe it is appropriate in this setting to delve too deeply into the discussion of health care funding, other than to say that a new accord must address equity of needs. The Council of the Federation has these issues on its agenda for discussion in early 2012.

Regarding the sustainability of our public health system, we are proud of the work under way across Nova Scotia to make our system more efficient. It is not easy. In the next fiscal year, we have asked our hospitals to reduce our expenses by 3 per cent, following a current year of 0 per cent growth. We must ensure that we are good managers of the system in order to protect and improve patient care now and into the future.

The most recent CIHI report on cost drivers is further evidence that hospitals, physicians and drugs consume the largest share of health care funding. Like Ontario, British Columbia, Saskatchewan and Alberta, we have moved toward generic pricing of drugs in our public drug plans. Health Canada plays an important role in deciding which drugs, so I would ask you to consider how the agency may play a part in deciding which drugs get reviewed for funding.

As it currently stands, a drug can only be reviewed for safety if the pharmaceutical company recommends it. As CIHI found, there are too many public dollars being spent on expensive drugs. We need new ideas at the table.

I would also ask this committee to consider recommending that Health Canada examine whether certain drugs have the benefits touted by manufacturers through expensive marketing. As an example, I think of Lucentis for wet age-related macular

pas en considération l'augmentation du volume de travail afin de répondre aux besoins de notre population vieillissante et de l'incidence élevée des maladies chroniques et des besoins complexes? Nous nous demandons également pourquoi établir des points de repère en ce qui concerne les cataractes.

C'est pour cette raison que nous pensons qu'il est essentiel pour les provinces d'avoir leur mot à dire dans le choix des cibles futures. D'après les autres témoignages, nous savons que plusieurs personnes aimeraient voir des cibles précises concernant le rendement dans le domaine des soins de santé. À l'avenir, nous croyons aux cibles de rendement, mais elles doivent être fondées sur des preuves; nous pensons que les gouvernements doivent pouvoir mettre en œuvre les nouvelles cibles de façon souple.

Par exemple, la population de la Colombie-Britannique est parmi les plus jeunes, alors que les données démographiques indiquent que la Nouvelle-Écosse et le Canada atlantique ont des populations parmi les plus âgées. Le même modèle pourrait ne pas s'appliquer facilement aux 10 provinces et aux territoires.

En ce qui concerne le financement du gouvernement fédéral, je pense qu'il n'est pas approprié aujourd'hui de s'attarder trop longtemps à la question du financement de la santé; je dirai simplement que le nouvel accord doit tenir compte de l'équité des besoins. Le Conseil de la fédération a placé ces questions à l'ordre du jour et celles-ci seront examinées au début de 2012.

En ce qui concerne la viabilité de notre système de santé publique, je dirais que nous sommes fiers du travail entamé partout en Nouvelle-Écosse pour rendre notre système plus efficace. Ce n'est pas chose facile. Nous avons demandé à nos hôpitaux de réduire leurs dépenses de 3 p. 100 au cours du prochain exercice, après une année de croissance zéro. Nous devons être de bons gestionnaires du système afin de préserver et d'améliorer les soins que nous donnons actuellement aux patients et ce que nous leur offrirons à l'avenir.

Il ressort du plus grand récent rapport de l'ICIS sur les facteurs de coût que les hôpitaux, les médecins et les médicaments représentent la plus forte proportion du budget de la santé. Tout comme l'Ontario, la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et l'Alberta, nous avons aligné notre régime public d'assurance-médicaments sur le prix du médicament générique. Santé Canada joue un rôle important dans la décision d'assurer ou non un médicament; je vous demanderais donc de songer à la façon dont cet organisme peut choisir les médicaments qu'on envisage d'assurer.

À l'heure actuelle, l'innocuité d'un médicament ne peut être évaluée que si la société pharmaceutique le recommande. Or, comme l'a constaté l'ICIS, trop de fonds publics sont consacrés à rembourser des médicaments coûteux. Il faut chercher de nouvelles solutions.

J'invite votre comité à recommander que Santé Canada détermine si certains médicaments ont bel et bien les effets bénéfiques mis de l'avant par leurs fabricants dans le cadre de campagnes de commercialisation coûteuses. Je pense, par exemple,

degeneration. We know that Avastin, which is an off-label drug used by both British Columbia and Nova Scotia, has almost the same effect but is very inexpensive.

Innovation is also essential, and the next health accord must encourage and support that among the provinces and territories. That does not mean privatization.

In Nova Scotia, we are encouraging access to the right care provider for patients. We cannot be stuck in the 1960s model of health care that encourages people to be in hospital. In fact, one of the best things we could do is encourage more services on a needs basis in the community and at home, where they are easier and cheaper to provide.

Through our plan “Better Care Sooner,” we are making best use of the time and skills of our doctors, nurses, paramedics and our 24-hour nurse line. They all provide care in a more effective 24/7 emergency care system.

Nova Scotia now has trained advanced care paramedics to immediately give life-saving, clot-busting drugs to Nova Scotians who are having heart attacks. They can do it on their front lawn rather than waiting until someone arrives at the hospital.

We are hiring paramedics to work at nursing homes to treat seniors in a place where they live, rather than making the frail and elderly wait for ambulances in an ER. We are developing collaborative emergency centres tailored to the unique needs of our communities.

Finally, we would like to see a greater emphasis on prevention in the next accord. Chronic disease and aging populations are forcing us to look at different health care approaches. We need to invest in preventing people from becoming sick in the first place. Innovation should be encouraged, with community based services based on the needs of patients.

Indeed, at their meeting in Halifax last week, health ministers confirmed that they will continue collaborating to put in place guidelines and actions that will lead to healthy weights. In Nova Scotia, our strategy aimed at reducing childhood obesity will be in place in early 2012.

Another area that was missing from the last accord was addressing the mental health of Canadians. The next accord needs to reflect this important health care issue and the growing need.

à Lucentis, médicament servant à traiter la dégénérescence maculaire humide liée à l'âge. On sait qu'Avastin, un médicament non homologué pour cette indication, mais assuré par le régime public de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse, produit un effet presque identique, mais est très peu coûteux.

Par ailleurs, le prochain accord sur la santé devra encourager et subventionner l'innovation, qui est également essentielle, dans les provinces et territoires. Cela ne veut pas dire qu'il faille une privatisation.

En Nouvelle-Écosse, nous favorisons l'accès des patients aux bons professionnels de la santé. Le modèle de santé des années 1960 qui encourageait les gens à séjourner à l'hôpital a fait son temps. Au contraire, une des meilleures solutions consiste à encourager la prestation de services fondée sur les besoins dans les collectivités et à domicile, où ces services sont plus faciles à offrir et coûtent moins cher.

Grâce à notre plan intitulé « Better Care Sooner », nous utilisons de façon optimale le temps et les compétences de nos médecins, personnel infirmier, personnel ambulancier et personnel infirmier proposé à notre service téléphonique de 24 heures. Tous ces professionnels fournissent des soins jour et nuit dans le cadre d'un système de soins d'urgence fonctionnant 24 par jour et sept jours par semaine.

La Nouvelle-Écosse a formé des spécialistes en soins paramédicaux avancés capables d'administrer immédiatement aux Néo-Écossais qui font une crise cardiaque des médicaments capables de dissoudre les cailloux sanguins et de leur sauver la vie. Les malades peuvent recevoir ces médicaments à domicile au lieu d'avoir à attendre d'arriver à l'hôpital.

Nous embauchons du personnel paramédical pour travailler dans les centres de soins afin de pouvoir soigner les personnes âgées là où elles vivent, plutôt que d'obliger des vieillards fragiles à se rendre à l'urgence en ambulance. Nous mettons sur pied des centres d'urgence collaboratifs adaptés aux besoins de chaque collectivité.

Enfin, nous souhaitons que le prochain accord fasse une plus grande place à la prévention. Les maladies chroniques et le vieillissement de la population nous obligent à chercher de nouvelles formules en matière de soins de santé. Nous devons investir dans la prévention pour éviter que les gens ne tombent malades. Il faut encourager l'innovation et offrir des services fondés sur les besoins des patients, en milieu extrahospitalier.

Lors de leur réunion à Halifax la semaine dernière, les ministres de la Santé ont confirmé qu'ils continueraient à collaborer en vue d'instaurer des lignes directrices et des mesures susceptibles de favoriser le maintien d'un poids santé. En Nouvelle-Écosse, notre stratégie de réduction de l'obésité chez les enfants sera en place au début de 2012.

Le dernier accord sur la santé ne parlait pas non plus de la santé mentale des Canadiens, mais le prochain devra tenir compte de cette dimension importante des soins de santé et des besoins

We must recognize the effect mental illness is having on our public. Nova Scotia will soon release its first ever mental health strategy.

If there is a 10-year accord again, we believe it needs to have a midway check in at least five years, because our health care system is evolving quickly and must be able to adapt to the changing needs of our jurisdictions. As we demonstrated last week at our PT and FPT meetings in Halifax, there is a real opportunity for collaboration as we approach 2014. There is reason for optimism as we reflect on successes of the past and needs of the future.

Milton Sussman, Deputy Minister, Manitoba Health, Government of Manitoba: Thank you for inviting me here today to present on the existing health accord and its impact on Manitoba. This is a timely presentation following the meeting of health ministers in Halifax last week.

At that meeting, all ministers agreed that the partnership provinces and territories have with the federal government on health care, namely the 2004 health accord, has contributed to the significant improvement in health care achieved over the last decade.

I was deputy minister when the last accord was developed and signed in 2004. After working with the Winnipeg Regional Health Authority for a few years, I have returned as Deputy Minister of Health, and I share the ministers' conclusions about how the partnership with the federal government has contributed to improving health care services.

I would like to take a few minutes to discuss what this has meant in Manitoba.

One of the most important components of the health accord has been stable, consistent, appropriate and predictable federal funding for provincial health care delivery, with the 6 per cent escalator. Most importantly, this has helped to sustain and improve our health care system in Manitoba, ensuring that we are meeting the requirements of the Canada Health Act, including being accountable for the principles and services it mandates.

The other significant benefit of predictable funding is that officials are not devoting significant amounts of time every year to anticipating and negotiating federal health transfer payments. Instead, they have been able to focus on innovations in our system to improve care for patients and to improve efficiency in the system. This includes streamlining administration, developing more effective pricing and procurement strategies, and implementing lean management and other process-improvement

croissants à ce chapitre. Nous devons bien comprendre les effets de la maladie mentale sur notre population. La Nouvelle-Écosse rendra bientôt publique sa première stratégie de santé mentale.

Si nous concluons de nouveau un accord de 10 ans, il faudrait effectuer une évaluation à mi-chemin après au moins cinq ans, car notre régime de soins de santé évolue rapidement et doit être en mesure de s'adapter aux besoins de nos populations. Comme nous l'avons montré la semaine dernière lors des réunions provinciales et territoriales et fédérales-provinciales-territoriales à Halifax, nous pouvons vraiment collaborer à l'approche de 2014. Nous pouvons être optimistes en évaluant les réussites passées et les besoins futurs.

Milton Sussman, sous-ministre, Santé Manitoba, gouvernement du Manitoba : Je vous remercie de m'avoir invité à vous parler des répercussions de l'accord sur la santé en vigueur au Manitoba. Le moment de ma comparution devant votre comité est particulièrement bien choisi puisque les ministres de la Santé se sont réunis à Halifax la semaine dernière.

Lors de cette réunion, tous les ministres ont convenu que le partenariat entre les provinces et territoires et le gouvernement fédéral en matière de santé, c'est-à-dire l'accord de 2004 sur la santé, a contribué à l'amélioration importante du régime de santé au cours des 10 dernières années.

J'étais sous-ministre au moment de l'élaboration et de la signature dudit accord en 2004. Après avoir travaillé pour la Régie régionale de la santé de Winnipeg pendant quelques années, je suis de nouveau sous-ministre de la santé et je suis d'accord avec les conclusions des ministres selon lesquelles le partenariat avec le gouvernement fédéral a permis d'améliorer les services de santé.

Permettez-moi de vous entretenir un peu des conséquences de cet accord pour le Manitoba.

Un des aspects primordiaux de l'accord sur la santé était l'existence d'un financement fédéral prévisible, cohérent et approprié pour la prestation des soins de santé par les provinces, y compris la clause d'indexation de 6 p. 100. De surcroît, ce financement a permis de maintenir et d'améliorer le régime de soins de santé du Manitoba et de garantir le respect des exigences de la Loi canadienne sur la santé, y compris les principes et les services prescrits par la loi.

L'existence d'un financement prévisible a un autre avantage appréciable : les fonctionnaires n'ont pas besoin de consacrer beaucoup de temps chaque année à prévoir et à négocier des paiements de transfert avec le fédéral en matière de santé. Ils peuvent donc se consacrer à favoriser des innovations dans notre système afin d'améliorer les soins aux patients et l'efficacité du système. Cela comprend les activités comme simplifier l'administration, tracer de meilleures stratégies d'établissement

methods. These efforts have saved an estimated \$50 million last year, in Manitoba alone, which we were able to redirect into frontline health services to better meet patient needs.

Consistent federal funding has supported, in part, the recruitment and retention of record numbers of health providers. Manitoba now has more doctors, nurses and nurse practitioners than it has ever had before. Those frontline professionals contribute to reducing wait times and improving patient care.

Aside from stable federal funding for the Canada Health Transfer, additional federal investments were made in specific, targeted areas which have contributed to making a real difference in Manitoba.

Wait time funding has helped cut wait times and improve access in all of the five priority areas: cancer, cardiac, hip/knee replacement, cataract surgery and diagnostic imaging. In fact, Manitoba now has the lowest median wait times for radiation therapy in Canada, at less than a week. With support, in part from the federal government, we are keeping wait times low, with a wait time guarantee of four weeks or less.

Because of this progress and strong foundation, Manitoba was able to take the next step earlier this year by launching a \$40 million cancer patient journey strategy. It is the most aggressive and comprehensive cancer wait time plan in Canada. Our initiative will cut wait times across the entire patient journey, from when a family doctor first suspects cancer, through all of the testing, referrals and diagnostics, to when treatment actually begins.

Federal wait time funding has also supported innovative initiatives such as bridging general and specialist care, which supports family doctors in referring patients to the right specialist, with the right information, the first time. This eliminates unnecessary referrals to wrong specialists and the back and forth that happens between a specialist and a general practitioner. It also helps accelerate care by streamlining the referral process.

The Federal Medical Equipment Fund was a major support for Manitoba to acquire new and upgraded specialized medical equipment such as ultrasounds, CT scanners and MRI machines. This has helped to reduce wait times and improve quality. Unfortunately, this funding was not renewed and ended

des prix et d'approvisionnement et mettre en application des méthodes rigoureuses de gestion et d'autres mécanismes d'amélioration des processus. Tous ces efforts nous ont permis de faire des économies de 50 millions de dollars l'année dernière, seulement au Manitoba, somme que nous avons pu réinvestir dans les services de santé de première ligne afin de mieux répondre aux besoins des patients.

Grâce, entre autres, à ce financement stable du gouvernement fédéral, nous avons pu recruter et garder un nombre record de professionnels de la santé. Le Manitoba compte désormais plus de médecins, de personnel infirmier et de personnel infirmier praticien que jamais auparavant. Ces professionnels de première ligne contribuent à réduire les temps d'attente et à améliorer les soins aux patients.

Outre ce financement fédéral stable octroyé dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé, le gouvernement fédéral a fait d'autres investissements dans des secteurs ciblés et précis, lesquels ont notablement amélioré la situation au Manitoba.

Les subventions visant à réduire les temps d'attente ont permis d'écourter ces temps et d'améliorer l'accès aux soins dans les cinq secteurs prioritaires : le cancer, les maladies cardiaques, l'arthroplastie de la hanche et du genou, et l'imagerie à des fins diagnostiques. Ainsi, le Manitoba affiche désormais le plus faible temps médian d'attente pour la radiothérapie au Canada, c'est-à-dire moins d'une semaine. Grâce à l'aide entre autres du gouvernement fédéral, nous maintenons de courts temps d'attente, dont la durée garantie est d'au plus quatre semaines.

Grâce à ces progrès et à ces fondements solides, le Manitoba a pu aller plus loin cette année en lançant une stratégie de suivi des personnes atteintes de cancer assortie d'un budget de 40 millions de dollars. Il s'agit du plan le plus ambitieux et complet au Canada en matière de temps d'attente pour le traitement du cancer. Cette mesure permettra de réduire les temps d'attente à toutes les étapes du cheminement du patient, du moment où le médecin de famille commence à soupçonner l'existence du cancer jusqu'au début effectif du traitement, en passant par la réalisation des examens, l'aiguillage vers d'autres ressources et l'établissement du diagnostic.

Le financement accordé à la réduction des temps d'attente par le gouvernement fédéral a également permis la mise en place d'initiatives novatrices comme celles qui permettent de faire le pont entre les soins généraux et spécialisés, en aidant les médecins de famille à aiguiller du premier coup les patients vers les bons spécialistes et en leur fournissant la bonne information. On a pu ainsi éliminer les demandes de consultation faites aux mauvais spécialistes et le va-et-vient entre le spécialiste et le médecin généraliste que cela engendrait. Les patients sont ainsi traités plus rapidement puisque le processus de demande de consultation auprès d'un spécialiste est simplifié.

C'est en grande partie grâce au Fonds pour l'équipement médical du gouvernement fédéral que le Manitoba a pu acheter de l'équipement médical spécialisé neuf ou amélioré, tels des ultrasounds, des tomodensitomètres ou encore des appareils d'imagerie par résonance magnétique, ce qui nous a permis de

in 2006-07. Significant and ongoing federal financial support of Canada Health Infoway has been critical to Manitoba in terms of introducing innovation and increasing productivity in the health care system. This is one of the most concrete ways that the federal government can contribute to improving performance, health outcomes and innovation. There is a continuing and vital role for Canada Health Infoway into the future, as technology provides more options of bending the cost curve and enhancing Canadians' access to timely and quality care. We have launched eChart, Manitoba's electronic medical record. It, along with other hospital information systems and health information, is helping to improve patient care by allowing their providers to access up-to-date information from all across the province.

Primary care funding has helped to support pilot projects in Manitoba to improve access to family doctors and other primary care providers. Manitoba also took steps to train and recruit more doctors, nurses and nurse practitioners, to build more clinics and to support innovative primary care initiatives. These efforts have built a strong foundation, on which the province is now taking a significant next step. We are launching an initiative to ensure that every Manitoban has a family doctor by the year 2015.

Federal funding and support for research has been a vital and ongoing need. Of particular note, funding in support of CIHI has established and maintained a broad range of health databases that provincial health systems can use to look at other provincial health systems. We have the ability to look at and adapt best practices.

Since the signing of the 2004 accord, the impact and awareness of mental health has only grown. At last week's health ministers meeting, federal, provincial and territorial ministers of health expressed a strong consensus on the importance of this issue. Manitoba is very supportive of the ongoing federal funding for the Mental Health Commission of Canada. To this end, Manitoba, as announced by the Council of the Federation, will be hosting a national mental health summit, "Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention For All," on February 15 and 16, 2012.

The Canadian Partnership Against Cancer, CPAC, while not specifically part of the 2004 accord, has become another avenue of successful collaboration by all the different components of health

diminuer les temps d'attente et d'améliorer les services rendus. Malheureusement, le financement n'a pas été renouvelé et a pris fin en 2006-2007. Le financement important et continu accordé par le gouvernement fédéral à l'Inforoute Santé du Canada a permis, dans une large mesure, au gouvernement du Manitoba de mettre en place des innovations et d'augmenter la productivité au sein du système de soins de santé. C'est pour le gouvernement fédéral l'un des moyens les plus concrets d'assurer de meilleurs rendements, de meilleurs traitements et une plus grande innovation. L'Inforoute Santé du Canada gardera toute son importance dans l'avenir, puisque la technologie permet de mieux maîtriser les coûts et de permettre aux Canadiens d'avoir un accès opportun à des soins de santé de qualité. Au Manitoba, nous avons lancé un système de dossiers médicaux informatisé qu'on a baptisé DossiÉ. Combiné à d'autres systèmes informatisés utilisés dans les hôpitaux et à l'information sur la santé, ce système nous aide à améliorer la qualité des soins dispensés aux patients en permettant au personnel soignant d'avoir accès à des informations à jour provenant des quatre coins de la province.

Le financement destiné aux soins primaires nous a permis de mettre en place des projets pilotes visant un meilleur accès aux médecins de famille et aux autres fournisseurs de soins primaires. Notre province a également fait le nécessaire pour recruter et former un plus grand nombre de médecins, d'infirmières et d'infirmières praticiennes, pour ouvrir de nouvelles cliniques et pour appuyer des initiatives novatrices axées sur les soins primaires. Nous avons maintenant de bonnes assises et pouvons passer à l'étape suivante. À cet égard, nous lançons une nouvelle initiative : d'ici 2015, tous les Manitobains auront un médecin de famille.

Le financement fédéral de la recherche a toujours été vital pour nous. En particulier, le financement de l'Institut canadien d'information sur la santé a permis l'établissement d'une multitude de banques de données dans le domaine de la santé que les autorités d'une province peuvent utiliser pour prendre connaissance de ce qui se fait au sein des autres systèmes de santé provinciaux. Nous pouvons donc tirer des enseignements de ce qui se fait ailleurs.

Depuis la signature de l'accord de 2004, on accorde davantage d'importance à la question de la santé mentale. D'ailleurs, lorsque les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé se sont rencontrés la semaine dernière, ils se sont entendus pour dire que cette question revêt une importance particulière. Le Manitoba est reconnaissant du financement accordé par le gouvernement fédéral à la Commission de la santé mentale du Canada. Ainsi, le Manitoba, comme l'a annoncé le Conseil de la Fédération, sera l'hôte d'un sommet national sur la santé mentale ayant pour thème « Promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale pour tous », qui aura lieu les 15 et 16 février 2012.

Le Partenariat canadien contre le cancer, bien qu'il ne relève pas de l'accord de 2004, s'est avéré un bon moyen de collaboration entre tous les intervenants du système de soins de santé. Grâce au

system. Federal funding and leadership has allowed provinces to access research and initiatives into best practices and to share this information widely.

The national role of CPAC is even more critical with the lack of a national pharmaceutical strategy, which was to have included new cancer medications with positive health outcomes. Manitoba was disappointed at the lack of federal engagement, in 2006, on the 2004 accord commitment related to a national pharmaceutical strategy.

The province, through its Department of Healthy Living, Youth and Seniors, has also committed to the priority of health promotion, illness prevention and investment in early childhood development in Manitoba.

The existing health accord played a pivotal role in not only sustaining, but also improving health care in Manitoba.

Looking forward, the Government of Manitoba has proposed some priorities for consideration in renewing this accord. First and foremost, continued stable funding from the federal government. We would recommend maintaining the 6 per cent escalator over the long-term, perhaps for another 10 years or more.

Like 2004, we would recommend federal-provincial partnerships in priority areas. The challenges and opportunities today in health care are different than they were a decade ago, and, therefore, Manitoba would recommend the following priority areas: First, a national senior's care strategy is critical as we face a significant increase in the number of seniors in Manitoba and across the country in the years ahead. This plan could include building more nursing home beds, as well as alternatives such as home care, supportive housing and initiatives that would focus on wellness among seniors.

Second, resuming federal funding for advanced medical equipment is also a recommended priority. This would help provinces to acquire new, advanced technology more quickly, to deliver better care and to reduce wait times.

Third, improving health and health services on reserves for First Nation communities is a priority. Currently, there are remote communities with thousands of residents that do not have a hospital, diagnostic services or, in many cases, a doctor. Of course, health services are only part of this issue, and we must focus on addressing the other determinants of health and well-being, including: clean water, better housing, education and employment.

financement et au rôle mobilisateur du gouvernement fédéral, les différentes provinces ont pu concrétiser sur leur territoire les résultats de recherche et d'initiatives pour en faire des pratiques exemplaires et avoir accès à une tribune leur permettant d'en parler.

En l'absence d'une stratégie nationale touchant les produits pharmaceutiques, qui aurait pu améliorer les traitements anticancéreux en rendant disponibles de nouveaux médicaments à cet effet, le rôle du Partenariat canadien contre le cancer, à l'échelle nationale, devient encore plus critique. Nous aimerions dire à quel point nous sommes déçus que l'engagement pris dans le cadre de l'accord de 2004 relativement à une stratégie nationale visant les produits pharmaceutiques n'ait pas été concrétisé en 2006.

La province, par l'entremise de son ministère de la vie saine, de la jeunesse et des aînés, s'est engagée à faire de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des investissements visant la petite enfance ses priorités.

L'accord sur la santé a permis d'assurer non seulement le maintien de notre système de soins de santé au Manitoba, mais également son amélioration.

Le gouvernement du Manitoba a exprimé ses priorités relativement au renouvellement de l'accord. Tout d'abord, assurer la pérennité du financement du gouvernement fédéral. Nous prônons le maintien du facteur de progression de 6 p. 100 à long terme, soit pour au moins 10 ans.

Comme en 2004, nous recommanderions des partenariats fédéraux-provinciaux dans certains domaines clés. Les réalités du système de soins de santé ont évolué au cours des 10 dernières années, et, par conséquent, le Manitoba recommande que soient traitées comme prioritaires les questions suivantes : premièrement, une stratégie nationale de soins accordés aux personnes âgées s'avère critique étant donné le vieillissement de la population au Manitoba et ailleurs au pays. Dans le cadre de cette stratégie, on pourrait augmenter le nombre de lits dans les maisons de repos et mettre l'accent sur d'autres types de soins comme les soins à domicile, les logements supervisés et les initiatives faisant la promotion du bien-être chez les personnes âgées.

Deuxièmement, il faudrait que le financement fédéral visant l'achat d'équipement médical spécialisé soit réactivé. Cela permettrait aux provinces d'acquérir de nouvelles technologies plus rapidement afin d'offrir de meilleurs soins à la population et de réduire les temps d'attente.

Troisièmement, l'amélioration de la santé des membres des Premières nations vivant dans les réserves et des services de soins de santé qui leur sont destinés. À l'heure actuelle, il existe encore des communautés éloignées de milliers d'habitants qui n'ont toujours pas d'hôpital, ni de services diagnostiques, ni même, dans bien des cas, de médecins. Bien évidemment, les services de santé ne constituent qu'une partie du problème, et nous nous devons de nous intéresser aux autres déterminants de la santé et du bien-être : l'eau potable, la qualité des logements, l'éducation et l'emploi.

Finally, as mentioned, Manitoba is making significant progress in primary care, but federal partnership could expand and accelerate our plans. We believe that a comprehensive accessible primary health care system in which every Manitoban can access services close to home when they need them is key to a sustainable public health care system. It will help avoid more costly services like hospitalization and emergency room visits for non-urgent issues while helping to keep families healthy by preventing chronic conditions and complications that result from them. When patients require more specialized care, primary care providers will be able to coordinate this more seamlessly and quickly.

Thank you for the opportunity to present today. Provinces, the territories and the federal government have made significant progress together on improving health care services. There is clearly more work to do, and continued strong partnership will help to keep this work moving forward in the years ahead.

The Chair: Thank you both very much. I will open the floor to my colleagues for questions.

Senator Eggleton: I will start with wait times. There were five areas identified for the 2004 accord, and both of you have talked a bit about the progress that has been made there and the development of benchmarks. You have given statistics that have indicated some success. Some of the reports we have received suggest that, while there has been some success, there is still a long way to go.

What specific strategies were successful in reducing wait times in your provinces? Are there other evidence-based benchmarks that you have established in the province for other health care priorities that perhaps we should consider as part of the next accord? A number of suggestions have been made by others as to what might be included in that. I would like to know whether you think the list should be expanded.

Mr. Sussman: We have looked at a number of other areas in Manitoba. I mentioned in my comments our focus on cancer treatment. We have launched a significant initiative that targets the whole cancer journey. What is important to Manitobans, and I think to Canadians, is not only the length of time between being referred by a specialist and receiving a certain test or treatment, but also the time between when your physician thinks something is wrong and the time you actually start treatment. That is an area in which we are investing significant resources. We are trying to set a two-month time frame from suspicion to treatment.

Enfin, comme on l'a dit, au Manitoba, les soins primaires ont beaucoup évolué, mais il est clair que grâce à un partenariat avec le gouvernement fédéral, nous pourrions voir encore plus grand et bouger encore plus vite. Nous estimons que pour assurer la pérennité de notre système de soins de santé publique, il faut que nous ayons un système de soins de santé primaires accessible qui permet à tous les Manitobains d'avoir accès à des services de santé à proximité de chez eux et en temps opportun. C'est ainsi qu'on évitera les hospitalisations et les visites aux urgences injustifiées, qui coûtent cher, tout en assurant la bonne santé des familles en mettant l'accent sur la prévention des maladies chroniques et des complications qui en découlent. Dans les cas où les patients ont besoin de soins spécialisés, les prestataires de soins primaires seront en mesure de faire des demandes de consultation plus facilement et plus rapidement.

Merci de m'avoir invité aujourd'hui. Grâce à la collaboration entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral, les services de soins de santé se sont nettement améliorés. Il reste évidemment beaucoup de pain sur la planche, et c'est grâce à des partenariats solides que nous allons pouvoir continuer notre bon travail dans les années à venir.

Le président : Je vous remercie chaleureusement tous les deux. Nous allons maintenant passer aux questions.

Le sénateur Eggleton : J'aborderai tout d'abord la question des temps d'attente. Dans l'accord de 2004, cinq catégories ont été recensées, et vous avez tous les deux parlé des progrès réalisés et de l'élaboration de points de repère pour suivre ces progrès. Vous nous avez fait part de statistiques qui illustrent cette évolution. D'après certains rapports que nous avons reçus, s'il est vrai qu'il y a eu des avancées, il n'en reste pas moins beaucoup de travail à faire.

Plus précisément, quelles stratégies vous ont permis de réduire les temps d'attente dans vos provinces respectives? Y a-t-il d'autres points de repère factuels que vous utilisez pour mesurer les progrès réalisés dans d'autres secteurs clés relevant de la santé et dont nous devrions nous inspirer lors de l'élaboration du prochain accord? Nous avons déjà reçu un certain nombre de suggestions d'autres intervenants. J'aimerais savoir si vous estimez qu'il faudrait ajouter certaines choses à la liste.

M. Sussman : Nous nous sommes intéressés à d'autres questions au Manitoba. Dans mes remarques, j'ai parlé de l'intérêt accordé au traitement anticancéreux. Nous avons lancé une initiative d'envergure qui cible l'expérience cancéreuse tout entière. Ce qui est important pour les Manitobains, et probablement pour l'ensemble des Canadiens, ce n'est pas seulement le temps que ça prend pour subir un test ou obtenir un traitement après que ce dernier a été commandé par un spécialiste, mais plutôt la longueur de l'attente entre la détection d'un problème par le médecin de famille et le début des traitements. Nous consacrons à ce problème- là énormément de ressources. Nous essayons d'établir des normes pour qu'un maximum de deux mois s'écoule entre le doute du médecin de famille et le traitement.

We think that other benchmarks can be achieved. I want to reflect a bit on Mr. McNamara's comments. There is always a downside when you focus on specific targets, and the evidence on setting those benchmarks was not always as clear. As Dr. Postl said, sometimes it can be somewhat arbitrary.

Having said that, I think there is value in setting the targets, because it certainly focuses efforts in jurisdictions on that work. That can be at the cost of neglecting other areas with priority areas getting significant focus while other areas that may be equally as important may not get quite the same focus. There must be a delicate balance. You should not set so many targets that you cannot spend resources on the other kinds of wait times.

Senator Eggleton: Are there any particular ones you would add to the next accord?

Mr. Sussman: I would be more focused on cancer again.

Senator Eggleton: Cancer is one of the original five.

Mr. Sussman: Yes, but it is a very limited target and I think it can be expanded. From my perspective, there are targets on access to family physicians. It will be important that Canadians have timely access to care providers. Those are just a couple of areas.

Mr. McNamara: I talked about orthopedics. In our case, we have done 16 per cent more surgeries in the first six months of this year than we did in the first six months of last year. At the same time, our wait list has increased by 30 per cent. It is very difficult to achieve a target when you have those types of demands.

In trying to address the wait list we have also put in orthopedics assessment clinics which do pre-assessments and identify individuals who do not need orthopedic surgery. There are other modalities that can be used, such as physiotherapy, to divert people from surgery. Obviously, if you go to a surgeon, he or she will cut, in the same as if you go to an internist they will give you a pill. That is the way they are trained. It is not that it is bad; it is just how we provide service.

With respect to the future, I would look at access to a health care provider, although not necessarily a physician. There are many other providers including nurse practitioners, family practice nurses and even pharmacists in some cases. We have to

Nous pensons qu'il est possible d'atteindre d'autres points de repère. J'aimerais revenir un instant sur les observations de M. McNamara. Il y a toujours un élément négatif lorsqu'on met l'accent sur des cibles particulières, et les éléments qui ont déterminé l'établissement de ces points de repère n'ont pas toujours été clairs. Comme le Dr Postl l'a dit, parfois, cela peut être arbitraire.

Cela étant dit, je pense qu'il est valable d'établir des cibles, parce que cela permet très certainement de concentrer les efforts des provinces et des territoires sur un élément particulier. Cela peut se faire toutefois au détriment d'autres secteurs parce que les secteurs prioritaires reçoivent beaucoup d'attention, tandis que les autres secteurs, qui peuvent être tout aussi importants, n'en reçoivent pas autant. Il faut trouver un juste équilibre. Il ne faut pas imposer un trop grand nombre de cibles qui vous empêchent d'allouer des ressources à d'autres types de problèmes liés au temps d'attente.

Le sénateur Eggleton : Y a-t-il des éléments particuliers que vous ajouteriez au prochain accord?

M. Sussman : Encore une fois, je mettrais davantage l'accent sur le cancer.

Le sénateur Eggleton : Le cancer fait partie des cinq éléments d'origine.

M. Sussman : Oui, mais il s'agit d'une cible très limitée, et je pense qu'elle pourrait être élargie. De mon point de vue, il y a des cibles sur l'accès à un médecin de famille. Il sera important que les Canadiens aient un accès en temps voulu aux fournisseurs de soins. Il ne s'agit que de quelques-uns des secteurs.

M. McNamara : J'ai parlé du domaine de l'orthopédie. Nous avons réalisé 16 p. 100 plus de chirurgies dans les six premiers mois de la présente année que durant les six premiers mois de l'année précédente. Parallèlement, notre liste d'attente s'est accrue de 30 p. 100. Il est très difficile d'atteindre une cible lorsqu'on fait face à ce genre de demandes.

En essayant de trouver une solution aux listes d'attente, nous avons également établi des cliniques d'évaluation orthopédique qui s'occupent de réaliser une préévaluation et de déterminer quels patients n'ont pas besoin d'une opération. On peut faire appel à d'autres types de soins, comme la physiothérapie, pour faire en sorte que les patients n'aient pas à subir une chirurgie. Manifestement, si vous allez consulter un chirurgien, il voudra vous opérer, tandis que si vous consultez un interniste, il voudra vous donner un médicament. C'est la façon dont ils ont été formés. Ce n'est pas quelque chose de mauvais, c'est tout simplement la façon dont nous assurons les services.

Pour ce qui est de l'avenir, je me pencherais sur la question de l'accès à un fournisseur de soins, même s'il ne s'agit pas nécessairement d'un médecin. Il y a de nombreux autres fournisseurs de soins, y compris les infirmières praticiennes, les

think differently about how we provide service. If we measure everything by a GP, it will continue to create problems and we will never have enough of them.

An addition to the list that I would like to see is access to mental health and addiction services. Those are things we could set targets on. In our province, and probably in many of our provinces, we are not doing a very good job in that area. Even though a number of us are developing strategies, I do not think we are there yet.

Senator Merchant: In our hearings we constantly hear about improvements in timely quality care, about reducing wait times. What are your departments doing to track quality? Completing more surgeries is not necessarily a measure of quality.

Last week the OECD gave Canada not very good marks in some areas. Last week Dr. Butler-Jones gave as an example a review done in Vancouver. They tracked cataract surgeries and found that a quarter of people who had cataract surgery were actually worse off after the surgery than they were before. He asked how that could be, and he concluded that some patients whose eyes were still functional really did not need the surgery, but because they had cataracts they could have the surgery.

We know that many people go to the Mayo Clinic because they have the impression that they get quality service there. I do not know if you track it, but this must be quite a loss to our economy. Have you any idea how much money goes out of the country because people are seeking quality?

Mr. McNamara: In Nova Scotia, we were late to the game, but we have set up a quality team within our department. We have a chair by the name of Dr. Pat Crosskerry who is probably an international expert on quality and patient safety and has done a lot of work particularly in emergency medicine.

We have developed standards for emergency departments across our province. I think we are the only province that has a full set of standards, including the training, the equipment and what is expected. It will take us a couple of years to get there once you set up the training.

In terms of surgery, we know there are surgeries being done in our province that are inappropriate. We know that people are being hurt. We know there are people that are being treated

infirmières praticiennes en médecine familiale, et même dans certains cas, les pharmaciens. Il faut trouver une façon différente d'assurer les services. Si l'on mesure tout à l'aune du médecin de famille, cela continuera de créer des problèmes et nous n'en aurons jamais en nombre suffisant.

En outre, nous pourrions rajouter sur la liste l'accès aux soins en santé mentale et aux services de toxicomanie. Voilà des secteurs pour lesquels nous devrions établir des cibles. Dans notre province, et probablement dans de nombreuses provinces, nous ne faisons pas un très bon travail à cet égard. Même si un certain nombre d'entre nous développent des stratégies, je pense qu'il reste encore beaucoup de travail à faire.

Le sénateur Merchant : Dans nos audiences, on entend constamment parler des améliorations dans la prestation des soins en temps voulu, et de la réduction des temps d'attente. Que font vos ministères pour assurer un suivi en matière de qualité? Le fait de réaliser davantage de chirurgies ne constitue pas forcément une mesure de la qualité.

La semaine dernière, l'OCDE n'a pas donné de très bonnes notes au Canada dans certains domaines. La semaine dernière, le Dr Butler-Jones nous a donné comme exemple l'examen réalisé à Vancouver. Il y a eu un suivi des opérations de la cataracte, et il s'est avéré qu'un quart des patients qui avaient subi cette opération étaient en fait plus mal en point après la chirurgie qu'avant. Il a voulu savoir comment cela était possible et il a conclu que pour certains patients dont les yeux fonctionnaient toujours bien, la chirurgie n'aurait pas été nécessaire, mais, parce qu'ils avaient des cataractes, ils pouvaient se prévaloir de cette chirurgie.

Nous savons que de nombreuses personnes se rendent à la Clinique Mayo parce qu'elles ont l'impression d'y recevoir des services de qualité. Je ne sais pas si vous faites des calculs, mais cela doit représenter une perte importante pour notre économie. Savez-vous de quelle quantité d'argent notre pays est privé parce que les patients recherchent la qualité?

M. McNamara : En Nouvelle-Écosse, nous nous y sommes pris sur le tard, mais nous avons formé une équipe chevronnée au sein de notre ministère. Le président, le Dr Pat Crosskerry, est probablement un expert international en matière de qualité et de sécurité pour les patients et a accompli beaucoup de travail, particulièrement dans le domaine de la médecine d'urgence.

Nous avons élaboré des normes pour les services d'urgence partout dans la province. Je crois que notre province est la seule qui se soit dotée d'une gamme complète de normes qui comprend la formation, l'équipement et les résultats escomptés. Il nous faudra quelques années pour terminer le processus une fois que la formation sera mise en branle.

En matière d'interventions chirurgicales, nous savons que certaines interventions exercées dans notre province sont inappropriées. Nous savons que des patients en souffrent. Nous

inappropriately. We are using cancer as our guide. We will be changing, over the next year, how we do that, and we will stop doing some of those procedures.

We also have to spend time helping people understand that the treatment they see on television is not the thing to do. It is very difficult. We also know that everything we do in health care impacts the income of someone. When you stop doing something, individuals lose income, and it is hard to get them to come along. We have to find a different way of being able to pay or getting them to think differently about what we are doing.

If I use the example of rectal surgeries in our province, I know we are doing inappropriate rectal surgeries for cancer. We have to change that. I am sure we are not the only province.

Mr. Sussman: I think you are quite correct. All jurisdictions, and certainly Manitoba, are starting to focus more on quality. Each department has divisions or sections within them that are more focused on quality. The regional health authorities in Manitoba now all have quality committees as the major committee of their board of directors. We have a large focus on patient safety in Manitoba where we are tracking and posting critical incidents and trying to do learning summaries from them.

I alluded in my comments to a program we have called Bridging General to Specialist Care. That was looking at the requirements that a specialist would need before they get a referral from a family physician so they are sending the right information and they can make the right initial assessment. We have launched that in a couple of particular areas, and our intent is to expand that across the system.

We have also had initiatives that look at the wait lists for different types of procedures and tried to do an assessment on whether those people are appropriate for the service they are looking at.

It is clear, though, that this is a very large and complex system, and we are still at early stages when it comes to advancing a culture of qualities across the system. All of us are very conscious of the work that IHI does in the U.S. If you go across the country, you will see significant initiatives in those areas in every jurisdiction.

I agree that it is something we have to continue to focus on.

Senator Callbeck: I have a couple of questions, and one is about the drug information system. New Brunswick, Nova Scotia and Prince Edward Island are using the same system, but what

savons que certaines personnes ne sont pas bien traitées. Nous nous fions sur notre expérience avec le cancer pour nous orienter. Au cours de la prochaine année, nous allons changer la façon dont nous procédons et nous allons arrêter d'offrir certaines opérations chirurgicales.

Nous devons aussi prendre le temps d'aider les gens à comprendre que les traitements qu'ils voient à la télévision ne sont pas la bonne voie à suivre. C'est très difficile. Nous savons également que toutes les décisions que nous prenons en matière de soins de santé ont des répercussions sur les revenus de certaines personnes. Quand on arrête d'offrir une intervention, des travailleurs enregistrent des pertes de revenus, et il est difficile d'avoir leur appui. Nous devons trouver un autre moyen de les payer ou nous devons les inciter à voir les choses autrement.

Prenons l'exemple des chirurgies rectales dans notre province. Je sais que nous avons recours à des chirurgies rectales inappropriées pour le cancer. Nous devons changer cela. Je suis persuadé que nous ne sommes pas la seule province dans cette situation.

M. Sussman : Je crois que vous avez raison. Toutes les provinces, et c'est sans contredit le cas au Manitoba, commencent à se concentrer davantage sur la qualité. Chaque ministère compte des divisions ou des bureaux qui se concentrent davantage sur la qualité. Les comités principaux des conseils d'administration des autorités régionales en santé du Manitoba sont maintenant les comités de contrôle de la qualité. Le Manitoba mise grandement sur la sécurité des patients : nous faisons un suivi des incidents graves et nous les affichons afin d'essayer d'en tirer des leçons.

Dans mon exposé, j'ai parlé d'un programme intitulé « Faire le pont entre les soins généraux et spécialisés ». Il s'agit de voir ce dont un spécialiste a besoin avant de recevoir une demande de consultation d'un médecin de famille afin que des renseignements pertinents soient échangés et que l'évaluation initiale du patient soit juste. Nous avons lancé ce programme dans certains domaines en particulier, et notre intention est de l'appliquer à tout le système.

Nous avons aussi lancé des initiatives qui analysent les listes d'attente de divers types de procédures et qui tentent de déterminer si le service correspond aux besoins des patients.

Par contre, il est évident qu'il s'agit d'un système très vaste et complexe, et nous en sommes encore aux balbutiements en ce qui a trait à la promotion de la qualité dans tout le système. Nous sommes tous très conscients du travail que l'IHI fait aux États-Unis. Si vous vous rendez dans ce pays, vous constaterez que chaque État compte des initiatives d'envergure dans le domaine.

Je suis d'accord pour dire qu'il s'agit d'un domaine où nous devons continuer à nous concentrer.

Le sénateur Callbeck : J'ai quelques questions, et l'une d'entre elles porte sur le système de renseignements sur les médicaments. Le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard

about other provinces? Do they have different systems? Is the aim to all have the same system, or are we going to have apples and oranges?

Mr. McNamara: We have apples and oranges. It depends on the different direction given in different provinces. Sometimes it is based on the vendor and who does the best job of selling a product. Sometimes it is based on the users who have a preference.

One of the struggles we often have is going back to these systems are there for the patient and owned by the patient, but they are really not. They are owned by the provider in many cases. One of the things we have to change is it has to become more of a patient-focused system in everything we do, rather than provider-focused. Our biggest failure in Canada is that we are too provider-focused.

Senator Callbeck: Is there a role here for the federal government?

Mr. McNamara: I am sorry?

Senator Callbeck: Different provinces have different systems. Say someone moves from one province to another. Say I live in Prince Edward Island and move to Ontario. A doctor in Ontario will not have access to my drug information. Is there a role for the federal government to play in trying to get some consistency in this?

Mr. McNamara: The federal government can help us tremendously by at least doing the interoperability between systems. It could be different systems in different provinces. The interoperability is the expensive and hard way to do it. I would encourage that that happen, and not just in drug information but with other factors as well.

If we look at, for example, the electronic medical records, in Nova Scotia, we have one system. We are still having a battle because we are being resisted by physicians who want to have choice. If you are in some other province, and I am not sure of Manitoba, but in Ontario it is wide open and any vendor can provide a system. That is an issue for some of us. We are trying to hold the line on the one. Whether we will be able to do it or not, time will tell.

Mr. Sussman: I think it is hard to go across the country and have one standard system because each of us has different health systems with slightly different rules and slightly different coverage.

I do want to clarify that, with health information and some of the standards of what should be in the drug information system, Canada Health Infoway, if you access their funding, has dictated some parameters around it that I think will provide a standard quality of information. It may not be exactly the same

utilisent le même système, mais qu'en est-il des autres provinces? Ont-elles des systèmes différents? L'objectif est-il que toutes les provinces utilisent le même système, ou allons-nous nous retrouver avec des pommes et des oranges?

M. McNamara : Nous avons des pommes et des oranges. Ça dépend des orientations de chaque province. Dans certains cas, cette orientation se fonde sur le fournisseur et le groupe qui parvient à mieux vendre un produit. Dans d'autres cas, cette orientation se fonde sur les utilisateurs qui ont une préférence.

Une des difficultés qui revient souvent, c'est qu'on croit que ces systèmes existent pour les patients qui en sont propriétaires, mais ce n'est vraiment pas le cas. Ces systèmes, dans bien des cas, appartiennent aux fournisseurs. Voici un des changements que nous devons apporter : dans tout ce que nous faisons, nous devons passer d'un système axé sur les fournisseurs à un système axé sur les patients. Au Canada, notre plus grand problème est que nous sommes trop axés sur les fournisseurs.

Le sénateur Callbeck : Le gouvernement fédéral devrait-il jouer un rôle?

M. McNamara : Pardon?

Le sénateur Callbeck : Diverses provinces ont des systèmes différents. Supposons qu'une personne déménage d'une province à une autre. Supposons que j'habite l'Île-du-Prince-Édouard et que je déménage en Ontario. Un médecin ontarien n'aura pas accès aux renseignements relatifs à mes médicaments. Le gouvernement fédéral devrait-il jouer un rôle pour tenter d'assurer une certaine uniformité?

M. McNamara : Le gouvernement fédéral peut nous aider énormément en assurant au moins l'interopérabilité entre les systèmes. Nous pourrions avoir des systèmes différents dans chaque province. L'interopérabilité serait une façon complexe et coûteuse d'assurer ce genre de système. Selon moi, c'est la voie à suivre, et pas seulement pour les renseignements relatifs aux médicaments, mais aussi pour d'autres volets.

Prenons l'exemple des dossiers médicaux électroniques de la Nouvelle-Écosse où il n'y a qu'un système. Il y a toujours des conflits parce que certains médecins veulent avoir le choix. Dans d'autres provinces... Je ne connais pas très bien la situation au Manitoba, mais je sais que, en Ontario, c'est très ouvert et que tout fournisseur peut offrir un système. C'est problématique pour certains d'entre nous. Nous essayons de garder le cap sur un système unique. Le temps nous dira si nous y parviendrons.

M. Sussman : Je pense qu'il serait difficile d'avoir un système uniforme dans tout le pays parce que chaque province a son propre système de santé dont les règles et la couverture diffèrent quelque peu des autres provinces.

J'aimerais clarifier ce qui suit. Si on regarde le financement de l'Inforoute Santé du Canada, on constate que le portail a établi des barèmes par rapport aux renseignements sur la santé et certaines normes qui devraient se retrouver dans le système de renseignements sur les médicaments; je crois que cela va garantir

information. The issue of interoperability between jurisdictions is a much longer term issue. I think there has been tremendous progress.

As I mentioned to you, I was a deputy minister in 2001 before this accord was signed. I can only speak for Manitoba, but investment in information technology was minimal. With the advent of Canada Health Infoway and its funding, but also its push to follow certain standards, we have seen rapid development of information systems and are making progress in all of those areas. I am more worried about us finishing that job. I do not mean it is not important to have interoperability, but I think it is vitally important you have all of those systems in place in your home jurisdiction.

Senator Callbeck: I want to ask the same question on wait times. When we talk about wait times and compare one province to another, are we talking apples to apples or apples to oranges? Is every province using the same definition?

Mr. Sussman, you talked about cancer. I understood from you that the wait time starts from the time the person sees the family doctor until they get the procedure.

Mr. Sussman: In our cancer journey strategy, that is the measure we are using.

Senator Callbeck: However, on the others where the wait times are being compared, province to province, is it a consistent definition?

Mr. McNamara: I would not say it is 100 per cent consistent. There is some consistency, but there are some differences as well.

It is the interpretation; it is the systems that are being used. It is how accurate the inputting of the information is and how well individuals input MIS data. It is a difficult system to code. Even when we talk about administrative costs in this country, because you will hear it is high, infection control and patient safety are included in "administration." It is not pure administration as you and I think about it. I guess we give misguided advice sometimes because of that.

Senator Cordy: It is good for the community to hear from the provinces who are the providers of the health care. You have both been excellent witnesses, so I thank you very much.

I would like to ask questions about mental health and mental illness. I was part of this committee when we did a study on mental health and mental illness under Senator Kirby. Things have come a long way because at that time I doubt that we would have had two deputy ministers from two different provinces coming in and both talking about mental health. We have made

une qualité de l'information uniforme. L'information pourrait ne pas être exactement la même. La question de l'interopérabilité entre les provinces va s'échelonner sur une période à beaucoup plus long terme. Je crois qu'on a réalisé d'énormes progrès.

Comme je l'ai mentionné, j'ai été sous-ministre en 2001, soit avant que l'accord ne soit signé. Je ne connais la situation qu'au Manitoba, mais je peux vous dire que les investissements en technologie de l'information étaient minimes. Grâce à l'arrivée de l'Inforoute Santé du Canada et son financement, mais aussi grâce à sa promotion de certaines normes, nous avons vu la création rapide de systèmes d'information et nous faisons du progrès dans tous ces domaines. Ce qui m'inquiète davantage, c'est si nous pourrions terminer ce travail. Je ne veux pas dire par là qu'il n'est pas important d'assurer l'interopérabilité, mais je crois qu'il est essentiel que tous ces systèmes se retrouvent dans toutes les provinces.

Le sénateur Callbeck : J'aimerais poser la même question quant aux temps d'attente. Quand on parle des temps d'attente et qu'on compare les provinces entre elles, s'agit-il de pommes comparées à des pommes ou de pommes comparées à des oranges? Est-ce que toutes les provinces utilisent la même définition?

Monsieur Sussman, vous avez parlé de cancer. Si j'ai bien compris ce que vous avez dit, la période d'attente commence lorsque le patient consulte son médecin de famille et se termine lorsqu'on l'opère.

M. Sussman : Dans notre stratégie sur le cancer, ce sont les repères que nous utilisons.

Le sénateur Callbeck : Par contre, lorsqu'on compare les autres temps d'attente entre provinces, la définition utilisée est-elle uniforme?

M. McNamara : Je ne dirais pas qu'elle est uniforme à 100 p. 100. Il y a une certaine uniformité, mais il y a aussi certaines différences.

C'est une question d'interprétation; ça dépend des systèmes utilisés. Ça dépend de la précision avec laquelle on consigne l'information et de la capacité des personnes à consigner les données dans les systèmes d'information de gestion. Il est difficile de coder les données. Les coûts administratifs au Canada — on dit souvent qu'ils sont élevés — comprennent même les coûts de prévention des infections et les coûts associés à la sécurité des patients. Il ne s'agit pas d'administration dans l'acception qu'on lui connaît. À cause de cette ventilation de coûts, j'imagine que nous donnons parfois des conseils malavisés.

Le sénateur Cordy : La communauté est heureuse d'entendre des provinces dire qui sont les fournisseurs de soins de santé. Vous êtes deux excellents témoins, et je tiens à vous remercier.

J'aimerais vous poser des questions portant sur la santé mentale et les maladies mentales. Je faisais partie du comité quand nous avons mené une étude sur la santé mentale et les maladies mentales chapeauté par le sénateur Kirby. Les choses ont bien changé depuis parce que, à l'époque, je doute que deux sous-ministres de deux provinces différentes se soient déplacés pour venir nous parler de

some progress in that way. One of you mentioned the Mental Health Commission. That was a recommendation of this committee, and Senator Kirby was the first chair and still is.

We have heard other witnesses who also talked about mental health and mental illness. What should we recommend to the minister be put in the new accord? You want to have something in it that is flexible. Mr. McNamara talked about flexibility because not all provinces are the same. However, you want some national standards that all provinces and territories are looking at in their treatment and wellness for those with mental health illness. One in five Canadians will suffer from poor mental health at some point in their lives.

Mr. McNamara: In terms of mental health, I would like to see access to at least a caregiver of some type when individuals need it. Sometimes individuals get sicker because they do not have quick access. It is looking at more the early intervention and how we can do that.

Second, think of those who have mental illness. What are the issues they are dealing with? They are dealing with homelessness, not having a house to live in and poor income. Even when we look at the accord, we have to ensure that the health accord is not at the expense of the other transfers. If we take housing away we will increase the problem for homelessness and health because it will end up being the last resort for many of these individuals. For me, it is early access and having the other determinants that can assist. To me, many individuals with mental health issues need a home, advice, support and a friend. I think we have to figure out how we do that.

Mr. Sussman: I would say that I agree with Mr. McNamara. In dealing with mental health issues, what I hear from family practitioners in Manitoba is a significant part of their patient case load deals with mental health issues. We have to find ways. There are models that support family practitioners, who are providing most of the mental health support in their practices. They are dealing with way more people than are psychiatrists or mental health workers. We have to find ways to support their practices.

I agree with Mr. McNamara. You need a wraparound type of service for people with persistent mental illness. There needs to be support for those kinds of initiatives. There needs to be housing. There also needs to be a focus on mental health promotion and mental illness prevention. We often do not really recognize that. It is still very much an under-reported issue.

I think the Mental Health Commission has been a significant first step in moving forward. I think it occurred at a time where it was becoming apparent to all jurisdictions how important this is. It has been a support to that.

santé mentale. Nous avons réalisé du progrès à cet égard. L'un d'entre vous a mentionné la Commission de la santé mentale. C'était une recommandation du comité, et le sénateur Kirby en a été le premier président — et il l'est toujours.

D'autres témoins nous ont parlé de santé mentale et de maladie mentale. Qu'est-ce que nous devrions recommander à la ministre d'inclure dans ce nouvel accord? Cet accord doit faire preuve de souplesse. M. McNamara a parlé de souplesse parce que chaque province est différente. Par contre, nous avons besoin de normes nationales que les provinces et les territoires respecteront pour le traitement et le bien-être des patients atteints de maladie mentale. Un Canadien sur cinq souffrira d'un problème de santé mentale à un moment dans sa vie.

M. McNamara : En ce qui a trait à la santé mentale, j'aimerais que les personnes touchées aient accès à au moins un professionnel de la santé quand elles en ont besoin. Il arrive que l'état de santé des patients empire parce qu'ils n'ont pas accès à un professionnel rapidement. Il faut étudier ce que nous pouvons faire en matière d'intervention précoce.

Deuxièmement, pensez aux personnes atteintes de maladie mentale. Avec quels problèmes doivent-elles composer? Elles sont itinérantes, n'ont pas de demeure où habiter et ont un faible revenu. Même pour ce qui est de l'accord sur la santé, nous devons nous assurer qu'il ne se fera pas au détriment des autres transferts. Si on élimine les solutions de logement, nous allons accroître le problème d'itinérance et de santé parce que cela va devenir le dernier recours pour la plupart de ces personnes. Selon moi, il faut miser sur un accès rapide aux professionnels et sur les autres facteurs qui peuvent aider. Je crois que de nombreuses personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ont besoin d'un toit, de conseils, d'appui et d'un ami. Nous devons déterminer comment nous pourrions leur offrir tout cela.

M. Sussman : Je suis d'accord avec M. McNamara. Les médecins de famille au Manitoba me disent qu'une grande partie de leur charge de travail concerne les problèmes de santé mentale de leurs patients. Nous devons trouver des solutions. Il y a des modèles qui aident les médecins de famille, qui sont ceux qui offrent le plus d'aide en santé mentale dans le cadre de leur pratique. Ils ont affaire à beaucoup plus de gens que les psychiatres ou les travailleurs en santé mentale. Il faut trouver des façons de les appuyer dans leur travail.

Je suis d'accord avec M. McNamara. Il faut un service qui entoure les gens qui ont des problèmes de santé mentale persistants. Il faut un appui pour ce type d'initiatives. Il faut du logement. Il faut aussi faire des efforts en matière de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale. Nous ne le reconnaissons pas souvent. C'est un problème qui est encore beaucoup sous-déclaré.

Je pense que la Commission sur la santé mentale a été un premier pas important. Elle a eu lieu à un moment où il devenait clair pour toutes les administrations à quel point c'était important. Elle a contribué à améliorer la situation.

Senator Cordy: Mr. McNamara, you talked about a friend or an advocate. It does not necessarily have to be the family doctor, which I think Mr. Sussman was saying. We need the wraparound services. You phrased that in a great way.

Mr. Sussman: I am not suggesting that it must be a doctor. I think there must be a broad spectrum of supports that are available. I do think it is critical that we support family practitioners.

There are some significant models. We have a shared care model where there are mental health workers and psychiatrists that are resources to a family practice clinic. The mental health workers spend time in the clinic seeing patients, and the psychiatrist is there to consult with the clinicians and, if necessary, to see the client. We will never have enough psychiatrists — certainly not in the short term — to provide the level of services that are required, so we have to find ways to maximize those services. It is based on a model that I think was started in Hamilton and is a hugely successful model.

Senator Cordy: Mr. McNamara, I like your comment that perhaps we should have a five-year evaluation. I look at when this accord came in, in 2004, and it does not seem that long ago, but look at the changes that have occurred within the health care field in that period of time. I think that is a great suggestion that you have made.

Senator Champagne: You both spoke about unneeded surgeries. In my home province of Quebec, it has been reported that in the last few years there have been a huge number of unnecessary Caesarean sections. Is that something that you see in your part of the world?

Mr. McNamara: In our case, yes, it is. We just did a look at that. We also looked at hysterectomies, and that is higher than it should be. We are taking a look at that to see how we can address it differently and reduce that.

Mr. Sussman: We are seeing some of that in parts of Manitoba. We have tried to address that. In one of our health regions, it is way out of whack with data from anywhere else in the province and nationally. We are addressing that specifically within that regional health authority as to why those rates are so high.

Senator Champagne: Surgery is surgery. It is very expensive. An OR is being occupied for something that maybe was not necessary while someone else is waiting for something that could be urgent.

Mr. McNamara, you said in your presentation that it is essential that provinces have input into the choice of future targets. What should be earmarked for targets or what should not be earmarked?

Mr. McNamara: Definitely cataracts cannot be there. That is one example.

Le sénateur Cordy : Monsieur McNamara, vous avez parlé d'un ami ou d'un défenseur des droits. Il n'est pas nécessaire que ce soit le médecin de famille, et je pense que c'est ce que M. Sussman disait. Nous avons besoin d'un service qui entoure les gens. Vous l'avez très bien dit.

M. Sussman : Je ne propose pas qu'il faille que cela soit un docteur. Je pense qu'il faut qu'il y ait une vaste gamme d'aide disponible. Et je crois qu'il est essentiel que nous aidions les médecins de famille.

Il y a certains modèles importants. Nous avons un modèle de soins partagés dans lequel des travailleurs en santé mentale et des psychiatres agissent comme personnes-ressources pour une clinique de médecine familiale. Les travailleurs en santé mentale voient des patients à la clinique, et le psychiatre est disponible pour discuter avec les cliniciens et, si nécessaire, voir le client. Nous n'aurons jamais assez de psychiatres — certainement pas à court terme — pour offrir le niveau de service nécessaire, alors il faut trouver une façon d'en optimiser l'utilisation. C'est basé sur un modèle qui a, je crois, débuté à Hamilton et qui connaît beaucoup de succès.

Le sénateur Cordy : Monsieur McNamara, j'ai aimé vous entendre dire que nous aurions peut-être besoin d'une évaluation quinquennale. Je repense à l'époque où cet accord est entré en vigueur, en 2004, et cela ne semble pas si loin, mais regardez les changements qui ont eu lieu dans le secteur des soins de la santé depuis. Vous avez fait une excellente suggestion.

Le sénateur Champagne : Vous avez tous deux parlé des chirurgies inutiles. Dans ma province, le Québec, on a déclaré qu'au cours des dernières années il y a eu énormément de césariennes inutiles. Est-ce un phénomène que vous constatez chez vous également?

M. McNamara : Oui, pour nous aussi. Nous venons d'examiner cet aspect. Nous avons aussi examiné les hystérectomies, et le taux est plus élevé qu'il le devrait. Nous sommes en train de réfléchir à la façon de corriger la situation pour réduire le nombre de ces chirurgies.

M. Sussman : Nous voyons la même chose dans certaines régions du Manitoba. Nous avons essayé de corriger la situation. Dans une de nos régions de santé, les données sont complètement différentes du reste de la province ou du pays. Nous discutons avec le conseil régional de santé pour savoir pourquoi les taux sont si élevés.

Le sénateur Champagne : Une chirurgie est une chirurgie. Elle coûte très cher. Et une salle d'opération est utilisée pour quelque chose qui n'est peut-être pas nécessaire, alors que quelqu'un d'autre attend pour une chirurgie qui est peut-être urgente.

Monsieur McNamara, dans votre exposé, vous dites qu'il est essentiel que les provinces aient leur mot à dire dans la détermination des cibles futures. Qu'est-ce qui devrait être désigné comme cible et qu'est-ce qui ne devrait pas l'être?

M. McNamara : Les cataractes ne doivent manifestement pas être là. Voilà un exemple.

Senator Champagne: Allow me not to agree, because I am next.

Mr. McNamara: We also know that individuals are getting cataracts younger and younger for obvious reasons.

One of the things we have to look at in working together is to use evidence based on the support systems we have in Canada, and ask what needs to be done that will impact the lives of individuals. How do we do it differently, whether it is prevention? In the last accord, many things were picked ad hoc rather than giving a lot of thought to it. We do have a couple of years to do this together. I think provinces have to sit down and work our way through it so we collectively can come up with some issues that we can suggest be part of the goals that we want to achieve together.

As I mentioned, it may be different. As Mr. Sussman said, we need an aging strategy, which is very important to the East Coast because of our demographics.

The other thing that was interesting to me in looking at statistics, if we look at individuals who are the most ill in the seniors population, it is on the East Coast and Alberta. That is kind of funny because the richest and the poorest have the worst record in dealing with seniors. It means our system is failing, so money is not the total answer.

What I am trying to get at is that we, as provinces, must sit down with the appropriate experts to say what are the things that we should put forward that we believe, with evidence, we can support and put the appropriate benchmarks in place?

Senator Champagne: You were talking also about the need for flexibility for implementing those new targets. Do you mean between the provinces, or in your own province or what?

Mr. McNamara: I used the example of “young” versus “old” — like British Columbia versus Nova Scotia. That does not mean we do not have both groups in there; we know, for example, that many young people between 14 and 19 are using a lot of our health care services because of lifestyles and other things.

We can make that as a national basis to help the seniors, but we may say there is a greater target on the seniors in a number of provinces and greater one on the youth in another. That is what I am talking about when I talk about flexibility, but it could still be part of the big package.

Senator Champagne: Do you have anything to add, Mr. Sussman?

Le sénateur Champagne : Permettez-moi d'exprimer mon désaccord, puisque je suis la prochaine.

M. McNamara : Nous savons aussi que les cataractes se manifestent chez les gens de plus en plus jeunes, pour des raisons évidentes.

Lorsque nous travaillons ensemble, nous devons chercher à utiliser des preuves en fonction des systèmes de soutien que nous avons au Canada, tout en nous demandant ce qui doit être fait et qui aura des incidences sur la vie des gens. Comment agir différemment, qu'il s'agisse de prévention ou autre? Dans le dernier accord, de nombreux éléments ont été choisis au hasard, sans y avoir beaucoup réfléchi. Nous avons quelques années pour travailler ensemble. Je pense que les provinces doivent discuter et travailler ensemble afin que nous puissions, de façon collective, trouver des problèmes que nous pouvons proposer en ce qui concerne les objectifs que nous souhaitons atteindre ensemble.

Comme je l'ai mentionné, ça peut être différent. Comme M. Sussman l'a dit, nous avons besoin d'une stratégie concernant le vieillissement, ce qui est très important sur la côte Est en raison de notre population.

Lorsque j'ai examiné les statistiques, j'ai aussi trouvé intéressant le fait que si nous prenons les gens les plus malades dans la population des personnes âgées, on les trouve sur la côte Est et en Alberta. C'est un peu cocasse, parce que la province la plus riche et les provinces les plus pauvres ont les pires résultats en ce qui concerne les personnes âgées. Ça signifie que notre système ne fonctionne pas, de sorte que l'argent n'est pas la seule réponse.

Ce que j'essaie de vous dire, c'est que les provinces doivent discuter avec les bons spécialistes pour déterminer ce qui doit être proposé et ce qui, selon nous, en fonction des preuves, peut être appuyé en vue d'établir les bons points de repère.

Le sénateur Champagne : Vous avez mentionné le besoin de souplesse lors de la mise en œuvre de ces nouvelles cibles. Parlez-vous de souplesse entre les provinces, dans votre propre province ou ailleurs?

M. McNamara : J'ai utilisé l'exemple des « jeunes » par rapport aux « vieux » — comme la Colombie-Britannique par rapport à la Nouvelle-Écosse. Ça ne signifie pas que les deux groupes ne sont pas représentés dans chaque province; nous savons, par exemple, que de nombreux jeunes de 14 à 19 ans utilisent beaucoup les services de santé en raison de leur mode de vie, entre autres.

Nous pouvons établir un niveau de base national pour aider les personnes âgées, mais on peut dire que les aînés sont plus ciblés dans de nombreuses provinces et que les jeunes le sont davantage ailleurs. C'est de cela que je parle lorsque je mentionne la souplesse, mais ça pourrait tout de même faire partie de la série de mesures en général.

Le sénateur Champagne : Monsieur Sussman, avez-vous quelque chose à ajouter?

Mr. Sussman: When I hear from Manitobans, often the issues are how do I access some kind of care provider? I agree with Mr. McNamara that it does not have to be a family physician; it can be a range of practitioners.

The other thing that I constantly hear is I have a care provider but I cannot get in to see them when I need to see them. I end up going to an emergency room or to a walk-in clinic because either I cannot get in after hours or I can get in only in three weeks. Often, if you have something that is maybe not an emergency but certainly you are feeling ill, it may not be appropriate to wait three weeks.

I think access in a timely way to a care provider is one that provinces need to focus on. We are, but help in supporting some targets in that area might be appropriate.

The other thing is that every jurisdiction will be dealing with significant numbers of people with chronic health conditions. Right now, because we are not as successful as we need to be in managing those chronic conditions, we start seeing people coming into the ERs or being in hospital.

If a comprehensive primary health care system was in place, with appropriate measures for monitoring people's chronic conditions, those people would not be presenting to hospital. It is a huge issue in Manitoba, particularly in relation to our First Nations communities and our remote communities in the North.

Senator Champagne: Are you using e-medicine with those people in the North or people who live far from the big centres?

Mr. Sussman: We have a significant telehealth service, but it is still a huge issue. There are jurisdictional issues that come into play with who has responsibilities for providing health services on reserve. Is it the federal government or is it Manitoba?

What we are seeing, frankly, is an overrepresentation in our hospitals by First Nations, many of whom have chronic health issues, such as diabetes and other kinds of conditions, that are not managed as well as they should be.

When we see them in our system, they are sicker, they have had more amputations. It is a significant problem that we do not have the right indicators and right services to provide that chronic disease support and management before they become quite ill. It is not just in First Nations; I think it is a problem throughout. However, it is highlighted in Manitoba, particularly when you walk through a hospital and see the overrepresentation.

M. Sussman : Souvent, les Manitobains se demandent comment avoir accès à certains types de fournisseurs de soins. Je suis d'accord avec M. McNamara : ce n'est pas nécessairement un médecin de famille, ça peut être toute une gamme de praticiens.

J'entends également souvent des gens nous dire qu'ils ont un fournisseur de soins, mais qu'ils ne peuvent pas le voir lorsqu'ils en ont besoin. Ils disent qu'ils finissent par se retrouver à l'urgence ou dans une clinique sans rendez-vous parce qu'ils ne peuvent pas avoir de rendez-vous après les heures normales d'ouverture ou qu'ils ne peuvent obtenir un rendez-vous que dans trois semaines. Souvent, si on se sent malade, mais que ce n'est pas une urgence, on ne peut pas nécessairement attendre trois semaines.

Je pense que l'accès rapide à un fournisseur de soins est l'un des aspects sur lesquels les provinces doivent se concentrer. Nous le faisons, mais il pourrait être nécessaire d'obtenir de l'aide pour atteindre certaines des cibles dans ce domaine.

Autre chose : chaque province fera face à un nombre considérable de patients atteints de maladies chroniques. À l'heure actuelle, étant donné que nous ne réussissons pas aussi bien que nous le devrions à gérer ces maladies, nous commençons à voir des gens qui se présentent dans les salles d'urgence ou qui sont hospitalisés.

Si un système de soins de santé primaire exhaustifs était en place et comportait les mesures appropriées pour surveiller les maladies chroniques, ces gens ne se présenteraient pas à l'hôpital. C'est un problème important au Manitoba, en particulier en ce qui concerne nos collectivités des Premières nations et nos collectivités éloignées du Nord.

Le sénateur Champagne : Utilisez-vous la cybermédecine avec les gens du Nord ou ceux qui vivent loin des grands centres?

M. Sussman : Nous avons un service de télésanté important, mais ça continue d'être un problème important. Il y a des problèmes de compétence qui entrent en ligne de compte lorsque vient le temps de déterminer qui est responsable de la prestation des services de santé dans les réserves. S'agit-il du gouvernement fédéral ou du Manitoba?

Honnêtement, nous constatons une surreprésentation des membres des Premières nations dans nos hôpitaux; bon nombre de ces personnes sont atteintes de maladies chroniques, comme le diabète, par exemple, qui ne sont pas gérées aussi bien qu'elles devraient l'être.

Lorsqu'on les accueille dans notre système, ces personnes sont plus malades, elles doivent subir davantage d'amputations. C'est un problème important, car nous n'avons pas les bons indicateurs ni les bons services pour fournir du soutien aux personnes atteintes de maladies chroniques et pour les aider à gérer leur condition avant qu'elles deviennent très malades. Il ne s'agit pas seulement des Premières nations. Je pense que c'est un problème dans tout le système. Toutefois, il est mis en lumière au Manitoba, en particulier lorsqu'on va dans un hôpital et qu'on constate cette surreprésentation.

[*Translation*]

Senator Verner: I would like to raise an issue which speaks to people who receive health care services from the provinces, and that is accountability.

I would like to know what you think about the measures which were included in the health accord regarding accountability. Do you think that changes should be made to paint a clearer picture of any progress which has been accomplished, in the interest of keeping Canadians better informed?

[*English*]

Mr. McNamara: As I said in my opening remarks, we believe in accountability to taxpayers. It is important and it is our responsibility. I know not all provinces agree with that. Some would like more flexibility in how they use the funds; that is their prerogative.

From the Nova Scotia government's point of view, we are not afraid of accountability. We believe that if we are using taxpayers' money, we have to be not only accountable on how we provide quality care to the patient, but how we ensure to the taxpayer that we are using it appropriately.

Mr. Sussman: I would agree. I think there is a tremendous amount of accountability — much more so than I think people are willing to acknowledge.

The Canadian Institute of Health Information publishes information that compares the different levels of service and outcomes across the country. We post tremendous amounts of information now on public websites. We post critical incidents and the summaries of what happened in those critical incidents. We publicly post wait times. Everyone is moving to increasingly post and disclose information about their system. We are looking constantly at other jurisdictions.

If you are in a province, health care is the number one issue. It is in every single session of the house, daily in Question Period — multiple times most often.

I think we still have to continue to evolve this, but I happen to be someone who believes that there has been increasing accountability. Do we always have the right measures in place? I do not think we always do — we have to work between us on what are the right measures; but this is a very accountable system.

It may not always be doing the right things, but it is often the way the system has developed and you can report on that. I think we may have to define changes in what those accountabilities might be, but there must be some agreement and there is not always that kind of agreement on what and where those changes should be between providers and the families.

[*Français*]

Le sénateur Verner : J'aimerais aborder une question qui attire l'attention des populations desservies par les provinces en matière de soins de santé : il s'agit de la reddition de comptes.

J'aimerais connaître votre évaluation des mesures incluses dans l'accord en santé en matière de reddition de comptes. Voyez-vous des modifications à y apporter afin de donner un meilleur portrait des progrès accomplis pour que les Canadiens et les Canadiennes puissent être tenus au courant de ce qui se passe?

[*Traduction*]

M. McNamara : Comme je l'ai dit dans mes remarques préliminaires, nous estimons qu'il faut rendre des comptes aux contribuables. C'est important et c'est notre responsabilité. Je sais que toutes les provinces ne sont pas d'accord. Certaines aimeraient avoir davantage leur mot à dire sur la façon dont l'argent est utilisé; c'est leur prérogative.

Selon le point de vue du gouvernement de la Nouvelle-Écosse, nous n'avons pas peur de rendre des comptes. Nous estimons que si nous utilisons l'argent des contribuables, nous devons être responsables de la façon dont nous nous y prenons pour fournir des soins de qualité aux patients, et nous devons également nous assurer que les contribuables utilisent les systèmes de façon adéquate.

M. Sussman : Je suis d'accord. Je pense qu'il y a une grande responsabilité, beaucoup plus que les gens ne sont prêts à l'admettre, je pense.

L'Institut canadien d'information sur la santé publie des renseignements qui comparent les différents niveaux de service et les résultats obtenus partout au pays. Nous publions aujourd'hui des quantités phénoménales d'informations sur nos sites Web. Nous publions les incidents critiques et les résumés de ce qui s'est passé pendant ces incidents. Nous publions les délais d'attente. Tout le monde publie et divulgue de plus en plus d'informations au sujet des systèmes. Nous surveillons constamment ce que font les autres provinces.

Dans les provinces, la santé est le principal enjeu. Cette question revient chaque jour à la Chambre pendant la période des questions — le plus souvent, à de nombreuses reprises.

Je pense qu'il faut continuer de faire évoluer le système, mais je suis quelqu'un qui croit que la reddition de comptes s'est améliorée. Avons-nous toujours les bonnes mesures en place? Je ne pense pas — nous devons déterminer ensemble ce que sont les bonnes mesures; mais le système comporte un bon mécanisme de reddition de comptes.

Il ne fait peut-être pas toujours ce qui se doit, mais c'est ainsi qu'il a évolué, et on peut en rendre compte. Je pense que nous pourrions devoir apporter des changements aux mesures de reddition de comptes, mais pour ce faire, on doit s'entendre; or, les fournisseurs de services et les familles ne conviennent pas toujours des changements à apporter.

Senator Seidman: I was quite pleased to listen to some of the interesting things that you are doing in your provinces. I thank you very much for presenting that to us.

I would like to enter into the discussion from the vantage of “vive la différence,” in a way. Provinces should have the ability to innovate and be creative in the delivery of health services to their citizens.

You have both spoken about ideas for innovative measures that you are engaged in, or preparing to engage in, in primary care, for example. I am pleased to say that in Quebec, just a week or so ago, the government passed legislation to give pharmacists the right to renew prescriptions and even to prescribe medications. The exact specifics are still being worked out, but I found that to be extremely inspiring. I thought, “This is a way to be more creative in the way we deliver services and, perhaps, in the provision of more timely access for something as simple as prescription renewal.”

All of that is my preamble. Given the importance of innovation, how might the next accord encourage or promote innovation and experimentation in the provinces and territories that then, perhaps, could be shared across the country?

Mr. McNamara: Again, my personal viewpoint is that we frequently reinvent the wheel, province by province. I think we have to work smarter as to how we can utilize what is working well in one province in another. I think that is something that we, as deputies, can do. As there is more cooperation, we can talk about the good ideas. As a matter of fact, at the meeting last week, one minister suggested that maybe we should have a show and tell at our next meeting, to talk about the good things going on. Sometimes we do not get an opportunity to brag about the good things. You mentioned the pharmacists; Nova Scotia did that about a year ago, and we are really pleased that that is moving forward. There is still more to go with it.

We are also expanding, for example, the models of care, trying to get an individual to practise at the full scope of practice, at the lowest level, whether that is as an LPN, a nurse, a doctor, or whatever. That is a new concept. It is hard to get through because we are still dealing with unions and with others who are on term protection. It does take a while to get there. We recently introduced paramedics into our system, and we are fortunate to have a highly trained provincial system. It is the same system used in Prince Edward Island and New Brunswick, which is helpful. In getting that into the system, it has taken a while to negotiate our way through the colleges as to who could do what, how they could work together, who could take instructions from one another, could a nurse listen to a paramedic, et cetera. All of these things take time, but they have been advantageous in moving our system forward.

Le sénateur Seidman : J’ai été ravie de vous entendre parler de certaines des choses intéressantes que vous faites dans vos provinces. Je vous remercie beaucoup de nous en avoir fait part.

J’aimerais qu’on aborde la discussion sous un autre angle : « Vive la différence ». Les provinces devraient être en mesure d’innover et d’être créatives dans la prestation des services de santé à leurs citoyens.

Vous avez tous deux parlé de mesures novatrices que vous avez adoptées ou que vous vous préparez à mettre en œuvre dans le domaine, par exemple, des soins primaires. Je suis fière de dire qu’au Québec, il y a à peine une semaine, le gouvernement a adopté une mesure législative donnant aux pharmaciens le droit de renouveler les ordonnances et même de prescrire des médicaments. Les détails restent à régler, mais je trouve l’initiative extrêmement inspirante. Je me suis dit qu’il s’agissait là d’une façon créative d’offrir des services, qui pourrait même permettre un accès plus rapide à un service aussi simple que le renouvellement d’une ordonnance.

C’était mon préambule. Étant donné l’importance de l’innovation, comment le prochain accord pourrait-il encourager les provinces et les territoires à innover et à expérimenter, ainsi qu’à mettre en commun leurs résultats avec le reste du pays?

M. McNamara : Personnellement, je pense qu’on réinvente souvent la roue, dans chacune des provinces. Selon moi, nous devons optimiser la mise en commun des pratiques exemplaires entre les provinces. C’est quelque chose que nous, sous-ministres, pouvons faire. Une plus grande coopération nous permettra de mettre en commun nos bonnes idées. En fait, à notre réunion de la semaine dernière, un ministre a proposé qu’à la prochaine réunion, nous présentions nos bonnes idées. Nous n’avons pas toujours l’occasion de nous en vanter. Vous avez parlé des pharmaciens; la Nouvelle-Écosse a adopté cette approche il y a environ un an, et nous sommes ravis que cette initiative aille de l’avant. On pourrait aller encore plus loin.

Par exemple, nous élargissons également les modèles de soins, afin d’encourager les professionnels à pratiquer dans tous les champs d’activité, au niveau le plus bas, qu’il s’agisse d’une infirmière, d’une infirmière auxiliaire autorisée, d’un médecin ou autres. C’est un nouveau concept. C’est difficile à faire adopter parce que nous traitons encore avec des syndicats et d’autres intervenants dont le mandat est protégé. Il faudra du temps pour y arriver. Nous avons récemment ajouté les ambulanciers paramédicaux à notre système, et nous avons d’ailleurs la chance d’avoir un système où les intervenants sont hautement qualifiés. C’est le même utilisé à l’Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick, ce qui est fort utile. Pour ajouter cette composante au système, il nous a fallu négocier longuement avec les collèges pour déterminer qui pourrait faire quoi, comment les professionnels interagiraient, quelle serait la hiérarchie, si une infirmière pouvait suivre les ordres d’un ambulancier paramédical, et cetera. Tout cela prend du temps, mais nous avons ainsi pu faire progresser notre système.

Any encouragement we can get to get into more innovative ways of doing things and to share these practices would help us all tremendously.

Mr. Sussman: I think, frankly, the best way to support innovation is through continued, stable funding. I think that has been a real catalyst to starting to look at innovation.

Sometimes when you get an indicator and you see that your system is not doing quite as well as another jurisdiction, my first question is, “What are they doing in those other jurisdictions? Can we learn from them?” I think having the stable funding, with a predictable escalator, allows us to do that. There is tremendous innovation going on, not only in clinical practice, but also in the administration. Saskatchewan is doing tremendous work in looking at how to heighten the efficiency and productivity in its system. It has focused heavily on that. We have copied their system, and I think they copied it from the National Health Service policy of “Releasing Time to Care,” which allows nurses to spend more time with their patients. It really looks at how they do their work and allows them to focus much more on spending time providing care, rather than chasing down supplies or trying to find things. It has had huge impacts. We are seeing huge impacts in Manitoba. We just started it, on a much more limited basis than they have. Everyone is focused on the sustainability of the system. To sustain the system, we need to promote innovation. However, to promote that innovation, we cannot be looking at unpredictable funding. If we are, everything slows down.

On the one hand, tight funding forces you to innovate. I am not suggesting that it should be unlimited because it does force innovation. However, predictable funding is imperative.

Senator Demers: One of the things in the last accord is addressing the mental health system for Canadians.

More than ever, homeless people — and correct me if I am wrong — have mental health problems. I am sure you have statistics on that, which I do not have the opportunity to have. Why do we not look into that? I am not saying that you do not because your presentation is very positive on it. Every year, I serve at the Old Brewery Mission in Quebec. Everywhere, in the provinces, there are places like that that serve people who have those problems. You give them food, and they sleep on the subways or in the metros. This is a major issue in our society. Where are we going with this? How can it not be part of the major problems in our society?

Mr. Sussman: It is a significant issue. In Manitoba, the frequent users of the ER system or the health system are often homeless people with mental health conditions. Interestingly enough, the Mental Health Commission has supported some research and service delivery based on a home first model, where you are providing a home for people and the supports to them.

Toutes les mesures nous incitant à être plus novateurs et à mettre en commun nos pratiques nous seraient d’une aide précieuse.

M. Sussman : Honnêtement, je pense que la meilleure façon d’appuyer l’innovation, c’est de maintenir un financement stable. Je pense que c’est ce qui a véritablement servi de catalyseur à l’innovation.

Parfois, si je remarque qu’un indicateur montre que notre système ne réussit pas aussi bien que celui d’une autre province, ma première question sera : « Que font les autres provinces? Quels enseignements pouvons-nous tirer de leur expérience? » Je pense que c’est ce qu’un financement stable et une indexation prévisible nous permettent de faire. On innove énormément, pas seulement dans la pratique clinique, mais également dans l’administration. La Saskatchewan déploie des efforts extraordinaires pour accroître l’efficacité et la productivité de son système. Elle met résolument l’accent là-dessus. Nous avons copié son système, qui lui-même s’inspirait de la politique « Releasing Time to Care » du Service national de la santé, qui permet aux infirmiers et infirmières de passer plus de temps avec leurs patients. La politique repense leur travail et leur permet de passer beaucoup de temps à fournir des soins, plutôt qu’à traquer des fournitures ou autre chose. Les résultats sont extraordinaires; nous le constatons au Manitoba. Nous venons de mettre en place ce programme, à une échelle beaucoup plus petite qu’en Saskatchewan. Nous mettons tous l’accent sur la pérennité du système. Pour qu’il perdure, nous devons promouvoir l’innovation. Cependant, pour y arriver, nous devons pouvoir compter sur un financement prévisible. Autrement, tout fonctionnera au ralenti.

D’un autre côté, un budget serré stimule l’innovation. Je ne propose pas que l’enveloppe soit illimitée, parce qu’un budget restreint stimule effectivement l’innovation. Cependant, il doit être prévisible, c’est impératif.

Le sénateur Demers : Dans le dernier accord, on parlait du système de santé mentale des Canadiens.

Maintenant plus que jamais, les sans-abri — et corrigez-moi si j’ai tort — souffrent de problèmes de santé mentale. Je suis convaincu que vous avez des statistiques là-dessus, ce que je n’ai pas. Pourquoi ne pas s’y attarder? Je ne dis pas que vous en faites fi, parce que vous l’avez abordé sous un angle très positif dans votre exposé. Chaque année, j’offre mon temps à la Mission Old Brewery, au Québec. Partout dans les provinces, on compte des établissements de ce genre qui viennent en aide aux gens qui souffrent de ces problèmes. On leur donne de la nourriture, mais ils dorment dans le métro. C’est un grave problème dans notre société. Que fait-on pour y remédier? Pourquoi ne traitons-nous pas ce problème comme un des enjeux majeurs de notre société?

M. Sussman : C’est effectivement important. Au Manitoba, ceux qui ont le plus souvent recours aux soins d’urgence ou au système de santé en général sont souvent des sans-abri aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ce qui est intéressant, c’est que la Commission de la santé mentale appuie la recherche de la prestation de services en fonction d’un modèle accordant la priorité au

We actually have an initiative in Manitoba, the Chez Soi Project, that the Mental Health Commission has done in different parts of the country. They have linked it to research to actually see the outcomes. The idea is that we do find homes and supports for those people. We provide the home setting as the one stable starting point and add the supports around it.

In Manitoba, as I mentioned, we have had a cross-sectoral group, including the police, and we have identified some of the chronic users of the ERs and multiple ERs. Often it is mental health and homelessness that is an underlying piece of that. I think it is getting much more attention; I think it needs to get more. The challenge we are facing is that the funding for that program is running out. The provinces will have to look at strategies on how to pick up those costs. It is clearly a model that, at least initially, seems to be working very well.

Mr. McNamara: I have a couple of comments. I agree with what Mr. Sussman is saying. I think we do need to do more.

I have an interesting anecdote. We have a program, through one of our district health authorities, that works with youth, individuals up to 35. They all have mental illnesses. They had a banquet to honour the employers of these individuals. There were 85 employers in that room, many of them small businesses, who had individuals working just a couple of hours a day.

One individual who had nominated his supervisor for an award worked at a Tim Hortons in Cape Breton. He talked about how proud he was of his job cleaning the parking lot. He said that he did such a good job that they rewarded him by letting him clean the parking lot at the Tim Hortons down the street. He cleaned one parking lot, drank a double-double, and went down the street. He nominated his supervisor because of how good they were to him.

We have to do more to incorporate individuals with mental illness back into our community. The government is one of the biggest failures at doing that. The Nova Scotia government does not hire individuals with disabilities as much as we should. When I look around our table I do not see individuals who we could incorporate. It is partly due to seniority and other things, but we have to find a way to break that log jam. If we cannot be leaders, we cannot expect others to do it.

Senator Martin: I want to talk about the effectiveness of the 2004 accord in achieving its desired outcomes. I agree with much of what you said about the necessity to think differently about how health is delivered, including the use of different health practitioners and having a very integrated system. We have heard

logement, c'est-à-dire qu'il faut donner un toit et du soutien à ces gens. Au Manitoba, le projet Chez Soi a été mis en œuvre par la Commission de la santé mentale, qui a fait de même dans diverses régions du pays. L'organisation se sert de cette initiative pour faire de la recherche et voir quels seront les résultats. L'idée, c'est d'offrir un toit et de l'appui à ces gens. Leur chez-soi est le fondement auquel diverses mesures d'aide viennent se greffer.

Au Manitoba, comme je l'ai dit, nous avons mis sur pied un groupe intersectoriel, qui comprend notamment des agents de police, et nous avons dressé une liste de certains des utilisateurs chroniques des salles d'urgence. Le fil conducteur est souvent les problèmes de santé mentale et le sans-abrisme. Je pense qu'on s'intéresse de plus en plus à cette question, mais ce n'est pas suffisant. Le problème, c'est que le financement de ce programme tire à sa fin. Les provinces devront trouver des solutions pour payer la note. Il s'agit certes d'un modèle qui, du moins initialement, semble fonctionner très bien.

M. McNamara : J'aimerais ajouter quelques mots. Je suis d'accord avec ce que dit M. Sussman. Je pense que nous devons en faire davantage.

J'aurais une anecdote intéressante à vous raconter. Nous avons un programme qui, par l'entremise de l'une de nos autorités sanitaires de district, s'adresse aux jeunes de moins de 35 ans. Les participants souffrent tous de maladie mentale. On a tenu un banquet pour rendre hommage aux employeurs de ces jeunes. Quatre-vingt-cinq employeurs ont participé; il s'agissait surtout de petites entreprises, qui engageaient les gens du programme quelques heures par jour.

Une des personnes qui avait soumis la candidature de son superviseur pour l'obtention d'un prix travaillait chez Tim Hortons, au Cap-Breton. Il a dit à quel point il était fier de son travail, qui consistait à nettoyer le stationnement. Il a dit qu'il faisait un si bon travail qu'on l'avait récompensé en le laissant nettoyer également le stationnement d'un Tim Hortons quelques pâtés de maisons plus loin. Il nettoyait le premier stationnement, prenait un café double crème double sucre, puis se rendait au prochain. Il a soumis la candidature de son superviseur parce qu'il était très bon avec lui.

Nous devons en faire davantage pour réinsérer les gens qui souffrent de maladie mentale dans nos collectivités. Or, le gouvernement est celui qui y arrive le moins. Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse n'embauche pas de personnes handicapées autant qu'il le devrait. Autour de la table, je ne vois pas de ces gens qu'on pourrait intégrer. C'est en partie attribuable à l'ancienneté et à d'autres facteurs, mais il faut trouver une façon de sortir de cette impasse. Si nous ne prêchons pas par l'exemple, nous ne pouvons pas nous attendre à ce que d'autres emboîtent le pas.

Le sénateur Martin : J'aimerais qu'on parle de l'efficacité de l'accord de 2004 à atteindre les résultats escomptés. Je suis d'accord avec vous pour dire qu'il faut repenser la prestation des services de santé, ce qui comprend le recours à différents professionnels et à un système très intégré. D'autres témoins ont

phrases from other witnesses such as “multi-disciplinary teams” and “trans-disciplinary,” as well as “new models” and “innovation,” which you have both mentioned.

We can look at the accord as either a vehicle to achieve the outcomes we want, that is, better health, a focus on health versus illness, and preventive measures, or a tool that allows provinces and territories to work together and to communicate.

What pieces in the current accord have helped provinces and stakeholders to achieve some of these outcomes, such as accountability? What can we add or improve in the next accord that will help us do even better? You spoke about accountability, but I believe we can do better. Do we need clearer language, clearer targets, specific mechanisms or templates?

Mr. Sussman: I do not mean to harp on this, but from a provincial delivery system perspective we are developing targets. I know that every jurisdiction is looking at best practices around the world and implementing models that work better in other jurisdictions.

I cannot overemphasize how important it is to have a consistent and predictable source of money to do that. In the areas of primary care, seniors and chronic disease we could have clearer language. These are areas on which every province and territory is focusing.

The accord can be a support and a vehicle. Again, it may not be moving as fast as many people want it to, but these are big systems to change. They have developed over many years. Changing the direction is a long and complicated process, and people have to recognize that.

The accord should be a supportive document that supports that kind of change, innovation and focus on the right type of care.

Mr. McNamara: I agree that we have to spend more time on prevention and dealing with chronic disease. It has been proven that if adults with the onset of diabetes did 30 minutes of exercise per day we could reduce the incidence by 30 to 50 per cent. How do we encourage that and move it in a different way? We are spending a tremendous amount of money on diabetes. That will be the next tsunami if we do not deal with it.

The Aboriginal community in Nova Scotia is not as large as elsewhere, but we do have a significant number of individuals. We have to figure out what the role of Health Canada is and what the role of the provinces is. There is sometimes confusion when we go onto reserves about who provides what. You get into the payer of last resort. It is unfair to that group of individuals not to straighten that out.

parlé d'« équipes multidisciplinaires » et « transdisciplinaires », de même que de « nouveaux modèles », et d'« innovation », ce que vous avez tous deux mentionné.

On peut considérer l'accord comme un moyen d'atteindre les résultats escomptés, c'est-à-dire améliorer l'état de santé de la population, accorder la priorité à la santé plutôt qu'aux maladies et adopter des mesures préventives, ou considérer l'accord comme un outil qui permet aux provinces et aux territoires de collaborer et de communiquer.

Quels éléments de l'accord actuel ont permis aux provinces et aux intervenants d'atteindre certains des objectifs, tels que la reddition de comptes? Que pouvons-nous ajouter ou améliorer dans le prochain accord qui nous permettra de réussir encore mieux? Vous avez parlé de reddition de comptes, mais je pense qu'on peut faire mieux. Avons-nous besoin d'un libellé plus clair, de cibles plus nettes, de mécanismes précis ou de modèles?

M. Sussman : Je ne tiens pas à m'acharner là-dessus, mais du point de vue du système de prestation des services de la province, nous élaborons effectivement des cibles. Je sais que chaque administration s'inspire des pratiques exemplaires mises en place partout dans le monde et met en œuvre des modèles qui ont réussi ailleurs.

Je ne peux insister suffisamment sur l'importance d'avoir une source de financement prévisible et stable. En ce qui concerne les soins primaires, les personnes âgées et les maladies chroniques, le libellé pourrait effectivement être plus clair. Il s'agit là de priorités pour chacune des provinces et des territoires.

L'accord peut offrir à la fois une aide et des outils. Peut-être que les choses n'évoluent pas assez rapidement au goût de certains, mais il est question ici de transformer de vastes systèmes qui ont été élaborés au fil de nombreuses années. Il faut comprendre que le processus pour réorienter ces systèmes est long et complexe.

L'accord devrait appuyer ces transformations, l'innovation et la réorientation vers le type de soins appropriés.

M. McNamara : Je conviens qu'il faut investir davantage dans la prévention et les maladies chroniques. Il est prouvé que si les adultes qui deviennent diabétiques faisaient 30 minutes d'exercice par jour, on pourrait réduire l'incidence de la maladie de 30 à 50 p. 100. Comment y arriver et changer de direction? Nous dépensons de fortes sommes sur le diabète. Si on ne fait rien, cette maladie sera le prochain tsunami.

La communauté autochtone en Nouvelle-Écosse n'est pas aussi nombreuse qu'ailleurs, mais nous comptons tout de même une population importante. Il nous faut comprendre le rôle de Santé Canada et le rôle des provinces. Il y a parfois confusion sur les réserves à savoir qui fournit quoi. Nous en arrivons au payeur de dernier recours. Il est injuste pour cette population de ne pas tirer cela au clair.

As an example, we were doing a home care program that was not provided in the Aboriginal community, and I met with Health Canada to get an agreement that they would not reduce funding to the Aboriginal side if we did home care on the reserve. We have to think about this differently.

We have to support the North and Aboriginal people, but each province has issues that need to be addressed at the same time.

Senator Martin: I understand the need for stable funding. We have talked about that at length and different witnesses have said the same thing. However, we have also heard that it is not only a matter of funding, that we need to understand how that money is being spent for greater transparency and improved accountability. I feel like I have not received clear answers on what can be articulated or included that will help us achieve greater transparency and accountability to ensure that the money is going where it needs to go and that there is clarity around that. I can see that it is a huge and complex system, and we learn about more complexities as we hear from more stakeholders. "Transparency" and "accountability" are two words that come up repeatedly.

Mr. McNamara: We have to look at the last accord. I think the provinces were outsmarted in some ways by those who got wage increases. Much of the money went to increased wages for the same providers rather than adding new programs. I do not mean that people do not deserve a raise, but we have to deal with the wage issue.

As an example, in Nova Scotia in 2006-07 we received \$103 million in new funding, \$26 million of which went to non-wage, \$61 million to wage and \$15 million to program. As part of accountability we have to put the money where it will give the most benefit rather than enriching the wrong sectors, be it administrators, doctors, nurses or cleaners.

Senator Braley: I believe we have a very good health care system overall, but I will challenge you with a number of things.

A 6 per cent escalator federally is impossible. Will we give up education or other social programs? We just do not have the money. How can the health care system take a larger and larger percentage? In some cases the provinces have another 2 per cent. It is impossible to continue to go that way without throwing other programs off the table. A percentage of GNP has to be used.

With respect to cost efficiency, I understand that we all settle, and wages are a big part of the thing. When doctors need more time to do something, they come and get more money from you, but what if doctors need less time to do something? There is a \$300 charge in one province for cataract removal. It can be done in 15 minutes now, and \$80 should be the charge, and it can be

À titre d'exemple, nous avons offert un programme de soins à domicile qui n'était pas fourni dans la communauté autochtone. J'ai rencontré des représentants de Santé Canada afin d'obtenir d'eux l'engagement qu'ils n'allaient pas réduire le financement pour les Autochtones dans le cas où nous offririons des soins à domicile dans les réserves. Il faut envisager la chose différemment.

Nous devons appuyer les habitants du Nord et les Autochtones, mais du même coup, chaque province doit régler ses enjeux.

Le sénateur Martin : Je comprends qu'il faille un financement stable. Nous en avons beaucoup parlé et une variété de témoins nous ont dit la même chose. Cependant, nous avons aussi entendu que ce n'est pas uniquement une question de financement, que nous devons comprendre où l'argent est dépensé pour avoir une plus grande transparence et une meilleure reddition de comptes. Je n'ai pas l'impression d'avoir reçu des réponses claires sur ce que l'on pourrait formuler ou inclure qui nous permettrait d'atteindre une plus grande transparence et reddition de comptes, afin de nous assurer que l'argent aille là où on en a besoin. Il y a un manque de clarté. Je constate que c'est un système complexe et énorme, et plus nous entendons d'intervenants, plus nous nous rendons compte des aspects complexes. La transparence et la reddition de comptes sont deux éléments qui reviennent encore et encore.

M. McNamara : Il faut examiner le dernier accord. Les provinces se sont vues déjouer par certains qui ont obtenu des augmentations de salaire. Plutôt que d'ajouter de nouveaux programmes, une grande partie de l'argent a été affectée à l'augmentation de salaire des fournisseurs existants. Je ne veux pas dire que les gens ne méritent pas d'augmentation de salaire, mais il faut s'occuper de cette question de salaire.

Par exemple en Nouvelle-Écosse, en 2006-2007, nous avons reçu 103 millions en fonds nouveaux, dont 26 millions pour les dépenses non salariales, 61 millions pour les dépenses salariales et 15 millions pour les dépenses liées au programme. La reddition de comptes fait en sorte que nous devons dépenser l'argent de façon optimale plutôt que de faire fausse route et d'enrichir les administrateurs, les médecins, les infirmières ou les préposés au nettoyage.

Le sénateur Braley : J'estime que nous avons un très bon système de soins de santé dans l'ensemble, mais je vais vous mettre au défi avec un certain nombre de choses.

Une hausse de 6 p. 100 des fonds fédéraux est impossible. Faudra-t-il laisser tomber d'autres programmes sociaux ou l'éducation? Nous n'avons simplement pas l'argent. Comment un système de soins de santé peut-il accaparer un pourcentage de plus en plus grand? Dans certains cas, les provinces ont obtenu un 2 p. 100 supplémentaire. Il est impossible de continuer ainsi sans supprimer d'autres programmes. Un pourcentage du PNB doit être utilisé.

En ce qui a trait au rapport coût-efficacité, je comprends que nous faisons tous des compromis et que les salaires accaparent une grande part. Lorsque les médecins requièrent plus de temps pour faire quelque chose, ils viennent demander plus d'argent, mais que se passe-t-il lorsque ces médecins requièrent moins de temps pour faire quelque chose? L'opération d'une cataracte dans

done by a technician with a laser. I do not understand why we still pay. Are we not managing our costs? Are we not doing things appropriately for the work done and the services rendered? Separate deal for each province is what you are basically saying, because they are all different. It is likely to happen if we continue getting these reports. I am sure the government will say, "Oh, my goodness, they think this is a bigger priority than that." They may make a separate deal with each province. We do not want that.

If the costs got out of line, the federal government could say, "We will take care of research and this and that, and we will cut our taxes by this amount, and you guys tax as individual provinces, and you need to tell the people that you are taxing why you are taxing for the amount of services they are getting."

In addition, you need competition. Maybe we should have private clinics. I was in the Mayo Clinic, the Cleveland Clinic, two clinics in Vancouver in the past week, the Cambie one and the Granville one, to see how things are happening. That would take a piece out of the system so you can supply more people.

I just threw a whole pile of stuff at you that will have to be challenged. We just cannot continue to have 6 per cent escalators in the federal government.

The Chair: Maybe we will focus that pile into two parts. One is the issue of where the funding levels may go, the realistic aspect of that. The other is the question of how you generate alternate possible suppliers for the services you need to provide your citizens.

Mr. McNamara: If I go back to the escalator, if we go back to the Canada Health Act, it was 50/50, and it is 22 per cent that the federal government pays now. I think that is the reason for the escalator, to try to get back some of what has been lost by the provinces, to be frank, honest and blunt.

In terms of dealing with other providers, as was said by a study done by an economist in Ontario, public health care can do the job well. What we have to do is be competitive amongst ourselves. Are there efficiencies? Definitely. One thing that has happened is it became provider-focused and not patient-focused. As we move more to patients and have better quality, you will see those efficiencies come out.

Speaking for Nova Scotia, last year, our district health authorities were held to a 0 per cent increase. Next year, it is minus 3. In both of those times, they had to add a 1 per cent wage increase, plus the COLA, so in effect it is 3 per cent this year and minus 5 next year. We are achieving that and doing so by efficiencies. At the same time, we need the funds to be able to do the other side of it, as a province that is having a difficult time trying to get ends to meet.

une province coûte 300 \$. On peut réaliser cette opération en 15 minutes aujourd'hui et les frais devraient être de 80 \$. Cela peut être fait par un technicien à l'aide d'un laser. Je ne comprends pas pourquoi nous payons encore aujourd'hui. Ne doit-on pas gérer les coûts? Agissons-nous correctement pour le travail fait et le service fourni? Vous dites essentiellement qu'il faut des ententes distinctes, puisque chaque province est différente. Je crois que c'est ce qui se passera si nous continuons à recevoir ces rapports. Je suis persuadé que le gouvernement dira : « Oh, bonté divine, ils estiment que ceci est plus important que cela. » On pourrait en arriver à une entente avec chaque province. Ce n'est pas ce que nous souhaitons.

Si les coûts éclatent, le gouvernement fédéral pourrait dire : « Nous allons nous occuper de la recherche dans tel et tel domaine et nous allons réduire nos taxes par un montant donné. Vous pourrez en tant que provinces taxer et il faudra dire aux gens pourquoi vous taxez en fonction des services qu'ils reçoivent. »

De plus, il faut de la concurrence. Il faudrait peut-être des cliniques privées. La semaine dernière, j'ai été à la Clinique Mayo, la clinique de Cleveland et deux cliniques à Vancouver, celles de Cambie et de Granville, pour voir comment se déroulent les choses là-bas. Ça permettrait de retirer un élément du système pour fournir des services à plus de gens.

Je vous ai lancé un tas de choses qu'il faudra remettre en question. Le gouvernement fédéral ne peut simplement pas continuer à avoir des hausses de 6 p. 100.

Le président : Il faudra peut-être scinder ce tas de choses en deux parties. Tout d'abord, il y a la question de l'aspect réaliste des niveaux de financement futurs. Ensuite, il y a la question des fournisseurs de rechange possibles pour des services qu'il faut offrir à la population.

M. McNamara : Revenons à la hausse : en vertu de la Loi canadienne sur la santé, il y avait un partage égal et maintenant, le gouvernement fédéral ne paie que 22 p. 100. Pour dire les choses franchement, la raison pour laquelle il y a ces hausses, c'est afin que les provinces puissent récupérer une partie de ce qui a été perdu.

Pour ce qui est d'avoir d'autres fournisseurs, l'étude réalisée par un économiste de l'Ontario indique que les soins de santé publics font bien les choses. Ce qu'il faut, c'est de la concurrence entre nous. Peut-on gagner en efficacité? Assurément. Aujourd'hui, c'est davantage axé sur le fournisseur que sur le patient. Ces gains en efficacité se réaliseront au fur et à mesure que nous mettrons l'accent sur les patients et sur une meilleure qualité.

L'année passée en Nouvelle-Écosse, les régies régionales de la santé se sont vu imposer des augmentations de 0 p. 100. L'an prochain, ce sera moins 3. À ces deux occasions, elles ont dû ajouter 1 p. 100 d'augmentation de salaire, en plus de l'indemnité de vie chère, c'est donc en réalité 3 p. 100 cette année et moins cinq l'année prochaine. Nous y arrivons grâce à des gains en efficacité. Parallèlement, nous avons besoin de fonds pour nous occuper des autres aspects puisque la province a du mal à joindre les deux bouts.

Mr. Sussman: As Mr. McNamara mentioned, the federal government's percentage, even when the 2004 accord was signed, has still declined. Our increases in health care spending have averaged about 6.8 per cent per year over the last 10 years. Therefore, the percentage that the federal position occupies in Manitoba continues to go down, and I think that is the case in virtually every jurisdiction, and the number of services we have started providing has increased in virtually every single province as well.

I think you make a very valid point about cost efficiency. There is a huge amount of work to be done in all of our health systems, including Health Canada's, to look at cost efficiency and value for the money. We are starting to pay attention to those kinds of things.

Senator Braley: My preliminary look is 25 to 35 per cent that could be pulled out of the system if it were done properly. That is my preliminary look at the cost of health care. I do not know if it is true, and I cannot say it is true, but with my preliminary look, when I run across things like the cataract example and all the various things, it drove me nuts, only looking at it on an audit basis. I am very concerned.

The Chair: Today we do not get into a debate over the percentage issue.

Mr. Sussman: I clearly agree that large amounts can be taken out through productivity improvement and efficiency gains, and it is something that every jurisdiction is focusing on.

Senator Braley: Who is responsible for doing that?

Mr. McNamara: I would like to think we all are.

Senator Braley: In all provinces? Is there a system set up in each of your ministries to do that?

Mr. McNamara: For our case, we are starting to deal with that. One of the things that happens to governments is that when they are being lobbied, no one else stands up to support them. I talk about that in many of my speeches. No matter what the issue, when a lobby group comes out, the poor politician gets pummeled into the ground. None of the professionals or others come up. We look at the issue around liberation treatment, right or wrong, how we got there. Was there support for any of the ministers to say no? No one, including no professional group, stood up. One thing we need is help for governments to say no.

For example, every time a government says, for example, that emergency service becomes a priority, the doctors say, "If I do not get the extra dollars, I am leaving the province." I do not care which province you are in, this happens.

Senator Braley: Is there a mechanism in each of your provinces with regard to the cost effectiveness so that you could show me dollars or savings that you have generated? Why would you renegotiate cataract surgery with those distances between them and pay it? They are making a million dollars a year right now.

M. Sussman : Comme M. McNamara l'a mentionné, malgré l'accord de 2004, le pourcentage venant du fédéral a tout de même diminué. En moyenne, nos augmentations de dépenses en soins de santé ont été d'environ 6,8 p. 100 par année depuis les 10 dernières années. Ainsi, le pourcentage du fédéral versé au Manitoba continue à diminuer, et je crois que c'est le cas dans presque toutes les provinces. De plus, le nombre de services que nous offrons a augmenté dans presque toutes les provinces.

J'estime que vous soulevez un bon point relativement au rapport coût-efficacité. Il y a une énorme tâche à accomplir dans nos systèmes de santé et cela inclut Santé Canada. Il faut étudier le rapport coût-efficacité et l'optimisation des investissements. Nous commençons à porter attention à ce genre de choses.

Le sénateur Braley : À première vue, on pourrait économiser 25 à 35 p. 100 si les choses étaient bien faites. C'est un coup d'œil préliminaire que j'ai jeté au coût des soins de santé. Je ne sais pas si c'est vrai et je ne puis dire que c'est vrai, mais quand je suis tombé sur des exemples comme la cataracte et d'autres éléments, à première vue, cela m'a affolé, du simple point de vue de la vérification. C'est une question qui me préoccupe beaucoup.

Le président : Aujourd'hui, nous ne discutons pas de la question des pourcentages.

M. Sussman : Je suis tout à fait d'accord que de grandes sommes peuvent être économisées grâce à une amélioration de la productivité et des gains en efficience. C'est quelque chose que regardent toutes les administrations.

Le sénateur Braley : Qui en a la responsabilité?

M. McNamara : J'ose croire que c'est une responsabilité qui nous incombe à tous.

Le sénateur Braley : Dans toutes les provinces? Y a-t-il un système établi dans chaque ministère?

M. McNamara : Nous avons commencé à aborder la question. Lorsque les gouvernements font l'objet de pressions, personne ne les appuie. J'en parle souvent dans mes discours. Peu importe l'enjeu, lorsqu'un lobby exerce des pressions, le pauvre politicien subit les contrecoups. Les professionnels et les autres groupes se taisent. Prenons l'exemple du traitement de libération, à tort ou à raison, et de ce qui s'est passé. Les ministres ont-ils obtenu du soutien? Personne, incluant les groupes professionnels, n'ont offert du soutien. Il faut de l'aide pour que les gouvernements puissent dire non.

Par exemple, chaque fois qu'un gouvernement dit que les services d'urgence sont une priorité, les médecins rétorquent : « Si nous n'avons pas les fonds supplémentaires, nous quittons la province. » Cela se produit dans toutes les provinces.

Le sénateur Braley : Y a-t-il dans les provinces un mécanisme relativement à l'efficacité en matière de coût qui permette de voir les économies réalisées? Pourquoi renégociez-vous les opérations de cataractes lorsqu'il y a de si grands écarts? Ils gagnent un million de dollars par année en ce moment.

Mr. McNamara: We are going through that process, but it is not easy. It is a negotiating process.

Senator Braley: Nothing ever is.

Mr. Sussman: The dilemma, frankly, in the last 10 years is that we were still stabilizing a system that emerged from the 1990s in pretty rough shape across the country.

There are, in every jurisdiction now. I mentioned previously the initiatives that Saskatchewan has with regard to pushing lean initiatives throughout its system. Certainly we are starting to move in that direction and have a major focus on that. We are working with the Business Council of Manitoba, which are the senior leaders in business, the presidents of some of the larger companies in Manitoba, to work on how we can advance this more in Manitoba.

Everyone has tight budgets, so everyone is starting to focus much more on cost effectiveness. The issue of cataracts speaks to the complexity of it, because you are negotiating with physicians who are private practitioners, who are very mobile and have the ability, if they see a practice environment that is more attractive for them, to move. That may be less of an issue in a province like Ontario. It is a significant issue in a province like Manitoba.

Senator Braley: Then I would train a technician to do it.

The Chair: Before moving to the second round, I would like to summarize. We have heard many things today, but I want to summarize and touch base on some of them.

I wanted to follow up on Senator Braley's observation of your comment, Mr. Sussman, that you would like to see a 6 per cent escalator over the lifetime of the new accord. You mentioned in your counter to Senator Braley that, in fact, your province has seen an increase on an annual basis of 6.8 per cent. Surely, in today's economy, your province's economy, the national economy, you really do not think that kind of situation is sustainable in terms of an overall economic term.

I would like to touch base on the issue of the drug information and the idea of transfer, following up from Senator Callbeck's question. We have seen a number of examples of the idea of an individual patient, and there are places in the world where this is being done today, where they all had their own diskette, now a memory stick, that updates their information, and they take it with them. It does not matter that you do not have a system to transfer across. It comes to your point, Mr. McNamara, where you suggested that the information should be the patient's information so that they could transfer across the system. Then it does not matter so much that the communication among systems is not compatible because in fact most systems will translate data and information on a memory stick. It seems like that is something that we could move forward with. I do not want to get into a discussion now; I am just picking up on these things.

M. McNamara : C'est ce que nous faisons, mais ce n'est pas facile. C'est un processus de négociation.

Le sénateur Braley : Il n'y a jamais rien de facile.

M. Sussman : À vrai dire, c'est le dilemme auquel nous faisons face depuis 10 ans, nous tentons de stabiliser un système datant des années 1990 qui était en mauvais état partout au pays.

C'est le cas dans chaque administration aujourd'hui. J'ai déjà mentionné les initiatives de la Saskatchewan qui visent des améliorations dans tout le système. Nous avons commencé à nous orienter sérieusement en ce sens. Nous travaillons de concert avec le Conseil des affaires du Manitoba qui est composé des principaux dirigeants en affaires et des présidents de certaines des plus grandes entreprises au Manitoba, afin d'examiner comment nous pouvons faire avancer ce dossier dans la province.

Nous avons tous des budgets serrés, alors nous commençons tous à nous concentrer davantage sur l'efficacité en matière de coûts. Le dossier des cataractes démontre la complexité de la question, car vous devez négocier avec des médecins qui sont des praticiens autonomes, qui sont très mobiles et qui peuvent déménager s'il existe un environnement plus attrayant pour eux. Le problème se pose peut-être moins dans une province comme l'Ontario, mais c'est un problème important dans une province comme le Manitoba.

Le sénateur Braley : Dans ce cas-là, je formerais un technicien.

Le président : Avant de passer au second tour, j'aimerais faire un résumé. Nous avons entendu beaucoup de choses aujourd'hui, mais j'aimerais résumer et revoir certains de ces points.

J'aimerais revenir à l'observation du sénateur Braley à la suite de votre commentaire, monsieur Sussman, selon lequel vous aimeriez une hausse de 6 p. 100 pour toute la durée du nouvel accord. Dans votre réponse au sénateur Braley, vous avez dit que votre province a connu une augmentation annuelle de 6,8 p. 100. Vous ne pouvez certainement pas croire que, dans l'économie d'aujourd'hui, dans l'économie de votre province, dans l'économie nationale, ce genre de situation est durable d'un point de vue économique global.

Pour faire suite à la question du sénateur Callbeck, j'aimerais revenir sur la question des renseignements sur les médicaments et l'idée de transfert. Nous avons vu un certain nombre d'exemples concernant l'idée que chaque patient — et il y a des endroits dans le monde où cela se fait aujourd'hui — a sa propre disquette, une clé USB aujourd'hui, qui contient des informations à jour et qu'il transporte avec lui. Il n'est pas important d'avoir un système pour transférer les renseignements. Ça revient à ce que vous disiez, monsieur McNamara, lorsque vous avez suggéré que les renseignements devraient appartenir au patient pour qu'il puisse les transférer d'un système à l'autre. Or, il importe peu que les systèmes ne soient pas compatibles puisque, en fait, la plupart des systèmes peuvent traduire les données et les renseignements contenus sur une clé USB. Il semble que ce serait quelque chose qu'on pourrait proposer. Je ne veux pas lancer la discussion maintenant, je ne fais que relever quelques points.

The issue of unnecessary surgeries, which we have seen many reports on, is an issue that the provinces should take on with a hammer. Not only is there the unnecessary initial expense, but every surgery involves a risk, and we know a significant percentage of them lead to further medical interventions and costs. It is an enormously important incentive for provinces to look at the issue. Not only the patients but we as citizens are also undergoing surgical interventions we do not need. The long-term impact is great.

Mr. Sussman, I liked the example you used, the idea of the paramedic as the home visitation doctor. In rural Nova Scotia when I was a kid, the doctor came to the house, but perhaps use the paramedics in a more action-oriented way like that.

Again, both of you pointed out the jurisdictional issues that come into play when you start to deal with those things. We should be able to work on and solve those things, if, in fact, there is a practical aspect.

Cataract surgery, as you both will know, has been a recurring example before us, where technology has reduced the time from an hour to 15 minutes, but instead of the cost for cataract surgery going down, apparently it went up. That then put additional pressure on other specialists who wanted to get in on the same game the cataract surgeons had just arrived at. Surely, there must be a way that the provinces, perhaps with the federal government involved, can stand up to what in previous days might have been called "extortion." Certainly, it has a dramatically increased impact on the health care system.

In the end, there is the issue of innovation, which you have both touched on. Mr. Sussman, I think you were quite enthusiastic about it. What we seem to be hearing is that innovative ideas are being developed in a number of areas. This seems to be a relatively recent occurrence. It is not that innovation has not occurred over time, but the volume seems to be increasing as a relatively recent occurrence.

We note that an innovative idea in one area is not an innovation until it is actually applied more broadly in the system. Some of the questions my colleagues were asking were to find ways we can use the new accord to incite and support the transfer of an idea that seems innovative in a given particular practice more broadly across the system so it truly becomes an innovation and a savings across the system. I wanted to summarize those points, not get into debate about them, and indicate if you have further specific examples, to follow up quickly with us on any of those issues. We would welcome them.

I would like turn to the second round, starting with Senator Eggleton.

Senator Eggleton: Mr. Sussman, you said that Manitoba was disappointed with a lack of federal engagement in 2006 on the 2004 accord commitment related to the National Pharmaceuticals

Nous avons vu beaucoup de rapports sur la question des chirurgies inutiles. C'est une question sur laquelle les provinces devraient s'attarder de façon rigoureuse. Non seulement y a-t-il des dépenses inutiles, mais il y a aussi le fait que les chirurgies comportent des risques, et nous savons qu'un grand pourcentage d'entre elles mènent à d'autres interventions médicales et à des coûts. C'est un incitatif extrêmement important pour les provinces de regarder la question. Les patients et nous aussi en tant que citoyens subissons des interventions chirurgicales dont nous n'avons pas besoin. Les répercussions à long terme sont grandes.

Monsieur Sussman, j'ai aimé l'exemple que vous avez utilisé, l'idée qu'un ambulancier paramédical pourrait effectuer une visite à domicile. Lorsque j'étais enfant et que je vivais dans une région rurale de la Nouvelle-Écosse, le médecin effectuait des visites à domicile. Les ambulanciers paramédicaux pourraient donc agir de la sorte d'une façon plus dynamique.

Encore une fois, vous avez tous deux souligné les questions de compétence qui entrent en jeu lorsqu'on commence à traiter de ces questions. Nous devrions pouvoir résoudre ces enjeux si, en fait, il existe un aspect pratique.

Comme vous le savez sûrement, on nous a donné plus d'une fois en exemple la chirurgie de la cataracte. Grâce à la technologie, l'opération d'une heure est passée à 15 minutes. Malgré cela, le coût d'une chirurgie n'a pas baissé et il a apparemment augmenté. Les autres spécialistes ont voulu profiter d'une situation semblable. Il doit certainement y avoir un moyen pour les provinces, peut-être avec l'aide du fédéral, de s'opposer à ce qu'on aurait jadis appelé de l'extorsion. Cela a dû avoir des répercussions draconiennes sur le système de soins de santé.

Enfin, il y a la question d'innovation que vous avez tous deux soulevée. Monsieur Sussman, je crois que vous étiez très enthousiaste à l'idée. Il nous semble que des idées novatrices sont en cours de développement dans différents domaines. Il semble que ce soit un phénomène relativement récent. Il y a eu de l'innovation au fil du temps, mais c'est l'accroissement de la quantité qui est un phénomène plutôt récent.

Nous remarquons qu'une idée novatrice dans un domaine n'est pas une innovation jusqu'à ce que cette idée soit appliquée de façon plus générale dans le système. Certaines des questions de mes collègues visaient à trouver des façons d'utiliser ce nouvel accord pour inciter et appuyer le transfert d'une idée qui semble novatrice pour qu'elle soit utilisée plus largement dans le système, et ainsi vraiment devenir une innovation qui permette de réaliser des économies partout dans le système. Je voulais résumer ces points, non pas pour en débattre, mais pour savoir si vous avez d'autres exemples précis à soulever rapidement relativement à ces questions. Nous serions très heureux de les entendre.

Commençons un deuxième tour, avec le sénateur Eggleton.

Le sénateur Eggleton : Monsieur Sussman, vous avez dit que le Manitoba avait été déçu du manque d'engagement du gouvernement fédéral, en 2006, par rapport à la Stratégie

Strategy. What we have heard, so far, about the National Pharmaceuticals Strategy has largely been around purchasing strategies, possibilities of federal involvement with catastrophic drug coverage. Both of your provinces have it, as I understand, and most provinces do, but there is not a national catastrophic drug coverage program yet.

Then there is pharmacare, a much broader national program. I would like you to comment on that.

I will throw in generic drug pricing here, because that has come up as an issue. With the patented drugs — the brand names — there is some federal control in terms of the prices review board. As for generic drug pricing, we are now being told it is quite high compared to what it is in some other countries.

On the question of drugs, I would like to hear from you with respect to the pharmaceuticals strategy.

Mr. Sussman: I think you are right that a number of provinces do have catastrophic drug programs. Not all provinces, as I understand, have a pharmacare type of strategy. While we have a common review for expensive cancer drugs, for example, that provinces are doing across jurisdictions, there is not any kind of provision for dealing with those very expensive and increasingly more targeted drugs. You are getting very expensive drugs that apply to a more limited population of people based on more targeting of the genetics of it. Those are both things we need a national approach to and where there could be a national support that could help the work that is ongoing.

We are quite concerned about the high cost of generic drugs. In Manitoba, we have tried to engage in what we call a “utilization management process” with generic drugs, trying to bring down the cost and not only looking at what the business case is. We are using this in both generic drugs and in new drugs. Our process is a bit different than some other jurisdictions, where we are trying to see what the utilization of those drugs would be, what the business case would be and what the value of the drugs is. We want to ensure supply for Manitobans and ensure competitive costs with other jurisdictions. We have found it has been quite successful in reducing the growth in our pharmaceutical budgets, which before were one of the fastest growing parts of the health system and in more recent years have started to become much more manageable.

nationale sur les produits pharmaceutiques, dans le cadre de l’engagement pris dans l’accord de 2004. Ce qu’on nous a dit jusqu’à présent, au sujet de cette stratégie, portait principalement sur des stratégies d’acquisition, de même que sur la possibilité que le gouvernement fédéral participe à la couverture des médicaments onéreux. Vos deux provinces ont un programme de ce genre, si j’ai bien compris, de même que la plupart des provinces, mais il n’existe pas encore de programme fédéral pour la couverture des médicaments onéreux.

Il y a aussi la question de l’assurance-médicaments, un programme national de plus vaste ampleur. J’aimerais que vous m’en parliez.

Je vais ajouter également la question du prix des médicaments génériques, puisque cette question a été soulevée. Le gouvernement fédéral exerce un certain contrôle sur le prix des médicaments brevetés — ceux qui ont une marque de commerce — par le truchement de la commission d’examen des prix des médicaments. En ce qui concerne le prix des médicaments génériques, par contre, on nous dit maintenant que ces prix sont relativement élevés comparativement à ceux des autres pays.

Sur la question des médicaments, j’aimerais que vous me parliez de la stratégie sur les produits pharmaceutiques.

M. Sussman : Vous avez raison sur le fait qu’un certain nombre de provinces ont des programmes de couverture des médicaments onéreux. D’après ce que je sais, toutes les provinces ne sont pas dotées d’une stratégie d’assurance-médicaments. Bien qu’il existe un mécanisme d’examen commun à l’égard des médicaments onéreux contre le cancer, par exemple, auquel toutes les provinces participent, il n’existe pas de mesures en ce qui concerne les médicaments très coûteux et de plus en plus ciblés. On trouve maintenant des médicaments très coûteux destinés à une population très limitée en fonction de caractéristiques génétiques. Ce sont deux éléments pour lesquels il nous faudrait une stratégie nationale, et il faudrait aussi un soutien national pour le travail qui est déjà en cours.

Nous sommes très préoccupés par le coût élevé des médicaments génériques. Au Manitoba, nous avons essayé de mettre en place ce que nous appelons un processus de gestion de l’utilisation des médicaments génériques, afin d’essayer d’en réduire le coût et de ne pas tenir compte seulement de l’aspect commercial. Nous utilisons ce processus tant pour les médicaments génériques que pour les nouveaux médicaments. Notre démarche est un peu différente de celle des autres provinces, car nous essayons de voir comment ces médicaments pourraient être utilisés, quels en sont les aspects commerciaux et quelle est la valeur de ces médicaments. Nous voulons garantir l’approvisionnement pour les Manitobains tout en nous assurant que les coûts demeurent concurrentiels par rapport à ceux des autres provinces. Nous avons constaté que cette mesure a donné de très bons résultats pour ce qui est de réduire la croissance de nos budgets de produits pharmaceutiques, qui était auparavant l’un des éléments dont la croissance était la plus marquée dans notre régime de soins de santé. Au cours des dernières années, ce budget est devenu beaucoup plus gérable.

Mr. McNamara: With respect to generic drugs, we went through a process following Ontario, not the 25 per cent but 35 per cent, which has been effective for us in reducing costs. The drug utilization is something we have a team now going to follow some of the ideas Manitoba is doing.

With respect to the big pharma and generic companies, one of the concerns I have is a practice out of the U.S., which I am sure is following into Canada. It is called “pay for delay,” where the big companies are paying money to generic drugs to slow down the introduction of certain generic drugs and splitting the difference. Taxpayers are paying for it.

The second thing is the issue of new drugs where companies are using vulnerable individuals to put the face on what they want in terms of a drug that has minimal impact, in some cases, but are very costly. For an example that I went through, an individual came in who had terminal cancer. The drug that the company had suggested to this individual may have provided a month at most. He comes in, puts pictures of his children in front of me and says, “What will you tell my children about not providing this drug?” That is the type of pressure that big pharma uses.

We have even had a case where they write letters. In one of the letters, they made a mistake and said, “Fill in the blanks.” It was the drug company that had written it. In another case, we were dealing with one of our national charitable organizations that was pushing for a drug. They said they were putting on pressure. We called the charity and asked if we could get a copy of the press release. They said, “We have not gotten it from the drug company yet.”

Where the federal government can help us is how to start changing these practices and make things more transparent for those individuals that are taking money out of taxpayers’ pockets.

Senator Eggleton: What about an overall pharmaceuticals strategy in the next accord?

Mr. McNamara: In my understanding, in the last one, there was an agreement not to move forward. There was disagreement between the federal government and the provinces. I was not there at the time, but in reading the historical documents, it came down to the issue of money. When money was talked about, the federal government backed away, and then the provinces decided not to move any further.

Senator Eggleton: Would you like to see the federal government continue to play a role?

Mr. McNamara: Definitely.

M. McNamara : En ce qui concerne les médicaments génériques, nous avons adopté le processus mis en place en Ontario, avec une norme de 35 p. 100 plutôt que de 25 p. 100, et cela nous a permis de réduire nos coûts. Quant à l’examen de l’utilisation des médicaments, nous avons maintenant une équipe qui travaillera à des mesures semblables à celles mises en place au Manitoba.

Pour ce qui est des grandes sociétés pharmaceutiques et des producteurs de médicaments génériques, je m’inquiète entre autres d’une pratique qui a cours aux États-Unis et qui, j’en suis sûr, se répand au Canada. C’est ce qu’on appelle « payer pour retarder », qui consiste pour les grandes sociétés à verser de l’argent aux producteurs de médicaments génériques afin de ralentir la mise en marché de certains médicaments génériques en partageant la différence entre les coûts. Ce sont les contribuables qui en font les frais.

Deuxièmement, il y a le fait que certaines sociétés se servent de personnes vulnérables dans leur publicité pour vendre de nouveaux médicaments qui, dans certains cas, ont des résultats minimes, mais dont le coût est énorme. J’en ai examiné un exemple, c’était le cas d’une personne qui souffrait d’un cancer en phase terminale. Le médicament que la société avait proposé à cette personne lui aurait permis de vivre un mois de plus, tout au plus. Ce patient est arrivé, il m’a placé des photographies de ses enfants sous les yeux et m’a dit « leur expliquerez-vous pourquoi vous ne voulez pas me prescrire ce médicament? » Voilà le genre de pression que les grandes sociétés pharmaceutiques exercent.

On a même vu les sociétés pharmaceutiques écrire des lettres. Dans une de ces lettres, on avait fait une erreur et on avait laissé un blanc à remplir. C’est la société pharmaceutique qui avait rédigé la lettre. Dans un autre cas, l’un de nos organismes de charité nationaux faisait de la publicité pour un médicament. Il disait qu’il exerçait des pressions. Nous avons appelé l’organisme de charité et nous avons demandé si nous pourrions obtenir un exemplaire du communiqué de presse. On nous a répondu que la société pharmaceutique ne l’avait pas encore envoyé.

Ce à quoi le gouvernement fédéral peut nous aider, c’est à voir comment on peut changer ces pratiques et faire en sorte que ceux qui prennent l’argent des contribuables fassent preuve de plus de transparence.

Le sénateur Eggleton : Que pensez-vous d’ajouter au prochain accord une stratégie générale pour les produits pharmaceutiques?

M. McNamara : D’après ce que je sais, dans le dernier accord, les parties s’étaient entendues pour ne pas avoir une telle stratégie. Le gouvernement fédéral et les provinces étaient en désaccord. Je n’étais pas là à cette époque, mais d’après les documents historiques que j’ai lus, c’était une question d’argent. Quand la question de l’argent a été discutée, le gouvernement fédéral a fait machine arrière, puis les provinces ont décidé de ne pas aller de l’avant.

Le sénateur Eggleton : Aimerez-vous que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle dans ce domaine?

M. McNamara : Tout à fait.

Senator Eggleton: What would you like to see — a catastrophic drug plan or purchasing strategy, or a whole pharmacare plan?

Mr. McNamara: First, if they could help us change the rules so that we could put a drug on to be reviewed for safety — i.e. Avastin versus Lucentis — that could be very helpful in some cases. The second is to help us look at the efficacy of drugs.

As Mr. Sussman said, we deal with cancer drugs; but I want to know, when we have the opportunity to fund something, if it will make a difference to individuals. Are we going to recommend it to the minister? If it is only a drug with a new patent with very minimal improvement, I can use the old drug at a much cheaper rate. That is another way of helping us without putting a lot of money on the table.

Senator Callbeck: Carrying on with the same theme, the catastrophic drug plan was part of the National Pharmaceuticals Strategy that was in the 2004 health accord; there was a federal-provincial task force that did a lot of work on that and the feds co-chaired it. The minister was here the other day and she said a report came in back in 2006 and they could not get an agreement.

This catastrophic drug thing really concerns me, and I am sure it does everyone here. The price of drugs is going up and there are an awful lot of people who are having great difficulty in paying for their drugs.

My understanding was that after 2006, a lot of the provinces went on their own and most of them have their own catastrophic drug plan. I asked one of the officials about this that was here the other day from Health Canada — whether it would be part of the new accord. She indicated it is up to the provinces to determine the priorities that would be on the table.

Do you feel that the provinces will see this as a priority after what they have gone through and now that most of them have their own plan? Do you still feel that it will be there as a priority for the new accord?

Mr. McNamara: I see it as a priority. We may have catastrophic drugs, but not the same catastrophic drugs are covered in every province. There are differences.

I was looking earlier at the correspondence between Minister Tony Clement and the Honourable George Abbott, who were the two leads at the time when the decision was made not to proceed. It was because they could not agree on a process to move forward and it became a stalemate. I am not blaming one side or the other; I am just saying we have to get this back on the table and have some meaningful discussions.

Senator Callbeck: I agree 100 per cent.

Le sénateur Eggleton : Que préféreriez-vous — un plan de couverture des médicaments onéreux ou une stratégie d'achat, ou encore un régime d'assurance-médicaments complet?

M. McNamara : Tout d'abord, il pourrait nous aider à modifier les règles afin que l'on puisse demander un examen de l'innocuité de certains médicaments — par exemple une comparaison de l'Avastin et du Lucentis. Cela pourrait nous être très utile dans certains cas. Deuxièmement, il pourrait nous aider à examiner l'efficacité des médicaments.

Comme M. Sussman l'a dit, nous offrons des médicaments contre le cancer; mais quand il s'agit de financer des médicaments, je veux savoir s'ils seront efficaces pour les patients. Allons-nous recommander ces médicaments à la ministre? S'il s'agit d'un nouveau médicament breveté qui n'offre qu'une amélioration très minime, je peux toujours utiliser le médicament plus ancien et beaucoup moins coûteux. Ce serait une autre façon de nous aider sans avoir à faire de gros investissements.

Le sénateur Callbeck : Dans la même veine, le plan de couverture des médicaments onéreux s'inscrivait dans le cadre de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques énoncée dans l'accord de 2004 sur les soins de santé; un groupe de travail fédéral-provincial avait fait beaucoup de travail dans ce dossier. Ce groupe de travail était coprésidé par le gouvernement fédéral. La ministre a comparu devant nous l'autre jour, et elle a déclaré que d'après le rapport publié en 2006, les parties n'étaient pas arrivées à s'entendre.

La question de la couverture des médicaments onéreux me préoccupe beaucoup, comme elle nous préoccupe tous. Le prix des médicaments augmente et trop de gens ont de la difficulté à payer leurs médicaments.

J'ai cru comprendre qu'après 2006, la majorité des provinces sont dotées de leur propre plan de couverture des médicaments onéreux. J'ai posé la question à l'un des fonctionnaires de Santé Canada qui a comparu devant nous l'autre jour — à savoir si cela ferait partie du nouvel accord. Elle m'a répondu qu'il incombe aux provinces de déterminer les priorités qui seront négociées.

Croyez-vous que les provinces estimeront qu'il s'agit d'une priorité après l'expérience qu'elles ont vécue et maintenant que la plupart d'entre elles disposent de leur propre régime? Croyez-vous encore que ce sera une priorité pour le nouvel accord?

M. McNamara : Pour moi, c'est une priorité. Il existe des régimes de couverture de médicaments onéreux, mais ce ne sont pas les mêmes médicaments qui sont couverts dans chaque province. Il y a des différences.

J'ai examiné un peu plus tôt la correspondance échangée entre le ministre Tony Clement et l'honorable George Abbott, qui étaient les deux principaux négociateurs à l'époque où on a décidé de ne pas mettre en place cette mesure. Ils en sont arrivés à une impasse, car ils n'arrivaient pas à s'entendre sur la façon de procéder. Je ne les blâme ni l'un ni l'autre; je dis simplement qu'il faut négocier de nouveau cette question et avoir de vraies discussions.

Le sénateur Callbeck : Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Senator Cordy: I would like to talk about the issue of palliative care. No matter how many vitamins we take or how much we exercise, it is not if we are going to die, it is when. Also, it is not only old people dying, it is every age group.

Palliative care is certainly cheaper for the system. The vast majority of Canadians want to die in their homes, yet a very small percentage is actually doing so. Most are dying in the hospital. Should there be something in the accord?

Palliative care is not innovative; it has been around for a long time. In Nova Scotia, we have palliative care. Mr. Sussman, when I was reading your bio, I know that you were the COO in Winnipeg and palliative care was one of the things that fell under your jurisdiction. I am sure Senator Carstairs would have met with you at some point in time, since she is from Winnipeg.

Should this be part of the accord? It seems like it is sensible. It is what people want. It is inexpensive relative to keeping them in the hospital, and yet I do not believe it is happening as quickly as it should be happening.

Mr. Sussman: I agree with you that it is not happening as quickly as it should be. For anyone who has utilized palliative care, it is often at a very difficult time in peoples' lives; yet people are very grateful for palliative care and grateful to have this support to allow their loved one to die either at home or in a hospice. Sometimes it may be in a hospital because of the complexity of providing their symptom management, but it can be in a palliative care facility. However, most people die in hospital wards without access to palliative care resources.

It is something that needs to be expanded. It is particularly an issue in Manitoba outside of Winnipeg. We have a tremendous palliative care program in Winnipeg. It still needs some work in some of the community hospitals; especially in a tertiary hospital, it has not had the presence that it should in Manitoba.

We could go through a list and we could probably come up with 25 to 35 really critical things that require attention. I am a big believer that we have to do more palliative care, and that we do not actually ask the question and have the difficult conversation. We start treatments that will often have no real benefit because we do not have the conversation, and then we do not support someone in dying appropriately.

I do worry that the accord can become so diffuse with topics that nothing will be achieved. First, you will not be able to track all of those different things; and, second, the provinces will not be able to focus in that many directions.

Le sénateur Cordy : Je voudrais parler de la question des soins palliatifs. Peu importe que l'on prenne des vitamines ou qu'on fasse beaucoup d'exercice, la question n'est pas de savoir si l'on va mourir, mais plutôt quand on mourra. Également, il y a des gens qui meurent dans tous les groupes d'âge, pas seulement chez les aînés.

Il est certain que les soins palliatifs coûtent moins cher au régime. En vaste majorité, les Canadiens souhaitent mourir dans leur foyer, même si dans les faits, seul un très petit pourcentage le font. La plupart des gens meurent à l'hôpital. L'accord devrait-il contenir des mesures à ce sujet?

Les soins palliatifs ne sont pas nouveaux; ils existent depuis longtemps. En Nouvelle-Écosse, nous offrons des soins palliatifs. Monsieur Sussman, quand j'ai lu vos notes biographiques, j'ai remarqué que vous aviez été chef des opérations à Winnipeg et que les soins palliatifs ont été l'un des premiers dossiers qui étaient de votre ressort. Je suis sûre que vous avez déjà rencontré le sénateur Carstairs, puisqu'elle vient de Winnipeg.

Cette question devrait-elle être inscrite dans l'accord? Cela me semble logique. C'est ce que souhaite la population. Cela coûte beaucoup moins cher que de garder les patients à l'hôpital, mais je crois néanmoins que ces soins ne sont pas offerts aussi rapidement qu'ils le devraient.

M. Sussman : Je suis d'accord sur le fait que ces soins ne sont pas offerts aussi rapidement qu'ils le devraient. Ceux qui ont eu recours aux soins palliatifs savent que c'est souvent un moment très difficile dans la vie des gens; et pourtant, les gens sont très reconnaissants que ces soins soient offerts, reconnaissants du soutien qui est offert à l'un de leurs proches pour qu'il puisse mourir soit chez lui, soit dans un centre de soins palliatifs. Ces soins sont souvent donnés à l'hôpital, vu la complexité de la gestion des symptômes, mais ils peuvent aussi être offerts dans un établissement de soins palliatifs. Toutefois, la plupart des gens meurent dans des services d'hôpital sans avoir accès aux soins palliatifs.

Il faut répandre l'usage de ces soins. Au Manitoba, c'est un problème qui touche plus particulièrement les gens de l'extérieur de Winnipeg. Nous avons un excellent programme de soins palliatifs à Winnipeg. Il faut encore y apporter certaines améliorations dans certains hôpitaux communautaires; mais surtout dans les hôpitaux de soins tertiaires, ces soins n'ont pas été offerts aussi fréquemment qu'il le faudrait au Manitoba.

Nous pourrions dresser une liste de 25 ou 35 éléments essentiels sur lesquels il faudrait se pencher. Je suis fortement convaincu qu'il faut avoir davantage de soins palliatifs, que nous ne posons pas vraiment la question et que nous n'avons pas la conversation difficile que cela exige. Nous commençons souvent des traitements qui n'offrent pas d'avantages réels pour éviter cette conversation, mais ce faisant, nous n'aidons pas convenablement la personne mourante.

Je crains par contre que l'accord s'éparpille et qu'il contienne tant de sujets que rien ne sera fait. Pour commencer, on ne sera pas capable de faire le suivi de toutes ces mesures; et deuxièmement, les provinces ne seront pas en mesure d'agir de façon ciblée dans tant de dossiers.

If there are going to be specific targeted areas, they need to be focused. I think the seniors piece could deal with it; although palliative care is not exclusive to seniors, they are a significant portion of that.

Senator Cordy: It could fit in under that umbrella and not as a specific subset.

Mr. Sussman: Yes.

Mr. McNamara: Quickly, I differ a bit with Mr. Sussman on this. I think palliative care is important. One of the most costly times of service that we look at is end-of-life. That is extremely difficult.

We have expanded our drug program, or will be in the early new year, so that we will provide free drugs in the community to patients that are in palliative care. I know that other provinces have done it. It is a way to encourage people to stay home. Before, they went into hospital because otherwise they had to pay for the drugs.

Second, we have to do more at not letting people die in an orthopedic unit because staff there do not know how to look after them. It is not that they are bad staff; it is good people not having the correct training. We have to do a better job. For people that have done a great service to our communities, we have to figure how to provide that great service back to them at their end-of-life.

The Chair: On behalf of my colleagues, I would very much like to thank you for your frankness on the issues that have been put before you today. The range of answers that you have given have certainly broadened the evidence that we are hearing throughout this particular process and they have given us a real good sense of the provincial issue in this very important area.

A positive aspect coming out of it is you have both indicated that it is important for all the jurisdictions to now work together in moving forward. We will have the opportunity to see at least one of you again this week and perhaps have a more free-ranging discussion on some of these issues.

With that, thanks to my colleagues for the focus of their questions.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Thursday, December 1, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill S-201, An Act respecting a National Philanthropy Day, met this day at 10:31 a.m. to give consideration to the bill.

Senator Kelvin Kenneth Ogilvie (*Chair*) in the chair.

Si on décide de cibler des domaines précis, il faudra les limiter. Cela pourrait se faire dans le cas du dossier des aînés; même si la question des soins palliatifs ne touche pas exclusivement les aînés, c'est un élément important de ce dossier.

Le sénateur Cordy : Cela pourrait s'inscrire dans ce dossier général plutôt que comme dossier distinct.

M. Sussman : Oui.

M. McNamara : J'ajouterais brièvement que je ne suis pas tout à fait du même avis que M. Sussman à ce sujet. Je trouve que les soins palliatifs sont importants. Les soins de fin de vie sont l'un des services les plus coûteux que nous examinons. C'est extrêmement difficile.

Nous avons élargi notre programme de médicaments, ou nous le ferons au début de l'année prochaine, afin de pouvoir offrir gratuitement les médicaments aux patients qui sont en soins palliatifs. Je sais que d'autres provinces l'ont déjà fait. C'est une façon d'encourager les patients à rester chez eux. Auparavant, ils allaient à l'hôpital parce qu'autrement, ils devaient payer les médicaments.

Deuxièmement, il faudra accroître nos efforts pour éviter que les gens meurent au service d'orthopédie, puisque le personnel de ce service ne sait pas comment s'occuper d'eux. Ce n'est pas que le personnel est mauvais; ce sont de bonnes personnes qui n'ont pas reçu la formation pour cela. Nous devons faire mieux. Ces patients ont grandement contribué à nos communautés et nous devons trouver le moyen de les aider lorsqu'ils arrivent à la fin de leur vie.

Le président : Au nom de mes collègues, je vous remercie beaucoup de votre franchise sur les questions dont nous avons traité aujourd'hui. Vos réponses ont beaucoup ajouté aux témoignages que nous avons déjà reçus dans notre examen et nous permettent de bien comprendre les enjeux des provinces dans ce domaine très important.

L'aspect positif qui ressort de vos propos, c'est que vous avez tous deux indiqué qu'il est important que toutes les provinces travaillent de concert pour réaliser des progrès. Nous aurons l'occasion de rencontrer au moins l'un de vous de nouveau cette semaine et d'avoir, peut-être, une discussion plus étendue sur certaines de ces questions.

Cela dit, je remercie mes collègues d'avoir posé des questions précises.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le jeudi 1^{er} décembre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 10 h 31, pour étudier le projet de loi S-201, Loi instituant la Journée nationale de la philanthropie, qui lui a été renvoyé.

Le sénateur Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*) occupe le fauteuil.

[English]

The Chair: We are meeting today to discuss Bill S-201, An Act respecting a National Philanthropy Day.

We are pleased to have Senator Mercer here, the sponsor of the bill. He will be addressing us in a moment.

I think I will dispense with the usual introduction of my colleagues. I suspect that the senator is well aware of those who are at the table. We all recognize Senator Mercer.

With that, honourable senators, I propose that we move directly into the examination of the bill. I invite Senator Mercer to present to us.

Hon. Terry M. Mercer, sponsor of the bill: Thank you, Mr. Chair. First of all, I would like to thank you, personally, for your kindness last week when I had to reschedule my appearance before the committee because of some sad news for my family. I appreciate your kindness and the kindness of the committee and the clerk for rearranging this meeting.

Thank you for this opportunity to speak before you in support of this historic piece of legislation that would create the world's first nationally recognized National Philanthropy Day.

National Philanthropy Day is the special day set aside, on November 15 of each year, to recognize and pay tribute to the great contributions that philanthropy and those people active in the philanthropic community have made to our lives, our communities, our nation and the world.

The purpose of this day is to increase public awareness of National Philanthropy Day as a time to say thank you to those who give throughout the year. It is to focus public attention on major accomplishments made possible through philanthropic contributions. It is a time to honour key local individuals and corporations for their philanthropic endeavours. It is a time to recognize local fundraisers, thanking them for their time, talent and dedication.

First held in 1986, National Philanthropy Day celebrates the endless daily contributions individuals and organizations across the world make to countless causes and missions.

This year, there were more than 100 National Philanthropy Day events and activities across North America alone, with over 50,000 people participating. Sixteen Canadian events honoured philanthropists in most major cities in Canada.

Some events attracted over 1,000 participants and some only about 200. However, in each community, the initiative was received with widespread support and appreciation for the work of the charitable organizations and the value of philanthropic giving.

[Traduction]

Le président : Nous étudierons aujourd'hui le projet de loi S-201, Loi instituant la Journée nationale de la philanthropie.

Nous avons le plaisir d'accueillir le sénateur Mercer, parrain de ce projet de loi, qui prendra la parole dans quelques instants.

Je m'abstiendrais de présenter mes collègues comme je le fais d'habitude car je crois que le sénateur connaît bien tous les membres de notre comité. Nous connaissons tous le sénateur Mercer.

Je propose donc, honorables sénateurs, que nous passions directement à l'étude du projet de loi. J'invite le sénateur Mercer à prendre la parole.

L'honorable Terry Mercer, parrain du projet de loi : Merci, monsieur le président. Permettez-moi tout d'abord de vous remercier personnellement d'avoir bien voulu que je reporte ma comparution devant votre comité la semaine dernière à cause de certains événements tristes pour ma famille. Je vous remercie de votre compréhension et je suis reconnaissant envers les membres du comité de même qu'envers le greffier qui a accepté de reporter la réunion.

Merci de me donner l'occasion de vous parler de ce projet de loi historique qui instaurerait pour la toute première fois dans le monde une Journée nationale de la philanthropie.

Le 15 novembre est la Journée nationale de la philanthropie, qui nous permet de saluer et de rendre hommage aux personnes œuvrant dans le domaine de la philanthropie et à leurs grandes contributions à notre vie, à nos collectivités, à notre pays et au monde entier.

La Journée nationale de la philanthropie vise à sensibiliser la population à leurs activités et à remercier les bénévoles qui donnent de leur temps chaque année pour des causes philanthropiques. Elle permet d'attirer l'attention sur les grandes réalisations rendues possibles grâce aux activités philanthropiques. Elle permet également d'honorer les personnes et les sociétés qui se dévouent pour des œuvres philanthropiques. Cette journée permet de saluer les organisateurs de levées de fonds locaux et de les remercier pour leur temps, leur talent et leur dévouement.

Célébrée pour la première fois en 1986, la Journée nationale de la philanthropie souligne la contribution quotidienne et constante de personnes et d'organisations dans le monde qui se dévouent à d'innombrables causes et missions.

Cette année, plus d'une centaine d'activités et d'événements ont eu lieu, seulement en Amérique du Nord, pour souligner la Journée nationale de la philanthropie, et plus de 50 000 personnes y ont participé. Seize événements canadiens ont été organisés pour rendre hommage à des philanthropes dans la plupart des grandes villes du pays.

Certains de ces événements ont attiré plus de 1 000 participants, et d'autres seulement 200. Néanmoins, l'initiative a été favorablement accueillie et appuyée dans chaque localité, en reconnaissance du travail des organismes caritatifs et de la générosité des philanthropes.

Why is recognizing National Philanthropy Day important? Recent research reveals a disturbing trend. The economy has negatively impacted charitable giving, and fewer Canadians are giving to charities.

According to Statistics Canada, Canadian giving has dropped in the last three years to about \$7.8 billion in 2009, down from an all-time high of \$8.5 billion in 2006. Even more significant, the percentage of Canadians claiming a charitable deduction dropped from 24 per cent in 2008 to 23 per cent in 2009, leaving Canada with approximately 5.6 million donors.

This is a precarious situation. How long can we rely on a smaller number of individuals to fuel the charitable sector, especially when the economy has taken a toll on overall charitable giving? The situation is even more dire considering that the demand on charities continues to grow. We need to ensure that the donor base continues to grow to match the increasing reliance of the public on the charitable sector.

The charitable sector is significant in size and scope. It has more than \$100 billion in annual revenue and possesses even more than that in net assets. The charitable sector is approximately equal in size to the economy of British Columbia.

The charitable sector in Canada is made up of more than 161,000 organizations, with over 1.2 million paid staff and 6.5 million volunteers. We all know who those volunteers are; I am sure all of you are counted amongst those 6.5 million.

Charitable and philanthropic organizations provide jobs and bridge the gap by serving those in need and our communities when budgetary constraints hinder provincial and federal governments from providing similar services.

Without adequate charitable contributions and resources, these organizations cannot continue to respond to the growing reliance upon their philanthropic missions.

We cannot allow the charitable sector to stagnate, but, with your help in passing legislation to create a government-recognized national philanthropy day, we can help reverse these trends.

National Philanthropy Day provides the opportunity not only to increase giving but also to spur more Canadians to become volunteers and donors and encourage the creation of new charities by giving each of them a day of recognition.

Through National Philanthropy Day, participants are able to show appreciation for all that has been accomplished in the name of giving, as well as to show that there is still more to do. It is our

Pourquoi est-il important de souligner la Journée nationale de la philanthropie? Des études récentes laissent entrevoir une tendance inquiétante. Le ralentissement économique s'est répercuté sur les dons aux organismes de charité, et de moins en moins de Canadiens y contribuent.

D'après Statistique Canada, le montant des dons de charité fait par des Canadiens, qui avait atteint un sommet de 8,5 milliards de dollars en 2006, a diminué au cours des trois dernières années et se situait à quelque 7,8 milliards en 2009. Fait encore plus significatif, le pourcentage des Canadiens ayant réclamé une déduction d'impôt pour don de charité est passé de 24 p. 100 en 2008 à 23 p. 100 en 2009, si bien qu'il ne reste qu'environ 5,6 millions de donateurs au Canada.

La situation est précaire. Pourrons-nous compter longtemps sur un plus petit nombre de donateurs pour alimenter les œuvres de charité, particulièrement au moment où la conjoncture économique fait chuter les dons? La situation est encore plus inquiétante compte tenu du fait que la demande à l'endroit des œuvres de charité continue de croître. Il faut faire en sorte que le nombre de donateurs continue à augmenter proportionnellement aux besoins croissants auxquels les œuvres de charité doivent répondre.

Le secteur caritatif est important par sa taille et sa portée. Il recueille plus de 100 milliards de dollars chaque année et possède des actifs dont la valeur nette excède même ce montant. En fait, sa valeur équivaut à peu près à l'économie de la Colombie-Britannique.

Le secteur de la bienfaisance au Canada regroupe plus de 161 000 organisations qui emploient plus 1,2 million d'employés rémunérés et 6,5 millions de bénévoles. Nous connaissons tous certains de ces bénévoles et je suis persuadé que vous figurez tous parmi ces 6,5 millions de personnes.

Les organisations caritatives et philanthropiques créent des emplois et jouent un rôle important en répondant aux besoins des personnes démunies et de nos collectivités lorsque les compressions budgétaires limitent la capacité du gouvernement fédéral et des provinces d'offrir des services semblables.

Sans les dons du public et les ressources nécessaires, ces organismes ne pourraient continuer à répondre aux besoins croissants des personnes que les missions philanthropiques permettent d'appuyer.

Nous ne pouvons permettre une stagnation du secteur caritatif et, nous réussirons à renverser cette tendance si vous nous aidez en adoptant ce projet de loi instituant une Journée nationale de la philanthropie reconnue par l'État.

La Journée nationale de la philanthropie serait l'occasion non seulement de donner davantage mais d'inciter un plus grand nombre de Canadiens à faire du bénévolat et à donner; elle encouragerait la création de nouvelles œuvres de charité dont cette journée marquerait la reconnaissance.

À l'occasion de cette Journée nationale de la philanthropie, les participants pourraient exprimer leur reconnaissance pour tout ce que la générosité a permis de réaliser et faire savoir aussi qu'il

chance to step into the spotlight for a brief moment and remind our communities, our society and the country that the spirit of giving is alive and well.

As most of you know, I have been a professional fundraiser since 1978 and a volunteer since childhood. I am keenly aware that fundraising serves as the engine that drives the charitable sector by developing and maintaining relationships with donors and philanthropists who provide the necessary funding for education, social services, health care, medical research, the arts and the many other altruistic functions provided by the sector.

Think about the charities you know and volunteer for. For example, there is the Canadian Red Cross, the Canadian Cancer Society, and the University of Toronto and more local entities like Phoenix Youth Programs in Halifax, Jocelyn House Hospice in Winnipeg and Oak Bay Volunteer Services Society in Victoria, British Columbia. We could go on forever.

You can imagine how much the many millions of Canadian volunteers provide in critical community services to these organizations every day, every month and every year.

It is for these reasons and for these people that a government-recognized National Philanthropy Day is so important. It is for these reasons that I urge you to pass this important piece of legislation. I would like to thank you again for this opportunity and I look forward to any questions you may have.

The Chair: Thank you very much, Senator Mercer. We will now turn to the members of the committee. I will start with Senator Eggleton.

Senator Eggleton: Senator Mercer, you are to be congratulated for bringing this forward. This recognition of National Philanthropy Day, I hope, will help to reverse the trend that you talked about that has occurred as a result of the recession. Unfortunately, while the needs have been expanding, the donations have been reduced as a result of the recession. This, I hope, will go some distance in helping to reverse it.

National Philanthropy Day is also an opportunity to draw recognition to people who are involved in other aspects of philanthropy. For many people, the first thought that comes to mind is that it is giving money. However, according to the *Oxford English Dictionary*, philanthropy is defined as a desire to help others and extends beyond money. It includes gifts of time and spirit, and what is in your heart and in your spirit, not necessarily what is in your bank account. It includes people who are champions, advocates and volunteers.

reste beaucoup à faire. Ce serait l'occasion de mettre brièvement en lumière ce que font ces organismes et de rappeler à nos collectivités, à notre société et au pays tout entier que la générosité se porte bien.

Comme la plupart d'entre vous le savent, je fais du bénévolat depuis ma tendre enfance et je suis un organisateur professionnel de levées de fonds depuis 1978. Je sais pertinemment que les levées de fonds sont le moteur du secteur de la bienfaisance parce qu'elles permettent d'établir et d'entretenir les relations avec les donateurs et les philanthropes qui fournissent le financement nécessaire pour des missions relevant de l'éducation, des services sociaux, des soins de santé, de la recherche médicale, des arts et de beaucoup d'autres domaines.

Pensez aux organismes caritatifs que vous connaissez et pour lesquels vous faites du bénévolat. Je pense, par exemple, à la Société canadienne de la Croix-Rouge, à la Société canadienne du cancer, à l'Université de Toronto et à des organismes d'envergure plutôt locale comme les programmes Phoenix Youth à Halifax, à la maison de soins palliatifs Jocelyn House de Winnipeg et à la Oak Bay Volunteer Services Society de Victoria, en Colombie-Britannique. Et la liste s'allonge à l'infini.

Imaginez la contribution de millions de bénévoles canadiens qui offrent des services communautaires essentiels à ces organismes chaque jour de chaque mois et de chaque année.

C'est pour ces raisons et au nom de ces bénévoles que le gouvernement doit instituer une Journée nationale de la philanthropie. Voilà pourquoi je vous exhorte à adopter ce projet de loi important. Je vous remercie encore une fois de me donner l'occasion d'en parler et répondrai volontiers à vos questions.

Le président : Merci beaucoup, monsieur le sénateur. La parole est maintenant aux membres du comité. À vous, monsieur le sénateur Eggleton.

Le sénateur Eggleton : Sénateur Mercer, je vous félicite d'avoir présenté ce projet de loi. J'espère que la reconnaissance d'une Journée nationale de la philanthropie permettra de renverser la tendance que vous avez décrite qui fait suite à la récession. Malheureusement, au moment même où les besoins deviennent plus pressants, les dons diminuent à cause de la récession. J'espère que cette initiative pourra contribuer quelque peu à renverser le courant.

Une Journée nationale de la philanthropie permet également de saluer des personnes qui œuvrent dans d'autres aspects de la philanthropie. Pour bien des gens, la philanthropie évoque d'abord et avant tout le fait de donner de l'argent. Cependant, d'après la définition du dictionnaire *Oxford*, le mot philanthropie est le désir d'aider les autres, ce qui va au-delà des dons d'argent. Cela comprend également le fait de faire don de son temps, de son enthousiasme, de sa générosité, et pas nécessairement de puiser dans son compte en banque. Cela englobe les champions, les porte-parole ou les organismes et les bénévoles.

Could you talk a bit more about that? It is important to expand the definition so there is not just a narrow perception of philanthropy as only involving people who have an awful lot of money and who contribute that money.

Senator Mercer: I think the honourable senator is right on. Another definition of philanthropy is the love of humankind, which broadens that definition further.

One of the things people try to do when joining National Philanthropy Day is not to focus on the major givers. We do need to recognize the major givers. They are very important people and they do help us by giving. However, there is an emphasis on the small donor, too. The young person who gives \$2 is just as important as the person who gives millions of dollars. It is the commitment to the cause that is important.

For example, in Ottawa, at the National Philanthropy Day celebration, one of the award recipients was a young girl in high school, who was the best friend of a young girl whose suicide was so highly publicized. The Richardson family was so kind to come out in public and talk about their daughter's tragic death. Her young friend, who was so moved and touched by her friend's death, created a program where she was selling bracelets in memory of her and raising money for awareness of bullying and mental health.

There were many important people at the award ceremony here in Ottawa, who have given millions of dollars and raised millions of dollars. However, the person who had the most attention and the most applause at the end of the night was this young girl, who was 13 years old and was starting her philanthropic life by honouring her friend.

There are all those people and there are the others, too, Senator Eggleton, who are funding medical research in universities, colleges and labs across the country. Someday, someone will find the cure for cancer and it will probably not be because of some government grant. It will be because someone has raised the money and someone has donated the money to help them do that.

Senator Eggleton: The only other thing I want to say is that you have been patient with all this because you brought it forward several times. The only problem I see with your bill is that every time you bring it forward there is either a prorogation or an election that results in your going back to square one. I hope this time it goes all the way and that it goes into effect.

Senator Mercer: When I started this process I never realized that timing was everything. I believe this time the timing is right.

Pourriez-vous nous en parler davantage? Il est important d'élargir la définition afin qu'on ne considère pas seulement comme philanthrope des gens riches et qui donnent de fortes sommes d'argent.

Le sénateur Mercer : Je pense que mon honorable collègue a tout à fait raison. La définition de la philanthropie inclut l'amour de son prochain, ce qui l'élargit davantage.

Lorsqu'ils célèbrent la Journée nationale de la philanthropie, les gens tendent à ne pas porter d'attention particulière aux grands donateurs. Pourtant, il faut souligner leurs contributions. Ce sont des gens importants qui nous aident grâce à leurs dons. Cependant, on met aussi l'accent sur les petits donateurs. Le jeune qui fait un don de 2,00 \$ est tout aussi important que la personne qui fait don de 2 millions de dollars. Ce qui importe c'est le fait d'appuyer la cause.

Par exemple, à Ottawa, lors des célébrations de la Journée nationale de la philanthropie, l'un des récipiendaires était une jeune fille du secondaire qui était la meilleure amie d'une autre jeune fille dont le suicide a été largement médiatisé. La famille Richardson a eu le courage de s'exprimer en public sur le décès tragique de leur fille. Sa jeune amie, qui a été particulièrement affectée par cet événement tragique, a mis sur pied un programme dans le cadre duquel elle vendait des bracelets à la mémoire de son amie afin de recueillir des fonds pour une campagne de sensibilisation à l'intimidation et à la santé mentale.

La cérémonie de remise des prix, qui a eu lieu ici, à Ottawa, a rassemblé un grand nombre de gens importants qui ont donné des millions de dollars et ont permis d'en recueillir davantage. Cependant, la personne qui a fait l'objet de la plus grande attention et qui a reçu le plus d'applaudissements à la fin de la soirée était cette jeune fille âgée de 13 ans qui a commencé sa vie de philanthrope en rendant hommage à son amie.

Il y a tous ces gens, mais il y a aussi les autres, sénateur Eggleton, qui financent la recherche en médecine dans les universités et les laboratoires de l'ensemble du pays. Si quelqu'un trouve, un jour, un traitement contre le cancer, ce ne sera probablement pas le résultat d'une subvention du gouvernement. Ce sera probablement grâce à des fonds recueillis par quelqu'un et donnés par quelqu'un d'autre.

Le sénateur Eggleton : Le seul autre point dont j'aimerais faire part c'est que vous avez su faire preuve de patience dans tout cela car vous avez soulevé cette question à plusieurs reprises. Le seul problème que je vois avec votre projet de loi, c'est qu'à chaque fois que vous le proposez, il y a soit une prorogation ou une élection qui vous ramène à la case départ. J'espère que cette fois sera la bonne et que votre projet de loi sera adopté.

Le sénateur Mercer : Lorsque j'ai entamé cette démarche, je n'avais jamais pris conscience du fait que le caractère opportun de cette démarche était important. Cette fois-ci, je pense que je m'y suis pris au bon moment.

[Translation]

Senator Champagne: I spoke to this bill in the Senate, the first time being when Senator Grafstein introduced it. At the time, I dared to say I was against the idea. However, I have to say there were a number of us who thought there would not be enough days in the year to name a day for everything and that there would be more than 365 good causes for which we would want to name a day.

Two other times, I spoke in favour of it. It is somewhat surprising that it is today, December 1, that we are studying this bill again. December 1 is the Grande guignolée in Quebec, the day when volunteers from all over, including Montreal, Quebec City, Trois-Rivières, Sherbrooke and Chicoutimi, ask people for money or non-perishable food in the hopes of making Christmas a little more joyful for those who are really in need.

This morning, in one part of the city, a homeless man came to put 50 cents into the box. For him, that might have been more than for the next person who came and put in \$100. I think volunteering is about our heart and not necessarily the size of the donation. What is important is that everyone participates, that everyone contributes.

As my colleague did earlier, I congratulate you and thank you for having taken up the torch when Senator Grafstein left the Senate. You have done a great job and I hope the third time is the charm.

[English]

Senator Mercer: I appreciate your story. The story about the homeless person is one of the primary things that people who work in the philanthropic sector really understand. You cannot assume that one's station in life limits one from becoming a philanthropist. That 50-cent donation was huge. That 50-cent donation was like someone else's \$1-million donation. That 50-cent donation was probably for his or her next meal. It is important that we recognize and honour those people for donating.

Many years ago, when I first started in the business of fundraising, I put together a plan for a group of people to do some fundraising. I wanted to talk to all of the people involved and a group of people said, "Well, I don't want you to talk to my group of people because they are poor and they won't give me money." Another person, who had another group of people who were probably poorer than the first person's, said to me — and these words stuck with me ever since — "Don't assume that my people will not give money because they are poor, and don't insult them by not asking them."

I learned that from him and I have tried not to forget it. We need to ask everyone and we need to honour everyone. One of the things I enjoy about National Philanthropy Day — and I have

[Français]

Le sénateur Champagne : J'ai pris la parole au Sénat au sujet de ce projet de loi, d'abord quand le sénateur Grafstein l'a présenté. À l'époque, j'avais osé me déclarer contre l'idée. Toutefois, je dois dire qu'on était plusieurs à penser qu'il n'y aura pas suffisamment de jours dans l'année pour nommer un jour pour tout et qu'il y aura plus que 365 belles causes pour lesquelles on voudra nommer une journée.

À deux autres reprises, je me suis exprimée en faveur. Il est assez étonnant que ce soit aujourd'hui, en ce 1^{er} décembre, que nous fassions à nouveau l'étude de ce projet de loi. Le 1^{er} décembre, au Québec, c'est le jour de la Grande guignolée, où des bénévoles de partout, Montréal, Québec, Trois-Rivières, Sherbrooke, Chicoutimi, demandent aux gens de l'argent ou de la nourriture non périssable dans l'espoir de faire un Noël un peu plus joyeux pour ceux qui sont vraiment dans le besoin.

Ce matin, dans un coin de la ville, un sans-abri est venu déposer 50 sous dans la boîte. Pour lui, ça représentait peut-être plus que pour celui qui l'a suivi et qui a déposé 100 \$. Je pense que le bénévolat c'est notre cœur et pas nécessairement la grosseur du don. L'important, c'est que tout le monde participe, que tout le monde contribue.

Tout comme l'a fait mon collègue tout à l'heure, je vous félicite et vous remercie d'avoir repris le flambeau lorsque le sénateur Grafstein a quitté le Sénat. Vous avez fait un excellent travail et je souhaite que la troisième fois soit la bonne.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : J'apprécie que vous nous ayez raconté votre histoire. Cette histoire du sans-abri, c'est l'une des principales choses que ceux qui travaillent dans le milieu de la philanthropie comprennent vraiment. On ne peut présumer que la situation de quelqu'un puisse l'empêcher d'être philanthrope. Pour cette personne, ce don de 50 sous était équivalent à un don de 1 million de dollars pour une autre personne. C'était 50 sous qu'il ou elle aurait pu dépenser pour se payer un repas. Il est important de reconnaître et d'honorer les gens qui font des dons.

Il y a bien des années, lorsque j'ai commencé à effectuer des collectes de fonds, j'ai créé un plan destiné à un groupe de gens qui souhaitaient effectuer une collecte de fonds. Je souhaitais parler à tous les participants et un groupe de gens m'a dit : « Nous ne voulons pas que vous parliez à notre groupe car il s'agit de gens pauvres et ils ne nous donneront rien. » Une autre personne, dont le groupe était composé de gens probablement plus pauvres encore m'a dit — et ses mots sont restés gravés dans ma mémoire depuis — : « Il ne faut pas présumer que les gens de mon groupe ne donneront rien car ils sont pauvres, et il ne faut pas les insulter en ne leur demandant rien. »

C'est ce que j'ai appris de lui et que j'ai tenté de ne pas oublier. Nous devons demander à tout le monde de participer et nous devons reconnaître les contributions de tout le monde. Une des

had the privilege of attending about 25 of these events over the years — is the celebration of the small donor and the small act. They are the ones that build up into large amounts.

I also appreciate your personal support of the bill as we have evolved with this over the past number of years.

[Translation]

Senator Champagne: It means that on this Day of Philanthropy, we will say thank you, not only to big philanthropists, but also to those who are philanthropists at heart and to those who do what they can.

[English]

Senator Merchant: Congratulations for your patience.

The other day, when Senator Munson was speaking about autism, he said maybe this would be a good day, because sometimes it is third time lucky. If this is your third time, maybe this will be your day — and I hope it is.

I understand exactly what the senator was saying when she said that sometimes we feel that every day celebrates something — that maybe that loses the effect, because every day celebrates some cause. However, I think this is a special cause because, as you have pointed out, it is not just the gift of money; everyone can participate in this way.

I really like the emphasis on younger people and the contributions that they make. You mentioned that in your presentation. Young people seem to be inspired by such novel ideas. They pick the things that the rest of us do not.

You constantly see young people that grasp an idea and raise a lot of money; sometimes those people are noted in the news — some young boy or girl in school. I think it is great that something like this will recognize that everyone can make a contribution.

I know some of my neighbours are very dedicated. In households now where both parents are working, it is getting more difficult to get people to volunteer their time. Fewer people are doing these jobs and we must recognize this and encourage them to do it.

What is the best way to ensure that when we celebrate this day, there is something going on in every community? How will you promote this event? Maybe you are already doing it, but I am not aware of it.

Senator Mercer: There are a couple of ways. There are groups of organizations that are dedicated to this. I am very familiar with one group, because I happen to sit on the international board of the Association of Fundraising Professionals in one of my volunteer hats. They are very involved in National Philanthropy Day, in promoting it and ensuring that we have it. As well, other

choses que j'aime de la Journée nationale de la philanthropie — et j'ai eu le privilège de participer à environ 25 de ces événements au fil des années —, c'est la célébration des petits donateurs et des petits gestes. Ce sont les petits ruisseaux qui font les grandes rivières.

J'apprécie aussi votre appui personnel envers ce projet de loi au fil de son évolution au cours des dernières années.

[Français]

Le sénateur Champagne : Cela veut donc dire qu'en ce Jour de la philanthropie, nous dirons merci, non seulement aux grands philanthropes, mais aussi à ceux qui ont la philanthropie du cœur et à ceux qui font leurs petits pas.

[Traduction]

Le sénateur Merchant : Je vous félicite de votre patience.

L'autre jour, lorsque le sénateur Munson parlait de l'autisme, il a dit que ce serait une bonne journée car parfois, la troisième fois est la bonne. S'il s'agit de votre troisième fois, c'est probablement la bonne. C'est ce que j'espère.

Je comprends bien l'opinion du sénateur lorsqu'elle disait qu'on avait parfois l'impression que chaque jour correspondait à une célébration, ce qui tente à limiter la portée de ces journées. Cependant, dans ce cas, il s'agit d'une cause particulière car, comme vous l'avez souligné, il ne s'agit pas seulement d'un don d'ordre financier; tout le monde peut participer à sa manière.

J'aime particulièrement le fait que l'on porte une attention particulière aux jeunes et à leurs contributions. Vous en avez parlé dans votre exposé. Les jeunes semblent être inspirés par des idées novatrices comme celles-ci. Ils s'intéressent à des choses qui nous échappent.

On voit très souvent des jeunes faire preuve d'innovation pour recueillir des fonds; parfois, ils se font remarquer par les médias, lorsqu'il s'agit d'un jeune garçon ou d'une jeune fille dans une école. Je pense qu'il est important qu'une journée comme celle-ci reconnaisse le fait que tout le monde peut participer.

Je sais qu'un certain nombre de mes voisins sont des gens très dévoués. Dans les foyers où les deux parents travaillent, il devient de plus en plus difficile d'inciter les gens à faire du bénévolat. Il faut bien reconnaître que de moins en moins de gens participent à ce type d'activités et il faut donc les encourager à le faire.

Quel est le meilleur moyen de s'assurer que cette journée sera marquée par des activités dans chaque collectivité? Comment entendez-vous promouvoir cet événement? Peut-être que vous le faites déjà, mais je ne suis pas au courant.

Le sénateur Mercer : Il y a différentes manières de s'y prendre. Il existe des groupes ou des organisations qui s'occupent spécifiquement de cela. Je connais particulièrement bien l'un de ces groupes, car je siège au conseil d'administration international de l'Association of Fundraising Professionals dans le cadre de mes activités bénévoles. C'est un groupe qui prend très à cœur la

groups across Canada are involved in other charities. Everyone tries to be involved; it should not belong necessarily to one organization because it is a celebration.

Your point about young people is extremely important as well. There were two young people in a high school in Senator Ogilvie's part of the world in Nova Scotia who saw a friend of theirs being bullied because he was gay. They got everyone in the high school to wear pink on a particular day. It is now a common thing and there is a national campaign. Two young people in a high school in rural Nova Scotia did this. They changed the whole attitude and brought bullying and homophobia to the foreground so we could talk about things that we need to change.

My wife and I had a house in Ottawa for a number of years and my son went to Hillcrest High School. I will use Hillcrest as an example of a particular program because it is the one that I am familiar with, but this happens in hundreds of high schools across the country. They take on two or three charitable programs a year.

They advertise in the neighbourhood that on a certain night, they will replace all of those people who used to go out and knock on doors and raise money. For a number of years, they did the Canadian Cancer Society in April, which is Cancer month. They raised tens of thousands of dollars over the years.

It became a social function for the young people at the high school. It also crossed some cultural barriers because there are many new Canadians who come to Canada and are not familiar with our traditions of giving. Not all peoples around the world do the same as we do. It has helped to educate new young Canadians and bring them into the philanthropic world. It is marvellous to watch.

There are people out here ready to celebrate. They are already celebrating on November 15, and this bill will help us expand it.

Senator Merchant: There are wonderful programs that are going on in schools. They get young people to visit hospitals and old people's homes to volunteer their time and spend time with them. This kind of day recognizes all those people, or people who work with immigrants on literacy, for example. I think it is a wonderful thing. Congratulations.

Senator Mercer: Thank you.

Senator Callbeck: Welcome, minister; congratulations.

Senator Cordy: You said "minister."

Journée nationale de la philanthropie, en faisant la promotion de cette journée et en s'assurant qu'il y a des activités pour la souligner. Au Canada, d'autres groupes s'intéressent à d'autres causes caritatives. Tout le monde cherche à participer; comme il s'agit d'une célébration, cette journée ne devrait pas relever de la responsabilité d'une seule organisation.

Le point que vous avez soulevé concernant les jeunes est aussi extrêmement important. Deux jeunes d'une école secondaire de la région de la Nouvelle-Écosse du sénateur Ogilvie qui ont vu un de leurs amis subir de l'intimidation en raison de son homosexualité sont parvenus à faire porter du rose à tout le monde dans l'école secondaire, une journée donnée. C'est maintenant quelque chose qu'il n'est pas rare d'observer et il existe une campagne nationale. Ce sont deux jeunes gens d'une école rurale de Nouvelle-Écosse qui sont responsables de cela. Ils sont parvenus à changer les comportements et en incitant les gens à parler de ce qui doit changer en matière d'intimidation et d'homophobie.

Mon épouse et moi habitons à Ottawa depuis un certain nombre d'années et mon fils est allé à l'école secondaire Hillcrest. Je me sers de cette école pour vous donner un exemple d'un programme en particulier, car c'en est un que je connais bien, mais il existe des centaines de programmes de ce type dans d'autres écoles au pays. Ils décident d'appuyer deux ou trois causes caritatives chaque année.

Ils informent le voisinage qu'un soir donné, ils remplaceront tous les gens qui faisaient du porte à porte pour recueillir des fonds. Depuis un certain nombre d'années, ils font cela pour la Société canadienne contre le cancer au mois d'avril, qui est le mois de la sensibilisation au cancer. Au fil des ans, ils sont parvenus à recueillir des dizaines de milliers de dollars.

C'est devenu une fonction sociale des jeunes de l'école secondaire. Cela a aussi permis de surmonter des obstacles culturels car un grand nombre de nouveaux arrivants au Canada ne connaissent pas très bien notre tradition de générosité. Ce que nous faisons chez nous n'existe pas forcément partout ailleurs dans le monde. Cela a permis de faire découvrir le monde de la philanthropie à de jeunes nouveaux Canadiens. C'est merveilleux de les voir faire.

Il y a déjà des gens qui sont prêts à célébrer cette journée. Ils soulignent déjà le 15 novembre, et ce projet de loi permettra d'élargir ces activités.

Le sénateur Merchant : Il y a des programmes extraordinaires en place dans les écoles. Ces programmes incitent les jeunes à faire du bénévolat et à aller passer du temps dans des hôpitaux ou des résidences de personnes âgées. Ce type de journée permet de reconnaître tous ces gens, ou encore ceux qui œuvrent auprès des immigrants dans le cadre de programmes d'alphabétisation, par exemple. Je pense que c'est une chose extraordinaire. Félicitations.

Le sénateur Mercer : Merci.

Le sénateur Callbeck : Bienvenue, monsieur le ministre, félicitations.

Le sénateur Cordy : Vous avez dit : « ministre. »

Senator Callbeck: That is coming down the road.

Senator Mercer: I am not sure my timing is good on that part.

Senator Cordy: He is actually speechless.

Senator Callbeck: I congratulate you and commend you on persevering to get this legislation through. I think it will bring recognition and awareness to this whole area. Hopefully, more people will donate their time, expertise and finances and help to reverse the trend that you have talked about.

Did you say that you have been a professional fundraiser since 1968?

Senator Mercer: Since 1978.

Senator Callbeck: I would be interested to hear what have been the major changes in fundraising in that period of time.

Senator Mercer: It is difficult to start. When I first began, I was the executive director of the Kidney Foundation in Nova Scotia. That sounds like a very good title; it looked good on my business card. However, it meant that was me and a part-time person who did some clerical work for me. I was the only staff person for the Kidney Foundation in all of Atlantic Canada at that time.

In those days we worked from a shoe box and from index cards; today we do not do that. The major change is that charities learned that they had to be up-to-date and modern. There was an attitude that went on for years that your brochure could not look too good because it looked like you were spending too much money to raise money. In reality, it is the opposite.

When I worked with the YMCA, there was an attitude at one time that they did not want the Y to look too clean or neat because people would think you were too flush. The reality, when you talked to the members of the Y, was that they wanted a clean, safe, modern place to go. We have learned those lessons.

Obviously, the change in technology has been the most significant difference in our ability to reach potential donors and respond to situations rapidly, but also to track people to understand better why people give. I could ask everyone at this table to give money to a particular cause and I might get donations from three of you; but if I sat down and spent a week

Le sénateur Callbeck : Il le sera un jour.

Le sénateur Mercer : Je ne suis pas certain que j'arrive à point nommé pour ces fonctions.

Le sénateur Cordy : Il en est bouche bée.

Le sénateur Callbeck : Je vous félicite d'avoir persévéré à faire adopter ce projet de loi. Je crois que cela amènera davantage de reconnaissance et de sensibilisation dans ce domaine. J'espère que de plus en plus de gens mettront à profit leur temps, leur expertise et leurs ressources financières afin d'inverser la tendance dont vous avez parlé.

Avez-vous dit que vous étiez agent de financement professionnel depuis 1968?

Le sénateur Mercer : Depuis 1978.

Le sénateur Callbeck : J'aimerais savoir quels ont été les changements majeurs auxquels on a pu assister en matière de collecte de fonds au cours de cette période.

Le sénateur Mercer : Difficile de savoir par où commencer. À mes débuts, j'ai commencé comme directeur général de la Fondation du rein en Nouvelle-Écosse. C'est un titre très imposant; du moins, c'est l'impression que cela donnait sur ma carte de visite. Cependant, cela signifiait aussi que notre organisation se résumait à moi-même ainsi qu'à une personne que j'embauchais à temps partiel afin d'effectuer des tâches administratives pour moi. J'étais le seul membre du personnel de la Fondation du rein dans l'ensemble des provinces de l'Atlantique à cette époque.

À cette époque, nos fichiers se résumaient à une boîte de chaussures remplie de fiches. Aujourd'hui ce n'est plus le cas. Le principal changement que j'ai pu observer, c'est que les organismes caritatifs ont appris qu'ils devaient être modernes et se tenir à jour. À une époque, et cela a duré pendant des années, on pensait qu'il ne fallait pas que votre dépliant soit trop joli car cela donnerait l'impression que l'on dépense trop d'argent pour recueillir des fonds. En réalité, c'est l'inverse.

Lorsque je travaillais pour YMCA, on pensait, à une époque, qu'il ne fallait pas que nos locaux aient l'air trop propres ou confortables de peur que les gens pensent que nous avions trop d'argent. En fait, lorsque l'on a consulté les membres du YMCA, on s'est aperçu que ce qu'ils voulaient, c'était un endroit propre, sécuritaire et moderne où aller. Nous avons tiré des leçons.

De toute évidence, les changements technologiques sont ce qui a modifié de la manière la plus marquante notre capacité à entrer en contact avec des donateurs potentiels et à réagir rapidement à des situations, tout en permettant de faire un suivi afin de mieux comprendre les raisons qui motivent les gens à donner. Par exemple, je pourrais demander à tout le monde autour de cette table de faire

studying all of you, I could probably change that three into nine because I would ask you differently. Today you can style how you ask the person for a donation.

When I first started in the industry, you did not have the technology that allows you to style a letter. Now I could send a letter to Senator Callbeck that said one thing and a letter to Senator Cordy that said something else, but for the same cause. I can tailor those requests — those things are there.

We also have established a donors' bill of rights, which I think is important. The most significant thing in my professional career has been the acceptance worldwide of a code of ethical practices for fundraisers.

We hear stories about people who are unethical and that is true in any profession. In the case of fundraising, we have a code. Every year I have to sign that when I renew my membership in the Association of Fundraising Professionals. They do not accept my money or my application unless I have signed off on the code of ethics, which I think is a significant change. It is professionalized from that point.

Senator Callbeck: How many members would there be in that association?

Senator Mercer: There are over 30,000 worldwide. They are in countries all over the world, including the first chapter in Africa that was started in Cairo this past year.

Senator Callbeck: How many other countries in the world are celebrating November 15?

Senator Mercer: All members are celebrating. They do not have to be members of the Association of Fundraising Professionals. For example, in Great Britain there is an association with a different name; and Germany and Holland have organizations as well. They all celebrate. The 30,000 members are with the one organization I happen to be a member of; but there are a lot more.

Senator Cordy: Thank you, Senator Mercer, for once again being before us with your bill, which is a great idea to recognize those who give of their time, talents and, of course, money, which is always needed for charitable organizations. Thank you for being persistent and coming back with your bill. Perhaps it is a good omen that you are here today when you are hosting an event tonight to help out the Ottawa Food Bank.

un don pour une cause donnée et je parviendrais peut-être à obtenir des dons de trois d'entre vous; mais si je prenais le temps d'étudier chacun d'entre vous pendant une semaine, je serais probablement en mesure d'obtenir des dons de neuf personnes car je vous le demanderais de manière différente. Aujourd'hui, on est en mesure d'adapter la manière dont on sollicite des dons en fonction des personnes à qui on s'adresse.

Lorsque j'ai commencé dans ce domaine, nous n'avions pas la technologie qui nous permettait de styliser une lettre. Aujourd'hui je serais en mesure d'envoyer aux sénateurs Callbeck et Cordy deux lettres différentes mais pour appuyer la même cause. Je suis en mesure d'adapter la demande à la personne à qui elle s'adresse.

Nous avons aussi établi une charte des droits des donateurs, ce qui, je pense, est important. L'élément le plus marquant de ma carrière est l'acceptation, dans l'ensemble du monde, d'un code de déontologie en matière de collecte de fonds.

Il arrive qu'on entende des histoires de gens qui ne se comportent pas de manière éthique, et cela est vrai dans toute profession. Dans le cas des collectes de fonds, nous avons un code de déontologie. Chaque année, lorsque je renouvelle mon adhésion à l'Association of Fundraising Professionals, je dois accepter ce code en le signant. L'association n'acceptera ni argent ni demande si je ne signe pas son code de déontologie, ce qui constitue un changement considérable. De ce point de vue, il s'agit de pratiques professionnelles.

Le sénateur Callbeck : Combien de membres cette association compte-t-elle?

Le sénateur Mercer : Il y en a plus de 30 000 dans l'ensemble du monde. Cette association compte des membres dans divers pays du monde. La première section africaine de l'association a ouvert ses portes au Caire l'année dernière.

Le sénateur Callbeck : Combien d'autres pays dans le monde célèbrent le 15 novembre?

Le sénateur Mercer : C'est le cas de tous les membres. Mais il n'est pas nécessaire d'être membre de l'Association of Fundraising Professionals. Par exemple, en Grande-Bretagne, il existe une association dont le nom est différent; en Allemagne et en Hollande, des organisations de ce type existent aussi. Toutes célèbrent cette date. Il se trouve que l'organisation dont je suis membre compte 30 000 autres membres, mais il en existe bien d'autres.

Le sénateur Cordy : Merci, sénateur Mercer, de présenter une fois encore votre projet de loi, qui est un excellent moyen d'honorer ceux qui font don de leur temps, de leur talent et, bien sûr de leur argent, ce qui est toujours nécessaire pour les organismes caritatifs. Merci d'avoir persévéré et de nous avoir présenté de nouveau votre projet de loi. Le fait que vous soyez ici parmi nous aujourd'hui et que vous organisiez un événement ce soir afin d'aider la Banque d'alimentation d'Ottawa est peut-être de bon augure.

I believe you made reference to the reason for the November 15 date. It did not just come out of the air. The date was selected because it is celebrated around the world. Is that correct?

Senator Mercer: As Senator Champagne noted, so many days were already spoken for and November 15 did not conflict with anything else. As well, for almost all the charities in the Western world, the major giving period is from about November 15 to December 31. It comes at the beginning of the fundraising cycle period. Senator Champagne also mentioned that December 1 is a huge day for fundraising in Quebec.

Senator Cordy: People start thinking about Christmas and about income tax; so it is a good time.

Senator Mercer: That is right.

Senator Seidman: Thank you, Senator Mercer, for the work you are doing; it is admirable indeed.

I am sure you are familiar with Imagine Canada, which is the monitor for the charitable and not-for-profit sector. Earlier this year, they put out a press release in which they said that the charitable and not-for-profit sectors combined — we often forget that the not-for-profit sector is also included — employs more than two million people, representing 11 per cent of the economically active population. It is a staggering number to imagine — 11 per cent. The combined sector represents 7.1 per cent of our country's GDP, which is larger than the automotive and manufacturing industries combined. That is pretty substantial.

I am also thinking about the point raised by Senator Eggleton: The definition of "philanthropy" is not only the gift of money but also the gift of giving. I move now to the volunteerism issue as part of philanthropy and its importance in maintaining so much of what we do and are able to do in many respects in our society.

You are a fine example of volunteerism. As Senator Merchant said, people's time is much more under stress these days. There are young couples who both work. The tradition of volunteerism perhaps is held up a little less as something of enormous importance — that part of giving back to our society.

From your experiences, given your strong tradition as a volunteer, could you tell us a bit about how you think a national philanthropy day and holding up the importance of philanthropy could help in strengthening the tradition of volunteerism? What might you offer as ideas for strengthening volunteerism in our society?

Senator Mercer: None of us at this table are here without the support of volunteers. We all happen to be members of two political parties, both of which rely extremely heavily on

Je pense que vous avez fait référence aux raisons pour lesquelles la date du 15 novembre a été retenue. Cela ne sort pas de nulle part. Cette date a été choisie car elle est célébrée partout dans le monde. Est-ce exact?

Le sénateur Mercer : Comme le sénateur Champagne l'a fait remarquer, il y a bien d'autres dates qui servent à célébrer certains événements et la date du 15 novembre n'entraîne en conflit avec aucune autre. En outre, pour la plupart des organismes caritatifs du monde occidental, la période où ils reçoivent le plus de dons est du 15 novembre au 31 décembre. Cette date marque le début du cycle de collecte de fonds. Le sénateur Champagne a aussi fait remarquer que le 1^{er} décembre était une date importante pour les collectes de fonds, au Québec.

Le sénateur Cordy : Les gens commencent à penser à Noël et à leur déclaration d'impôt. C'est donc effectivement un bon moment.

Le sénateur Mercer : Exactement.

Le sénateur Seidman : Merci, sénateur Mercer, de votre travail admirable.

Je suis certaine que vous connaissez bien l'organisme Imagine Canada, qui surveille le secteur des organismes caritatifs et sans but lucratif. Plus tôt cette année, cet organisme a publié un communiqué de presse dans lequel il indiquait qu'à eux deux, les secteurs des organismes caritatifs et des organismes sans but lucratif — on tend souvent à oublier que le secteur des organismes sans but lucratif y est inclus — emploient plus de 2 millions de gens, ce qui représente 11 p. 100 de la population économiquement active. Onze pour cent, c'est un chiffre considérable. Ces deux secteurs combinés représentent 7,1 p. 100 du PIB de notre pays, ce qui est plus élevé que le secteur automobile et le secteur manufacturier pris ensemble. Cela est considérable.

Je pense aussi au point soulevé par le sénateur Eggleton : le terme « philanthropie » ne se définit pas seulement comme un don financier, mais de la générosité au sens large. Je passe maintenant au volet bénévolat de la philanthropie et des choses importantes qu'il rend possibles dans notre société.

Vous êtes un parfait exemple de bénévole. Comme l'a dit le sénateur Merchant, les gens sont stressés et disposent de moins de temps de nos jours. Chez les jeunes couples, les deux personnes travaillent. On accorde peut-être moins d'importance à la tradition du bénévolat, qui consiste à rendre à la société ce qu'elle nous donne.

Pouvez-vous nous expliquer un peu comment vous pensez qu'une journée nationale de la philanthropie et le fait de souligner l'importance de la philanthropie peuvent aider à renforcer la tradition du bénévolat? Que suggèreriez-vous pour renforcer le bénévolat dans notre société?

Le sénateur Mercer : Aucun d'entre nous à cette table ne pourrait être ici sans l'aide de bénévoles. Il se trouve que nous sommes tous des membres de deux partis politiques, qui

thousands and thousands of volunteers to do the work that helps to get 308 people elected across the country. It is very close to us.

However, what I love about National Philanthropy Day is that it is a celebration of the volunteers we do not hear about. For example, I mentioned the young girl in Ottawa and also the two young boys in Nova Scotia who started the pink T-shirt campaign. There are thousands of those little stories.

The other aspect is that humans are pretty social animals. Senator Cordy and I were privileged to sit on the Special Senate Committee on Aging. As we travelled across the country doing our research, we came across a huge number of seniors who are out there volunteering. If the seniors were not volunteering, we would be in deep trouble because they are doing the bulk of the work. We need to help to bring young people along. Some of the cases we saw that were working so well were those where seniors were working with young people and vice versa.

Someone mentioned earlier about young people visiting nursing homes and meeting with seniors and helping them. That is part of philanthropy and the giving process, although there may not be a dollar amount associated with it. In the next 24 days, there will be hundreds of thousands of Canadians who will visit various places where people are shut-ins for different reasons and bring them something, whether it be a simple card, a gift, the gift of music or the gift of laughter. That is all part of the process. Those are things that we can celebrate with a National Philanthropy Day.

Senator Demers: I think it is great. Thank you for doing this. Many people forget that you do not get paid for volunteering. You put a lot of hours in and they tend to forget that. Volunteering shows a lot of character and discipline.

I am being very straightforward and I am not questioning. I have learned more about it by reading and listening to you. In my province, philanthropy is a bunch of millionaires who come together, put money forward and get a tax write-off.

It is such a great cause. Some people are fortunate who work extremely hard to achieve things at a high level. I respect those people, men or women. Would it be possible, when everything is officially said and done here, that there be more of an explanation of what philanthropy is about? When you talk about it, it is not about millionaires; it is about the people who need the help of others who have been very successful.

Senator Mercer: Senator Demers, you are right; but it is not exclusively about those people giving large amounts of money. They are very important; they help finish off a lot of work. The percentage of donations that come from those people is not usually greater than 20 per cent of any major university campaign

dépendent énormément de milliers et de milliers de bénévoles qui permettent de faire élire 308 personnes dans l'ensemble du pays. Cela nous touche directement.

Pendant, ce que j'aime de la Journée nationale de la philanthropie, c'est qu'elle permet de souligner la contribution des bénévoles dont on n'entend jamais parler. Par exemple, je vous ai parlé de la jeune fille d'Ottawa et des deux jeunes garçons de Nouvelle-Écosse qui ont entamé la campagne des t-shirts roses. Il existe des milliers d'histoires similaires.

Un autre aspect, c'est que les êtres humains sont enclins à tisser des liens sociaux. Le sénateur Cordy et moi avons eu le privilège de siéger au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Au cours de nos déplacements dans l'ensemble du pays dans le cadre de nos travaux de recherche, nous avons rencontré un très grand nombre d'aînés qui font du bénévolat. Si les aînés ne faisaient pas de bénévolat, nous connaîtrions de graves problèmes car ce sont eux qui font la majeure partie du travail. Nous devons aider à solliciter les jeunes. Certains exemples de ce que nous avons pu voir et qui fonctionnaient très bien reposaient sur une collaboration entre des aînés et des jeunes.

Quelqu'un a parlé plus tôt de jeunes qui effectuaient des visites dans des résidences pour personnes âgées afin de les aider. Cela s'inscrit dans la philanthropie et dans la générosité, bien que cela n'ait pas de valeur financière. Au cours des 24 prochains jours, des centaines et des centaines de Canadiens vont rendre visite à des gens en institutions pour différentes raisons afin de leur apporter quelque chose, que ce soit une carte, un cadeau, leur jouer de la musique ou simplement pour les faire rire. Cela en fait aussi partie. Voilà le genre de choses que l'on peut célébrer grâce à une Journée nationale de la philanthropie.

Le sénateur Demers : Je pense que c'est une excellente chose. Merci pour ce que vous faites. Nombreux sont les gens qui tendent à oublier que les bénévoles ne sont pas rémunérés. Ils donnent beaucoup d'heures de leur temps et les gens ont tendance à oublier cela. Le fait de faire du bénévolat démontre une force de caractère et beaucoup de discipline.

Je vais être très direct et je ne remets pas vos propos en question. J'en ai appris beaucoup en vous écoutant et ainsi qu'en lisant votre documentation. Dans ma province, la philanthropie se résume à un groupe de millionnaires qui se rassemblent pour mettre des fonds en commun et bénéficier d'une réduction d'impôt.

C'est une cause si noble. Un certain nombre de gens ont la chance de pouvoir travailler très fort pour parvenir à des réalisations exceptionnelles. Je respecte ces gens, hommes et femmes. Serait-il possible, tout compte fait, qu'on explique davantage ce qu'est la philanthropie? Lorsque vous en parlez, vous ne parlez pas des millionnaires; vous parlez plutôt de gens qui ont besoin de l'aide d'autres gens qui ont connu une grande réussite.

Le sénateur Mercer : Sénateur Demers, vous avez raison; mais il ne s'agit pas exclusivement de ces gens qui donnent de grosses sommes d'argent. Ils jouent un rôle important; ils nous aident à compléter nos travaux. La proportion de dons qui proviennent de ces gens ne dépasse généralement pas 20 p. 100 d'une campagne

or hospital campaign. Those major gifts do not make up the bulk of gifts. They are the big ones in the millions of dollars that make the front page of *Le Devoir* or the *Montreal Gazette*. Charities could not do what they do without those donations.

The backbone of charitable giving is the people who give \$50, \$100, \$10 or, as Senator Champagne indicated, 50 cents. The 50 cents is important because that person gave something that was so important to them. Not that the \$1 million is not important to someone giving \$1 million. However, if they were giving \$1 million, they could probably afford to give more, one would hope.

This is about celebrating all of those other people, while also recognizing those people who give the significant donations. In all of the National Philanthropy Day celebrations I have attended, there has never once been a celebration only for the big guys. Yes, we acknowledge the big guys and say “thank you,” and we seek out leaders because they do need to be thanked and honoured. There are others who have the ability to give who have not given yet, and we want to educate them as well. It is vital, however, that we talk about the people who volunteer and who have given who are not at that same level.

Senator Demers: Thank you.

Senator Merchant: I am just curious to know — you must have some studies — for people that give money, how much out of every dollar given actually goes to the charity? That is not to take anything away anything from these people. You mentioned the pamphlets and employees. How much of each dollar goes to the charity itself?

Senator Mercer: One of the most difficult things in my profession as a fundraiser and an association manager is to determine what we commonly refer to as the cost of fundraising. If you gave me \$5,000 today and I gave you \$10,000 in two weeks in return, you would say that is a pretty good return. However, if I told you I was doing a direct-mail piece and only raising 50 cents on the dollar, people would criticize the charity for spending 50 cents to raise a dollar. They would not criticize you if you got a dollar back for the 50 cents you invested.

It is also difficult to judge the actual cost of raising the funds. In small charities, the cost of raising funds can be high only because the resources are so small. If you take a university or a hospital, for example, which are larger institutions, costs are usually much lower because you do not necessarily count the same way. The fact that a doctor, a professor or a university president has gone and spoken to a group to raise that money is part of his or her job, but it may not be counted in the cost of fundraising. You may not factor out a tenth of the university president’s salary as an actual cost of fundraising. It is difficult.

de taille effectuée par une université ou un hôpital. Ces gros dons ne constituent pas la majeure partie des fonds qui sont recueillis. Il s’agit plutôt des gros dons de millions de dollars qui font la première page du *Devoir* ou du *Montreal Gazette*. Les organismes caritatifs ne pourraient pas faire ce qu’ils font sans ces dons.

Ce sont les gens qui donnent 50 \$, 100 \$, 10 \$ ou, comme le sénateur Champagne l’a indiqué, 50 sous, qui constituent la majeure partie des dons de charité. Un don de 50 sous est important car dans ce cas, la personne fait don d’une somme qui représente beaucoup pour elle. Ce n’est pas que 1 million de dollars ne représente rien pour quelqu’un qui fait un tel don. Cependant, si ces gens sont en mesure de donner 1 million de dollars, on peut s’attendre à ce qu’ils soient en mesure de donner davantage.

L’objectif est d’honorer tous ces autres donateurs tout en reconnaissant ceux qui font des dons considérables. De tous les événements auxquels j’ai assistés dans le cadre de la Journée nationale de la philanthropie, aucun n’était consacré exclusivement aux gros donateurs. Bien sûr, nous reconnaissons leurs contributions et les remercions, et nous sommes à la recherche de figures de proue car il est important de les remercier et de les honorer. Il y a aussi d’autres gens qui ont les moyens de donner mais qui ne l’ont jamais fait et nous voulons sensibiliser ces gens. Cependant, il est essentiel que nous parlions des gens qui font du bénévolat ou qui font des dons plus modestes.

Le sénateur Demers : Merci.

Le sénateur Merchant : Par curiosité — et vous devez avoir certaines études à l’appui —, quelle proportion des fonds recueillis se rend aux organisations caritatives? Non pas que je veuille minimiser la contribution de ces gens. Vous avez parlé des dépliants et des employés. Quelle proportion de chaque dollar donné est reçue par les organisations caritatives?

Le sénateur Mercer : Dans ma profession d’agent de financement et de gestionnaire d’association, l’une des choses les plus difficiles est de déterminer ce que nous appelons communément le coût associé à la collecte de fonds. Si vous me donniez 5 000 \$ aujourd’hui et que je vous rendais 10 000 \$ dans deux semaines, vous diriez qu’il s’agit d’un bon rendement. Cependant, si je vous disais que je faisais du publi-postage et que chaque dollar investi me rapporterait 50 sous, les gens nous critiqueraient d’avoir dépensé 50 sous pour récupérer un dollar. Par contre, vous ne feriez l’objet d’aucune critique si un investissement de 50 sous vous rapportait un dollar.

Il est aussi difficile de déterminer le véritable coût de la collecte de fonds. Chez les petits organismes caritatifs, le coût de la collecte de fonds peut être très élevé en raison de ressources très limitées. Si vous prenez une université ou un hôpital, par exemple qui sont des institutions plus grandes, les coûts sont généralement beaucoup plus bas car on ne compte pas de la même manière. Le fait qu’un médecin, qu’un professeur ou qu’un doyen d’université s’adresse à un groupe pour faire une levée de fonds fait partie de son travail, mais cela n’est pas forcément comptabilisé dans le coût de la collecte de fonds. On ne compte pas le dixième du salaire du doyen d’université dans le calcul du coût réel de la collecte de fonds. C’est difficile.

There are guidelines. The Canada Revenue Agency has worked very closely, and they have been doing this now for at least 10 years. For years, there has been this sort of wall between the Canada Revenue Agency and the people they impose rules on. Now, there are at least two committees that I am aware of that work with the Canada Revenue Agency to talk about what works in the charitable sector and what does not work, simple things like reports that charities need to send to the Canada Revenue Agency. They asked a simple question: "How long does it take you to prepare that and at what cost?" Charities answered that question. Then the person at the Canada Revenue Agency turned around to the agency and said, "What do we do with this material?" They discovered that they really did not do much with the material; they were asking for things they did not use.

They have streamlined the things they ask for, but they are also in the midst of coming out with a whole new assessment of how they will measure this. It is very difficult to say that an arbitrary figure — 10 per cent, 20 per cent or 30 per cent — is too high or too low.

The Chair: Senator Mercer, as we bring this phase of the study of your bill to a conclusion, I would like to use our committee members to thank you on behalf not just of ourselves but also of all Canadians for your perseverance in bringing forward a recognition of this important facet of society. I think I would like to try to pull together some of the pieces that have come up today with regard to the issue of size of donation.

As you have attempted to convince us, that is not the issue; it is that philanthropy be part of our culture. It being so means that citizens are concerned about their fellow citizens and about their society, and it is that aspect that drives them to be able to contribute whatever they can to help better the society they see around them.

I think we should never focus on the size of the donation because, in actual fact, while those individuals who are capable of large contributions make an enormous impact, they are doing so because it is part of their culture and their desire to make a contribution to our society in the same way as it is for all of us.

Therefore, I think it is extremely important to focus on what you have tried to convey to us today, that it is that cultural aspect, that part of our social conscience and social behaviour that wants us all to help make a better society and help those who are in different circumstances to go forward. Perhaps each person can take away with their contribution the feeling that they have helped make society better in that regard. That is the critical issue in the end.

We thank you for your perseverance. You are perfectly welcome to stay through the next phase of this, which I will now draw our committee to.

I will ask the committee, is it agreed that the committee proceed to clause-by-clause consideration of Bill S-201, An Act respecting a National Philanthropy Day?

Il existe des lignes directrices. L'Agence du revenu du Canada s'intéresse de près à cette question depuis au moins 10 ans. Pendant des années, il y avait une sorte de cloison entre l'Agence de revenu du Canada et les gens assujettis à ses règles. Maintenant, il existe, à ma connaissance, au moins deux comités qui collaborent avec l'Agence du revenu du Canada afin de discuter de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas dans le secteur des organismes caritatifs, des choses simples comme des rapports que les organismes de charité doivent envoyer à l'Agence du revenu du Canada. Ils ont posé une question simple : « Combien de temps vous faut-il pour préparer ce type de document et quel coût cela représente-t-il pour vous? » Les organismes ont répondu à cette question. Ensuite, l'employé de l'Agence du revenu du Canada s'est adressé à son employeur pour lui demander ce qu'ils allaient faire de ces renseignements. Ils se sont aperçus qu'ils n'ont pas fait grand-chose de ces renseignements qu'ils avaient demandé; des renseignements qu'ils n'ont pas utilisés.

Ils ont simplifié leur demande, mais ils sont aussi en train d'élaborer une nouvelle façon de mesurer cela. Il est difficile de dire si un chiffre arbitraire — 10 p. 100, 20 p. 100 ou 30 p. 100 — est trop élevé ou trop bas.

Le président : Sénateur Mercer, alors que nous arrivons à la fin de notre étude de votre projet de loi, je veux vous remercier non seulement au nom de tous les membres du comité, mais également au nom de tous les Canadiens pour votre persévérance à défendre la reconnaissance de cet aspect important de notre société. J'aimerais rassembler certaines observations faites aujourd'hui concernant le montant du don.

Comme vous avez essayé de nous en convaincre, là n'est pas le problème; il faut que la philanthropie fasse partie de notre culture. Si c'était le cas, les citoyens s'occupent de leurs concitoyens et de la société, et c'est ce qui les mène à offrir ce qu'ils peuvent pour améliorer la situation qu'ils voient autour d'eux.

Je crois que nous ne devrions pas nous arrêter au montant du don, parce qu'en fait, alors que ceux qui sont en mesure de faire des dons importants font une contribution significative, ils le font parce que cela fait partie de leur culture et que leur désir de contribuer à la société est le même que pour chacun d'entre nous.

Conséquemment, je pense qu'il est extrêmement important que nous nous penchions sur ce que vous nous avez dit aujourd'hui, que c'est cet aspect culturel, cette partie de notre conscience et notre comportement sociaux qui nous portent à aider la société et ceux qui sont dans des circonstances différentes. Peut-être que chaque personne obtient en retour de sa contribution le sentiment qu'elle a aidé à améliorer la société. Voilà l'enjeu essentiel du dossier.

Nous vous remercions pour votre persévérance. Vous pouvez rester pour la prochaine étape, à laquelle notre comité va maintenant passer.

Je vais demander au comité s'il lui plaît de procéder à l'étude article-par-article du projet de loi S-201, Loi instituant la Journée nationale de la philanthropie?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Thank you. Shall the title stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall the preamble stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall clause 1 stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall clause 2 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall clause 1 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall the preamble carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall the title carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall the bill carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Does the committee wish to consider appending observations to the report?

Senator Champagne: Well, we can say it is about time.

The Chair: Perhaps we can express that. Is it agreed that I report this bill to the Senate?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Thank you, honourable senators. I think we have taken a giant step for a very important effort here. Once again, I acknowledge the role of Senator Mercer. We will attempt to move this through the Senate as expeditiously as possible, and I will so report this afternoon.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Friday, December 2, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 8:04 a.m. to examine the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

Senator Kelvin Kenneth Ogilvie (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good morning everyone. Honourable senators, I call this meeting to order. This is the continuing study to examine progress in implementing the 2004, 10-Year Plan to Strengthen Health Care in Canada. This is our thirteenth and final meeting. It is a round table.

Des voix : Oui.

Le président : Merci. L'étude du titre est-elle réservée?

Des voix : Oui.

Le président : L'étude du préambule est-elle réservée?

Des voix : Oui.

Le président : L'étude de l'article 1 est-elle réservée?

Des voix : Oui.

Le président : L'article 2 est-il adopté?

Des voix : Oui.

Le président : L'article 1 est-il adopté?

Des voix : Oui.

Le président : Le préambule est-il adopté?

Des voix : Oui.

Le président : Le titre est-il adopté?

Des voix : Oui.

Le président : Le projet de loi est-il adopté?

Des voix : Oui.

Le président : Est-ce que le comité veut joindre des observations au rapport?

Le sénateur Champagne : Eh bien, nous pouvons dire qu'il était temps.

Le président : Peut-être pourrions-nous l'indiquer. Vous plaît-il que je fasse rapport du projet de loi au Sénat?

Des voix : Oui.

Le président : Merci, honorables sénateurs. Je pense que nous avons fait un pas de géant et un effort très important. Encore une fois, je souligne le rôle du sénateur Mercer. Nous allons essayer de déposer le projet de loi au Sénat le plus rapidement possible, et j'en ferai rapport cet après-midi.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le vendredi 2 décembre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 8 h 4, pour faire une étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

Le sénateur Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Bonjour à tous. Honorables sénateurs, la séance est ouverte. Nous poursuivons notre étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. Il s'agit de notre treizième et dernière séance. C'est une table ronde.

Before I get into some details, perhaps we can all introduce ourselves. I will start with the deputy chair, Senator Eggleton.

Senator Eggleton: Art Eggleton, Toronto.

Dr. John Haggie, President, Canadian Medical Association: John Haggie. I work in Newfoundland.

Kevin McNamara, Deputy Minister, Health & Wellness, Government of Nova Scotia: Kevin McNamara, Nova Scotia.

Senator Cordy: I am Jane Cordy and I am also from Nova Scotia.

Dr. Michael Schull, Senior Scientist, Institute for Clinical Evaluative Sciences: Michael Schull; I am a physician from Toronto.

Steve Morgan, Associate Director, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, as an individual: Steve Morgan; I am an economist with the Centre for Health Services and Policy Research at UBC.

Abby Hoffman, Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch, Health Canada: Abby Hoffman.

Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of the Public Health Practice, Public Health Agency of Canada: Greg Taylor.

[Translation]

Senator Verner: Hello. My name is Josée Verner. I am a senator from Quebec.

[English]

Senator Braley: David Braley, Ontario.

Dr. Jack Kitts, Chair, Health Council of Canada: Jack Kitts.

Senator Martin: Yonah Martin, from Vancouver, British Columbia.

Ian Manion, Executive Director, Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health: Ian Manion, from Ottawa. I am also from the National Infant, Child and Youth Mental Health Consortium.

Senator Merchant: Pana Merchant, from Saskatchewan.

Debbie Delancy, Deputy Minister, Health and Social Services, Government of the Northwest Territories: Debbie Delancy.

Nadine Henningsen, Executive Director, Canadian Home Care Association: Nadine Henningsen; I am also President of the Canadian Caregiver Coalition.

Senator Seidman: Judith Seidman, from Montreal, Quebec.

The Chair: I am Kelvin Ogilvie, from Nova Scotia.

I thank all of the witnesses for taking the time to be here with us. All but one of you have been with us before. We welcome Dr. Taylor to his first encounter with our committee. You have

Avant d'aborder certains détails, nous pourrions peut-être tous nous présenter. Je vais commencer par le vice-président, le sénateur Eggleton.

Le sénateur Eggleton : Art Eggleton, de Toronto.

Dr John Haggie, président, Association médicale canadienne : John Haggie. Je travaille à Terre-Neuve.

Kevin McNamara, sous-ministre, Santé et Bien-être, gouvernement de Nouvelle-Écosse : Kevin McNamara, de Nouvelle-Écosse.

Le sénateur Cordy : Je suis Jane Cordy et je viens aussi de Nouvelle-Écosse.

Dr Michael Schull, scientifique principal, Institut de recherche en services de santé : Michael Schull; je suis un médecin de Toronto.

Steve Morgan, directeur associé, Center for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel : Steve Morgan; je suis économiste au Center for Health Services and Policy Research de UBC.

Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada : Abby Hoffman.

Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique, Agence de la santé publique du Canada : Greg Taylor.

[Français]

Le sénateur Verner : Bonjour. Mon nom est Josée Verner. Je suis un sénateur du Québec.

[Traduction]

Le sénateur Braley : David Braley, de l'Ontario.

Dr Jack Kitts, président, Conseil canadien de la santé : Jack Kitts.

Le sénateur Martin : Yonah Martin, de Vancouver, Colombie-Britannique.

Ian Manion, directeur exécutif, Centre d'excellence de l'Ontario pour la santé mentale des enfants et des adolescents : Ian Manion, d'Ottawa. Je fais également partie du National Infant, Child and Youth Mental Health Consortium.

Le sénateur Merchant : Pana Merchant, de la Saskatchewan.

Debbie Delancy, sous-ministre, Santé et Services sociaux, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest : Debbie Delancy.

Nadine Henningsen, directrice exécutive, Association canadienne des soins et services à domicile : Nadine Henningsen; je suis aussi la présidente de la Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels.

Le sénateur Seidman : Judith Seidman, de Montréal, Québec.

Le président : Je suis Kelvin Ogilvie, de la Nouvelle-Écosse.

Je remercie tous les témoins d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer. Vous êtes tous déjà venus ici, sauf un. Nous avons le plaisir d'accueillir le Dr Taylor pour sa première rencontre avec

all been deliberately invited to participate in what we hope will be a most important final meeting of this committee.

I would like to go over a few ground rules before we start and indicate that this is a blue sky kind of meeting. We have heard from all but one of you before. This is not a meeting where we want to go over the groundwork again and have presentations. For my colleagues, this is not a meeting where we give speeches to introduce questions but rather use our time to help clarify and illustrate points that our witnesses are making.

The approach that we would like to use this morning is the following: We sent to all witnesses a list of the topics that have emerged multiple times throughout the course of our deliberations, and today we would like to go through these in order and invite you to comment with regard to innovative ideas in these areas.

As well, we have acquired a considerable volume of documents. Therefore, the issue of convincing us that certain areas of the accord need to be reviewed along with the many issues around them has already been well achieved. Today we would like to get at innovative ideas around each of the topics that have been put up for discussion.

I am sure, with the people we have assembled here, there will be no problem getting them to ultimately contribute to the discussion. However, to get things off the ground, we have identified certain people to initiate discussion in each area. You have not been alerted in advance, so we truly want to get your thoughts quickly with regard to the given issue.

We have 10 topics. We will end this meeting at 12 noon. That means roughly 20 minutes per topic., We will start with Item No. 1. My colleagues will help in getting you to clarify details that we find uncertain. Otherwise, the meeting will be largely in the hands of our witnesses today to comment on these issues. If an innovative idea is put forward and you have significant points to make around that idea, by all means that is where we want you to come in. We want this to be our witness meeting. We want to get your contribution to the innovative ideas.

This is a complex area. We all know that. In order to make progress, we will have to find those areas where something can actually be done — that is, examples of nuclei of ideas; an activity that can formulate an innovative concept. By “innovative,” I mean something that can be broadly applied. An idea is not innovation until it is applied and more generally across the system. “Innovation” is something that is actually implemented across a reasonable part of a system.

I will start with the accountability and reporting mechanisms. I am going to pick on Dr. Kitts to start the discussion.

Dr. Kitts: Thank you very much, I think. It is a good idea not to forewarn us because then we would be really nervous.

notre comité. Vous avez tous été invités à participer pour ce qui, nous l'espérons, sera une dernière séance très importante de ce comité.

Avant que nous ne commençons, je tiens à préciser que c'est une réunion sans contrainte. À l'exception d'une personne, nous vous avons déjà tous entendus. Cette réunion n'a pas pour but revoir ce qui a été fait et d'entendre des exposés. Je précise à mes collègues que nous n'allons pas faire des discours avant de poser des questions, mais plutôt utiliser notre temps pour clarifier et préciser ce que nous disent nos témoins.

Voici comment nous aimerions procéder ce matin : nous avons envoyé à tous les témoins une liste des thèmes qui ont été abordés à de nombreuses reprises au cours de nos délibérations et aujourd'hui, nous voudrions les passer en revue, dans l'ordre où ils figurent sur la liste, en vous invitant à suggérer des idées novatrices dans ces domaines.

Également, nous avons réuni un énorme volume de documents. Par conséquent nous sommes déjà convaincus que certains éléments de l'accord ont besoin d'être réexaminés ainsi que les nombreux enjeux qui s'y rapportent. Aujourd'hui, nous voudrions examiner les idées novatrices concernant chacun des thèmes dont nous allons discuter.

Je suis certain que les personnes que nous avons réunies ici n'auront aucune difficulté à participer à la discussion. Néanmoins, pour ouvrir le débat, nous avons choisi certains d'entre vous pour lancer la discussion sur chaque thème. Vous n'en avez pas été avertis et nous voulons donc que vous nous fassiez part rapidement de vos opinions sur le sujet en question.

Nous avons 10 thèmes. Nous terminerons cette séance à midi. Cela donne environ 20 minutes par thème. Nous allons commencer par le thème n° 1. Mes collègues vous demanderont d'apporter, au besoin, certaines précisions. Autrement, à part cela, aujourd'hui, nous laisserons toute liberté à nos témoins pour parler de ces questions. Si une idée novatrice est avancée et si vous avez des arguments importants à faire valoir au sujet de cette idée, n'hésitez pas à intervenir. Nous voulons que cette réunion soit la vôtre. Nous voulons obtenir votre contribution à l'égard des idées novatrices.

C'est un domaine complexe. Nous le savons tous. Pour réaliser des progrès, nous allons devoir trouver quels sont les domaines dans lesquels il est possible de faire quelque chose, c'est-à-dire des exemples de noyaux d'idée; une activité qui peut engendrer un concept novateur. Par « novateur », je veux dire quelque chose qui peut s'appliquer à grande échelle. Une idée n'est pas une innovation tant qu'elle n'est pas appliquée de façon générale dans l'ensemble du système. Une « innovation » est une chose qui est mise en œuvre dans une partie suffisante d'un système.

Je vais commencer par le mécanisme de reddition de comptes et de présentation de rapports. Je vais demander au Dr Kitts de lancer la discussion.

Dr Kitts : Merci beaucoup. C'est une bonne idée de ne pas nous avoir avertis, car nous aurions été très nerveux.

To me, it is really the key cog in any system that is going to work. If I think about really successful organizations — and there are pockets of excellence across the country — it starts with really good governance. My question would be: Where is the governance in the health system? Governance provides vision, strategic direction, financial accountability and quality. In my organization the board is responsible for that initiative.

Being in the system as a physician for 15 years — and the last 10 as an administrator — I am not clear where the governance lies. That would be an important thing to establish and define, right from the federal level to the provincial, regional and front line levels. There is different governance there.

Second, then, is what is management and the role and responsibility of the management of the system? In that respect, there is not a good alignment throughout the entire key stakeholders in the system. Management, then, would be clearly defined, they would be aligned with the governance and strategic directions, and the accountability would lie right there at the different levels in the system — that is, accountabilities of governments, boards, management, physicians and so on.

Once you have that, clear action plans that focus on results are the recipe for success. Jumping right to an action plan without understanding the alignment and where we are going, I think, is problematic. I think in many cases we are out there, because the health system is made up of some mostly bright, very innovative individuals who will achieve a goal. That is a good thing. The bad thing is that we are all doing it in a different way, so the variability in the system becomes almost as variable as how many leaders you have.

Once you have that, then the key success factors would be to define the leadership and promote innovation. Because you are aligned, you know what the goal is. Probably the most important factor is to measure performance and then manage it.

The Chair: I will pick on a second person in each case. I will not alert them in advance, either. Kevin McNamara, I would like you to come in on this one. We will then open it up to discussion.

Mr. McNamara: Listening to Dr. Kitts, I agree with his comments. Regarding accountability, I think we have to set appropriate aims for the targets we are looking for based on evidence and measure against them. It is no good to have the wrong thing. For example, we can decide to build a number of widgets but we do not need the widgets. We can be accountable for them, but that does not really improve our health care system. Some the things we did in the last accord did not get us where we needed to go.

À mon avis, dans n'importe quel système, tout repose sur l'engrenage principal. Si je pense à des organisations qui fonctionnent vraiment bien — et il y a des poches d'excellence un peu partout au Canada — cela commence par une bonne gouvernance. Je soulève donc la question suivante : où est la gouvernance dans le système de santé? La gouvernance apporte une vision, une orientation stratégique, une responsabilisation financière et de la qualité. Dans mon organisation, cela relève du conseil d'administration.

Je travaille dans le système de santé comme médecin depuis 15 ans — et depuis 10 ans comme administrateur —, mais je ne vois pas exactement où est la gouvernance. Ce serait une chose importante à établir et à définir, tant au niveau fédéral, provincial et régional qu'au niveau des services de première ligne. Il y a différents niveaux de gouvernance.

Deuxièmement, en quoi consiste la gestion et quels sont les rôles et les responsabilités des gestionnaires du système? Il n'y a pas un bon alignement, sur ce plan, entre les principaux intervenants du système. Il faudrait donc définir clairement la gestion, l'aligner avec la gouvernance et l'orientation stratégique, et la reddition de comptes aurait lieu aux différents niveaux du système c'est-à-dire au niveau des gouvernements, des conseils d'administration, de la direction, des médecins, et cetera.

Une fois que vous avez cela, le succès dépend de plans d'action clairs axés sur les résultats. Si l'on établit un plan d'action sans comprendre l'alignement et sans savoir où nous allons, je pense qu'on s'expose à des problèmes. Dans bien des cas, nous sommes là parce que le système de santé est composé de personnes brillantes et très novatrices, capables d'atteindre les objectifs. C'est une bonne chose. L'inconvénient est que nous le faisons tous de façons différentes, si bien que la variabilité du système devient presque aussi variable que le nombre de dirigeants.

Une fois que vous avez cela, comme principaux facteurs de succès, il faudrait définir le leadership et promouvoir l'innovation. Comme vous êtes alignés, vous savez quel est l'objectif visé. Le plus important est probablement de mesurer le rendement et de le gérer.

Le président : Je vais désigner une deuxième personne pour chaque thème. Je ne vais pas non plus vous prévenir. Kevin McNamara, je voudrais que vous interveniez. Nous ouvrirons ensuite la discussion.

M. McNamara : En écoutant le Dr Kitts, j'étais d'accord avec ses observations. Pour ce qui est de la reddition de comptes, je crois que nous devons établir les objectifs appropriés en nous basant sur les preuves et mesurer les résultats en fonction de ces objectifs. Il ne sert à rien de s'encombrer de choses inutiles. Par exemple, nous pourrions décider de nous doter d'un certain nombre de gadgets dont nous n'avons pas besoin. Même si nous rendons des comptes à leur sujet, cela n'améliorera pas vraiment notre système de soins de santé. Certaines des choses que nous avons faites dans le cadre du dernier accord ne nous ont pas menés là où nous aurions dû aller.

We also have to look at accountability as trying to find ways to improve health care for Canadians and becoming more patient focused rather than provider focused. The last accord led us too much on the provider side and the outcomes that we met. Those are a couple of key points that I would like to make.

The Chair: The floor is open.

Mr. Manion: When we talk about accountability, we often talk about wait times, how many people we are seeing and how long they wait to be seen. The problem is that is not necessarily measuring impact. If we are looking more at outcomes —that is, not the work we do but what are we accomplishing with the work that we are doing? We can have many people on the short list seeing the wrong person, which is particularly relevant for mental health and child and youth mental health, in particular.

When we are looking at accountability, we have to set the targets not just based on our productivity, but what we are able to accomplish. When deciding what those outcomes should be, it should be in dialogue with those who receive services — not just the providers that decide what a relevant outcome is, but those who are in need of services across the full continuum of care that should be involved in that conversation.

We need to remind ourselves that accountability in the hospital is very different than a community-based service provider situation. Finding standards that are equitable across different levels and types of care can be a great challenge. Again, it cannot be a top-down approach; it must be an inclusive approach in terms of identifying those relevant outcomes.

Dr. Haggie: When you talk about accountability, the way it is done at the moment does not work. It may be useful just to reflect on that so that we do not perpetuate the errors that we have done in the past.

You have to be careful, when you make people accountable, that they have some ability to influence what they are accountable for because if they are not and there is no accountability, you are merely a scapegoat. There are times when the practising physician feels like that because you are at the pointy end of the system when it does not deliver for the patient.

In the past, with the previous accord, it was an attempt to hold levels of government accountable to each other, and that did not work at all. The system must be accountable as the insert to the end user, the patient. We need to have a patient-focused system so that the system, the providers, the administrators and government would be accountable for their actions in terms of better health for the population, better health care for the individual and good bang for your buck in terms of the money that gets spent.

La reddition de comptes consiste également à chercher des moyens d'améliorer les soins de santé pour les Canadiens et à s'intéresser davantage aux patients qu'aux fournisseurs de services. Le dernier accord nous a trop orientés vers les fournisseurs de soins et les résultats que nous avons atteints. Voilà les deux principales choses que je crois utile de souligner.

Le président : La discussion est ouverte.

M. Manion : Quand nous parlons de reddition de comptes, nous parlons souvent des temps d'attente, du nombre de personnes que nous voyons et de la durée de leur attente. Malheureusement, cela ne permet pas forcément d'évaluer les effets. Ne pourrions-nous pas nous intéresser davantage aux résultats, autrement dit, non pas le travail que nous faisons, mais ce que nous accomplissons grâce au travail que nous faisons? Il peut arriver qu'un bon nombre de patients voient la mauvaise personne, ce qui est particulièrement important en santé mentale, surtout dans le cas des enfants et des adolescents.

En ce qui concerne la reddition de comptes, nous devons établir des cibles basées non seulement sur notre productivité, mais sur ce que nous sommes capables d'accomplir. Il faudrait décider des résultats à atteindre en dialoguant avec ceux qui reçoivent les services — ce ne doit pas être seulement les fournisseurs qui décident ce qui constitue un résultat acceptable. Les personnes qui ont besoin de services dans l'ensemble du système devraient participer à cette conversation.

Nous devons nous rappeler que la reddition de comptes n'est pas du tout la même pour un hôpital que pour un fournisseur de services local. Il peut être très difficile d'établir des normes équitables à tous les niveaux et pour tous les types de soins. On ne peut pas adopter une approche descendante; il faut établir quels seront les résultats pertinents selon une approche inclusive.

Dr Haggie : Quand vous parlez de reddition de comptes, la façon dont elle a lieu actuellement ne fonctionne pas. Il pourrait être utile d'y réfléchir afin de ne pas perpétuer les erreurs du passé.

Lorsqu'on responsabilise les gens, il faut veiller à ce qu'ils aient la possibilité d'exercer une influence sur ce dont ils sont responsables, car dans le cas contraire vous aurez seulement un bouc émissaire. C'est parfois l'impression qu'éprouve le médecin, car lorsque le système ne répond pas aux besoins du patient, c'est lui qui doit rendre des comptes.

Par le passé, dans le cadre de l'accord précédent, on a cherché à faire en sorte que les différents niveaux de gouvernement se rendent mutuellement des comptes, mais cela n'a pas fonctionné du tout. Le système doit rendre des comptes à l'utilisateur final, le patient. Il nous faut un système axé sur le patient afin que le système, les fournisseurs de soins, les administrateurs et le gouvernement aient à démontrer que leurs actes ont pour effet d'améliorer la santé de la population, d'améliorer les soins dispensés au patient et de tirer le maximum de l'argent dépensé.

I think that would be my take on accountability. You really have to be careful that you do not make people accountable for things they cannot control.

Dr. Schull: With respect to accountability — and I think a linked topic is governance, which Dr. Kitts raised — the question is how to get there. I think we would all agree that the governance is basically ministerial and that it is not being transmitted downward in an effective fashion. How do you get to a system that provides the outcomes, accountability and governance that you want?

If you are looking for innovative ideas, I will suggest one. I think we need to be moving toward a system of greater integration of care, toward integrated health systems so that we are not thinking of hospitals or community providers but a system of care. The only way to get there is to figure out the first steps. An integrated health system must have key attributes. One must be to define “patient population.” We have to agree, at a regional or some kind of geographic level, or based on some practised utilization patterns, on a definition of a patient population that is part of a system. That system then must have providers, including hospitals and primary care and community providers, that agree that they are part of that system and that they are responsible for that population of patients — not just the ones who happen to come to their office or their emergency room that day, or even the ones that happen to be on the rosters. We have to think beyond a physician’s own roster.

Second, we need information enablers. We need to have information systems that allow a system like that to work so that information can transfer smoothly in real time from one provider to the next. We do not have that yet, but we should. There has been too little progress on health information in Canada in the last decade. That needs to be accelerated.

We need to have clear outcome measures and metrics that relate to the patient-centred outcomes that we have talked about. We need to be able to measure those rapidly and in real time, and we need to be able to align our incentives with those outcomes. Currently, the incentives are not aligned whatsoever in most cases. There are exceptions and they are starting to be layered in, but we need an aggressive push towards incentives that align with the outcomes that we are trying to achieve and that also focus on the shared responsibility for these outcomes across providers. It is not just about what a family doctor does in their office, for example, does he or she order a mammogram. Rather, it is the shared responsibility between a primary care provider, community providers and specialists in the hospital on outcomes for diabetics, admission rates, hemoglobin management, and so on.

C’est ainsi que je conçois la reddition de comptes. Vous devez veiller à ne pas rendre les gens responsables de choses sur lesquelles ils n’exercent aucun contrôle.

Dr Schull : Pour ce qui est de la reddition de comptes — et je pense que cette question est reliée à celle de la gouvernance, que le Dr Kitts a soulevée — il s’agit de voir comment l’assurer. Nous serons sans doute tous d’accord pour dire que la gouvernance a lieu principalement au niveau ministériel et qu’elle n’est pas transmise efficacement vers le bas. Comment avoir un système qui donne les résultats, la reddition de comptes et la gouvernance que vous souhaitez?

Si vous cherchez des idées novatrices, je vais en suggérer une. Je pense que nous devrions nous orienter vers une plus grande intégration des soins, vers des systèmes de santé intégrés afin de ne pas penser aux hôpitaux ou aux fournisseurs de services, mais à un système de soins. La seule façon d’y arriver est d’établir quelles doivent être les premières étapes. Un système de santé intégré doit avoir des caractéristiques fondamentales. Il faut d’abord définir la « population de patients ». Nous devons convenir, au niveau régional ou à un niveau géographique quelconque, ou encore en fonction de certains schémas d’utilisation des services, d’une définition de la population de patients qui fait partie d’un système. Chaque système doit avoir des fournisseurs de services, soit les hôpitaux, les soins primaires et les fournisseurs de la collectivité, qui reconnaissent qu’ils font partie de ce système et qu’ils sont responsables de la population de patients et pas seulement de ceux qui se présentent à leur cabinet ou dans leur salle d’urgence ce jour-là, ou même ceux qui se trouvent sur leur liste de patients. Il faut voir plus loin que la liste de patients d’un médecin.

Deuxièmement, nous avons besoin de moyens d’information. Il nous faut des systèmes d’information qui permettent de transférer les renseignements d’un fournisseur à l’autre, facilement, en temps réel. Nous n’avons pas encore ce genre de système, mais nous devrions l’avoir. L’information sur la santé n’a pas fait suffisamment de progrès, au Canada, au cours de la dernière décennie. Il faut accélérer les choses.

Il nous faut des moyens clairs de mesurer les résultats centrés sur le patient dont nous avons parlé. Il faut que nous puissions les mesurer rapidement et en temps réel et que nous puissions aligner nos incitatifs sur ces résultats. À l’heure actuelle, les incitatifs ne sont absolument pas alignés dans la plupart des cas. Il y a des exceptions et on a commencé à en établir, mais il faut s’efforcer sérieusement de mettre en place des incitatifs s’alignant sur les résultats que nous essayons d’atteindre de même que sur le partage de la responsabilité de ces résultats entre les fournisseurs de services. Ce n’est pas seulement ce qu’un médecin de famille fait dans son cabinet, par exemple, le fait qu’il prescrive ou non un mammogramme. C’est plutôt la responsabilité qui est partagée entre un fournisseur de soins primaires, les fournisseurs de soins de la collectivité et les spécialistes de l’hôpital à l’égard des résultats pour les patients diabétiques, des taux d’admission, de la gestion de l’hémoglobine, et cetera.

We need to start to build in these sorts of systems. I do not think it requires blowing up the current system. I think these are things that could be layered into the current system, but we have to start. We have to look at high performing systems elsewhere. There are examples in the U.S. and Europe that are doing this and doing it in a publicly funded environment and at no higher cost than our system. We need to define in very clear terms what we need to be moving toward or we will not get there.

Mr. Morgan: I have a couple of comments: one that sounds like it is from an economist; the other from a political scientist.

In regard to accountability and measurement, be careful about what we measure. If there are criticisms of what happened in 2004, it is that they set the goal posts once for 10 years and did not actually adjust those posts as things went along. Systems tend to adapt and perform according to what you say you will reward them for. However, the evidence from health system performance measurement suggests that you need to continually adapt your performance measures so that they are consistent with the evolution of the system itself. You need a framework and a system in effect not just setting benchmarks for 10 years but setting a framework for a process of benchmark setting, each of those 10 years.

The second thing I think about when pondering the accountability issue with the Canadian health care system is the double-edged sword that data represent for provinces and health delivery systems. Data regarding health system performance is a mixed blessing for managers and, importantly, for politicians. On one level it helps them manage their system, but on the other it lends to accountability in the context of newspaper reports suggesting, for instance, that one province is outperforming another.

In moving forward with a national framework, we have to be mindful of the fact that the provinces are, in effect, the data holders of a lot of the information today, and they must be brought on board. They have to be compelled to participate in accountability frameworks. That can be achieved by way of legislation or regulation that gives an organization like the health council something like auditors general powers. However, that is probably not sufficient. I think we need to find a system that would get the provinces to buy-in and feel that they are actually winning as part of the system.

In that regard, I would put two carrots on the table. First, I would invest in electronic health records, as Dr. Schull has suggested, and have the federal government put more money — and, I know you have discussed this issue at great length — on the table to help more provinces expedite the delivery or implementation of electronic information strategy in health care in Canada as a mechanism for buying access to the data that is generated through such a system.

Nous devons commencer à bâtir ce genre de systèmes. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire pour autant de démolir le système actuel. Ce sont des choses qui pourraient s'ajouter au système actuel, mais il faut commencer. Nous devons étudier les systèmes hautement performants qui existent ailleurs. Aux États-Unis et en Europe, il y a des exemples de systèmes qui présentent ces caractéristiques, dans un environnement financé par l'État, sans que cela ne coûte plus cher que notre propre système. Nous devons définir très clairement vers quoi nous devons nous diriger, car sinon nous n'y arriverons pas.

M. Morgan : J'aurais deux observations à formuler : l'une qui semble être le point de vue d'un économiste et l'autre, le point de vue d'un politologue.

Pour ce qui est de la reddition de comptes et des mesures, il faut faire attention à ce que nous mesurons. La critique que l'on peut faire au sujet de ce qui s'est passé en 2004, c'est qu'on a établi des objectifs pour 10 ans sans les réviser périodiquement. Les systèmes ont tendance à s'adapter et à se comporter en fonction de ce que vous attendez d'eux. Néanmoins, les mesures du rendement du système de santé montrent qu'il faut continuellement réviser ces mesures du rendement afin qu'elles correspondent à l'évolution du système. Il ne faut pas fixer des valeurs de référence pour 10 ans, mais plutôt établir un processus d'établissement des valeurs de référence pour chacune de ces 10 années.

La deuxième chose qui me vient à l'esprit en ce qui concerne la reddition de comptes dans le système de soins de santé canadien, c'est que les données sont une arme à double tranchant pour les provinces et les systèmes de soins de santé. Les données concernant le rendement du système de santé peuvent avoir de bons et de mauvais côtés pour les gestionnaires, et surtout pour la classe politique. D'une part, elles les aident à gérer leur système, mais de l'autre elles les obligent à rendre des comptes, par exemple lorsqu'un journal laisse entendre, qu'une province a de meilleurs résultats qu'une autre.

Si nous adoptons une stratégie nationale, nous ne devons pas oublier que les provinces détiennent actuellement une bonne partie de l'information et qu'il faut obtenir leur collaboration. Il faut les forcer à participer aux cadres de responsabilisation. On peut le faire au moyen de lois ou de règlements qui confèrent à un organisme comme le conseil de la santé des pouvoirs comparables à ceux d'un vérificateur général. Toutefois, ce n'est probablement pas suffisant. Je pense que nous avons besoin de trouver un système qui amènera les provinces à se rallier et à penser qu'elles ont avantage à faire partie du système.

Pour cela, je mettrais deux carottes sur la table. Premièrement, j'investirais dans des dossiers de santé électroniques, comme l'a suggéré le Dr Schull et je demanderais au gouvernement fédéral d'offrir plus d'argent — je sais que vous en avez longuement discuté — pour aider plus de provinces à accélérer la mise en œuvre de la stratégie d'information électronique dans les soins de santé au Canada afin d'avoir accès aux données générées par ce genre de système.

The second thing I would do is assist provinces with their own struggles around accountability with the systems within their systems. I think that there would be mechanisms by way of information gathering and analysis that would help a province understand not only the provincial level performance, which I know the federal government is interested in, but also the performance of the systems within their province.

In this regard — and it has been asked before — there is a possibility that Canada might create something along the lines of a health observatory that would have the powers of the Health Council of Canada, but with the data available currently within the Canadian Institutes of Health Information and probably within some of the provincial health services research centres in this country, something where you could network expertise and data together for routine reporting, again with benchmarks that change and adapt over time, not just one of benchmarks for 10 years.

Ms. Henningsen: To build on the idea of the integration and the data, I would like to suggest a very concrete idea. You cannot be accountable if you cannot measure things. That was one of the challenges that we found in home and continuing care with the implementation of the recent 10-Year Plan. What I would like to possibly suggest is a suite of tools currently being used and implemented sporadically across the country called the interRAI assessment tools. I will not go into detail because I am sure you can find it, but interRAI is a beautifully eloquent system because it measures the client assessment and rolls back into a system assessment and then a policy assessment. You collect data at the front line so that you really are patient centred, but that data can roll right back and help you make policy decisions and be accountable.

In home care, we are a linkage. We work with acute care, primary care and long-term care, so we need to communicate to all those different sectors. The interRAI system allows us to have a common language. Although we all refer a service differently, when you use the interRAI you can have comparable data so that you compare a client's outcomes, whether they be in long-term care, acute care, primary care or home care. It is an interesting system, but the challenge is its implementation, the cost and getting provinces up to a point where they can actually get the data and use it. Data and integration is really important, but if we do not have the tools to collect the data, it is really challenged.

Ms. Delancy: It is important that we distinguish between accountability for results and for outcomes. As managers and administrators, we need to track and report on system sustainability. There is then accountability for outcomes.

En deuxième lieu, j'aiderais les provinces à résoudre leurs propres problèmes de reddition de comptes dans leurs systèmes. Cela pourrait être grâce à des mécanismes de collecte et d'analyse de l'information qui permettraient à une province de connaître non seulement le niveau de rendement de la province, ce qui, je le sais, intéresse le gouvernement fédéral, mais aussi le rendement des différents systèmes de la province.

À cet égard — et cela a déjà été demandé — il est possible que le Canada crée une sorte d'observatoire de la santé qui aurait les pouvoirs du Conseil de la santé du Canada, mais en disposant des données qui existent actuellement au sein des Instituts canadiens d'information sur la santé et sans doute aussi au sein de certains centres de recherche sur les services de santé provinciaux. Ce serait un endroit où vous pourriez réunir les connaissances et les données pour établir des rapports réguliers, là encore, avec des valeurs de repère qui seraient modifiées et adaptées périodiquement, et non pas fixées pour 10 ans.

Mme Henningsen : Pour revenir sur l'idée de l'intégration et des données, j'aurais une idée très concrète à suggérer. Vous ne pouvez pas rendre des comptes si vous ne pouvez pas faire de mesure. C'est une des difficultés que nous avons constatées dans le domaine des soins et services à domicile quand le récent plan décennal a été mis en œuvre. Je suggérerais une série d'outils qui sont actuellement utilisés et appliqués sporadiquement dans l'ensemble du pays, qu'on appelle les outils d'évaluation interRAI. Je n'entrerai pas dans les détails, car je suis certaine que vous pourrez les trouver, mais interRAI est un système très révélateur, car il mesure l'évaluation du client et l'intègre dans une évaluation du système, puis une évaluation de la politique. Vous collectez les données en première ligne afin d'être vraiment centré sur le patient, mais ces données peuvent aussi vous aider à prendre des décisions politiques et à rendre des comptes.

Les soins à domicile sont un maillon de la chaîne. Nous travaillons en relation avec les soins aigus, les soins primaires et les soins de longue durée et nous devons donc communiquer avec tous ces secteurs différents. Le système interRAI nous permet d'utiliser un langage commun. Même si nous avons tous des désignations différentes pour nos services, quand vous utilisez interRAI, vous pouvez avoir des données comparables pour évaluer les résultats d'un client, que ce soit au niveau des soins de longue durée, des soins aigus, des soins primaires ou des soins à domicile. C'est un système intéressant, mais qui pose un défi sur le plan de sa mise en œuvre et de son coût et pour ce qui est d'amener les provinces au point où elles pourront vraiment recueillir les données et les utiliser. L'intégration des données est vraiment importante, mais si nous n'avons pas les outils voulus pour collecter les données, cela pose un sérieux problème.

Mme Delancy : Il est important, en ce qui concerne la reddition de comptes, de faire la distinction entre les conséquences et les résultats. En tant que gestionnaires et administrateurs, nous devons nous assurer de la viabilité du système et en faire rapport. Nous rendons compte des résultats.

Picking up on what Dr. Schull has said, we have a group of physicians in the Northwest Territories that is exploring the potential for electronic health records and electronic medical records to be able to track population health outcomes. We are in a unique situation because all our physicians in the jurisdiction are on salary. We will have one EMR for the whole jurisdiction. If you are looking for an example of innovation, there is huge functionality and huge potential in eHealth tools to be able to track health and patient outcomes at several levels. I will reiterate what we have heard from both Dr. Schull and Mr. Morgan, namely, it requires that investment. However, I think the investment will pay off in a number of ways.

The Chair: I will now go to Senator Eggleton and then back to Dr. Kitts to give him an opportunity to wind it up. I keep thinking about all of these things and I want to leave time at the end for people to come back with brilliant insights that have occurred to them over the course of this exchange as we put it together. Of course, I will be ruthless in pulling each of the 10 items to a conclusion.

Senator Eggleton: I appreciate the many ideas that you are putting on the table. I need to understand them, and I think the committee needs to understand them, in the context of how we get there from where we are now and in the further context of the work of this committee. This committee was established to do the statutory review of the 2004 plan. I am far more interested in the 2014 plan. I am far more interested in where we are going to go next. We need concrete ideas. I am afraid we will not be able to do all the things like defining “governance” or “management” in the context of the work of this committee — God knows how that will ever be done, but it is something at the federal-provincial-territorial table. We need some concrete ideas that we could then put in our report that we send to the federal government. Remember that we are reporting to the federal government that will be at the table and to the Minister of Health more specifically.

If you can couch your thoughts in those terms or as close to those terms, so we can pick up on ideas to move them forward, so much the better.

I personally feel, in terms of the 6 per cent that will be put on the table by the federal government for two years anyway, that we should use all of that money to buy a reform of the systems. Thoughts along those lines would also be helpful.

Because you will be wrapping this up soon, this seems to be the only section wherein we can deal with the question of wait times, which was the biggest single item in the 2004 accord. What should this committee be saying to the federal government about wait times? Should we be saying, “You did some good”? It is this whole story about whether the glass is half empty or half full. Then I see reports indicating that when you look at us in an international context, we are not stacking up all that well on wait times.

Pour revenir sur ce qu’a dit le Dr Schull, dans les Territoires du Nord-Ouest, nous avons un groupe de médecins qui explorent la possibilité de mettre en place des dossiers de santé électroniques et des dossiers médicaux électroniques pour pouvoir suivre les résultats sur la santé de la population. Nous sommes dans une situation particulière parce que tous nos médecins sont salariés. Nous n’aurons qu’un DME pour tout le territoire. Si vous cherchez un exemple d’innovation, les outils de santé électroniques offrent un énorme potentiel pour suivre les résultats de soins de santé et des patients à plusieurs niveaux. Je vais répéter ce que le Dr Schull et le M. Morgan ont dit, à savoir que cet investissement est nécessaire. Je pense toutefois qu’on le rentabilisera de bien des façons.

Le président : Je vais maintenant donner la parole au sénateur Eggleton, puis de nouveau au Dr Kitts pour qu’il puisse conclure. Je n’arrête pas de penser à tout cela et je voudrais laisser du temps, à la fin, pour que les participants puissent nous faire part des idées brillantes qui leur seront venues à l’esprit pendant cet échange de vues. Bien sûr, je vais faire preuve de fermeté pour clore le débat sur chacun des 10 thèmes.

Le sénateur Eggleton : J’apprécie les nombreuses idées que vous émettez. Il faut que je les comprenne, de même que le comité, je crois, dans le contexte de la situation actuelle et le contexte des travaux du comité. Notre comité a été établi pour procéder à l’examen du plan de 2004. Je m’intéresse beaucoup plus au plan de 2014. Je m’intéresse beaucoup plus à la prochaine étape. Nous avons besoin d’idées concrètes. J’ai bien peur que nous ne puissions pas faire certaines choses comme définir la « gouvernance » ou la « gestion » dans le contexte des travaux du comité. J’ignore qui s’en chargera, mais ce sera plutôt la table fédérale-provinciale-territoriale. Nous avons besoin d’idées concrètes que nous pourrions inclure dans le rapport que nous enverrons au gouvernement fédéral. N’oubliez pas que nous allons soumettre un rapport au gouvernement fédéral qui sera présent à la table, et plus particulièrement à la ministre de la Santé.

Si vous pouviez émettre vos idées dans ce contexte, afin que nous puissions les explorer davantage, ce serait préférable.

Personnellement, en ce qui concerne les 6 p. 100 que le gouvernement fédéral mettra sur la table pour deux ans, j’estime que nous devrions utiliser la totalité de cet argent pour acheter une réforme des systèmes. Les réflexions à ce sujet nous aideraient également.

Comme vous allez bientôt conclure le débat sur cette question, il semble que ce soit la seule occasion de parler des temps d’attente, qui constituaient le principal élément de l’accord de 2004. Qu’est-ce que le comité devrait dire au gouvernement fédéral au sujet des temps d’attente? Devrions-nous dire : « La situation s’est un peu améliorée »? C’est comme l’histoire du verre à moitié vide ou à moitié plein. Je lis des articles disant que dans le contexte international, notre situation n’est pas très brillante sur le plan des temps d’attente.

Do we need to further advance that in the five areas that we identified in the 2004 accord? Do we need additional areas?

Dr. Kitts: I would suggest again that accountability is an often used term in health care. Everyone has a different idea of what it means. For the most part, it is a service agreement, this much money for this much volume. That is not accountability.

I would again say start with the basics, get the governance right, get the management right and understand your roles and responsibilities vis-à-vis the results. Be accountable for the results.

I will go back. It has been said at different times here, but I want to be clear. You cannot have accountability if you cannot measure performance. We have a lot of aggregates and proxies that are a year or two years old for performance of the system. As Dr. Schull said, we need real-time performance that is meaningful to the people on the front line.

I would say put the money into measuring performance, set the targets and then hold people accountable, as long as they have the authority to make the change.

The Chair: Moving to Item 2, Quality of Health Care and Patient Safety, Mr. Manion will start on this item.

Mr. Manion: In child and youth mental health, we have asked young people to help us understand what quality should be. They have been involved in developing the standards for quality of their mental health care, which has been incorporated in accreditation standards, wherein young people themselves have become part of accreditation teams to see whether those standards are being met.

When we talk about the quality of care, we have to talk about the experience of care. The best people to understand the experience of care are those receiving care, whether it is mental health care or physical health care. There is also prevention or promotion in terms of whether we are achieving what we think we are achieving across the full continuum of care.

Ms. Henningsen: We also have to look at not only the experience of the client and the experience of care but at the experience of care across the continuum. We talk about integrated systems, but we measure quality within silos. We need to look at a quality system that breaks down those silos and measures not only the experience of that one moment when I saw my family physician, but the whole experience of me as a patient using the health system. Patients do not see silos; we put them there. Therefore, in order to have a quality system, we need to

Devons-nous faire davantage de progrès dans les cinq domaines désignés dans l'accord de 2004? Devons-nous insister sur d'autres domaines?

Dr Kitts : Je répèterais qu'on parle souvent de reddition de comptes dans le domaine des soins de santé. Chacun a sa propre interprétation de ce que cela veut dire. C'est généralement une entente de services selon laquelle vous avez droit à tant d'argent pour tel volume. Ce n'est pas une vraie reddition de comptes.

Comme je l'ai dit, il faut commencer par la base, améliorer la gouvernance, améliorer la gestion et comprendre les rôles et les responsabilités vis-à-vis des résultats. Il faut rendre compte des résultats.

Je voudrais revenir sur une chose qui a été répétée à plusieurs reprises ici, mais je veux que ce soit clair. Il ne peut pas y avoir de reddition de comptes si vous ne pouvez pas mesurer le rendement. Nous avons beaucoup de données agrégées et d'estimations vieilles d'un an ou deux concernant le rendement du système. Comme l'a dit le Dr Schull, nous avons besoin de données sur le rendement en temps réel qui veulent dire quelque chose pour les gens en première ligne.

Je dirais qu'il faut investir dans la mesure du rendement, établir les objectifs et demander aux gens de rendre des comptes à la condition qu'ils aient le pouvoir d'apporter des changements.

Le président : Nous passons au deuxième thème, Qualité des soins de santé et sécurité des patients. C'est M. Manion qui va lancer le débat.

M. Manion : Dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents, nous avons demandé aux jeunes de nous aider à comprendre quelle devrait être la qualité des soins. Ils ont participé à l'élaboration de normes de qualité pour leurs soins de santé mentale qui ont été intégrées dans les normes d'accréditation. Les jeunes ont fait partie d'équipes d'accréditation pour veiller à ce que ces normes soient respectées.

Quand nous parlons de la qualité des soins, nous devons parler de l'expérience des soins. Les personnes les mieux placées pour comprendre l'expérience des soins sont celles qui reçoivent des soins, que ce soit des soins de santé mentale ou des soins de santé physique. Il y a aussi la prévention ou la promotion de la santé pour ce qui est de voir si nos résultats sont bien ceux que nous pensons atteindre à tous les niveaux de soins.

Mme Henningsen : Nous devons tenir compte non seulement de l'expérience du patient et de l'expérience des soins, mais aussi de l'expérience des soins dans l'ensemble du système. Nous parlons de systèmes intégrés, mais nous mesurons la qualité au sein de structures différentes. Il faut que nous envisagions un système de vérification de la qualité qui ne soit pas compartimenté et qui ne va pas mesurer seulement l'expérience que je vis lorsque je consulte mon médecin de famille, mais toute celle que je vis en tant que patient qui utilise le système de santé. Les patients ne voient pas les

brainstorm as a country, and certainly as provinces, as to what an integrated quality system would look like. How do we measure quality across an integrated system?

Dr. Schull: To pick up on Ms. Henningsen's point, we are talking about transitions of care. We have a real problem in our system where as soon as you move from one silo to another and then to primary care, such as being referred to a specialist, from a community service trying to get access to primary care or vice versa, in the Emergency Department being sent home or an in-patient being sent home, as soon as you cross the transition, the system begins to fall apart rapidly.

When we are talking about quality of care and patient safety, we tend to focus on measures that are within silos, as has been stated, and we need to focus on measures that actually cross silos. These are not just time-based measures but outcome-based measures that include parts of both silos.

That is a key challenge, and it is something that could be built into a future health accord, which is to say the next phase of measures should focus on transitions of care.

In addition, I do not think any of this will work unless we engage primary care effectively in governance. Currently, primary care in virtually every jurisdiction, except perhaps in the Northwest Territories, is not effectively engaged in governance systems at the local or even the provincial level. It is all based on service contracts, which is not effective.

Until we solve that riddle — and it is very solvable; we just have to take it on — we will not get very far forward. Primary care is too key in this debate.

Dr. Haggie: I would offer another lens you could use as a tool rather than simply just a set of principles. The document you waved with my picture on the front earlier in fact speaks to the Institute for Healthcare Improvement's Triple Aim.

The ultimate goal of health care is a healthier population. Then, with a better patient experience, a better health care experience and better health for the population, tie in the third leg of that stool, which is value for money or value for investment. You can then use those three aims with the little subgroups about patient-centred and quality as being the patient experience, health promotion and wellness and equity as being the health of the population experience. Then, finally, the bang for your buck would be sustainability and accountability. If you actually use those as a barometer against which any recommendation comes

différents compartiments; c'est nous qui les y plaçons. Par conséquent, pour avoir un système d'assurance qualité, nous devons réfléchir, aux niveaux national et provincial, à ce que devraient être les caractéristiques d'un système d'assurance qualité intégré. Comment mesurons-nous la qualité dans un système intégré?

Dr Schull : Pour faire suite à ce qu'a dit Mme Henningsen, nous parlons de la transition d'un niveau de soins à un autre. Nous avons un sérieux problème en ce sens que dès que vous passez d'un compartiment à un autre puis aux soins primaires, par exemple lorsque vous êtes renvoyé vers un spécialiste, lorsqu'un service de santé communautaire vous dirige vers des soins primaires ou vice versa, quand le service d'urgence renvoie un patient à la maison, dès que vous faites la transition, le système commence à se désagréger rapidement.

Quand nous parlons de la qualité des soins et de la sécurité du patient, nous avons tendance à mesurer les résultats à l'intérieur de chaque compartiment, comme on l'a dit, alors qu'il faudrait mesurer aussi la transition. Il ne s'agit pas seulement de mesures de temps, mais aussi de mesures basées sur les résultats incluant les deux compartiments.

Il s'agit d'un défi très important qui pourrait être intégré dans un futur accord sur la santé, ce qui veut dire que la prochaine phase des mesures devrait porter sur la transition entre les niveaux de soins.

De plus, je ne pense pas que quoi que ce soit fonctionnera à moins que les fournisseurs de soins primaires ne fassent de sérieux efforts sur le plan de la gouvernance. À l'heure actuelle, dans pratiquement chaque province et territoire, à l'exception, peut-être, des Territoires du Nord-Ouest, les fournisseurs de soins primaires n'ont pas vraiment de systèmes de gouvernance au niveau local ou même provincial. Tout est basé sur des contrats de services, ce qui n'est pas efficace.

Tant que nous n'aurons pas résolu ce problème — et il est facile à résoudre, il suffit de s'en donner la peine — nous n'irons pas bien loin. Les soins primaires occupent une place trop importante dans ce débat.

Dr Haggie : J'offrirais une autre perspective qui pourrait être utilisée comme un outil plutôt qu'une simple série de principes. Le document avec ma photo que vous avez brandi tout à l'heure parle, en fait, du triple objectif de l'Institute for Healthcare Improvement.

Le but ultime des soins de santé est une population en bonne santé. Par conséquent, en plus d'une meilleure expérience pour le patient, d'une meilleure expérience des soins de santé et d'une meilleure santé pour la population, le troisième élément est l'optimisation des ressources financières ou de l'investissement. Vous pouvez utiliser ces trois objectifs pour des petits sous-groupes, les soins centrés sur le patient et la qualité des soins constituant l'expérience du patient tandis que la promotion de la santé, le bien-être et l'équité constituent l'expérience sur le plan de la santé de la population. Enfin, l'optimisation des ressources

out for the next accord or indeed in any silo from policy all the way down to clinical management, you could determine how it stacks up against those six criteria.

Do you get a red light? Do you get a green light? What metrics can you put in there that would show this initiative or innovation is going to fill a need? Is it patient-centred? Is it focused there? Much of the innovation has honestly been based around institutions and structures rather than patients themselves. Rather than using those as abstract principles, you can use them as a litmus test to assess what your next step might be and where it fits.

Mr. McNamara: When looking at quality, the primary care aspect is extremely important. One of the things we need to think about is how to get patient access as quickly as possible, because delay also creates many of the problems we are dealing with.

Even when a patient gets access, because of our current fee schedule, often they come in and we will see one or two complaints when dealing with chronic diseases in many cases, particularly in the elderly. They have to make two or three appointments to get seen, and that takes numerous attempts. Therefore, we really have to change how we are doing. If we are going to deal with quality, we have to change the fee system of how we pay physicians.

We also have to look at the principle of closer to home versus practice makes perfect. There is sometimes a sense that we should do everything in every place and, in fact, when doing so infrequently, we are hurting patients. We have to change that so the skill is used appropriately and be able to explain to citizens why we do things differently, why some people have to go to central areas of expertise and why certain other things can be done in the local community.

The Chair: I will go back to Ms. Henningsen for a final comment, and then I will go to Item 3.

Ms. Henningsen: I will build on Dr. Haggie's comments about the Triple Aim. It is an excellent framework to work within. As a matter of fact, to measure quality, we have actually seen a model at the Fraser Health Authority in B.C. where they have approached the Triple Aim with a particular population group. They use it as a barometer for the services and engagement with primary health care. They have very clear metrics, so I would reinforce the value of looking at that approach to quality and measuring an integrated system. It is really easy, and it is easy for Canadians to understand it as well because it is just three broad strokes, and then it becomes personalized, depending on what patient population you are in.

financières correspond à la durabilité et à la reddition de comptes. Si vous utilisez cela comme baromètre pour évaluer toute recommandation découlant du prochain accord ou pour évaluer tout compartiment, allant de la politique jusqu'à la gestion clinique, vous pouvez établir dans quelle mesure ces six critères sont appliqués.

Vous donne-t-on le feu rouge? Vous donne-t-on le feu vert? Quelles mesures pouvez-vous utiliser pour voir si l'initiative ou l'innovation en question va répondre à un besoin? Est-elle centrée sur le patient? Est-elle centrée là où il faut? Une bonne partie de l'innovation a été centrée sur les institutions et les structures plutôt que sur les patients. Au lieu d'utiliser ces critères comme des principes abstraits, vous pouvez en faire votre pierre de touche pour évaluer quelle pourrait être la prochaine étape.

M. McNamara : Lorsqu'on examine la qualité, les soins primaires sont extrêmement importants. Nous devons réfléchir aux moyens de donner aux patients accès aux soins le plus rapidement possible, car les retards créent aussi un bon nombre des problèmes que nous connaissons.

Même quand un patient a accès aux soins, à cause du barème d'honoraires actuel, souvent quand il se présente, nous constatons un ou deux problèmes lorsqu'il s'agit de maladies chroniques, surtout chez les personnes âgées. Les patients doivent prendre deux ou trois rendez-vous, ce qui requiert de nombreuses tentatives. Par conséquent, nous devons vraiment changer la façon dont nous procédons. Si nous voulons améliorer la qualité, nous devons changer le barème des honoraires payés aux médecins.

Nous devons aussi réexaminer le principe de la proximité des soins. Nous avons parfois l'impression que nous devrions pouvoir tout faire partout alors que le manque d'expérience peut causer du tort aux patients. Nous devons changer cette mentalité afin de faire un bon usage des compétences et expliquer aux citoyens pourquoi nous faisons les choses différemment, pourquoi certaines personnes doivent se rendre dans des centres spécialisés et pourquoi d'autres interventions peuvent être faites dans la communauté locale.

Le président : Je vais redonner la parole à Mme Henningsen pour une dernière observation, après quoi nous allons entamer le troisième thème.

Mme Henningsen : Je vais revenir sur ce qu'a dit le Dr Haggie au sujet du triple objectif. C'est un excellent cadre de travail. En fait, pour mesurer la qualité, la Fraser Health Authority, en Colombie-Britannique, utilise le modèle du triple objectif pour un groupe particulier de la population. Elle s'en sert comme d'un baromètre pour ses services de soins primaires. Elle utilise des mesures très claires et j'insisterais donc sur l'utilité d'examiner cette approche de la qualité et de l'évaluation dans un système intégré. C'est vraiment simple et c'est également facile à comprendre pour les Canadiens, car il s'agit seulement de trois grands critères et c'est ensuite adapté en fonction de la population de patients concernée.

The Chair: I would like to have time at the end for a free discussion on the thoughts that emerge as we go forward, so I am going to be ruthless on moving us through these items.

We will go to Item 3 now, which is Integration of Health Care Service Delivery. I will have Dr. Schull begin.

Dr. Schull: We have covered this a little already, but I think it is critical. In response to Senator Eggleton's question about what we can recommend, I think the issues around integration can again be focused, at least initially, around transitions of care and looking at how patients move between our systems, get access into the system and then move around within it or move around themselves within it.

The problems of integration currently are manifest across the country, whether it is getting access to primary care in the first instance, when one needs it, which is a first measure, whether it is in the transition to specialty care, from hospital back to home, et cetera. If for the new health accord this committee could recommend to the federal government that it should be focused on transitions of care, you would achieve a number of things. If you are buying change with the 6 per cent theme that I completely agree with, that change could be focused on transitions of care. You will not get there unless you improve governance and accountability at the local level. You will not get there unless you have measures that focus on transitions of care, which are not just about how many hips and knees you are doing this month. It is about actual movement across the system and patient-focused outcomes.

You will not get there unless you build and improve electronic health information systems that work in real time.

In my view, integration can be the theme of the next health accord. It is critical that we do focus on it going forward, not necessarily to the exclusion of other issues, but it is a major driver and enabler and opportunity to leverage all sorts of other change in the system.

Ms. Henningsen: To build on the transitions of care and to go back to the triple aim concept, when you look at transitions of care, you are looking at improving the health of a patient population, enhancing the client experience, and then, ultimately, your goal is to maintain or decrease the cost of the care. It is in the transitions of that you find the cost, and that is where the dissatisfaction with the system is, whether it be from a patient's point of view or from a service provider's point of view.

I do not know if it would be in the recommendations of this committee, but we have seen that a clear philosophy change can be very powerful in making integration happen. We have seen this happen in Ontario, Nova Scotia and B.C., where the philosophy is, in this case, home first. Home is best. We want to provide the

Le président : Je voudrais avoir du temps, à la fin de la réunion, pour que nous puissions discuter librement des idées qui émergent au fur et à mesure. Je vais donc être rigoureux pour le passage d'un thème à l'autre.

Nous passons maintenant au troisième thème, qui est l'Intégration de la prestation des services de santé. Le Dr Schull va commencer.

Dr Schull : Nous avons déjà couvert ce sujet, mais je pense qu'il est d'une importance cruciale. Pour répondre à la question du sénateur Eggleton au sujet de ce que nous pouvons recommander, je pense que les questions entourant l'intégration peuvent être centrées, du moins au départ, sur la transition entre les niveaux de soins et qu'il faudrait voir comment les patients ont accès au système et se déplacent d'un système à l'autre ou à l'intérieur d'un système.

À l'heure actuelle, les problèmes d'intégration se manifestent un peu partout dans le pays, que ce soit au niveau de l'accès aux soins primaires quand on en a besoin, au niveau de la transition vers des soins spécialisés, de la transition de l'hôpital au domicile, et cetera. Si votre comité pouvait, pour le nouvel accord sur la santé, recommander au gouvernement fédéral de centrer son attention sur la transition entre les niveaux de soins, vous réaliseriez un certain nombre de choses. Si vous voulez acheter des changements avec les 6 p. 100 sur lesquels je suis entièrement d'accord, ces changements pourraient être axés sur la transition entre les niveaux de soins. Vous n'arriverez à rien, à moins d'améliorer la gouvernance et la reddition de comptes au niveau local. Vous n'arriverez à rien, à moins d'avoir des mesures portant sur la transition entre les niveaux de soins et pas seulement sur le nombre de hanches et de genoux que vous remplacez au cours du mois. Il s'agit de mesurer les résultats des soins dispensés d'un bout à l'autre du système en s'intéressant aux patients.

Vous n'arriverez à rien, à moins de construire et d'améliorer des systèmes d'information électroniques sur la santé qui fonctionnent en temps réel.

À mon avis, l'intégration pourrait être le thème du prochain accord sur la santé. Il est essentiel que nous nous y intéressions, pas forcément à l'exclusion des autres questions, mais il s'agit d'un moteur ou d'un catalyseur important qui permet d'obtenir toutes sortes d'autres changements dans le système.

Mme Henningsen : Pour poursuivre sur la transition entre les niveaux de soins et revenir au concept du triple objectif, lorsque vous vous penchez sur la transition entre les niveaux de soins, vous cherchez à améliorer la santé de la population de patients, à améliorer l'expérience du client et finalement, votre objectif est de maintenir ou de réduire le coût des soins. La transition est un facteur de coûts et de mécontentement à l'égard du système, que ce soit du point de vue du patient ou du point de vue du fournisseur de services.

Je ne sais pas si cela pourrait figurer dans les recommandations du comité, mais nous avons vu qu'un changement idéologique peut être un puissant instrument d'intégration. Nous l'avons constaté en Ontario, en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique où l'on donne la priorité aux soins à domicile. Le

best care where the individual lives. That is a philosophy that goes right across the province. Then your governance and management and all your other integration elements happen based on that philosophy. If you do not have that clear philosophy, people forget why they are integrating because integration is hard and continuous. We have to look at transitions of care but also at a real philosophy change.

Mr. Manion: In terms of transitions of care, I agree. I think that is a real opportunity. We cannot forget the transitions across age. Whether it is from pediatric care to adult care, mental health or transition to chronic care, we know that is where a lot of our patients fall off the face of the earth. In elderly care, there has been a shift of who is making decisions about the nature of care. Age has to be a critical factor if that will be of primary focus.

In terms of integration, we have an opportunity to reintegrate the mind and body. If you have within health teams the opportunity for mental health care to be an integral part of physical health care — holistic care — you are already decreasing stigma because it is not a second kind of practitioner. It is not being sent to a different line. It is integrated as part the health care, period. When looking at the models of effective health care teams or family health teams, they have mental health professionals integrated in those teams, and I think that is something that we have not done in the past systematically, but, clearly, there are models that demonstrate this is quite effective, and if we are looking at integration, that should be key.

Senator Eggleton: I was trying to figure out how we can upgrade the mental health component in our recommendations in our report. You have said integration with the primary care system is the thing to do. Is there anything else anyone would add to that?

Dr. Haggie: I was going to start with a slightly different topic, but as we have that thread about mental health and integration, I would speak very strongly in favour of that.

For example, in my institution mental health records are kept completely separate. They are not even electronic. They are paper, and that has led to some real clinical disasters because of the separation of mental health from physical health, which is totally artificial. It stems from the stigmas of the 1940s and 1950s, I think. Just on a very practical level, that is an easy fix or an easy step on the way to fixing it.

There was an allusion to wait times and what to do to fix them. The problem with wait times is they are a symptom of a problem that happens in another silo. All the discretionary beds in my institution, the ones I would use for elective surgery, the ones that my orthopedic colleagues would have access to for the hip and

domicile est le meilleur endroit. Nous voulons fournir les meilleurs soins là où réside le patient. C'est une idéologie répandue dans toute la province. La gouvernance, la gestion et tous les autres éléments d'intégration reposent alors sur cette idéologie. Si vous n'avez pas une idéologie bien claire, les gens oublient pourquoi ils procèdent à une intégration, car l'intégration exige un travail difficile et continu. Nous devons nous pencher sur la transition entre les niveaux de soins, mais envisager également un véritable changement d'idéologie.

M. Manion : Pour ce qui est de la transition entre les niveaux de soins, je suis d'accord. Je pense qu'il y a des possibilités réelles. Nous ne pouvons pas oublier la transition entre les groupes d'âge. Que ce soit la transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes, de la santé mentale aux soins chroniques, nous savons que c'est là qu'un grand nombre de nos patients sont laissés pour compte. Dans le domaine des soins aux personnes âgées, il y a eu un changement quant à savoir qui prend les décisions au sujet de la nature des soins. L'âge doit être un facteur crucial si cela doit devenir une priorité.

Sur le plan de l'intégration, nous avons l'occasion de réintégrer l'esprit et le corps. Si vous avez, au sein des équipes de santé, la possibilité d'intégrer les soins de santé mentale dans les soins de santé physique, pour offrir des soins holistiques, vous réduisez déjà la stigmatisation, car cela évite l'intervention d'une deuxième sorte de praticien. Le patient n'est pas envoyé vers un type de soins différents. Cela fait partie intégrante des soins de santé, un point c'est tout. Si vous prenez les équipes de soins de santé ou les équipes de santé familiale, des professionnels de la santé mentale en font partie, mais c'est une chose que nous n'avons pas faite systématiquement par le passé. Toutefois, il est évident que ces modèles donnent la preuve de leur efficacité et si nous recherchons l'intégration, ce devrait être un élément essentiel.

Le sénateur Eggleton : J'essayais de voir quelles améliorations nous pourrions proposer, pour la santé mentale, dans nos recommandations. Vous avez dit qu'il fallait l'intégrer dans le système de soins primaires. Quelqu'un a-t-il quelque chose à ajouter à cela?

Dr Haggie : J'allais aborder un sujet légèrement différent, mais comme nous en sommes à la santé mentale et à l'intégration, je dirais que je suis tout à fait pour.

Par exemple, dans mon établissement, les dossiers de santé mentale sont gardés entièrement à part. Ils ne sont même pas électroniques. Ils sont sur papier, ce qui a causé de véritables désastres cliniques à cause de la séparation de la santé mentale et de la santé physique, qui est entièrement artificielle. Cela découle, je pense, de la stigmatisation des années 1940 et 1950. Sur le plan purement pratique, ce serait un moyen facile de travailler à la résolution de ce problème.

On a fait allusion aux temps d'attente et aux solutions pour les réduire. Le problème c'est que les temps d'attente sont le symptôme d'un problème qui se produit dans un autre compartiment. Tous les lits discrétionnaires de mon établissement, ceux que j'utiliserais pour la chirurgie non urgente, ceux auxquels mes collègues chirurgiens

knee replacements, are occupied by people who would be cared for better, cheaper and more happily elsewhere. However, because of the transitions that have been alluded to and because of the problem with not having a system but having many little systems that do not speak to each other, the effort that went into the wait times issue was appropriate, whether you picked the right five areas and whether you ought to use that paradigm and expand it. I personally think you should because it shows if you have timeliness, timelines and measurables, you can make a difference with the money.

If you want to make a real difference, you could clear 25 per cent of your hospital beds by fixing the problems that Ms. Henningsen's groups deal with daily. They simply do not have the infrastructure or the investment to manage the problems they face. It is not blaming them; it is just that is the way it was set up. I cannot do my job because these patients are inappropriately and unfortunately placed.

Mr. Manion: One of the challenges Dr. Haggie was referring to is that in given institutions we do not have the same systems. We also do not have a proper understanding of the other person's role. If we talk about stigma in mental health, probably the ones that propagate the stigma the most are mental health care providers and physical health care providers because they lack understanding and respect for each other's roles. That is definitely an area in which we can have a very marked improvement in the quality of care, through better integration. That is an educational piece, whether in the fundamental training of our professionals across disciplines and across sectors, or how we continuously train our professionals in their professional development over time.

Ms. Delancy: We have heard a lot about transitions of care and integrating mental health expertise into the primary care model. If we are using a true primary care model, we will tackle many of those issues of transitions of care and continuity of care.

However, the point I would make is there are many communities in Canada, including 32 of the 33 in my jurisdiction, where the population is simply not big enough to provide a full complement of primary care. We need to be innovative in terms of how we can provide that continuity of care and how we can give that quality patient outcome. An innovative approach that we are starting to roll out in the Northwest Territories is using the functionality of tele-health to create virtual teams. We are trying to use virtual primary care teams where you might have a psychiatrist or physician in Yellowknife working with a mental health worker and an individual in a small

orthopédiques auraient normalement accès pour remplacer des hanches et des genoux, sont occupés par des personnes qui pourraient être soignées mieux, pour moins cher et de façon plus agréable ailleurs. Néanmoins, à cause des transitions dont nous avons parlé et du fait que nous avons non pas un système, mais de nombreux petits systèmes qui ne se parlent pas entre eux, les efforts déployés pour réduire les temps d'attente étaient appropriés, que vous ayez choisi ou non les cinq bons domaines et que vous deviez ou non utiliser ce paradigme et l'élargir. Personnellement, je pense que vous devriez le faire, car cela montre que si vous avez des délais courts, des échéanciers et des résultats mesurables, vous pouvez faire une meilleure utilisation de l'argent disponible.

Si vous voulez améliorer vraiment les choses, vous pourriez libérer 25 p. 100 de vos lits d'hôpital en réglant les problèmes auxquels les groupes de Mme Henningsen sont confrontés quotidiennement. Ils n'ont tout simplement pas l'infrastructure ou l'argent voulu pour gérer ces problèmes. Ce n'est pas de leur faute; c'est seulement à cause de la façon dont c'est organisé. Je ne peux pas faire mon travail parce que ces patients ne sont pas placés là où ils devraient l'être.

M. Manion : Une des difficultés auxquelles le Dr Haggie a fait allusion est que dans certains établissements, nous n'avons pas les mêmes systèmes. D'autre part, nous ne comprenons pas bien le rôle de l'autre personne. Si nous parlons de la stigmatisation dans le domaine de la santé mentale, ceux qui propagent le plus de stigmatisation sont probablement les fournisseurs de soins de santé mentale et les fournisseurs de soins de santé physique, car ils ne comprennent pas et ne respectent pas leurs rôles respectifs. C'est certainement un domaine dans lequel nous pouvons apporter des améliorations très nettes sur le plan de la qualité des soins, grâce à une meilleure intégration. C'est une question d'éducation, que ce soit au niveau de la formation fondamentale des professionnels de la santé des différentes disciplines et des différents secteurs ou d'une formation continue dispensée au personnel de la santé pour leur perfectionnement.

Mme Delancy : Nous avons beaucoup entendu parler de la transition entre les niveaux de soins et de l'intégration de la santé mentale dans le modèle de soins primaires. Si nous utilisons un véritable modèle de soins primaires, nous réglerons un bon nombre des problèmes au niveau de la transition et de la continuité des soins.

Néanmoins, je voudrais dire qu'il y a au Canada, de nombreuses collectivités, y compris 32 sur les 33 de mon territoire, où la population n'est tout simplement pas assez importante pour qu'on lui fournisse des services complets de soins primaires. Nous devons faire preuve d'innovation pour assurer la continuité des soins et la qualité des résultats pour le patient. Une approche novatrice que nous commençons à mettre en place dans les Territoires du Nord-Ouest consiste à utiliser la fonctionnalité de télésanté pour créer des équipes virtuelles. Nous essayons d'utiliser des équipes de soins primaires virtuelles grâce auxquelles un psychiatre ou un médecin de Yellowknife pourrait travailler

community. Many of these concepts are difficult enough to achieve in a large centre, and then when you add remote isolated communities, they become even more challenging.

Dr. Haggie: I have a practical example of how you can use that. In Northern Labrador, there is a thing called “Rosie the Robot.” I do not know if you have heard of it, but it was a partnership with Dr. Jong, the VP of medical services there. It is a very high tech way of doing something very low tech, which is putting a doctor at a patient’s bedside, and in partnership with health care, they did this. It is basically a set of wheels can be steered around with a TV camera and screen. Rosie has been in Nain, a community you can only get to by day by aircraft, and if the weather is bad, forget it. She has been in action for 15 months. She has actually saved the life of a guy who was shot in the chest, because it was possible for a physician in Goose Bay to take the team through the procedures necessary to resuscitate this guy, literally, within five minutes of death.

In addition to that, they turned 28 out-of-hours medevacs into scheduled evacuations, or not even needed to be evacuated. These people out of hours would have had to be picked up by a Cormorant, and according to an article I read recently, that is \$32,000 an hour in the air.

It is a two-and-a-half-hour round trip, 28 patients who did not need to leave the community in 15 months. Rosie could have two babies for that amount of money. She was \$150,000 dollars. That is a very high-tech way of delivering what is essentially a very low-tech concept, which is a doctor at a patient’s bedside when needed. I offer that suggestion building on telehealth.

The Chair: That is an excellent intervention. Thank you.

Mr. McNamara: I am thinking about integration. To me, integration is a no-brainer if we are going to have an impact, because we have to get the health promotion. We have to move more things into the community. We have to start doing things at the lower end.

I will give you a quick example from Nova Scotia. Some of our small ERs do not receive patients at night. We move patients to collaborative emergency centres where at night we have a paramedic and a nurse who see the patients. If a patient comes in with the idea that they should see a doctor, they suggest they come see them tomorrow.

Several benefits come from this. First, because the doctor was not there overnight or having to be on call, more physician hours are added during the day. We have now gone to same day, next day access for those patients because of having more physicians seven days a week, 8 a.m. to 8 p.m.

avec un professionnel de la santé mentale et un patient dans une petite communauté. Un bon nombre de ces concepts sont déjà difficiles à réaliser dans une grande ville, alors quand vous devez le faire dans des communautés isolées, cela devient encore plus compliqué.

Dr Haggie : J’ai un exemple pratique de l’utilisation de ce système. Dans le Nord du Labrador, il y a « Rosie le Robot ». Je ne sais pas si vous en avez entendu parler, mais ce système a été mis en place en partenariat avec le Dr Jong, le vice-président des services médicaux de la région. C’est une façon hautement technologique de faire quelque chose de très peu technologique, l’envoi d’un médecin au chevet du patient, et c’est ce qui a été fait en partenariat avec les soins de santé. Il s’agit d’une caméra de télévision et d’un écran sur roulette. Rosie est allée à Nain, une communauté accessible seulement par avion pendant la journée, mais pas par mauvais temps. Elle fonctionne depuis 15 mois. Elle a d’ailleurs sauvé la vie d’un homme qui avait reçu une balle dans la poitrine, car un médecin de Goose Bay a pu guider l’équipe médicale pour ressusciter littéralement ce patient, à cinq minutes de la mort.

En outre, cela a permis de transformer 28 évacuations médicales d’urgence en évacuations programmées ou même d’annuler l’évacuation. Ces patients auraient dû être transportés par un Cormorant et selon un article que j’ai lu récemment, ces vols coûtent 32 000 \$ de l’heure.

Il s’agit d’un voyage de deux heures et demie et 28 patients ont pu s’abstenir de quitter la communauté en 15 mois. Rosie aurait pu avoir deux bébés pour ce montant d’argent. Elle a coûté 150 000 \$. C’est un moyen hautement technologique d’offrir un service très peu technologique, c’est-à-dire la présence d’un médecin au chevet du patient. Je suggère donc de développer la télésanté.

Le président : C’est une excellente intervention. Merci.

M. McNamara : Je pense à l’intégration. Pour moi, l’intégration est une évidence si nous voulons des effets positifs, car nous avons besoin de promouvoir la santé. Nous devons faire davantage de choses au niveau de la communauté. Nous devons commencer par le bas.

Je vais vous donner un bref exemple de ce qui se fait en Nouvelle-Écosse. Certains de nos petits services d’urgence ne reçoivent pas de patients pendant la nuit. Nous dirigeons les patients vers les centres d’urgence où nous avons, pendant la nuit, un technicien d’urgence et une infirmière qui voient les patients. Si le patient vient pour consulter un médecin, on lui suggère de revenir le lendemain.

Cela présente plusieurs avantages. Premièrement, comme le médecin n’est pas là le soir ou vient seulement sur appel, il peut faire plus d’heures pendant la journée. Les patients ont maintenant accès à un médecin le jour même ou le lendemain parce que nous avons plus de médecins sept jours sur sept, de 8 heures du matin à 20 heures le soir.

Second, it was not a direction from the government to have those patients referred to the doctor the next day. I have to give the staff of the clinic the credit. If someone did not show up, the staff followed up at home the next day by phone.

These are some of the ways to start changing the model of care to be able to move things. That is an example of how you can be innovative, similar to what is being done in the North. We have to do that to get this access.

Dr. Kitts: I agree with all the others. Integration is a huge key success factor. The way to do it is to take down the silos, not just between the organizations but between the different levels of care. At the Ottawa Hospital we have the problem of ALC — alternate level of care. It dawned on me and the team that the question we in acute care should be asking is: Does this patient need an acute care bed? Unfortunately, the question the team asks is: Can this patient go home? In the acute care sector you have no idea, because you have no idea what is out there. Recently we brought the director of CCAC — Community Care Access Centre — into the hospital, gave him an office and said, “When we decide the patient no longer needs an acute care bed, it is over to you.” We cannot spend inordinate amounts of time trying to figure out if it should be long-term care, home care, continuing complex care or all the different levels of care. That is a step in the right direction. It is not easy, but if it is directed properly, the teamwork is really essential for integration.

The Chair: Item 4 is remuneration of health care providers. I will go to Mr. Morgan to start.

Mr. Morgan: This is certainly a topical issue for 2014, in part because the data are now showing that payment for health services — in particular, remuneration of health care providers — is one of the big cost drivers in our system. I believe the provinces might willingly go to a negotiation if they could find their hands bound to the mast, so to speak, on remuneration of health care providers.

There is no question that the fee-for-service system of payment that dominates primary health care in Canada is a model that needs to be changed. Provinces are making progress on changing it in terms of getting doctors on to alternative forms of remuneration. Some data that is emerging suggests that what is happening involves supplementary forms of remuneration, not substitution from fee-for-service to alternative payment, but actually the addition of alternative payment on top of fee for service.

The literature suggests there is no magic bullet; there is no one form of paying a provider that will result in optimum outcomes, but that the best systems are ones where the money follows the patient, and where the incentives are to produce outcomes, not churn volume of services through.

Deuxièmement, ce n'est pas le gouvernement qui a demandé que ces patients voient le médecin le lendemain. Le mérite revient au personnel de la clinique. Si un patient ne se présentait pas, le personnel lui téléphonait le lendemain à la maison.

Ce sont là certains moyens de commencer à changer le modèle de soins pour pouvoir faire bouger les choses. Cela montre qu'on peut innover, comme c'est le cas dans le Nord. Nous devons le faire pour faciliter l'accès.

Dr Kitts : Je suis d'accord avec tous les autres. L'intégration est un énorme facteur de succès. Pour y parvenir, il faut supprimer le cloisonnement, pas seulement entre les organisations, mais entre les différents niveaux de soins. À l'Hôpital d'Ottawa, nous avons le problème de l'ANS, l'autre niveau de soins. L'équipe et moi-même, nous nous sommes dit qu'en soins aigus, la question qu'il faudrait se poser est la suivante : ce patient a-t-il besoin d'un lit de soins aigus? Malheureusement, la question que l'équipe pose est : Ce patient peut-il retourner chez lui? Dans le secteur des soins aigus, vous n'en avez aucune idée, car vous ignorez quels sont les services disponibles. Récemment, nous avons fait venir à l'hôpital le directeur du CASC, le centre d'accès aux soins communautaires, nous lui avons donné un bureau en lui disant : « Quand nous décidons que le patient n'a plus besoin d'un lit de soins aigus, c'est à vous de prendre la relève. » Nous ne pouvons pas passer trop de temps à essayer d'établir s'il faudrait opter pour des soins de longue durée, des soins à domicile, des soins complexes continus ou tous les niveaux de soins différents. C'est un pas dans la bonne direction. Ce n'est pas facile, mais s'il est bien dirigé, le travail d'équipe est vraiment essentiel pour assurer l'intégration.

Le président : Le quatrième thème est la rémunération des fournisseurs des soins de santé. Je vais demander à M. Morgan de commencer.

M. Morgan : C'est certainement un bon sujet pour 2014, en partie parce que les données montrent maintenant que le paiement des services de santé, et plus particulièrement la rémunération des fournisseurs de soins de santé, est l'un des gros facteurs de coût de notre système. Je crois que les provinces seraient prêtes à entamer des négociations au sujet de la rémunération des fournisseurs de soins de santé, pourvu qu'on leur force un peu la main.

Il ne fait aucun doute que le système de rémunération à l'acte qui domine le secteur des soins de santé primaires au Canada est un modèle qu'il faut modifier. Les provinces font des progrès sur ce plan en amenant les médecins à accepter d'autres formes de rémunération. Certaines données nouvelles laissent entendre qu'il s'agit de formes de rémunération supplémentaire qui ne remplacent pas la rémunération à l'acte, mais qui s'y ajoutent.

Les études sur le sujet laissent entendre qu'il n'y a pas de solution magique; il n'y a pas une forme de rémunération qui donnera des résultats optimaux, mais les meilleurs systèmes sont ceux où l'argent suit le patient et qui incitent à produire des résultats au lieu d'augmenter le volume de services fournis.

This is an area where the 2014 accord might have impact in trying to get commitments in terms of getting patient-based funding for primary care in the provinces, certain percentages perhaps of the population that are served on a capitation or some model of that sort in their primary health care provision. Again, in terms of the politics for the provinces, this may be helpful to them in a sense, having some binding commitment that they have to go down a certain path because when they negotiate with their individual provincial medical associations, this is a real challenge for them. Having federal guidance might help them in those negotiations.

Dr. Schull: I would agree with Mr. Morgan. In terms of the new health accord and concrete suggestions around incentives, one key problem we face is misalignment of incentives and sometimes complete opposite alignment of incentives. The example Dr. Kitts pointed out of the CCAC coming in to the hospital, that situation would be rendered even more successful if the CCAC's budget depended on getting those patients out of your hospital more rapidly.

Right now we have two completely separate budget envelopes so the incentives are not aligned. The incentives for CCAC are not aligned with those of the acute care sector. I can come up with a thousand examples like that.

We need to do a better job of aligning incentives. I hate to say it again, but it goes back to governance. If you have one body responsible for all those envelopes, suddenly the incentive is there. If we get patients out of the acute care sector more rapidly into CCAC we all save money, as opposed to you saving money costs me money.

Second, if we are going to move away from the fee-for-service system, and I agree that that is essential, we can layer in new incentives as opposed to trying to explode the fee-for-service system, which will not happen overnight. Any new incentives need to be focused not on individual provider activity but around bundling of payments to reflect an entire episode of care. That works very well in elective procedures where you pay a hospital the in-patient costs, the outpatient costs, the rehab costs, all as one payment. For chronic disease you can look at shared outcome models where payments are based on patient level outcomes, and those payments do not go to just one provider. For example, if a diabetic patient has better hemoglobin A1C and there is an agreed-upon population of diabetics that are managed by an agreed-upon population of primary care doctors and specialists, those providers together share in the incentives that result from better outcomes for those patients.

Again, you then have an incentive whereby rather than me having to refer a patient to an endocrinologist so that he or she can get paid for their service, I can just pick up the phone and ask, "I have a problem. Should I just adjust the dose of this drug or

C'est un domaine dans lequel l'accord de 2014 pourrait avoir des effets en prévoyant un financement basé sur le patient pour les soins primaires dans les provinces, peut-être en fonction d'un certain pourcentage de la population desservie ou d'un modèle de ce genre pour la prestation des soins de santé primaires. Pour ce qui est de la politique des provinces, si elles sont tenues de suivre une certaine voie, cela pourrait peut-être les aider, dans un certain sens, parce que lorsqu'elles négocient avec les associations médicales de la province, cela leur pose un sérieux problème. Des directives fédérales pourraient les aider pour ces négociations.

Dr Schull : Je serais d'accord avec M. Morgan. En ce qui concerne le nouvel accord sur la santé et les suggestions concrètes concernant les incitatifs, le mauvais alignement des incitatifs, qui vont même parfois dans la direction contraire, pose un sérieux problème. Dans l'exemple que le Dr Kitts a mentionné du CASC que l'on fait venir à l'hôpital, le succès serait encore plus grand si le budget du CASC dépendait de la rapidité avec laquelle les patients peuvent sortir de votre hôpital.

Pour le moment, nous avons deux enveloppes budgétaires entièrement séparées, si bien que les incitatifs ne sont pas alignés. Les incitatifs des CASC ne sont pas alignés sur ceux du secteur des soins aigus. Je pourrais vous donner un millier d'exemples comme celui-là.

Nous devons mieux aligner les incitatifs. Je regrette d'avoir à le répéter, mais c'est une question de gouvernance. Si vous avez un seul et même organisme responsable de toutes ces enveloppes, cela crée un incitatif. Si les patients quittent plus rapidement le secteur des soins aigus pour se rendre dans les CASC, chacun sera conscient d'économiser de l'argent au lieu de se dire que si l'autre service économise de l'argent, cela lui coûte de l'argent.

Deuxièmement, si nous nous éloignons du système de rémunération à l'acte, et je suis d'accord pour dire que c'est essentiel, nous pouvons mettre en place de nouveaux incitatifs au lieu d'essayer de faire exploser le système de rémunération à l'acte, ce qui ne se fera pas du jour au lendemain. Tout nouvel incitatif doit être centré non pas sur l'activité du fournisseur de soins, mais sur le paiement global reflétant un épisode complet de soins. Cela fonctionne très bien pour les interventions optionnelles pour lesquelles vous payez à l'hôpital les coûts de l'hospitalisation, le coût des visites externes, les coûts de réadaptation, tout cela en un seul paiement. Pour les maladies chroniques, vous pouvez opter pour les modèles de résultats collectifs dans lesquels les paiements se basent sur les résultats au niveau du patient et ne vont pas à un seul fournisseur. Par exemple, si un patient diabétique a un meilleur taux d'hémoglobine A1C et qu'il y a une population de diabétiques donnée qui est gérée par une population de médecins de soins primaires et de spécialistes donnée, ces fournisseurs de soins partagent ensemble les incitatifs résultant de l'amélioration des résultats pour ces patients.

Là encore, au lieu que j'envoie un patient chez un endocrinologue pour qu'il puisse être payé pour ses services, cela m'incite à prendre simplement le téléphone pour dire : « J'ai un problème. Est-ce que je devrais simplement modifier la dose de

add that drug?" You are all getting paid. At the end the day, the outcomes are what is being measured and paid for, not the act of seeing the patient.

It goes back to the issue of tele-medicine. There are huge opportunities there. How do you pay for it? We do not have good structures to pay for that, to pay the physicians at the end of the TV screen. It works in some instances and not in others. These are not complicated things to solve, but it requires a willingness and the kind of courage to take these issues on that are sometimes difficult given the vested interests.

Mr. Manion: When we think about remuneration, we think about how we are paying to get people well again, but there have to be incentives for maintaining wellness. Where are we remunerating our professionals to look at the long-term care of an individual to keep them well? They do not have to get into our systems of care that are more expensive, involving more technology-dependent solutions to help issues that upstream we could have prevented in the first place. It is a very big cultural shift, where family physicians are responsible for keeping people well and there are incentives to do so. The amount of effort that is required is less than when they become ill, with all the extra resources required to try to get them well again.

Dr. Haggie: In fact, many of the points that I was going to make have been made. In particular, if you carry the funding issue to its logical conclusion you would be far better off with the small fixes upfront because at the end of the day you are after a healthy population. Health care probably accounts for about 25 per cent of health itself.

The statement that there is not a magic bullet in terms of health care provider compensation is true. It is very easy to demonize one form or another. The way to get around that is to ask, what are the outcomes you want and how do you get those? For chronic care and chronic disease management, fee for service is useless. It does not incent the right thing.

On an elective basis, for hips or knees, where you have standards of quality and competence and this kind of thing, there is a volume that will come from fee for service that you might not get from a different compensation model.

Have a tool kit. Pick the right compensation on the right day for the right provider. That may be an approach to take, depending on the local geography and circumstances.

Telehealth raises some interesting things as well from a regulatory point of view. If you are a physician sitting at the other end of a TV screen that happens to be in a different jurisdiction, where is that physician practising? The colleges have not always been terribly cooperative about answering that question. That comes up with packs and radiology, for example, where you have films taken in one jurisdiction and electronically read in another. That has caused some issues with

ce médicament ou prescrire un médicament supplémentaire? » Tout le monde sera payé. En fin de compte, ce sont les résultats qui sont évalués et payés et non pas l'acte d'examiner le patient.

Cela nous ramène à la question de la télémédecine. Cela offre d'énormes possibilités. Comment payer pour ce service? Nous n'avons pas de bonnes structures pour payer les médecins à l'autre bout de l'écran de télévision. Cela fonctionne dans certains cas, mais pas dans d'autres. Ce ne sont pas des problèmes difficiles à résoudre, mais il faut avoir le désir et le courage de s'attaquer à ces questions parfois difficiles étant donné les intérêts en jeu.

M. Manion : Quand nous pensons à la rémunération, nous pensons à ce qu'il faut payer pour guérir les gens, mais il faut des incitatifs pour les garder en bonne santé. Comment rémunérons-nous nos professionnels de la santé pour qu'ils s'occupent des soins à long terme qui permettent de garder les gens en bonne santé? Ils n'ont pas à entrer dans nos systèmes de soins qui sont coûteux, qui font appel à des solutions plus technologiques pour résoudre des problèmes que nous aurions pu prévenir. Il s'agit d'un grand changement culturel qui rend les médecins de famille responsables de la bonne santé des gens et qui prévoit des incitatifs à cet effet. Cela exige moins d'efforts que lorsque les gens tombent malades et qu'il faut déployer des ressources supplémentaires pour essayer de les guérir.

Dr Haggie : En fait, un grand nombre des arguments que j'allais avancer ont déjà été formulés. Notamment, si vous poussez la question du financement jusqu'à sa conclusion logique, il vaudrait beaucoup mieux faire des petites interventions au départ pour avoir une population en bonne santé. Les soins de santé représentent sans doute environ 25 p. 100 de la santé proprement dite.

Il est vrai qu'il n'existe pas de solution magique en ce qui concerne la rémunération des fournisseurs de soins de santé. Il est très facile de critiquer une forme de rémunération ou une autre. La solution est plutôt de demander quels résultats voulez-vous et comment allez-vous les obtenir? Pour les soins chroniques et la gestion des maladies chroniques, la rémunération à l'acte est inutile. Ce n'est pas le bon incitatif.

En ce qui concerne la chirurgie non urgente pour la hanche ou le genou et pour laquelle vous avez des normes de qualité et de compétence, et cetera, un modèle de rémunération différent ne vous donnera peut-être pas le même volume d'interventions que la rémunération à l'acte.

Ayez un ensemble de formules. Choisissez le bon mode de rémunération, le bon jour, pour le bon fournisseur de soins. C'est peut-être la solution, selon la géographie et les circonstances locales.

La télésanté soulève certaines questions intéressantes également du point de vue de la réglementation. Si vous êtes un médecin assis à l'autre bout d'un écran de télévision qui se trouve dans une province différente, où ce médecin exerce-t-il? Les collèges des médecins n'ont pas toujours été très coopératifs pour répondre à cette question. Elle se pose pour la radiologie, par exemple, où vous avez des films qui sont pris dans une province et qui sont lus électroniquement dans une autre province. Cela a causé certains problèmes sur le plan du

licensing. The minute you do that, that is kind of a third rail for most physicians. They do not want to go near anything that would upset the licence. There is a bigger halo around that.

Ms. Henningsen: When looking at health care providers, we are getting certainly a feel that care needs to be shifted to the community and be very patient centred. We need to look at a health care provider called a home support worker, and 80 per cent of care in the community is provided by this individual. When we look at human resource strategies and integrated strategy, we always talk about doctors and nurses. With this level of home support worker, we will actually run into a big crisis because we are not recruiting them. They are not choosing health care and certainly not home and community care as a sector they want to work in, and our demand will keep going up. We will run into a big crisis in the next couple of years.

Two other really important, valuable human resources that you need when you talk about patient-centred care are the family and the family caregiver and the volunteer. When we look at any sort of incentives or we look at the health human resource team, we really need to look at a very expanded team as opposed to just looking at those practising professionals and how we compensate them.

Ms. Delancy: I want to pick up on Dr. Haggie and Dr. Schull's point about outcomes. By way of example, when I was in the health system in the Northwest Territories 10 years ago, we worked very hard to move all the physicians to a salaried model. Part of the reason for doing that was we thought we would get better quality care because, with the fee for service model, they were just seeing as many patients in one day as possible. When I came back to that system nine years later, I hear complaints that now that our physicians are salaried, they are not seeing as many patients as they used to. That was the whole point. If you are going to move to a new remuneration model, you need to have outcomes and be tracking them so you can demonstrate there is a linkage of quality of care to improve patient outcomes. I want to echo the point Dr. Haggie raised about the importance of understanding remuneration and tele-health, EMR, EHR environment, because that is a challenge we are facing in remote locations as well.

Dr. Schull: I want to follow up on a point Dr. Haggie raised around fee for service versus other forms of remuneration. This is not an either-or debate. With regard to the example you raised around elective surgery being a particularly good model for fee for service, I would agree that that is true, but I would suggest we bundle that payment to the orthopedic surgeon along the payment to the hospital for the operative care with the payment to the rehab facility for the rehab. Again, you align incentives.

permis d'exercice de la médecine. Ce genre de chose inquiète la plupart des médecins. Ils ne veulent rien faire qui pourrait compromettre leur permis d'exercice. Il y a beaucoup d'incertitude à ce sujet.

Mme Henningsen : En ce qui concerne les fournisseurs de soins de santé, nous avons certainement l'impression que les soins doivent être offerts dans la communauté locale et être très centrés sur le patient. Nous devons envisager un fournisseur de soins de santé qu'on appelle un travailleur de soutien à domicile et qui fournit 80 p. 100 des soins dans la communauté. Lorsqu'on parle des ressources humaines et d'une stratégie intégrée, nous pensons toujours aux médecins et aux infirmières. Si nous avons largement recours aux travailleurs de soutien à domicile, nous allons avoir un sérieux problème, car nous ne faisons pas de recrutement. Les gens ne veulent pas travailler dans le secteur des soins de santé et certainement pas dans celui des soins à domicile et des soins communautaires alors que la demande augmentera sans cesse. Nous allons avoir une grave crise au cours des deux prochaines années.

Deux autres ressources humaines vraiment importantes dont vous avez besoin lorsqu'on parle de soins centrés sur le patient sont la famille ou l'aidant naturel et le bénévole. Lorsque nous réfléchissons aux incitatifs ou à l'équipe de ressources humaines à mettre en place dans le domaine de la santé, nous devons vraiment envisager une équipe très élargie au lieu de penser seulement aux professionnels qui exercent la médecine et à la façon de les rémunérer.

Mme Delancy : Je voudrais revenir sur ce que le Dr Haggie et le Dr Schull ont dit au sujet des résultats. Par exemple, quand j'étais dans le système de santé des Territoires du Nord-Ouest, il y a 10 ans, nous avons travaillé très fort pour que tous les médecins deviennent salariés. Nous l'avons fait en partie parce que nous pensions que nous obtiendrions une meilleure qualité de soins, car avec la rémunération à l'acte, ils essayaient de voir le maximum de patients en une journée. Lorsque je suis retournée dans ce système, neuf ans plus tard, les gens se plaignaient que les médecins ne voyaient plus autant de patients qu'avant depuis qu'ils étaient salariés. C'était le but visé. Si vous adoptez un nouveau modèle de rémunération, vous allez devoir suivre les résultats afin de pouvoir démontrer un lien avec la qualité des soins et l'amélioration des résultats pour le patient. Je suis d'accord avec ce que le Dr Haggie a dit tout à l'heure quant à l'importance de comprendre la rémunération, la télésanté, les DME et DSE, car c'est un problème que nous connaissons également dans les endroits isolés.

Dr Schull : Je voudrais faire suite à ce qu'a dit le Dr Haggie au sujet de la rémunération à l'acte par rapport aux autres formes de rémunération. Il ne s'agit pas de choisir l'une ou l'autre formule. À propos de l'exemple que vous avez mentionné de la chirurgie non urgente qui constitue un bon modèle pour la rémunération à l'acte, je reconnais que c'est vrai, mais je suggérerais de regrouper le paiement au chirurgien orthopédique avec le paiement à l'hôpital pour les soins opératoires, et le paiement au service de rééducation.

There is no reason that you need to move away from fee for service, but you can certainly bundle that with other payments, and it works particularly well for elective procedures.

I also want to come back to the issue of teamwork, which is critical, but I think we should make one thing clear. We have been moving across Canada much more towards team-based care, family health teams in Ontario, multiple models, similarly in Quebec and elsewhere. One of the problems is that people are being brought administratively together in teams and being remunerated, but not necessarily working together as teams. We have heard anecdotally of stories especially on mental health where the physician says, "Ah, there is a mental health problem; go see the mental health worker," and that is going to be in four or five days, but there is not really any teamwork going on there. That I think is a real issue. We need to try to address that.

Let me give you one example of a very interesting team-based model in Toronto. It is called the Impact Plus Clinic. It is bringing together primary care doctors, social workers, CCACs, pharmacists and general internists to not just assess the patient as a team but to do it simultaneously. There is one extended two to three hour evaluation of that patient. One person on the team leads it, but everybody sits in and listens to the patient's issues, and then they jointly come up with a care plan which is then handed back, essentially, to the primary care doctor. It is that notion of doing these things together. The internists I have spoken to in one of these teams says frequently what he does is he basically cancels orders from other specialists that have been involved and says, "No, he does not need a CT. They do not need more of this or more of that, because if you do that, it will interfere with this other disease over here that Specialist A has not thought of." That is the kind of teamwork that we need to be moving towards and we need to be driving for. We need to have accountability around to say it is not enough just to create a team where you have listed 12 people on your team but they happen to work in 12 different buildings across the city and never see each other. Tell us about your real teamwork, and let us incent that kind of real teamwork in a meaningful fashion.

Senator Eggleton: What I am hearing is that a mixed system is probably what will work best here. Does a mixed system automatically mean a lot more money? Is it on top of what is there now, or does it mean a reorganization of how we pay the money?

Mr. Manion: It does not have to be more money, but a means to figure out what kinds of skill sets we need within teams across the country. What is our health human resource plan for the country? We do not have one. We do not know how many we need of any type of profession, whether or not it is community based. We do not know. When we do not know, we invest sometimes in the wrong places, and sometimes our investments are in the high end. Sometimes different skill sets are remunerated

Encore une fois, il faut aligner les incitatifs. Il n'est pas nécessaire de renoncer à la rémunération à l'acte, mais vous pouvez certainement la regrouper avec d'autres paiements et cela fonctionne particulièrement bien pour les interventions non urgentes.

Je voudrais également revenir sur la question du travail d'équipe, qui est essentiel, mais je pense qu'une chose doit être claire. Partout au Canada, nous sommes beaucoup plus orientés vers les équipes de soins, les équipes de médecine familiale, en Ontario, les modèles multiples, de même qu'au Québec et ailleurs. Un des problèmes est qu'on rassemble les gens en équipe sur le plan administratif et qu'on les rémunère, mais qu'ils ne travaillent pas nécessairement ensemble en équipe. Nous avons entendu des histoires, surtout en santé mentale, où le médecin dit : « C'est un problème de santé mentale; allez voir le professionnel de la santé mentale », et cette visite a lieu quatre ou cinq jours plus tard sans qu'il y ait vraiment de travail d'équipe. À mon avis, c'est un véritable problème. Nous devons nous y attaquer.

Permettez-moi de vous donner un exemple de modèle d'équipe vraiment intéressant, à Toronto. Cela s'appelle Impact Plus Clinic. Cette clinique rassemble des médecins de soins primaires, des travailleurs sociaux, des CASC, des pharmaciens et des internistes généralistes non seulement pour évaluer le patient en équipe, mais pour le faire simultanément. Le patient subit un examen qui dure deux à trois heures. Un membre de l'équipe dirige l'examen, mais tout le monde s'assoit pour écouter le patient parler de ses problèmes, après quoi les membres de l'équipe proposent ensemble un plan de soins qui est alors confié au médecin de soins primaires. Le principe est de faire ces choses ensemble. L'interniste d'une de ces équipes à qui j'ai parlé dit qu'il lui arrive souvent d'annuler les ordonnances d'autres spécialistes de l'équipe et de dire : « Non, il n'a pas besoin d'une tomodensitométrie. Il a besoin de plus de ceci ou de cela, car si vous faites ceci, cela aura une incidence sur cette autre maladie à laquelle le spécialiste A n'a pas pensé. » C'est le genre de travail d'équipe vers lequel nous devrions nous orienter et que nous devons viser. Nous avons besoin d'une reddition de comptes pour dire qu'il ne suffit pas de créer une équipe qui est composée de 12 personnes, mais qui travaillent dans 12 immeubles différents aux quatre coins de la ville et qui ne se voient jamais. Parlez-nous de votre véritable travail d'équipe et poussons les gens à travailler réellement en équipe.

Le sénateur Eggleton : Ce que j'entends, c'est qu'un système mixte est probablement ce qui fonctionnera le mieux. Est-ce qu'un système mixte veut dire automatiquement plus d'argent? En plus des montants actuels ou une réorganisation du financement?

M. Manion : Il ne faut pas nécessairement plus d'argent. Mais il faut déterminer de quels types de compétences nous avons besoin dans les équipes partout au pays. Quel est notre plan des ressources humaines en santé pour le pays? Nous n'en avons pas. Nous ne savons pas combien de personnes il faut dans les divers types de profession, ni si les ressources sont communautaires ou pas. Nous ne le savons pas. Quand on ne sait pas, on investit parfois aux mauvais endroits et, parfois les investissements sont

at a different level and could have just as good outcomes if you get them at the right time. I would suggest that if we had a comprehensive health human resource plan for the country, we would be in a much better position to figure out, within the envelope we have, how to make a better investment.

Senator Martin: All of these ideas are excellent, and we know that is the direction we have to take. Certain jurisdictions are doing it. There are examples. To ensure that we move towards it, does it have to start earlier with universities and the training? Are these professionals coming out ready to work as a team? We could put the teams together and incent them, but does it have to start earlier? Has that piece been addressed?

Mr. Manion: You are right. We train people in silos, and magically we expect them to work as teams when they come out. As part of the fundamental training, we have to get people to start working together and understand the different roles. There are some good examples of that across the country that we can learn from in terms of scaling things up, but the fundamental role of colleges and universities in terms of training I think it critical.

I was at the University of Western Ontario last week because of a very large legacy gift to the Faculty of Education. They are now going to be training educators in the role of mental health for children and youth, as a fundamental part of their training. It is cheaper to train them there, if they get the right lens. It does mean, though, that you have to change the curriculum, and now they are talking about perhaps it needs two years of training to become an educator, which is a significant increase.

In the long run, it will probably be much more effective with a person understanding their role, working with other professionals so that, when they get into the situation where they are working with people in the community, they know what their role is, what someone else's role is, where to hand off and where to hand back. This has huge implications for promotion and prevention, but across the full continuum of care. There are models we can learn from.

Dr. Kitts: The universities are doing a lot of work on interdisciplinary education, training and teamwork. I think even in the last two years, there is a lot of that really going on. It takes about six months to take that all away, once they get into the hospital where the teamwork does not work.

The Chair: This issue is clearly important. We have heard throughout the course of our hearings that it underlies a great deal of the issues of bringing about innovation.

Item No. 5 is the role of the health care sector in addressing the social determinants of health. You can interpret that backwards and forwards. I will start with Dr. Taylor.

Dr. Taylor: Thank you for the opportunity. It seems to me that addressing this issue depends on what you mean by "addressing." From a public health perspective, the role in the social

élevés. Parfois, des compétences différentes sont rémunérées à des niveaux différents et elles pourraient donner d'aussi bons résultats si on les obtenait au bon moment. Je dirais que si nous avions un plan complet des ressources humaines en santé pour le pays, nous serions beaucoup mieux placés pour trouver comment mieux investir, à l'aide de l'enveloppe existante.

Le sénateur Martin : Toutes ces idées sont excellentes, et nous savons que c'est la direction à prendre. Cela se fait à certains endroits. Il y a des exemples. Afin d'avancer dans cette voie, faut-il commencer en amont, avec les universités et la formation? Ces professionnels sont-ils prêts à travailler en équipe quand ils débutent? Nous pourrions réunir les équipes et les inciter à travailler ensemble, mais faut-il remonter plus haut? A-t-on réfléchi à cet aspect?

M. Manion : Vous avez raison. Nous formons les gens en vases clos et nous espérons que, par magie, ils pourront travailler en équipe après leurs études. Dans le cadre de la formation fondamentale, nous devons amener les gens à travailler ensemble et à comprendre les différents rôles. Il y a de bons exemples au pays et nous pouvons en tirer des leçons pour accélérer le processus, mais le rôle fondamental des collèges et des universités est crucial, je crois.

J'étais à l'Université Western Ontario la semaine dernière, à cause d'un legs très important à la Faculté d'éducation. Ils vont maintenant former les éducateurs sur le rôle de la santé mentale chez les enfants et les jeunes, dans le cadre de la formation de base. Cela coûte moins cher de les former à ce moment-là, si on s'y prend correctement, mais cela signifie qu'il faut changer le programme, ce qui pourrait ajouter deux ans de formation avant de devenir éducateur et qui représente une hausse importante.

À long terme, il est probablement plus efficace que tout le monde comprenne son rôle et travaille avec d'autres professionnels afin que, lorsqu'on travaille avec les gens dans la collectivité, on connaît son rôle et celui des autres, et l'on sait où il faut s'arrêter et où il faut laisser les autres agir. Les implications pour la promotion et la prévention sont énormes, dans tout le continuum des soins. Il y a des modèles dont nous pouvons nous inspirer.

Dr Kitts : Les universités font beaucoup de travail concernant l'éducation et la formation interdisciplinaire et le travail d'équipe. Je pense même que cela s'est beaucoup répandu au cours des deux dernières années. Mais il suffit d'environ six mois pour que tout ce qui a été appris soit oublié, quand le travail d'équipe ne fonctionne pas.

Le président : C'est une question très importante. Nous avons entendu tout au long de nos audiences qu'elle sous-tend un grand nombre des problèmes liés à la promotion de l'innovation.

Le thème n° 5 est le rôle du secteur de la santé pour aborder les déterminants sociaux de la santé. Vous pouvez interpréter ce thème dans le passé ou le futur. Je commencerai par le Dr Taylor.

Dr Taylor : Merci. Il me semble que la réponse dépend de ce qu'on entend par « aborder ». Du point de vue de la santé publique, le rôle concernant les déterminants sociaux consiste à

determinants is trying to mitigate the effects of the social determinants because we do not have the levers to actually address the underlying social determinants. If it is addressing them in the larger perspective in terms of approaching and addressing the causes of the causes, I think we have probably got the wrong players at the table. Most of those are well outside the health care system.

From public health, we have been challenged for many years to influence the policy decisions that are made by other sectors.

We are doing our best, working with folks in sport, education, et cetera, but the actual levers to change those determinants are well outside our system. We have been challenged in the way we can effectively influence the policy decisions that other departments and other sectors are making.

Ms. Delancy: I am not sure I would agree that the wrong folks are at the table. We need to shift the focus, and certainly we have heard that prevention and promotion is critical to bending the curve, to turning the tide of chronic disease and some of the other lifestyle related diseases that we deal with in acute care.

The federal-provincial-territorial ministers of health have made healthy living with healthy choices a priority. Maybe it is time the next accord focused on that as well. Our system is really geared to acute care and funded for acute care. The Canada Health Transfer is focused on an acute care system, but we need to invest at the front end in prevention and promotion.

Coming from a jurisdiction where we have more than 50 per cent of Aboriginal population with poorer population health status and outcomes than the rest of the population, we are very much aware that our acute care dollar does not go as far. Those lifestyle related diseases and those choices translate into bigger acute care costs down the road. That would be something we would strongly recommend be considered as a priority in a new accord.

Mr. Manion: I am a great believer in the importance of mitigating the effects of social determinants of health, but we have to face the fact that we are also facing the tsunami of the elderly. We start talking about promotion, prevention and getting at this very early downstream. We need to talk about children and youth and I do not hear much of that at this table. I do not think many representatives look at those constituents.

I also represent child and youth mental health, where it is even more important in some respects because we know the human and system costs if we do not deal with it early. If we are going to be looking at this, whether it is changing some of the influence in terms of the social determinants of health, whether it is mitigating some of the effects, we have to look at infants, children and

tenter d'en atténuer les effets parce que nous n'avons pas les leviers nécessaires pour changer les déterminants sociaux fondamentaux. S'il s'agit de les aborder dans la perspective plus large d'une analyse des causes et d'une intervention sur les causes des causes, je pense que nous avons probablement les mauvais interlocuteurs à cette table. La plupart de ces causes se situent bien en dehors du système de santé.

Du point de vue de la santé publique, on nous demande depuis de nombreuses années d'influer sur les décisions de politique qui sont prises par d'autres secteurs.

Nous faisons de notre mieux, nous travaillons avec des gens dans le domaine du sport, de l'éducation, et cetera, mais les leviers pour changer ces déterminants se trouvent bien en dehors de notre système. Nous avons du mal à pouvoir influencer efficacement les décisions de politique prises par d'autres ministères et d'autres secteurs.

Mme Delancy : Je ne sais pas si je dirais que les mauvaises personnes sont autour de la table. Nous devons réorienter le tir et nous avons certainement entendu que la prévention et la promotion sont cruciales pour changer la donne, pour inverser la tendance des maladies chroniques et de certaines autres maladies liées au mode de vie auxquelles nous sommes confrontés dans les soins actifs.

Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont accordé la priorité à une vie saine et à des choix plus sains. Le prochain accord devrait peut-être mettre l'accent lui aussi sur ces aspects. Notre système est vraiment axé sur les soins actifs et financé en fonction des soins actifs. Le Transfert canadien en matière de santé est axé sur un système de soins actifs, mais nous devons investir en amont, dans la prévention et la promotion.

Chez nous, plus de 50 p. 100 de la population autochtone est en moins bonne santé et obtient de moins bons résultats de la santé. Nous sommes donc très conscients que les sommes que nous investissons dans les soins actifs ne vont pas aussi loin qu'ailleurs. Ces maladies liées au mode de vie et ces choix se traduisent par des coûts plus élevés des soins actifs. Nous recommanderions fortement que ces aspects deviennent prioritaires dans un nouvel accord.

M. Manion : Je crois fermement dans l'importance de l'atténuation des effets des déterminants sociaux de la santé, mais nous devons accepter le fait que nous sommes devant le tsunami des personnes âgées. Nous commençons à parler de la promotion, de la prévention et de la nécessité d'intervenir rapidement. Nous devons aussi parler des enfants et des jeunes, mais je n'en entends pas beaucoup parler à cette table. Je ne pense pas que beaucoup de représentants examinent ces groupes.

Je représente aussi la santé mentale des enfants et des jeunes, où c'est encore plus important à certains égards, parce que nous connaissons les coûts pour l'être humain et pour le système si nous n'intervenons pas très tôt dans leur vie. Si nous voulons faire quelque chose, que ce soit pour modifier en partie l'influence sur les déterminants sociaux de la santé, ou pour atténuer une partie

youth. We have to look at where our opportunities lie and the other sectors that need to be involved in this. It is not just the health care sector.

We have talked about the role of health care in promoting wellness. It is significant. That will be in partnership with recreation. That will be in partnership with education. That will be in partnership with child welfare and youth justice and all the other sectors. The integration of health care from this lens must be across sectors, with an emphasis on the young.

Ms. Henningsen: From the community point of view, there are two areas in which we see the social determinants of health. Obviously, when you provide health in the community, it is very important that someone has a house, they have a meal, they have transportation and they are not socially isolated. However, it really is, in some of the provincial initiatives, looking at aging at home or aging in place. That aging-at-home mentality or strategy, particularly, for example, in Manitoba, really caused the health people, the policy people and the administrators to look more broadly. They found they could not just provide a nursing visit to someone and expect them to thrive and live independently and safely at home. Those social determinants of health are really wrapped around the aging at home or aging in place philosophy.

Two concrete suggestions to consider in the new health accord are aging at home or aging in place strategies. That would go beyond just fixing and discharging the acute case. One that was disappointing in the last health accord is that First Nations, Inuit and Aboriginal were not even included. That certainly is something that the social determinants of health really impact. From a First Nations and Inuit home and community care point of view, they are struggling with being able to provide appropriate services with their limited budgets.

Senator Art Eggleton (*Deputy Chair*) in the chair.

Mr. McNamara: In talking about the determinants of health, I will give an example of what is happening in our province. We have a ministerial committee comprised of ministers of health and wellness, community services, including housing, justice, labour and workforce development, and education. We are trying to deal with a number of issues across the continuum from complex cases, which include individuals who are brain injured, and how to deal with that in many of our different institutions. We are dealing with mental health, addiction, children and youth, better health care sooner, housing strategy, transportation, abuse and bullying. We are trying to bring a number of departments together.

As we work together, we are finding we would be able to work and different departments can take different roles in trying to deal with the preventive side, as well as the others, with the determinants of health.

des effets, nous devons examiner les nourrissons, les enfants et les jeunes. Il faut se demander où se trouvent nos possibilités et quels autres secteurs doivent entrer en jeu eux aussi. Ce n'est pas seulement l'affaire du secteur de la santé.

Nous avons parlé du rôle des soins de santé pour promouvoir le bien-être. Il est important. Cela se fera en partenariat avec les loisirs. Il faudra un partenariat avec l'éducation. Il faudra un partenariat avec les services à l'enfance, la justice pour les jeunes et d'autres secteurs. L'intégration des soins de santé, dans cette perspective, doit se faire dans tous les secteurs et mettre l'accent sur les jeunes.

Mme Henningsen : Du point de vue communautaire, il y a deux domaines où nous voyons les déterminants sociaux de la santé. Évidemment, quand on offre des soins de santé dans la collectivité, il est très important que les gens aient un toit, qu'ils aient à manger, qu'ils puissent se déplacer et qu'ils ne soient pas isolés socialement. C'est cependant ce qui se passe dans quelques initiatives provinciales. Je pense à vieillir chez soi. Cette mentalité ou stratégie du vieillissement chez soi, en particulier, par exemple, au Manitoba, a vraiment poussé les professionnels de la santé, les décideurs et les administrateurs à élargir leur champ de vision. Ils ont constaté qu'ils ne pouvaient pas offrir simplement une visite d'une infirmière et s'attendre à ce que la personne visitée s'épanouisse et vive de manière indépendante et en sécurité à la maison. Ces déterminants sociaux de la santé entourent toute la philosophie du vieillissement chez soi.

Deux suggestions concrètes à envisager dans le nouvel accord sur la santé sont le vieillissement chez soi ou des stratégies du vieillissement chez soi. Il ne s'agirait plus simplement de donner des soins actifs et de renvoyer ensuite les patients à la maison. Une déception dans le dernier accord sur la santé est que les Premières nations, les Inuits et les Autochtones étaient exclus. C'est certainement un aspect sur lequel les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir une réelle influence. Les soins communautaires et à domicile pour les Premières nations et les Inuits ont du mal à offrir les services pertinents avec leurs budgets très limités

Le sénateur Art Eggleton (*vice-président*) occupe le fauteuil.

M. McNamara : À propos des déterminants de la santé, je donnerai un exemple de ce qui se passe dans notre province. Nous avons un comité ministériel composé des ministres de la santé et du bien-être, des services communautaires, y compris le logement, la justice, le travail et le développement de la main-d'œuvre, et l'éducation. Nous essayons de résoudre quelques problèmes dans le continuum des cas complexes, y compris les personnes souffrant de lésions cérébrales, et de voir comment faire dans un grand nombre de nos établissements différents. Nous nous occupons de santé mentale, de toxicomanie, de services à la jeunesse, de soins de santé en amont, de stratégie du logement, de transport, de violence et d'intimidation. Nous essayons de réunir plusieurs ministères.

En travaillant ensemble, nous nous rendons compte que c'est possible et que divers ministères peuvent jouer des rôles différents dans le domaine de la prévention, par exemple, au sujet des déterminants de la santé.

The health accord has become the topic of the day and we have some concerns that it cannot be at the expense of other transfers. If that happens the housing will go, education will go and community services will go. We have to make sure we keep that part in play at the same time. If we do not start breaking down the silos, even within government, we will not achieve anything.

The Deputy Chair: Silos, no doubt, are an additional problem when talking about social determinants.

Mr. Morgan: I wanted to tie this one back to a couple of the other items on our agenda, including the remuneration and accountability frameworks. This is an area where there are some demonstrated benefits of bundling payments, particularly around primary health care for team-based care and for services that go beyond health care but include a variety of social services.

I would look, for instance, to some of the examples of CLSCs in Quebec, where health and social services are reasonably well-integrated. Admittedly, that model is marginalized within Quebec because of the dominance of fee-for-service primary health care provision; nevertheless, the provinces and the federal government could possibly come together in agreement around moving some percentage of the populations in the provinces toward that kind of model of primary health care and that level of breadth of funding.

I have to agree with Minister McNamara around the notion that this cannot be seen as health care dollars doing what social services and housing dollars also need to do. If you are going to expand the scope, you still require those multiple envelopes of funding, and probably in those silos, otherwise the acute care sector of health would suck up what would be valuable and important social service in housing dollars.

Senator Kelvin Kenneth Ogilvie (*Chair*) in the chair.

Dr. Haggie: The word “mitigation” was used earlier. That has certainly been the physician’s traditional role in coping with the social determinants of health.

If you look at a healthy population as your ultimate goal, then really the profession as a group has a role to inform, educate and perhaps even then start to advocate. I do not know that you would necessarily roll that specifically into an accord on health care, but from a social responsibility point of view the medical profession probably has a task to speak up there.

It is probably not a terribly practical thing in terms of writing the next accord, but by raising the profile of social determinants of health as a profession — and this is our goal over the next six or eight months — we have a role to play in bringing it to the fore. It is a huge issue for a lot of people.

Childhood obesity is an epidemic, but is it a health care issue or a societal issue? On my trip to Labrador, everywhere I went further away from the Trans-Labrador Highway the cost of a head of lettuce went up and up and up, and hit seven bucks by the time I

L'accord sur la santé est devenu le sujet d'actualité et nous devons nous assurer qu'il ne se fera pas aux dépens des autres transferts, sinon le logement en fera les frais, tout comme l'éducation et les services communautaires. Nous devons nous assurer de maintenir tout cela en place. Si nous ne commençons pas à décloisonner, même au sein du gouvernement, nous ne parviendrons à rien.

Le vice-président : Le cloisonnement est évidemment un autre problème quand il est question de déterminants sociaux.

M. Morgan : Je voudrais rattacher ceci à quelques autres points à notre ordre du jour, y compris la rémunération et les mécanismes de reddition des comptes. C'est un domaine où les avantages du regroupement des paiements ont été démontrés, en particulier pour les soins de santé primaires en équipe et les services qui vont au-delà de la santé et comprennent divers services sociaux.

Je pense, par exemple, aux CLSC au Québec, où les services de santé et les services sociaux sont raisonnablement bien intégrés. Évidemment, ce modèle est marginalisé au Québec, à cause de la domination des soins primaires rémunérés à l'acte; les provinces et le gouvernement fédéral pourraient néanmoins s'entendre pour déplacer un certain pourcentage des populations des provinces vers ce type de modèle de soins primaires et ce niveau de financement élargi.

Je dois convenir avec le ministre McNamara qu'il ne faut pas envisager que le financement de la santé fasse aussi ce que doit faire le financement des services sociaux et du logement. Si vous élargissez la portée, il faudra encore ces multiples enveloppes de financement et probablement de manière cloisonnée, sinon le secteur des soins actifs siphonnera ce qui devrait être du financement précieux et important pour les services sociaux et le logement.

Le sénateur Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*) occupe le fauteuil.

Dr Haggie : Le mot « atténuation » a été employé plus tôt. C'est certainement ainsi qu'on a envisagé le rôle traditionnel du médecin face aux déterminants sociaux de la santé.

Si une population en santé est le but ultime, alors la profession, en tant que groupe, a le rôle d'informer, d'éduquer et peut-être même de commencer à promouvoir la santé. Je ne sais pas si cela devrait nécessairement figurer dans un accord sur la santé, mais du point de vue de la responsabilité sociale, la profession médicale a probablement un devoir de s'exprimer.

Ce n'est probablement pas très pratique à inscrire dans le prochain accord, mais pour rehausser le profil des déterminants sociaux de la santé en tant que profession — et c'est notre but au cours des six ou huit prochains mois — nous avons un rôle à jouer. C'est un énorme problème pour bien des gens.

L'obésité chez les enfants est épidémique, mais est-ce un problème de santé ou un problème social? Quand je suis allé au Labrador, plus je m'éloignais sur la route Trans-Labrador, plus le coût d'une laitue augmentait. Il était rendu à sept dollars quand je

reached the coast. However, at each of those stores a can of pop and a bag of chips was exactly the same price as in downtown Toronto. If you are on a fixed income and hungry, where will you go?

Senator Merchant: I come from Saskatchewan and we have a large First Nations population. I know this is a problem across Canada. There is such a dire need in our First Nations communities. I am wondering, looking around the table this morning, if we have someone here who will speak to the very particular attention that we must pay in recommendations that we can perhaps make in dealing with the health of our First Nations.

We know, from all the reports on the mortality rates, the infant mortality rates, the special health rates they have as a group, and we really need to pay some special attention to them. I know we need to deal with every part of our society.

I am happy that Mr. Manion is here to speak on behalf of mental health. I know you are all involved in this, but I am wondering if someone could speak particularly to that issue at some point.

Mr. Manion: I have made a note.

The Chair: I will return to that question at the end. Perhaps you can all give that some thought, and we will have intervention later in that regard.

Let us move to Item 6, Research and Innovation. We have asked you to approach every one of these items from the innovation point of view, but we wanted to put up the topic in its own right. I will ask Dr. Kitts to begin.

Dr. Kitts: I know research and innovation is a key success factor to a better future in health care. It is an incredibly important part of investment in health. It is future-oriented but very important.

There is a lot of innovation happening in pockets across the country. What drives innovation is necessity. The most meaningful innovations are happening at the rock face, right at the front lines, when stressed by shortages of health professionals, money or capacity. There is a huge opportunity for us as a country to tap into that and identify it, evaluate it and communicate it across the country.

I want to issue a word of caution because most innovation is a number of bright, knowledgeable people in the field getting together and agreeing on a good idea. It does not always pan out. If you are going to identify it as a best practice, I think that term is a bit overused.

Currently at the Health Council of Canada, we are working to identify what would be an emerging practice or innovation, a promising practice, a leading practice and where there is scientific evidence based on results, outcomes and costs, a best practice. It is a

suis arrivé sur la côte, mais dans tous ces magasins, le prix d'une canette de boisson gazeuse et d'un sac de croustilles était exactement le même que dans le centre-ville de Toronto. Si vous avez un revenu fixe et que vous avez faim, qu'est-ce que vous achetez?

Le sénateur Merchant : Je viens de la Saskatchewan et nous avons une forte population des Premières nations. Je sais que c'est un problème partout au Canada. Les besoins sont tellement criants dans nos collectivités des Premières nations. Je me demande, en jetant un coup d'œil autour de la table ce matin, si quelqu'un parmi nous parlera de l'attention très particulière que nous devrions accorder à la santé de nos Premières nations dans nos éventuelles recommandations.

Nous connaissons, d'après les statistiques, leurs taux de mortalité, leurs taux de mortalité infantile, leurs taux particuliers dans le domaine de la santé, en tant que groupe, et nous devons vraiment leur accorder une attention spéciale. Je sais que nous devons tenir compte de tous les groupes de notre société.

Je suis heureux que M. Manion soit ici pour parler au nom de la santé mentale. Je sais que vous êtes tous touchés par cette question, mais je me demande si quelqu'un pourrait l'aborder à un moment donné.

M. Manion : J'ai noté.

Le président : Je reviendrai à cette question à la fin. Vous pouvez peut-être tous y réfléchir, et nous aurons une intervention plus tard à ce sujet.

Passons au sixième thème, la recherche et l'innovation. Nous vous avons demandé d'aborder chacun des thèmes du point de vue de l'innovation, mais nous voulions aussi aborder directement la question. Je demanderai au Dr Kitts de commencer.

Dr Kitts : Je sais que la recherche et l'innovation sont un grand facteur d'un meilleur avenir des soins de santé. C'est un aspect extrêmement important des investissements en santé. C'est axé sur l'avenir, mais très important.

Il y a beaucoup d'innovation çà et là au pays. La nécessité est le moteur de l'innovation. Les innovations les plus significatives se font sur la ligne de front, quand on est confronté à des pénuries de professionnels de la santé, d'argent ou de capacité. Nous avons une énorme possibilité, en tant que pays, de puiser dans cette source, de la cerner, l'évaluer et la communiquer partout au pays.

Je voudrais faire une mise en garde, parce que la plus grande partie de l'innovation vient d'un petit nombre de gens intelligents et avertis sur le terrain, qui se réunissent et s'entendent sur une bonne idée. Parfois, cela ne tourne pas bien en fin de compte. Si vous qualifiez cela de pratique exemplaire, je pense que ce terme est un peu galvaudé.

Actuellement, au Conseil canadien de la santé, nous nous efforçons de cerner ce qui serait une pratique émergente ou une innovation, une pratique prometteuse, une pratique d'avant-garde pour laquelle il y a des preuves scientifiques fondées sur les

huge, untapped part of Canadian health care, and there are some pockets of world-class innovations that could be propagated out. We need to be able to identify, support and communicate them.

Dr. Schull: I would agree with Dr. Kitts. I think that as a society, we need to be willing to make greater investments in research and innovation. You have asked us for innovative ideas, and that is great to bring us around the table, but at the end of day, this reflects our opinion, some based on research out there. Ultimately, are we willing as a society to invest in the production of this kind of knowledge?

For example, in the Obama health reform legislation, a centre for innovation has been established in the form of the Centers for Medicare & Medicaid Services. It is well funded. I think one of the mistakes Canada makes again and again is we pay lip service to these issues but underfund small agencies and expect they will somehow produce miracles.

When you look at the quality councils across Canada, for example, and you see the variation in their funding, including the Health Quality Council of Canada, we are not investing in a serious way in the production of innovative knowledge. If we want innovation and research, we will actually have to invest in that. The payoffs are not a one-to-one ratio; not every project results in success.

In addition, the production of new knowledge and innovation in the health care system requires better information systems. We could gain tremendous insight into better ways of delivering care that would be able to measure the triple aim of satisfaction and outcomes in value if we actually had information, if we had data systems that were responsive and shared across the country. We have a tremendous problem of a lack of access to information in this country. We are very secretive, even within jurisdictions, about health data. It is seen as a political risk for this data to be available for research. That is completely crazy. Reports done by ministries of health to evaluate X, Y or Z are treated like government secrets, yet we should be out there learning from each other, but we are not.

Again, when talking about research and innovation, it is occurring at multiple levels. We need to be willing to invest in it. That requires infrastructure, information systems and, frankly, leadership from the federal government on this point. The federal government should seriously be investing in the production of this kind of knowledge and innovation. We need to move away from the pilot project society, where everything is a pilot project that lives for a year or two, produces some nice results and then dies a silent and quick death when the funding runs out. That requires sustained funding.

résultats, des résultats et un coût, une pratique exemplaire. C'est une partie énorme et peu exploitée des soins de santé canadiens, et il y a quelques innovations de calibre mondial qui pourraient être propagées. Nous devons pouvoir les repérer, les appuyer et les communiquer.

Dr Schull : Je suis d'accord avec le Dr Kitts. Je pense qu'en tant que société, nous devons être disposés à investir davantage dans la recherche et l'innovation. Vous nous avez demandé des idées inventives et c'est formidable de nous réunir autour de cette table, mais au bout du compte, cela reflète notre opinion, parfois fondée sur des recherches. Sommes-nous prêts, en tant que société à investir dans la production de ce type de savoir?

Par exemple, dans la loi sur la réforme de la santé du président Obama, un centre pour l'innovation a été établi sous la forme de centres de services médicaux. Il est bien financé. Je pense que c'est l'une des erreurs que commet sans cesse le Canada. Nous nous contentons de belles paroles; nous sous-finançons les petites agences et nous nous attendons à ce qu'elles fassent des miracles.

Quand on regarde les conseils sur la qualité au Canada, par exemple, et qu'on voit les écarts dans le financement, y compris le Conseil canadien de la qualité de la santé, on constate que nous n'investissons pas sérieusement dans la production de savoir novateur. Si nous voulons de l'innovation et de la recherche, nous devons investir dans ces domaines. Les retombées ne sont pas à un ratio d'un pour un; tous les projets ne sont pas couronnés de succès.

En outre, la production de nouveau savoir et d'innovation dans le système de santé exige de meilleurs systèmes d'information. Nous pourrions acquérir une formidable connaissance des meilleures façons de fournir les soins qui pourraient mesurer le triple but de la satisfaction et des résultats si nous avions de l'information, si nous avions des systèmes de données sensibles et partagés d'un bout à l'autre du pays. Nous avons un énorme problème de manque d'accès à l'information dans notre pays. Nous sommes très cachottiers, même à l'intérieur d'une même province, au sujet des données sur la santé. C'est considéré comme un risque politique que ces données soient accessibles pour la recherche. C'est complètement fou. Les rapports des ministères de la santé pour évaluer X, Y ou Z sont traités comme des secrets d'État. Nous devrions tous apprendre les uns des autres, mais nous ne le faisons pas.

Encore une fois, la recherche et l'innovation se font à de multiples niveaux. Nous devons être disposés à investir dans ce domaine. Cela exige des infrastructures, des systèmes d'information et, franchement, un leadership du gouvernement fédéral. Le gouvernement fédéral devrait investir sérieusement dans la production de ce type de savoir et d'innovation. Nous devons nous éloigner de la société des projets pilotes, où tout est un projet pilote qui vit pendant un an ou deux, produit quelques résultats intéressants, puis meurt tout à coup dans le silence le plus complet quand le financement se tarit. Il faut du financement continu.

Senator Martin: Innovation has come up again and again and we know it is important. Did the 2004 accord incent or encourage innovation better than before the accord? If so, how? What needs to be built into the next accord to improve that?

Dr. Schull: It incited innovation in the narrow areas that it targeted. Therefore, we are now delivering hip and knee replacements more rapidly than before, but it is very narrow.

If we identify, for example, integration and transitions of care as kind of the next generation of targets that we need to try to achieve, then that needs to be incented and the innovation will follow in producing a change in that area. The 2004 accord produced some innovation, but it was very narrow.

I want to make another point. This word “innovation” is way overused. We hear it all the time; everything is innovative these days. There are two types of innovation in my mind. One is doing things that are truly new and innovative and that have not been done before. The second thing, which is probably more important for our system, is to adopt ideas that work elsewhere, modify and implement them to suit our system. It does not sound as fantastic or innovative, but at end of the day it will deliver better care, and that is what counts.

The Chair: I want to remind us all that at the outset we said that we consider innovation not the original idea but something that is actually implementable and implemented.

Ms. Hoffman: I wanted to pick up on some of the points that have been made in these last couple of interventions around research and innovation. I will start by noting that in the 2004 accord, three of what we call pan-Canadian health organizations were mentioned: The Canadian Institute for Health Information was referenced apropos of reporting on wait times; Canada Health Infoway was referred to in the context of moving forward and making further progress on development and uptake of electronic health records; and the Health Council of Canada was referenced in the context of reporting on best practices and progress against various of the elements of the accord.

I note those three were referenced because there are, in addition to those organizations, a number of other what we would regard as quite important pan-Canadian health organizations that have roles to play in and around not only the area of knowledge translation, but the development of new knowledge about best practices, appropriate use and so on, which I am not sure have come up in any great detail or depth in the work of the committee so far.

I will refer specifically to ones that are part of the intergovernmental apparatus in health care in Canada. They are principally funded by the federal government, but in some cases they are supported by the provinces and territories, either in their core funding or in the actual activities that they pursue. I am

Le sénateur Martin : L'innovation revient sans cesse et nous savons qu'elle est importante. L'accord de 2004 a-t-il incité ou encouragé l'innovation davantage qu'avant? Si oui, comment? Que faut-il inclure dans le prochain accord pour aller encore plus loin?

Dr Schull : Il a incité l'innovation dans les étroits domaines qu'il ciblait. Par conséquent, nous offrons maintenant des remplacements de la hanche et du genou plus rapidement qu'avant, mais c'est très limité.

Si nous décidons, par exemple, que l'intégration et les transitions des soins sont la prochaine génération de cibles que nous devons chercher à atteindre, alors il faut les stimuler, et l'innovation suivra et produira un changement dans ce domaine. L'accord de 2004 a produit un peu d'innovation, mais dans des domaines très limités.

Je voudrais ajouter quelque chose. Le mot « innovation » est galvaudé. On l'entend tout le temps, tout est innovant par les temps qui courent. À mon avis, il y a deux types d'innovation. Le premier consiste à faire quelque chose de vraiment nouveau et novateur, qui n'a jamais été fait auparavant. Le deuxième, qui est probablement plus important pour notre système, consiste à adopter des idées qui fonctionnent ailleurs, à les modifier et à les mettre en œuvre dans notre système. Cela ne paraît pas aussi fantastique ou novateur, mais finalement, cela permet d'offrir de meilleurs soins, et c'est ce qui compte.

Le président : Je rappelle à tout le monde que nous avons déclaré d'entrée de jeu que nous considérons comme une innovation non pas l'idée originale, mais quelque chose qui peut être mis en œuvre et qui l'est.

Mme Hoffman : J'aimerais revenir sur certains aspects des dernières interventions sur la recherche et l'innovation. Je fais d'abord remarquer que, dans l'accord de 2004, trois organisations de la santé que nous qualifions de pancanadiennes étaient mentionnées : l'Institut canadien d'information sur la santé était évoqué à propos de la déclaration du temps d'attente; Inforoute Santé du Canada était évoquée dans le contexte des progrès à accomplir pour mettre en place et adopter les dossiers de santé électroniques; et le Conseil canadien de la santé était évoqué dans le contexte de la diffusion des pratiques exemplaires et des rapports sur les progrès de divers éléments de l'accord.

Je précise que ces trois organisations étaient mentionnées mais qu'il y en a d'autres, dont certaines que nous considérerions comme des organisations pancanadiennes de la santé assez importantes et qui ont des rôles à jouer non seulement pour traduire le savoir, mais aussi pour développer de nouvelles connaissances sur les pratiques exemplaires, sur l'utilisation pertinente, et ainsi de suite, et que ces autres organisations n'ont pas été examinées très en profondeur dans les travaux du comité jusqu'ici, selon moi.

Je pense plus exactement à celles qui font partie de l'appareil intergouvernemental des soins de santé au Canada. Elles sont financées principalement par le gouvernement fédéral, mais dans certains cas, elles sont appuyées par les provinces et les territoires, soit par le financement de base ou dans leurs activités concrètes. Je

referring to organizations like the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. I think you have received a written submission from that organization. There is also the Canadian Health Services Research Foundation, the Canadian Patient Safety Institute, the Mental Health Commission of Canada and the Canadian Partnership Against Cancer.

There are many others. These are ones, as I say, that we refer to as this kind of bundle of eight pan-Canadian organizations, but there are many other organizations representing provider communities or regulatory bodies at the national level.

These organizations, with the exception of Infoway and the cancer partnership, have very small budgets, as Dr. Schull mentioned. They range from \$25 million per year down to \$8 million or \$9 million per year. However, they do a lot of work and they produce a lot of information.

With respect to your specific question around knowledge translation, whether and how their findings are disseminated and whether and how they are taken up is an entirely different matter. This is a theme that came up earlier this morning. This issue of aligning incentives to ensure that best practices are adopted is a pretty key issue. I would want to commend to the committee as you think about research and innovation that there is dissemination and knowledge translation but also the issues of what is it about how providers are remunerated, institutions are financed and so on that help ensure that many of these findings are taken up.

If I recall correctly, in the session that the committee held on the National Pharmaceuticals Strategy, it was either Mr. Morgan, or Dr. Bob Peterson who gave the example of work that had been done by the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health related to the use of diabetes test strips, which produced some findings. I will not belabour the example, but they represented that had that practice been adopted within the remuneration systems of public drug plans across the country, there would have been literally hundreds of millions of dollars in savings. However, it is to the point that reinforcement through the remuneration systems, in this case, remuneration through provincial drug plans, has not occurred, and there are all kinds of reasons for that. I want to make that point.

Second, with respect the networking among these organizations, I do not want to say they operate in silos, but they could work better together and they could work better with some of their counterparts across the country, like ICES, Dr. Schull's organization and many others. We have quality councils and health technology assessment capacity distributed broadly across the country, but I think we are in the early days of having these organizations work well together.

pense à des organisations comme l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Je crois que vous avez reçu un mémoire de cette organisation. Il y a aussi la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, la Commission de la santé mentale du Canada et le Partenariat canadien contre le cancer.

Il y en a de nombreuses autres. Je le répète, ce sont celles qui font partie de ce groupe de huit organisations pancanadiennes, mais de nombreuses autres organisations représentent des communautés de fournisseurs ou des organismes de réglementation au niveau national.

À l'exception d'Inforoute et du partenariat contre le cancer, ces organisations ont de très petits budgets, comme l'a indiqué le Dr Schull. Les budgets peuvent atteindre 25 millions de dollars par année, mais ils sont parfois aussi peu élevés que 8 ou 9 millions de dollars par année. Ces organisations sont cependant très actives et produisent beaucoup d'information.

En ce qui concerne votre question sur la traduction du savoir, comment les résultats sont diffusés, s'ils le sont, et comment ils sont adoptés, c'est une autre histoire. C'est un thème qui a été évoqué ce matin. Aligner les mesures incitatives pour s'assurer que les pratiques exemplaires sont adoptées est assez essentiel. J'aimerais conseiller au comité de ne pas oublier, dans sa réflexion sur la recherche et l'innovation, la diffusion et la traduction du savoir, mais aussi la manière dont les fournisseurs sont rémunérés, dont les établissements sont financés, et ainsi de suite, afin qu'un grand nombre des constatations aient des suites.

Si je me souviens bien, dans la séance du comité portant sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, M. Morgan ou le Dr Bob Peterson a donné un exemple de travaux effectués par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé concernant l'utilisation de bandelettes de test glycémique, qui ont donné certains résultats. Je n'insisterai pas sur l'exemple, qui visait à démontrer que l'adoption de cette pratique par les systèmes de rémunération des régimes d'assurance-médicaments publics du pays aurait permis d'économiser des centaines de millions de dollars. Il indique cependant que le renforcement par l'entremise des systèmes de rémunération, en l'occurrence la rémunération par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux, ne s'est pas fait, pour toutes sortes de raisons. Je voulais le souligner.

Deuxièmement, en ce qui concerne le réseautage entre ces organisations, je ne dirais pas qu'elles sont compartimentées, mais elles pourraient mieux travailler ensemble et elles pourraient mieux travailler avec certains de leurs homologues partout au pays, comme, comme l'IRSS, l'organisation du Dr Schull, et de nombreuses autres. Nous avons des conseils de la qualité et une capacité d'évaluation des technologies de la santé d'un océan à l'autre, mais je pense que ces organisations commencent à peine à bien travailler ensemble.

Finally, on this topic, often when we talk about innovation, we may tend to focus on shiny new super high-tech technologies. A great deal can be accomplished in the kind of less sexy environment of appropriate use of available technology, just to use that as an example. This may have been referred to in passing in earlier testimony; I am not sure, but I will give the example of what has happened and what has emerged in the aftermath of some of the supply disruptions related to medical isotopes in Canada. When there were problems at the Chalk River reactor with respect to producing medical isotopes, the initial reaction was that it would have catastrophic consequences for care and treatment, particularly around diagnostics and treatments where medical isotopes are used. As time went on and the disruptions in available supply persisted over a period of time, it became clear that both administrators and clinicians found better ways to make use of the available supply and, ultimately, realized that there had been considerable misuse, wastage and unnecessary procedures that had been prescribed, and, in fact, the system could make do with considerably less.

We then decided that in order to follow up on that in a more rigorous way, we provided the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health with some funding over a couple of years to bring together providers and policymakers pertaining to the imaging area to take a look at the appropriate use of medical isotopes in the health care system. Our expectation, based on the work done so far, is that the innovations they will produce will be more guidance about how best to use that scarce and expensive resource. The isotopes are not expensive, but the procedures in which they are used are expensive.

A lot needs to be done, and a number of the other organizations I mentioned are in that world of making sure that the resources that we have are appropriately used. Getting that information out and getting that adopted as practice and policy is where the further innovation is required.

Senator Eggleton: Dr. Schull started off by talking about innovation in two senses. The second sense was the sharing of best practices or innovations that are emerging or promising in one part of the country or the other. I understand that a best practices network was set up but then fell apart.

What can we learn from that in terms of how we move forward on this issue? Why did it fall apart, and what do we need to replace it? I thought that was the idea behind that. No one knows?

Maybe Dr. Kitts knows about this because it was reported by the health council and then subsequently we were told it was dissolved.

Dr. Kitts: Do you mean the health innovation fund?

Senator Eggleton: It was called the “best practices network,” I understand.

Enfin, sur ce thème, on a souvent tendance, quand on parle d'innovation, à insister sur les nouvelles supertechnologies clinquantes. On peut pourtant accomplir bien des choses dans le contexte moins séducteur de l'utilisation pertinente des technologies disponibles, pour ne donner que cet exemple. On l'a peut-être évoqué en passant dans les témoignages antérieurs; je n'en suis pas certaine, mais je donnerai l'exemple de ce qui est arrivé et a émergé après quelques perturbations de l'approvisionnement en isotopes médicaux au Canada. Lorsqu'il y a eu des problèmes avec le réacteur de Chalk River pour la production d'isotopes médicaux, la première réaction a été de dire que les conséquences seraient catastrophiques pour les soins et les traitements, en particulier les diagnostics et les traitements faisant appel aux isotopes médicaux. À mesure que le temps a passé et que les perturbations de l'approvisionnement ont duré, il est devenu évident que les administrateurs et les cliniciens avaient trouvé de meilleures façons d'utiliser les isotopes disponibles et fini par réaliser qu'il y avait un usage abusif considérable, du gaspillage et des procédures inutiles et que, en réalité, le système pouvait fonctionner avec beaucoup moins.

Pour assurer un suivi plus rigoureux, nous avons ensuite décidé de fournir à l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé du financement pendant quelques années afin de réunir les fournisseurs et les décideurs dans le domaine de l'imagerie pour voir comment utiliser correctement les isotopes médicaux dans le système de santé. Ce que nous prévoyons, compte tenu des travaux effectués jusqu'ici, c'est que leurs innovations seront des directives plus précises sur la meilleure façon d'utiliser cette ressource rare et coûteuse. Ce ne sont pas les isotopes qui coûtent cher, mais les procédures dans lesquelles ils sont utilisés.

Il y a beaucoup de travail à faire, et certaines des organisations que j'ai mentionnées s'efforcent justement de faire en sorte que les ressources dont nous disposons sont utilisées au meilleur escient. L'innovation nécessaire consiste à diffuser cette information et faire adopter ces pratiques.

Le sénateur Eggleton : Le Dr Schull a commencé en disant qu'il y avait deux sens à l'innovation. Le deuxième était l'échange des pratiques exemplaires ou des innovations émergentes ou prometteuses d'une région du pays à une autre. Je crois comprendre qu'un réseau de pratiques exemplaires avait été créé, mais qu'il s'est écroulé.

Quelles leçons peut-on en tirer pour avancer dans ce domaine? Pourquoi a-t-il disparu et par quoi peut-on le remplacer? Je pensais que c'était le but visé. Personne n'est au courant?

Le Dr Kitts est peut-être au courant, parce que la nouvelle a été annoncée par le conseil de la santé, puis on nous a dit que cela avait été dissous.

Dr Kitts : Vous voulez dire le fonds d'innovation en santé?

Le sénateur Eggleton : Cela s'appelait le « réseau des pratiques exemplaires », si j'ai bien compris.

Dr. Kitts: I am not sure what best practices network was, but this follows on your question to Dr. Schull, Senator Martin.

What Dr. Schull was getting at when he used wait times was if someone sets the targets, what is important for us to look at innovation? That focuses it better than everyone scattered doing everything to meet their own needs at the local level. What are the three most important things we would like to hear from across the country that would improve innovation? Something like where are teams actually functioning and working, maybe impact. There may be others across the province where there are teams, if that becomes an important thread.

I will give a concrete example. Everybody jumps on the need for an innovation fund. There is a lot of innovation happening across the country without any innovation fund, but I believe we need something like a network to bring it together and focus on what is really important.

In Ontario, I belong to a council of academic hospitals, Council of Academic Hospitals of Ontario, and we recently agreed as a group to use innovations in our own organizations to solve problems that we identify as significant problems.

Everyone will then submit what they are doing in terms of trying to solve the problem, like med reconciliation, antibiotic stewardship in the ICU, hygiene — all simple problems we are struggling with. It would be reviewed by a group of vice-presidents of research, knowing it is not a scientific decision but a reasonableness decision; it is an emerging practice, a leading practice. We see who has the leading practice, and then we all sign on to follow along or work together to make sure it happens. In that way, innovation in our 24 organizations does get identified and disseminated, and we have agreed to follow along to bring everyone up.

That could be done at a national level through the provinces, regions and front-line organizations, but you have to identify what you are trying to solve and bring the innovation forward.

Mr. Morgan: I want to make a couple of points on this one. First, in regard to health innovation and health technology innovation, whether medicines or devices, Canada's strategy on that file is important, and there have been a number of criticisms of our heavy reliance on indirect incentives for research and development in this country. With respect to health technology innovation strategy, I think Canada needs to look at international examples and evidence around direct investment in strategic types of technology platforms that Canada would become a global leader in. I think there is consensus across the political spectrum that there is merit in terms of the international record on that kind of investment.

Dr Kitts : Je ne sais pas trop ce qu'était le réseau des pratiques exemplaires, mais c'est une suite à votre question au Dr Schull, sénateur Martin.

Ce à quoi le Dr Schull voulait en venir quand il a parlé du temps d'attente c'était si quelqu'un fixe des cibles, sur quoi doit porter l'innovation? Cela concentre mieux l'énergie que si tout le monde est dispersé et cherche à répondre à ses propres besoins au niveau local. Quelles sont les trois mesures les plus importantes qui pourraient être prises partout au pays et qui amélioreraient l'innovation? Où sont les équipes qui fonctionnent bien? Il y a peut-être d'autres endroits au pays où il existe des équipes, si cela devient un important fil conducteur.

Je donnerai un exemple concret. Tout le monde prétend qu'il faut un fonds de l'innovation. Il y a pourtant beaucoup d'innovation dans le pays, sans fonds de l'innovation, mais je pense que nous avons besoin d'une espèce de réseau pour tout rassembler et mettre l'accent sur ce qui est vraiment important.

En Ontario, je fais partie d'un conseil des hôpitaux universitaires, le Council of Academic Hospitals of Ontario. Nous avons convenu récemment, comme groupe, d'utiliser les innovations dans nos organisations pour résoudre des problèmes que nous considérons importants.

Tout le monde présente ensuite ce qu'ils font pour tenter de résoudre le problème, comme la réconciliation des médicaments, l'intendance des antibiotiques aux soins intensifs, l'hygiène — des problèmes simples auxquels nous sommes confrontés. Les solutions sont examinées par un groupe de vice-présidents de la recherche, étant entendu qu'il ne s'agit pas d'une décision scientifique, mais d'une décision sur le caractère raisonnable de la solution; c'est une pratique émergente, une pratique d'avant-garde. Nous voyons qui l'a mise en place, puis nous nous engageons tous à l'adopter ou à travailler ensemble pour l'adopter. De cette façon, l'innovation est repérée et diffusée dans nos 24 organisations, et nous convenons d'aller dans le même sens pour que tout le monde en profite.

Cela pourrait se faire au niveau national, par l'entremise des provinces, des régions et des organisations de première ligne, mais il faut d'abord cerner le problème à résoudre et faire ressortir l'innovation.

M. Morgan : J'aimerais ajouter quelques observations à ce sujet. Premièrement, en ce qui concerne l'innovation en santé et l'innovation dans les technologies de la santé, qu'il s'agisse des médicaments ou des appareils, la stratégie du Canada dans ce domaine est importante, et il y a eu des critiques sur notre forte dépendance envers les encouragements indirects à la recherche et au développement dans notre pays. En ce qui concerne la stratégie relative à l'innovation dans les technologies de la santé, je pense que le Canada doit examiner les exemples internationaux et les données sur l'investissement direct dans des types stratégiques de plates-formes de technologie pour lesquelles le Canada pourrait devenir un chef de file mondial. Je pense qu'il y a un consensus dans tout le spectre politique sur les avantages de ce genre d'investissements à l'échelle internationale.

As it relates to health system innovation, which I think is the primary focus here, I would remind this committee and Canadians that although our investment in terms of R & D dollars represents just about 2 per cent or less of the world research and development dollars for health technologies, whatever we spend in this country, 100 per cent of the research is on the Canadian health care system.

There is a concern among researchers on health systems and health policy in Canada that there is a gradual decline in the support for that kind of research in Canada. We have heard about organizations like the Canadian Health Services Research Foundation and others. There is the Canadian Institutes of Health Research. There is evidence, for instance, that the CHSRF is on a spend-down of its endowment. It has a finite life course unless there is a reinjection of funding and maybe a rethinking of its position and mission. In the CIHR, our primary federal source of funding for health research in this country, health systems research does not receive a proportionate representation in the research dollars. There is right now a considerable interest in demonstrating the commercialization value of CIHR expenditure. The message needs to be sent to our federal health minister that as it relates to health systems research, the value proposition is not commercialization, it is the improvement in the health care system in Canada.

We might recommend to CIHR that a certain proportion of its budget be dedicated and protected for research that is about health systems for research on knowledge translation in health systems that will not have that broader commercialization mandate.

Mr. McNamara: I just remind folks that the pharmaceutical companies when they had the patent protection were to put a percentage of their income into R & D. Over the last number of years, that has been reducing every year since that agreement was made. We have to go back to reinforcing the original agreement.

Second, much of the information that people look at on the Internet is incorrect. One way to help Canadians is to look at the Cochrane Reviews, which for about \$500,000 a year would give Canadians good information. At the present time only three provinces plus the territories that have purchased licences. This is a credible source that uses all the research, all the good information that comes out, and is a way to get good information not just to individual Canadians but also to clinicians.

The Chair: A number of times interveners have brought us back to what is innovation. People in general have to understand that innovation is not invention.

When I was president of Acadia University, I introduced the President's Award for Innovation. I defined innovation as the successful implementation of new ideas. Now, new ideas — that could be taking an old broom handle and using it in a new way to solve an immediate problem. Innovation is only innovation when

En ce qui concerne le système d'innovation en santé, qui me semble être ce qui nous intéresse le plus ici, je rappelle au comité et aux Canadiens que même si nos investissements dans la R-D. représentent seulement environ 2 p. 100 ou moins des investissements mondiaux en recherche-développement axée sur les technologies de la santé, quel que soit le montant dépensé au pays, toute cette recherche porte sur le système de santé canadien.

Les chercheurs qui s'intéressent aux systèmes de santé et à la politique sur la santé au Canada craignent un déclin graduel de l'appui à ce genre de recherche au Canada. Nous avons entendu des organisations comme la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et d'autres. Il y a les Instituts de recherche en santé du Canada. Il est établi, par exemple, que le financement de la FCRSS diminue. La fondation aura une durée de vie limitée si du financement n'est pas réinjecté et sa position et sa mission devront peut-être être repensées. Dans les IRSC, la principale source fédérale de financement de la recherche en santé au pays, la recherche sur les systèmes de santé ne reçoit pas une part proportionnelle des montants affectés à la recherche. Il y a actuellement un grand intérêt pour la démonstration de la valeur commerciale des dépenses des IRSC. Il faut envoyer le message à nos ministres de la santé que, dans le cas de la recherche sur les systèmes de santé, la proposition de valeur n'est pas la commercialisation, mais bien l'amélioration du système de santé du Canada.

Nous pourrions recommander aux IRSC qu'une certaine partie de leur budget soit consacrée à des recherches sur les systèmes de santé visant à traduire le savoir dans les systèmes de santé, sans ce mandat global de commercialisation.

M. McNamara : Je rappelle simplement que, lorsque les sociétés pharmaceutiques ont obtenu la protection de leurs brevets, elles ont dû consacrer un pourcentage de leurs revenus dans la R-D. Les fonds diminuent tous les ans depuis que l'entente a été conclue. Il faut renforcer l'entente originale.

Deuxièmement, une grande partie de l'information qu'on trouve sur l'Internet est erronée. Une façon d'aider les Canadiens consisterait à les faire consulter les Cochrane Reviews, qui, pour environ 500 000 \$ par année, informeraient bien les Canadiens. À l'heure actuelle, seulement trois provinces et les territoires ont acheté des licences. C'est une source crédible, qui utilise toute la recherche, toute la bonne information qui paraît, et c'est une bonne façon d'obtenir de la bonne information, pas seulement pour les citoyens canadiens, mais aussi pour les cliniciens.

Le président : À quelques reprises, les intervenants nous ont ramenés à la définition de l'innovation. Il faut comprendre que l'innovation ce n'est pas l'invention.

Quand j'étais président de l'Université Acadia, j'ai créé le prix de l'innovation du président. Je définissais l'innovation comme la mise en œuvre réussie de nouvelles idées. Une nouvelle idée, ce peut être prendre un vieux manche à balai et s'en servir de manière à résoudre un problème immédiat. L'innovation n'est une

an idea is successfully implemented. It is not invention. There could be a discovery that leads to a new innovation, obviously, but it does not become an innovation until it is implemented. A number of you have made very important points here. That is really important for us to keep in mind as we move forward in this area.

Number 7 is the adoption of electronic health records among health care providers. I will start with Ms. Hoffman.

Ms. Hoffman: There have been a number of references this morning to electronic health records. You have heard also in earlier testimony from representatives of Canada Health Infoway.

We know that progress is clearly being made. I think almost everyone, and we would certainly say the same, would make the statement that we need to keep working and accelerate the work on uptake on EMRs and EHRs, as well as other health information technology applications in the system.

When one talks to patients or people who have interactions with the system, often individuals will say, "Yes, it is great. I have been to see my family doctor or to a clinic or a specialist and certain of my records or test results are digitized." Just to hark back to the topic of integration of care and continuity of care that the round table representatives were discussing earlier, the fact of having a digitized record of X-rays, ultrasounds, other test results or a record of prescriptions, but absent ready access to what various providers said or did with a patient at various points along the way when these various results were examined or drugs were prescribed, leaves huge gaps still when it comes to continuity of care.

First, there is much more work to do to realize the dividends and leverage the value associated with EMRs and EHRs. Second, more incentives are needed in the system, some combinations of carrots and sticks to ensure that providers in fact are using EHRs fully. As you know and will have heard from representatives of Canada Health Infoway, the initial target was to have 50 per cent of Canadians in a situation where an electronic health record would be available to them. That does not mean that actually the electronic health record and all that goes along with it is being implemented and progress on that front is being made, but some of us would argue that the imperatives around uptake need to be pursued quite vigorously.

Ms. Delancy: We spoke about this when the territorial DMs appeared before you. The success that we have had using the EHR and EMR in the early stages of rollout has been tremendous. We see potential again with remote, isolated communities to transform how we deliver services.

In terms of EHR, we have initial deployment to the first tranche of clinicians in the NWT. We have had feedback from, for example, dialysis coordinators in remote communities, saying that it has cut down their prep time. We have visiting specialists who say they can provide a better quality of care. We again have a team of physicians working on a concept of a virtual call centre in Yellowknife who are using the functionality of EMRs. They think

innovation que lorsqu'une idée se matérialise avec succès. Ce n'est pas l'invention. Une découverte peut évidemment mener à une innovation, mais elle ne devient une innovation que lorsqu'elle est mise en œuvre. Certains d'entre vous ont fait des observations très importantes. Il est très important pour nous de nous en rappeler pour avancer dans ce domaine.

Le septième thème est l'adoption des dossiers de santé électroniques par les fournisseurs de soins de santé. Je commencerai avec Mme Hoffman.

Mme Hoffman : On a évoqué les dossiers de santé électroniques à quelques reprises ce matin. Vous avez aussi entendu le témoignage des représentants d'Inforoute Santé du Canada.

Nous savons que des progrès sont clairement accomplis. Je pense que tout le monde, nous y compris, dirait qu'il faut poursuivre et accélérer l'adoption des DME et des DSE, ainsi que d'autres applications de technologies de l'information en santé dans le système.

Quand on parle aux patients ou aux gens qui ont des interactions avec le système, on entend souvent : « C'est formidable. J'ai vu mon médecin de famille ou un spécialiste et je suis certain que mes dossiers ou mes tests sont numérisés. » Simplement pour revenir sur le sujet de l'intégration des soins et de la continuité des soins dont il a été question autour de la table ce matin, des dossiers numérisés de radiographies, d'ultrasons, ou d'autres tests ou encore des médicaments, sans un accès facile à ce que les divers fournisseurs ont dit au patient ou fait au patient à divers points en cours de route lorsque ces résultats ont été examinés ou que des médicaments ont été prescrits, créent d'énormes lacunes dans la continuité des soins.

Premièrement, il y a beaucoup de travail à faire avant de réaliser les dividendes et de profiter de la valeur liée aux DME et aux DSE. Deuxièmement, il faut plus de mesures incitatives dans le système, des carottes et des bâtons, afin de s'assurer que les fournisseurs utilisent pleinement les DSE. Comme vous le savez et comme vous l'avez entendu de la part des représentants d'Inforoute Santé du Canada, l'objectif au départ était que 50 p. 100 des Canadiens aient accès à un dossier de santé électronique. Cela ne veut pas dire que le dossier de santé électronique et tout ce qui va avec est mis en place, et des progrès sont réalisés sur ce front, mais certains d'entre nous soutiendraient qu'il faut poursuivre énergiquement les impératifs de l'adoption.

Mme Delancy : Nous en avons parlé quand les sous-ministres territoriaux ont comparu devant vous. Le succès que nous avons remporté tout de suite après avoir mis en place les DSE et DME est fantastique. Nous voyons des possibilités de transformer notre manière d'offrir les services dans les collectivités éloignées et isolées.

En ce qui concerne les DSE, nous avons d'abord eu un déploiement dans la première tranche des cliniciens des Territoires du Nord-Ouest. Des coordonnateurs des dialyses dans des collectivités éloignées, par exemple, nous ont déclaré que cela a réduit leur temps de préparation. Des spécialistes itinérants nous ont déclaré qu'ils offrent des soins de meilleure qualité. Une équipe de médecins travaille à un concept de centre d'appel virtuel

we can transform how we deliver care by using the EMR to connect with community health nurses in those communities where we do not have physicians, to use the communications capability of the EMR, which can include an e-consult and not only give our residents quicker service and better access to services but also reduce medical travel, as Dr. Haggie noted, with the equipment that is being used in Labrador.

It is a tool that increasingly is becoming absolutely critical in providing residents of Canada who do not live in urban centres with the level of care that other residents have enjoyed.

Dr. Haggie: An electronic health record has been shown in this discussion to be a fundamental building block for a lot of the items that you have had here today. The problem is that the process of implementing EHR has stalled. The early uptake is finished and the long tail of everyone else has not been dragged in with it.

For 63 per cent or thereabouts of Canadians, the technological paradigm for their health record is no different from the paper scrolls and clay jars that Hippocrates and the ancient Egyptians used. It is exactly the same. We have just changed the paper and the ink. The reason is, honestly, that it is not relevant to the bulk of practitioners in the medical field. If you want a quick, potentially fairly straightforward way of getting the EHR taken up, I would suggest, based on what we have heard from our physicians, that you push the idea of electronic prescribing. If you can get a virtual prescription with a record that shows you what was wrong with the patient before, a bit for their current complaint, and a dynamic real-time pharmacy network access, and the elements are all there, you can write a virtual prescription and authenticate it on the spot, and the one record that the patient has is instantly updated, that will make a difference to the point-of-care delivery.

That is the hook. That is the carrot to get an electronic health record in point-of-care providers' offices because, at the moment, changing from paper to electronic is greeted with the same enthusiasm as sticking your finger in a power socket and turning the switch on. No one wants to do it. It is just a huge hill to climb.

There is a good example of best practice out there, and that is the Canadian Forces. You can pull up a soldier's medical record in Kandahar from the time he was in Petawawa or Gagetown or Comox. It is updated real time. If he happens to be in Petawawa in three weeks time, that is all there. It is one record. There is not, "Well, I have a computer with some on." Unlike in my testimony before, the computers down the road bought by another health authority will not speak to each other.

With the data collection, you could have real time, point-of-care data collection. You could have that feed into a regional system where the decision makers there would know how many diabetics had turned up that week and know how many of them have had their HPAIC, or even low tech, how many have seen a

à Yellowknife à l'aide des fonctionnalités des DME. Ils pensent que nous pouvons transformer notre manière d'offrir les soins en utilisant les DME pour faire un lien avec le personnel infirmier communautaire là où il n'y a pas de médecin, pour utiliser la capacité de communication des DME, qui peut inclure des consultations virtuelles, et offrir un service plus rapide et un meilleur accès aux services mais aussi réduire les déplacements médicaux, comme l'a fait remarquer le Dr Haggie au sujet de l'équipement utilisé au Labrador.

C'est un outil qui devient de plus en plus absolument essentiel pour offrir aux résidents du Canada qui ne vivent pas dans des centres urbains le même niveau de soins qu'ailleurs.

Dr Haggie : On a montré dans cette discussion qu'un dossier de santé électronique est une pierre d'assise fondamentale pour un grand nombre des questions qui sont abordées aujourd'hui. Le problème, c'est que le processus de mise en œuvre des DSE est bloqué. L'adoption rapide est terminée et tous les autres traînent de la patte.

Pour environ 63 p. 100 des Canadiens, le paradigme technologique de leur dossier de santé n'est pas différent des rouleaux de parchemin et de la poterie du temps d'Hippocrate ou de l'Égypte antique. C'est exactement la même chose. Nous avons simplement remplacé le papier et l'encre. Franchement, ce n'est pas pertinent pour la plupart des praticiens dans le domaine médical. Si vous voulez un moyen relativement simple d'accélérer l'adoption des DSE, d'après ce que nous ont dit nos médecins, je vous suggérerais d'encourager les ordonnances électroniques. Si l'on peut obtenir une ordonnance virtuelle avec un dossier qui montre ce qui n'allait pas avec le patient auparavant, une brève description de ce qui le dérange actuellement et un accès dynamique et en temps réel à un réseau de pharmacies, si tous ces éléments sont présents et qu'on peut rédiger une ordonnance virtuelle et l'authentifier immédiatement, et si le dossier du patient est mis à jour instantanément, cela fera une différence au point de service.

C'est l'hameçon. C'est la carotte pour faire entrer les dossiers de santé électroniques dans les bureaux des fournisseurs de services, parce que, pour le moment, passer du papier à l'électronique est accueilli avec le même enthousiasme que lorsqu'on met le doigt dans une prise électrique et qu'il y a du courant. Personne ne veut faire cela. La pente à gravir est trop haute.

Il y a un bon exemple de pratique exemplaire dans les Forces canadiennes. On peut obtenir le dossier médical d'un soldat à Kandahar et y trouver toute l'information depuis le temps où il était à Petawawa, Gagetown ou Comox. C'est mis à jour en temps réel. S'il est à Petawawa trois semaines plus tard, tout est là. Il n'y a qu'un dossier. Il n'y a pas de dossiers informatiques partiels. C'est le contraire de ce que je disais plus tôt, quand j'indiquais que les ordinateurs des divers services de santé ne se parlent pas entre eux.

La collecte des données pourrait s'effectuer en temps réel au point de service. Les données pourraient être transmises à un système régional, ce qui permettrait aux décideurs de savoir combien de diabétiques sont venus pendant la semaine et combien ont eu leur HbA1C, ou même d'un point de vue moins

foot care specialist at home and had some appropriate foot care as a nice preventive measure, a little fix up. That would feed into a provincial or even a national database, so you would have the public health information there that you need to look at some of the more social elements of the system that we alluded to. That is my little rant.

Dr. Morgan: This is a critical issue, and it ties back to the accountability, our first topic. It ties back to quality. It probably connects all the dots here.

It is important for the federal government to figure out how it buys change and how it can buy particular improvements in electronic health records and the data that are developed through them. One key thing is to ensure that the systems are being developed in a way that allows for secondary use, for health system management, evaluation and ultimately health system innovation. The federal government can use a carrot in this way to make sure that systems at the provincial level are designed with secondary uses in mind and the processes are structured so that data can be accessed both by ministries but also by other organizations for health systems evaluation and research.

I want to tie on to Dr. Haggie's point with respect to electronic prescribing. It is critical both for quality and safety of patient care. That is an important asset also to physicians. They will benefit in their practice.

Second, in terms of expediting uptake of electronic medical records and the population of them, tie remuneration to this. We talked about bundling payments particularly around primary health care or incentive payments for outcomes. The way to get these systems used widely is to say, "No new money without using these systems. If you want these incentives, this extra income, you have to do it through an appropriately populated electronic medical record." The examples internationally are, in effect, remuneration tied to electronic information system use results in rapid uptake.

Mr. Manion: We have to remind ourselves that this is a tool and, to use a tool effectively, we need a good instruction manual. It is not just a question of everyone having a bright, shiny new thing to use, but how are we supposed to use it? What is supposed to go into the health record and what is not supposed to go in the health record? How much is good information? What sensitivity are we showing in terms of what is going into this record? Think about the mental health data that we would be putting into the record and who has access to that and to what end? Who owns the record? Is this something that will be a driver of some of the integration we talked about before so we are not duplicating services? What happens if, in a record, it is clear that an evaluation has been done, but the next person along the chain or in a related sector wants to do their own evaluation because they do not trust the other sector that has done it? Where are the sticks to prevent duplication now that we have one record that allows us to identify when the work has already been done?

technologique, combien ont vu un podiatre à la maison et combien ont eu des soins podiatriques à titre préventif. Ces données seraient consignées dans une base de données provinciale ou nationale, ce qui permettrait d'avoir l'information sur la santé publique dont on a besoin pour examiner certains des éléments sociaux du système auxquels nous avons fait allusion. C'était ma petite plaidoirie.

Dr Morgan : C'est un enjeu crucial, relié à la reddition des comptes, notre premier thème. C'est aussi relié à la qualité et probablement à tous les aspects examinés ici.

Il importe que le gouvernement fédéral détermine comment il peut acheter le changement et comment il peut acheter des améliorations particulières concernant les dossiers de santé électroniques et les données qui sont obtenues grâce à ces dossiers. Un aspect clé est comment s'assurer que les systèmes sont conçus de manière à permettre un usage secondaire, pour la gestion du système de santé, l'évaluation et, finalement, l'innovation dans le système de santé. Le gouvernement fédéral peut utiliser ce genre de carotte pour s'assurer que les systèmes provinciaux sont conçus en tenant compte de ces usages secondaires et que les processus sont structurés de façon à ce que les données soient accessibles aux ministères, mais aussi à d'autres organisations aux fins de l'évaluation des systèmes et de la recherche.

J'aimerais revenir sur la remarque du Dr Haggie au sujet des ordonnances électroniques. C'est crucial pour la qualité et la sécurité des soins aux patients. C'est aussi un atout important pour les médecins. Ils en profiteront dans leur pratique.

Deuxièmement, pour accélérer l'adoption de dossiers médicaux électroniques bien constitués, il faut les relier à la rémunération. Nous avons parlé du regroupement des paiements, surtout pour les soins de santé primaires, ou des incitatifs fondés sur les résultats. Pour que l'utilisation de ces systèmes se répande, il faut indiquer qu'il n'y aura pas d'argent frais si les systèmes ne sont pas adoptés; que pour avoir droit aux primes, au revenu supplémentaire, il faut passer par des dossiers médicaux électroniques bien constitués. Les exemples internationaux montrent que relier la rémunération à l'utilisation d'un système d'information électronique accélère l'adoption du système.

M. Manion : Nous devons nous rappeler que c'est un outil et que pour utiliser un outil efficacement, il faut un bon manuel d'instructions. Il ne s'agit pas simplement que tout le monde ait un nouveau jouet flambant neuf aussi mais de savoir comment l'utiliser. Qu'est-ce qui doit figurer dans le dossier de santé et qu'est-ce qui ne devrait pas s'y trouver? Quelle information est bonne? Quels renseignements confidentiels se retrouvent dans ce dossier? Pensons aux données sur la santé mentale qui se trouveraient dans ce dossier. Qui y aurait accès et à quelles fins? À qui appartient le dossier? Sera-t-il un moteur de l'intégration dont nous avons déjà parlé, afin d'éviter le double emploi? Qu'arrive-t-il s'il est évident dans un dossier qu'une évaluation a été faite mais que le prochain maillon le long de la chaîne ou dans un secteur connexe veut faire sa propre évaluation parce qu'il n'a pas confiance dans ce qu'a fait l'autre secteur? Où sont les bâtons pour éviter le double emploi, maintenant qu'il existe un dossier permettant de déterminer que le travail a déjà été fait?

In and of itself, it is a potentially fantastic tool. We have heard about where it has been used quite well and where it might provide answers to some of our data questions that we want systemically, but it could also be abused if we do not teach people how to use it effectively.

Dr. Schull: I want to come back to a point that that Mr. Morgan just raised around incentives. This is critical. This does not necessarily mean paying people to use an EMR but rather that someone has the incentive and an EMR actually makes their job easier. It is important that when we talk about incentives, we talk about the concept of meaningful use. It should not be good enough just to have a monitor on your desk top with a couple of patient records in it, and then you get the incentive, whatever it is. We need to demonstrate meaningful use. It has been defined in the U.S., and that would be an important role for the federal government to take leadership on: What is meaningful use of electronic records.

The other big issue that I am concerned about is that we end up with systems that really do not talk to each other effectively. There are many isolated EMRs throughout the province, but you cannot actually collect the data in a simple fashion. That is an area where Inforoute could play a real leadership role. At the end of the day, we need to ensure that the systems that are being paid for are actually ones that can talk to each other in a simple fashion.

I can give you an example. One of my colleagues is doing research on EMRs. She has gathered electronic records from about 100 different practices but has had to hire people to manually read the free text in the EMR in order to extract information on chronic disease because it is not clear from the EMR who has hypertension or COPD and so on. It strikes me as completely ridiculous that we need to hire someone to read free text when you have an EMR. What is the advantage of that over pulling a chart?

Finally, I think where we will get a lot of bang for our buck in electronic health records is where we allow for local innovation. Some of the best systems I have seen are ones designed by a couple of guys down the hallway at my hospital because it actually responds directly to the need that I have as a clinician to provide better care. It is probably not going to be a one size fits all solution from on high, so we need to have room for local innovation, but we also need to ensure that those systems at the end of the day talk to each other.

There are models that can go beyond also electronic prescribing. In the U.S., there are things called health information exchanges, which are actually companies or businesses that gather information from practices, including patient data, including prescribing data, including referrals, and they manage that data in real time. It is used as a clinical tool, and it aids in the clinical practice, but it also can be used for secondary purposes, research purposes and so on. It does not need to be a private model, and I am not supporting that and I am not against it either, but the point is that I think we can try to bring together

En soi, c'est un outil qui pourrait être fantastique. Nous avons entendu où il fonctionne assez bien et où il pourrait apporter des réponses systémiques à certaines questions sur les données, mais il pourrait aussi donner lieu à des abus si nous n'enseignons pas comment s'en servir efficacement.

Dr Schull : Je voudrais revenir sur une observation de M. Morgan au sujet des incitatifs. C'est crucial. Cela ne veut pas dire nécessairement payer les gens pour qu'ils utilisent les DME mais plutôt les inciter à le faire, parce que les DME leur facilitent la tâche. Quand on parle d'incitatifs, il est important de parler du concept d'utilisation efficace. Il ne devrait pas suffire d'avoir sur son bureau un terminal contenant quelques dossiers de patients pour avoir droit à l'incitatif, quel qu'il soit. Nous devons démontrer une utilisation efficace. Elle a été définie aux États-Unis. Un rôle important que le gouvernement fédéral pourrait jouer consisterait à définir ce qui constitue une utilisation efficace des dossiers électroniques.

L'autre grande question qui me préoccupe est qu'on finit par avoir des systèmes qui ne se parlent pas vraiment efficacement entre eux. Il y a de nombreux DME isolés dans la province, mais on ne peut pas collecter les données simplement. C'est un domaine où Inforoute Santé pourrait jouer un vrai rôle de chef de file. Finalement, nous devons nous assurer que les systèmes qui sont achetés peuvent se parler entre eux, simplement.

Je peux vous donner un exemple. L'une de mes collègues effectue des recherches sur les dossiers médicaux électroniques. Elle a rassemblé des dossiers électroniques d'une centaine de cabinets différents mais a dû embaucher du personnel pour lire manuellement le texte libre dans ces dossiers afin d'extraire les renseignements sur les maladies chroniques, parce que les dossiers électroniques n'indiquent pas clairement qui souffre d'hypertension ou de MPOC, par exemple. Il me paraît tout à fait ridicule de devoir embaucher quelqu'un pour lire le texte libre quand on a un dossier électronique. Quel est l'avantage par rapport à la lecture du dossier sur papier?

Enfin, je pense que nous pourrions en avoir beaucoup pour notre argent dans les dossiers de santé électroniques si nous facilitons l'innovation locale. Certains des meilleurs systèmes que j'ai vus ont été conçus par deux ou trois personnes au bout de mon corridor à l'hôpital, parce qu'ils répondent directement à mes besoins, comme clinicien, pour que je puisse offrir de meilleurs soins. Il n'y aura probablement pas de solution unique imposée d'en haut, alors il faut permettre l'innovation locale, mais il faut également s'assurer que ces systèmes se parlent entre eux.

Il existe des modèles pouvant aller au-delà des ordonnances électroniques. Aux États-Unis, il y a des espèces de centres d'échanges d'information sur la santé. Les entreprises rassemblent l'information des cabinets, y compris les données sur les patients, les données sur les ordonnances, les aiguillages, et gèrent ces données en temps réel. C'est un outil clinique, qui facilite la pratique clinique, mais il peut aussi servir à des usages secondaires, à la recherche, et ainsi de suite. Il n'est pas nécessaire que ce soit un modèle privé, et je ne suis ni pour ni contre ce type de modèle. L'essentiel, c'est que nous pouvons

information from disparate sources and put it together in a way that can suit clinical needs in real time and also administrative and performance measurement and quality needs.

Ms. Henningsen: When it comes to EMRs, when it was first rolling out, it targeted acute care, which individuals hopefully just go visit, they get discharged and do not stay very long. We need to look at the Northwest Territories model where an EHR is built around the client who lives in the community. Electronic prescribing is great, but only if it reaches out, and an EHR is for home and community care too. Otherwise, we are just EHRing our old silos. I loved when Ms. Delancy explained how her EHR was working, because sometimes we learn so much from isolated communities, because they just do it. They do it because they have to. They do not build around big hospitals because they do not have them. I would challenge, because I know we worked with Canada Health Infoway to determine is the home and community care sector ready for an EHR? We are ready and waiting. It feels like it is never going to come to us. I think that a big oversight.

Dr. Kitts: This is one where your definition of innovation would go really well, if we were to drill down on this, because there are pockets of superb excellence across the country in terms of electronic health record.

Can I take a second to read a note I got from a surgeon yesterday morning at the hospital? He is one of my crusty surgeons. I will not say they all are, but he is the first one to point out when there is something glaring. He says, "My name is Dr. So-and-so. I have been working as a general surgeon in this hospital for 22 years. I have owned every generation of PC, Palm Pilot, et cetera. In an effort to make patient and practice management more efficient, I have had one of the hospital iPads now for about two weeks. I want to say that this tablet, and especially the clinical mobile software, is the first piece of technology that has had a real impact on patient and practice management from the perspective of a working surgeon. I am especially impressed by the clinical mobile software. It is so practical, no useless layers, and very fast so it can be used at the bedside in clinics. I also love that it syncs with my email and my calendar beautifully, and I browse journal articles during down times. Now, if we could write all our orders and could see real-time patient vital signs, it would be even more perfect."

This is not the leading edge, even in this country.

essayer de réunir l'information provenant de sources disparates et la présenter d'une manière qui répond aux besoins cliniques en temps réel, mais aussi aux besoins administratifs et aux besoins en matière d'évaluation du rendement et de la qualité.

Mme Henningsen : En ce qui concerne les DME, quand ils ont commencé à être déployés, ils visaient les soins de courte durée, où les patients sont soignés, obtiennent leur congé et ne restent pas très longtemps dans les établissements de santé. Nous devons examiner le modèle des Territoires du Nord-Ouest où les DSE sont conçus en fonction du client qui vit dans la collectivité. Les ordonnances électroniques sont formidables, mais seulement si elles s'ouvrent vers l'extérieur, et les DSE doivent s'appliquer aussi aux soins à domicile et aux soins communautaires. Sinon, nous ne faisons que numériser nos anciens compartiments. J'ai aimé que Mme Delancy explique comment fonctionnent ses DSE, parce qu'on peut parfois apprendre beaucoup des collectivités isolées, parce qu'elles se débrouillent. Elles y parviennent parce qu'elles n'ont pas le choix. Les DSE ne sont pas construits en fonction des gros hôpitaux parce qu'il n'y en a pas. Je m'interroge, parce que je sais que nous avons travaillé avec Inforoute Santé du Canada pour déterminer si les soins à domicile et les soins communautaires sont prêts pour les DSE. Nous sommes prêts et nous attendons. On dirait que cela n'arrivera jamais jusqu'à nous. Je pense que c'est un gros oubli.

Dr Kitts : Si nous voulions nous pencher davantage sur le sujet, voilà un cas où votre définition de l'innovation cadrerait parfaitement. On assiste en effet à de magnifiques réussites un peu partout au pays en ce qui concerne les dossiers de santé électroniques.

Puis-je prendre un moment pour vous lire un message qu'un chirurgien m'a envoyé hier matin à l'hôpital? C'est un de mes chirurgiens bourrus. Je ne dirais pas qu'ils le sont tous, mais celui-ci est toujours le premier à se manifester quand quelque chose mérite d'être dit. Il m'écrit : « Je m'appelle Dr Untel. Je suis chirurgien généraliste dans cet hôpital depuis 22 ans. J'ai possédé toutes les générations d'ordinateurs, des Palm Pilot et autres. Afin de rendre la gestion des patients et de la charge de travail plus efficace, l'hôpital me prête un iPad depuis environ deux semaines. Je veux dire que cette tablette, surtout avec son logiciel clinique mobile, est le premier outil technologique qui facilite vraiment la gestion des patients et de la charge de travail du point de vue d'un chirurgien. Je suis particulièrement impressionné par le logiciel clinique mobile. Il est très facile à utiliser, vu l'absence de fonctions inutiles, et très rapide. On peut donc l'utiliser au chevet des patients dans les cliniques. J'apprécie aussi qu'il se synchronise merveilleusement avec mes courriels et mon calendrier, et je peux y lire des articles de journaux pendant les accalmies. Enfin, s'il nous permettait de rédiger nos ordonnances et de voir les signes vitaux des patients en temps réel, cet instrument du futur serait alors plus que parfait. »

Et ce n'est pas la fine pointe de la technologie, même dans ce pays.

There are others who are further. There are those who can do the orders. Therefore I would go back to Dr. Haggie and others, when OHIP told physicians that they would no longer get paid unless they did electronic billing, boom.

When the wait time strategy was mandated, electronic wait time information systems were implemented in record time. If someone were to say "if you can do it in parts of the country, you can do it in the rest of the country, find the best practice, hook it up," we could be a heck of a lot more innovative and better off.

Mr. McNamara: I agree with the e-prescribing. I also think we might want to add e-referral, which would also be beneficial. I agree that money drives change if we are going to make it happen.

One of the issues we also have to consider is privacy rules, which are different in each province. This creates problems in trying to look at this. There are federal privacy rules and each province has their own.

One other consideration about patient files is the fact that if I have a lawyer the legal file is mine, but with my physician the file is the physician's and the information is mine. We have to work our way through that as well.

I would really love to be like the Armed Forces because I would have 100 per cent compliance in my province as well. However, the situation now is that we are going that way but we also have the CMA policy, which says physicians have choice. We have reached that block of choice versus the one system that Nova Scotia has tried to implement. I like the idea of mandating, however it is done, to get us all there.

The other suggestion of combining the long-term care community has to be built in if we are going to move this forward. The only way we will break away from the isolation, even for physicians, is to have access to records in order to talk to each other's systems. We can use different systems, but it is the expensive cost of interoperability that creates the havoc. It means we have to take away from other programs.

Senator Champagne: Having electronic health records would be fantastic but, whether the patient's file is on paper or on a computer screen, if the file is not read it does not help a lot.

I will give the example of someone who has been in ICU for six weeks and is finally transferred to an ordinary setting. An hour or so after, a new group of nurses and doctors come into that unit. They have not read the health record. They do not know about the allergies. They may be giving a painkiller to which the patient is really allergic and that will cause the patient to be sent back to ICU.

Certaines technologies en font encore plus. Il y en a qui permettent de faire les ordonnances. J'en reviens donc à ce que disaient le Dr Haggie et d'autres, quand le RAMO a annoncé aux médecins qu'ils ne seraient plus payés s'ils n'utilisaient pas la facturation électronique : vlan!

Quand la stratégie pour les temps d'attente a été adoptée, les systèmes d'information électroniques ont été mis en place en un temps record. Si quelqu'un disait : « Si vous pouvez le faire dans certaines parties du pays, vous pouvez le faire partout au pays. Trouvez la meilleure façon de faire et mettez-la en place », nous serions beaucoup plus novateurs et plus avancés.

M. McNamara : Je suis d'accord avec l'idée des prescriptions électroniques. Je pense qu'il serait aussi avantageux d'en faire autant avec les références. Je comprends qu'il faut de l'argent pour concrétiser ces projets.

Il faut notamment tenir compte des règles de confidentialité, qui sont différentes d'une province à l'autre. C'est un des problèmes qui se posent dans le cas présent. Il y a des règles de confidentialité fédérales et chaque province a également les siennes.

Il faut aussi tenir compte du fait que, contrairement à un dossier juridique, qui appartient au client et non à l'avocat, le dossier médical appartient au médecin et les informations qu'il renferme appartiennent au patient. Nous devons aussi travailler en fonction de cette réalité.

J'aimerais beaucoup fonctionner comme les forces armées, puisque ça me donnerait par le fait même un taux de conformité de 100 p. 100 dans ma province. Nous nous dirigeons vers ça, mais la politique l'AMC laisse le choix aux médecins. C'est l'impasse causée par ce choix qui nous empêche d'utiliser le système que la Nouvelle-Écosse a tenté de mettre en place. J'adhère à l'idée de faire le forcing, par quelque moyen que ce soit, pour nous permettre d'avancer.

La suggestion visant à rallier les soins de longue durée doit être envisagée d'emblée si nous voulons avancer. La seule façon d'abattre les cloisons, même pour les médecins, consiste à avoir accès aux dossiers pour que les systèmes communiquent entre eux. Nous pouvons utiliser différents systèmes, mais ce sont les coûts élevés de l'interopérabilité qui causent tant de problèmes. Ils nous obligent à amputer d'autres programmes.

Le sénateur Champagne : Ce serait fantastique d'avoir des dossiers de santé électroniques, mais le dossier du patient a beau être sur papier ou à l'écran d'un ordinateur, il ne sert à rien si on ne le lit pas.

Je vous donne l'exemple d'un patient qui, après avoir passé six semaines en soins intensifs, est enfin transféré aux soins réguliers. Une heure plus tard environ, une nouvelle équipe soignante prend la relève. Personne n'a lu le dossier médical et tous ignorent donc que le patient a des allergies. Ils pourraient très bien lui administrer un antidouleur auquel il est très allergique et ainsi provoquer son renvoi aux soins intensifs.

The discussion earlier was about governance. Someone must ensure that the person who is there in charge has read the file; otherwise, whether it is on a screen or on paper it is not doing anything. I know that for a fact.

The Chair: The point Senator Champagne has made emphasizes points that have been made throughout the morning. The idea to move things forward is only useful if there is some way of ensuring they have been implemented and measured in terms of impact. That is a very precise example of that kind of issue.

I will move to next steps for catastrophic drug coverage and/or pharmaceutical programs.

Mr. Morgan: This issue is an area of considerable interest for me. I will not repeat all of what I said when I came last time, other than to remark that Canada needs to have a conversation about what model of pharmacare meets the needs of Canadians and the health care system.

We have put forward catastrophic coverage partly as an accident of history. It was put together as a model that the provinces should follow. We need to revisit that. Catastrophic coverage has some advantages in terms of the politics of the policy, but it has disadvantages in terms of achieving certain goals with respect to equity, access and, also notably, cost control.

I believe we probably now need to work with the provinces and determine a plan of action around the types of models. There may be multiple because I am not sure there will be a single national model of pharmacare. We need to determine which models will ensure Canadians are covered for medicines in a comprehensive fashion, not just for extraordinary high-cost medicines.

We need to think about a strategy that might evolve incrementally. It may involve the federal government taking responsibility for what is referred to as expensive drugs for rare diseases. When I was speaking a few weeks ago, I mentioned that if the federal government put in some real money, some skin in the game so to speak, the provinces might view the federal government as a more meaningful partner in pharmacare or in drug coverage in Canada. That would go a long way to reconciling some of the jurisdictional tensions around pharmaceutical regulation versus pharmaceutical funding, which is federal versus provincial responsibilities.

If the federal government took responsibility over a file, such as expensive drugs for rare diseases, that would achieve certain outcomes. It could then work with the provinces to ensure meaningful coverage, beginning with the very first prescription. I do not mean last dollar or catastrophic coverage, but something like first dollar or first prescription coverage.

Nous parlions de gouvernance, plus tôt. Quelqu'un doit voir à ce que les personnes en charge lisent les dossiers. Sinon ça ne fait aucune différence que le dossier soit électronique ou en papier. Et ça, c'est un fait.

Le président : La question soulevée par le sénateur Champagne va dans le sens de commentaires que nous avons entendus ce matin. Le concept de progrès n'est utile que si nous pouvons vraiment déterminer s'il représente un gain en efficacité. Voilà un exemple patent de ce genre de cas.

Je vais passer aux prochaines étapes, soit la couverture des médicaments onéreux et le régime d'assurance-médicaments.

M. Morgan : Cette question m'intéresse beaucoup. Je ne répéterai pas tout ce que j'ai dit lors de ma dernière visite, si ce n'est que le Canada doit se demander quel modèle d'assurance-médicaments répond le mieux aux besoins des Canadiens et de son système de santé.

C'est en partie par accident que nous avons créé la couverture des médicaments onéreux. Elle a été élaborée pour que les provinces s'en servent de modèle. Nous devons ramener ce sujet à l'ordre du jour. La couverture des médicaments onéreux comporte certains avantages politiques, mais nuit aussi à l'atteinte de certains objectifs en matière d'équité, d'accessibilité et, surtout, de contrôle des coûts.

Je crois que le moment est venu de travailler avec les provinces pour élaborer un plan d'action à partir des différents modèles. Il pourrait y en avoir plus d'un étant donné que je ne suis pas certain qu'il y aura un seul modèle national d'assurance-médicaments. Nous devons déterminer quel modèle permettra aux Canadiens de bénéficier d'une couverture exhaustive qui ne se limite pas aux seuls médicaments onéreux.

Nous devons penser à une stratégie qui pourrait évoluer progressivement. Le gouvernement fédéral pourrait être responsable de ce que l'on appelle les médicaments coûteux pour traiter des maladies rares. Dans mon témoignage, il y a quelques semaines, j'ai avancé que si le gouvernement fédéral investissait des sommes importantes, s'il mettait sa peau en jeu, pour ainsi dire, les provinces le verraient peut-être comme un partenaire sérieux dans le dossier de l'assurance-médicaments au Canada. Cela permettrait beaucoup de réduire certaines tensions juridiques en ce qui a trait à la régulation pharmaceutique et au financement pharmaceutique, des responsabilités fédérale et provinciales, respectivement.

En prenant la charge d'un dossier, comme celui des médicaments coûteux pour traiter des maladies rares, le gouvernement fédéral pourrait mettre quelque chose en marche. Il pourrait ensuite travailler avec les provinces pour offrir aux citoyens une assurance appréciable, dès leur première ordonnance. Je ne propose pas une couverture allant jusqu'au dernier dollar ou une couverture des médicaments onéreux, mais une couverture d'application immédiate, dès les premières dépenses ou la première ordonnance, quelque chose comme ça.

I would refer in part to a recent paper that was published in the *New England Journal of Medicine* by a Dr. Chaudhary, a Canadian working at Harvard University who ran a well-designed randomized trial in the U.S. on access to free drugs following myocardial infarction amongst a network of insurance companies in the United States. That trial resulted in improved adherence to medicines, better cardiovascular outcomes, and no overall increase to the health system because the improvement in outcomes compensated for giving away the medicines following the cardiovascular events. That is an important lesson.

There is work that my colleague Michael Law and I have done with Abby Hoffman's unit on pharmaceutical policy at Health Canada, demonstrating that Canadians with insurance, one form or another, public or private, are far more likely to fill the prescriptions they are prescribed than Canadians without. My recommendation is to try to find the model that would be sustainable and equitable for all Canadians to access medicines with insurance, starting with their very first prescription each year.

Mr. McNamara: In terms of catastrophic drug coverage, we have to look at what we can do to work together in a national system. One of the difficulties we have, even as provinces, is knowing what drug to fund and when. That becomes a real challenge for us because the pharmaceutical companies spend more money in lobbying than we can in being able to get at the true facts.

One of the things that I would say is Health Canada can help us. They approve the safety of drugs and I am really glad they do. They could also look at the efficacy of some of the drugs, particularly when something new comes on. What is the difference? Does it really make a great impact to a patient or is it minimal? That will help us make the decisions.

I also think we have to watch how we outbid one another, province to province, because a drug company will get a drug into one province and then move it through the system. They also use vulnerable patients to be their spokespeople. When we talk about cost containment I will get into that.

Our province is one that does cover a number of catastrophic drugs and I know it is not national. There are a few provinces that do not. However, I think we owe it to those who particularly need coverage to figure out a system to do it.

Senator Eggleton: I do not know how interested the federal government will be in getting involved in catastrophic drugs because it seems that most of the provinces already have a plan. I am not sure they will want to go to the table at this point in time.

Je me réfère en partie à un récent article paru dans le *New England Journal of Medicine* sous la plume du Dr Chaudhary, un Canadien qui travaille à l'Université Harvard. Le Dr Chaudhary a réalisé, auprès d'un groupe d'assureurs américains, un essai aléatoire élaboré portant sur l'accès aux médicaments gratuits à la suite d'un infarctus du myocarde. L'essai a permis de constater que les patients adhèrent au traitement, que leur santé cardiovasculaire s'améliore et qu'ils ne sollicitent généralement pas davantage le système de santé, puisque l'amélioration de leur santé annulait le coût des médicaments qu'on leur avait donnés à la suite de leur incident cardiovasculaire. Il y a là une leçon importante.

Mon collègue, Michael Law, et moi, avec le concours de l'unité des politiques pharmaceutiques de Abby Hoffman, à Santé Canada, avons mené des recherches qui ont montré que les Canadiens assurés, au public ou au privé, sont beaucoup plus enclins à prendre les médicaments qui leur sont prescrits que les Canadiens non assurés. Je propose donc que nous trouvions un modèle viable et équitable qui permettra à tous les Canadiens d'être assurés pour leurs médicaments, dès la première ordonnance de chaque année.

M. McNamara : Nous devons réfléchir à ce que nous pouvons faire pour travailler tous ensemble au sein d'un régime national dans le cas de la couverture des médicaments onéreux. L'une des difficultés qui se posent à nous, même en tant que provinces, est de savoir quel médicament doit être couvert et dans quelles circonstances. C'est une tâche très ardue puisque les entreprises pharmaceutiques dépensent plus d'argent en lobbying que ce que nous pouvons nous permettre de dépenser pour connaître les faits réels.

Je tiens notamment à dire que Santé Canada peut nous aider. Le ministère atteste la sécurité des médicaments et je lui en suis très reconnaissant. Il pourrait également en mesurer l'efficacité, surtout lorsqu'un nouveau produit arrive sur le marché. En quoi est-il différent? Son effet sur le patient est-il notable ou minime? C'est le genre d'activités qui nous aiderait dans la prise de décisions.

Je crois aussi que nous devons surveiller la surenchère entre les provinces, parce que les entreprises pharmaceutiques vont introduire leurs médicaments dans une province et ensuite les faire circuler dans tout le système. Elles utilisent aussi des patients vulnérables comme porte-paroles. J'y reviendrai lorsque nous aborderons le sujet de la réduction du coût.

Notre province est l'une de celles qui couvrent un certain nombre de médicaments onéreux et je sais que ça ne se fait pas partout au pays. Presque toutes les provinces le font. Mais je crois que nous devons mettre sur pied un régime qui couvre ces médicaments pour venir en aide à ceux qui en ont particulièrement besoin.

Le sénateur Eggleton : J'ignore à quel point le gouvernement fédéral se montrera intéressé à investir dans un régime d'assurance des médicaments onéreux, puisqu'il semble que la majorité des provinces couvrent déjà ces médicaments. Je doute qu'il soit prêt à passer à l'action.

I would hope that they would still pursue purchasing strategies. I would welcome any comments about that because that is a way of helping deal with the pricing, but that discussion might come out under number nine.

One of the pieces of evidence we have before us is a report that was done by Marc André Gagnon at Carleton University. He is an assistant professor there. He did it for the Canadian Centre for Policy Alternatives and the Institut de recherche et d'informations socio-économiques. He says that those entities claim we could actually save money by having a national drug plan. I suppose that is not totally in the government context, but in the population context we could save.

He puts a number of scenarios here; they all say we can save money if we have a national pharmacare plan. Why would not we go for a national pharmacare plan, or do you not think this case is strong enough?

The Chair: I will go back to the list. You can think about that, in this instance, as it relates to catastrophic drug coverage. Perhaps it will come back again under "Pharmaceutical Cost Containment."

Ms. Delancy: I want to support those speakers who have encouraged the federal government to take a role in catastrophic drug coverage and expensive drugs for rare disease. Speaking as someone from a very small jurisdiction with a limited budget, one or two patients who require catastrophic drug coverage can have a huge impact on our budget. The unfortunate fact is, then, that jurisdictions may start to take that into consideration in deciding whether or not to approve certain drugs. There needs to be a level playing field and some assurance to Canadians that these decisions are being made not on quality of care and not on cost basis.

Dr. Haggie: Regarding the lack of a national approach to catastrophic drug coverage, the principles that we espoused at beginning were better health, better health care and better value for money. One of the principles under the "better patient experience" side of it is the issue of equity. If you look at the cost to individuals in different provinces, where you have roughly comparable median incomes for example, the amount of out-of-pocket expenditure varies from one side of the country to the other. Covering catastrophic in one province, you might pay \$1,500 of the family income; in Newfoundland you are up to \$5,000. Really and honestly, that does not speak to the principles that we would like to see.

J'espère tout de même qu'il poursuivra ses stratégies d'achat. Je serai ravi d'entendre des remarques à cet effet puisque l'incidence sur les prix est considérable, mais cette discussion aura probablement lieu au point neuf.

L'un des éléments probants dont nous disposons est un rapport rédigé par Marc André Gagnon, chargé d'enseignement à l'Université Carleton. Ce rapport lui avait été commandé par le Centre canadien des politiques alternatives et l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. Selon M. Gagnon, ces organismes prétendent que la création d'un régime national d'assurance-médicaments se traduirait par des économies. J'imagine qu'ils ne parlent pas nécessairement du gouvernement, mais les gens, eux, pourraient réaliser des économies.

Dans son rapport, M. Gagnon envisage un certain nombre de scénarios qui nous amènent tous à conclure que la création d'un régime national d'assurance-médicaments nous permettrait d'économiser de l'argent. Pourquoi ne créons-nous donc pas un régime national d'assurance-médicaments? Ne trouvez-vous pas ce rapport assez convaincant?

Le président : Je vais revenir à la liste. Vous pouvez y réfléchir dans ce contexte, puisqu'il y a un lien avec l'assurance pour médicaments onéreux. Nous reviendrons peut-être sur le sujet plus tard, quand il sera question des stratégies de réduction de coût des médicaments.

Mme Delancy : Je tiens à dire que j'appuie les gens qui encouragent le gouvernement fédéral à jouer un rôle dans la couverture des médicaments onéreux et des médicaments coûteux pour traiter les maladies rares. J'appartiens à une toute petite administration territoriale dont le budget est restreint, et la couverture des médicaments onéreux d'un ou deux patients peut faire une différence importante sur notre budget. La triste vérité, c'est qu'en pareille situation certains gouvernements peuvent se mettre à analyser ces cas pour décider ou non s'ils approuvent certains médicaments. Nous devons disposer d'une base commune et équitable pour garantir aux Canadiens que ces décisions ne sont pas prises en fonction de la qualité des soins ou d'un point de vue strictement économique.

Dr Haggie : À propos de l'absence d'un régime national de couverture des médicaments onéreux, les principes que nous avons adoptés au départ étaient une meilleure santé, de meilleurs soins de santé et l'optimisation des ressources. L'équité fait partie de l'aspect « expérience optimale pour le patient ». Or, si l'on regarde le coût que cela représente pour les particuliers résidant dans différentes provinces, dont le salaire médian est relativement semblable, par exemple, on constate que le montant déboursé varie d'un endroit à l'autre au pays. Dans une province, les dépenses liées aux médicaments onéreux peuvent amputer le revenu d'un ménage de 1 500 \$, tandis qu'à Terre-Neuve les mêmes médicaments peuvent coûter jusqu'à 5 000 \$. En vérité et en toute honnêteté, cette situation ne reflète pas les principes que nous souhaitons appliquer.

Under cost containment strategies, you can talk about the issue of a national pharmacare plan. One of the optimistic lights on the 2004 accord was a national pharmaceutical strategy. That may have addressed a lot of this, but, within two years of the accord being signed, it kind of died the death and no one has heard of it since. I would encourage people to look at that again and also to use those principles to see what recommendations they may want to put in place to replace it or augment it and see if they match up with those principles.

The Chair: I will go to Mr. Morgan next on this and I was going to go to him again on number nine, "Pharmaceutical Cost Containment."

I think, Mr. Morgan, I will get you to make whatever comment about catastrophic drugs you wanted to make and then we will move to item number nine. Some of the things are starting to overlap here, and I think it might be efficient to move to number nine after you have had your comment on catastrophic drugs. When you signal that is over, then go right into your next comment.

Mr. Morgan: I will repeat, for the benefit of some people here, my diagnosis of the failure of the national pharmaceutical strategy. It was partly a result of provincial expectations that the federal government was going to put in the multiples of billions of dollars per year on the table for partnership on catastrophic coverage. However, when it became clear, over the subsequent months/years after the NPS was launched, that, in fact, the federal government had not promised that that was going to happen, the provinces, I think, backed off.

One of my representations thinking about 2014 and beyond is that if the federal government is not in a position to take over a specific component of pharmacare or put billions per year on the table, they should signal clearly, take that off the table and work on the other issues related to pharmaceutical strategy that are still critically important.

I want to remark on the out-of-pocket costs in catastrophic coverage. A study that Jamie Daw and I did from our centre at UBC recently assessed the progress of these programs in Canada over the last 10 years and the variety of out-of-pocket expenses by Canadians in different provinces. Even within this single model, there is a significant amount of disparity across provinces.

I want to highlight another finding from an earlier study that I had done with Gillian Hanley, also at UBC, to evaluate the catastrophic UBC's program, which is an income-based program. We followed patients in B.C. for a four-year period to look at out who were high users of medicines and what their trajectory of expenditures on prescription drugs looked like over time. We

La question d'un régime national d'assurance-médicaments est pertinente du point de vue des stratégies de réduction des coûts. L'élaboration de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques était l'un des résultats intéressants de l'accord de 2004. Elle aurait pu régler un certain nombre de ces problèmes, mais deux ans à peine après la signature de l'accord, le projet est tombé dans l'oubli et on n'en a plus jamais entendu parler. J'encourage les gens à s'y intéresser de nouveau pour en étudier les principes et formuler des recommandations visant à le modifier ou à l'augmenter, et pour voir s'ils sont en accord avec les principes actuels.

Le président : Je vais donner la parole à M. Morgan à ce sujet et j'allais aussi m'adresser à lui pour le point n° neuf : les « Stratégies de réduction du coût des médicaments ».

Monsieur Morgan, je crois que je vais vous laisser faire vos remarques au sujet des médicaments onéreux et nous passerons ensuite au point neuf. Certains thèmes commencent à se recouper et je crois qu'il sera approprié de passer au point neuf quand vous aurez fini de parler des médicaments onéreux. Vous pourrez enchaîner après avoir indiqué la fin de vos remarques sur le sujet actuel.

M. Morgan : Pour que tout le monde ici le sache, je vais vous répéter comment j'explique l'échec de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. Il est en partie dû aux attentes des provinces qui croyaient que le gouvernement fédéral déboursait les milliards de dollars qu'aurait coûtés chaque année le partenariat pour la couverture des médicaments onéreux. Mais, quand il est devenu évident, dans les mois et les années qui ont suivi la création de la Stratégie, que le gouvernement n'avait en fait jamais promis cet investissement, les provinces, je crois, se sont retirées.

Quand je pense à 2014 et aux années suivantes, je me dis que si le gouvernement fédéral n'est pas en mesure de se charger d'un aspect précis du régime d'assurance-médicaments ou de déboursier des milliards par année, il devrait l'indiquer clairement, laisser tomber l'idée et mettre ses efforts dans d'autres dossiers liés à la question des médicaments qui sont toujours d'une grande importance.

Je veux faire une remarque sur les sommes déboursées par les citoyens pour la couverture des médicaments onéreux. Ma collègue Jamie Daw et moi avons récemment mené une étude à notre centre de l'Université de la Colombie-Britannique. Cette étude visait à mesurer l'évolution de ces régimes au cours des 10 dernières années ainsi que les dépenses encourues par les Canadiens dans diverses provinces. Même ce modèle révèle d'importantes disparités d'une province à l'autre.

Je veux aussi mentionner la conclusion d'une étude précédente, réalisée en collaboration avec Gillian Hanley, également de l'UBC, pour évaluer le régime de couverture des médicaments onéreux de l'université, fondé sur le revenu des assurés. Nous avons suivi des patients de la Colombie-Britannique pendant quatre ans pour savoir qui sont les grands consommateurs de médicaments et

found that approximately 5 per cent of the population account for about 50 per cent of drug expenditures in B.C. That is probably true in other provinces as well.

When thinking about the equity of these catastrophic drug benefits programs, it is important to note that patients who face the highest drug costs face those costs year after year after year, quite often until they die. As a consequence, that means that those patients faced those very high deductibles every single year that they were dealing with whatever serious, chronic illness they were facing that required those expensive medicines. In thinking about equity around catastrophic drug benefits, we have to think not just as though this was insurance against the house burning down. Usually, a house only burns down once. In health care, for people with chronic needs, the house burns down year after year. That will be my end of those comments on catastrophic coverage.

To shift over to pharmaceutical cost containment strategies, I think that the provinces and the federal government, working together on things like the common drug review, has been a benefit to Canadians in all provinces. I know that there has been a lot of debate and controversy at times over the impact of the common drug review, its timeliness and, in particular, the timeliness of decisions that follow a recommendation from that body. I think that levelling the evidence made in a critically appraised, transparent and rigorous fashion in Canada is actually helpful to all of the provinces in managing their own listing decisions.

That said, as mentioned in the national pharmaceutical strategy in 2004, there may be benefits from joint purchasing strategies. This is politically challenging because it would require each province participating in a joint purchasing initiative with other provinces. In effect, the province seeds its autonomy over the decisions of what to purchase or what not to some joint decision making process. That is a challenge, but I do believe that times will come to the point where Canadians would recognize that their province making such a decision might be to their benefit.

I will now focus on a couple of strategies in particular. I think there is value in considering purchasing strategies around generic drugs for primary health care conditions, the garden variety cardiovascular diseases, mental health, gastrointestinal diseases — things that are relatively routine and things that large numbers of Canadians purchase. Most of those blockbuster drugs from primary health care categories that were developed in the 1980s and 1990s have come off patent or are soon to come off patent. We have research from British Columbia that indicates that a purchasing strategy that did buy medicines in bulk, generic medicines in particular, could cost governments no more than they are already paying, for instance, on hypertension medicines. However, being able to purchase in bulk for the entire country, or any given

comment se profilent leurs dépenses en médicaments sur ordonnance au fil du temps. Nous avons découvert qu'environ 5 p. 100 de la population est responsable d'à peu près 50 p. 100 des dépenses en médicaments en Colombie-Britannique. La situation est probablement similaire dans d'autres provinces.

En ce qui concerne l'équité de ces régimes de couverture des médicaments onéreux, il est important de noter que les patients qui dépensent le plus pour des médicaments vivent cette réalité année après année, très souvent jusqu'à leur mort. Cela veut donc dire que ces patients ont eu à payer ces énormes factures chaque année où ils étaient aux prises avec une quelconque maladie grave ou chronique exigeant la prise de médicaments onéreux. En termes d'équité, dans le cas de la couverture des médicaments onéreux, il faut donc tenir compte du fait qu'il ne s'agit pas d'une assurance en cas de catastrophe ne survenant normalement qu'une seule fois. En santé, dans les cas des malades chroniques, la catastrophe se répète d'année en année. C'était ma dernière remarque sur la couverture des médicaments onéreux.

Pour passer à la question des stratégies de réduction du coût des médicaments, selon moi, la collaboration entre les provinces et le gouvernement fédéral dans des domaines comme l'évaluation commune des médicaments a été profitable pour les Canadiens de toutes les provinces. Je sais que les débats et les controverses ont parfois été abondants en ce qui concerne les conséquences de l'évaluation commune des médicaments, le temps qu'elles prennent, et, surtout, les longs délais qui se sont écoulés entre les recommandations et les décisions. Je crois toutefois que l'harmonisation des données obtenues au Canada par des moyens reconnus, rigoureux et transparents aide toutes les provinces à prendre leurs propres décisions en matière d'homologation.

Cela dit, comme la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques le mentionnait en 2004, les stratégies d'achat communes peuvent comporter des avantages. Il s'agit d'une entreprise délicate sur le plan politique, puisque chaque province serait appelée à participer à une stratégie d'achat en commun avec les autres. Les provinces cèdent en effet une partie de leur autonomie lorsqu'elles doivent faire des concessions sur l'achat ou non d'un produit dans le cadre d'un processus de décision commun. Il y a bel et bien un obstacle, mais je crois que les Canadiens finiront par reconnaître que la participation de leur province à de telles stratégies se ferait à leur avantage.

Je vais maintenant parler de quelques stratégies en particulier. Je crois qu'il est pertinent d'envisager les stratégies d'achat en supposant que des médicaments génériques seront utilisés dans les soins de santé primaire et pour le traitement des diverses maladies cardiovasculaires, mentales et gastro-intestinales; des affections relativement communes et traitées à l'aide de médicament que beaucoup de Canadiens achètent. La plupart des médicaments vedettes qui servent dans les soins de santé primaires ont été créés dans les années 1980 et 1990 et ne sont ainsi plus protégés par un brevet ou ne le seront bientôt plus. Selon une étude réalisée en Colombie-Britannique, les gouvernements qui emploieraient une stratégie d'achat de médicaments en gros, surtout dans le cas des médicaments génériques, se retrouveraient avec une facture égale

province or set of provinces that wished to do that together, requires running tendering processes. You take bids for contracts to supply a province or provinces for those drugs. Tendering processes have come under some criticism in recent months, but it is still worthwhile to look into.

Canada needs to be looking down the path a little bit toward the expiry of patents on many of the new and the early biological drugs that have come to market, some of which have done so at extremely high cost. Those drugs will lose patent protection; some already have. We probably need a national strategy on bio-similar products. It would be important for Canada, Health Canada and the provinces to have conversations around how we can effect reasonable and rapid competition in this segment of newly competitive biologic products. Bio-similars is, in effect, a similar version to a biological product.

I also think that, given that the pharmaceutical research and development pipeline is stacked right now with cancer drugs in a way that is unprecedented in the history of pharmaceutical innovation at least over the last 60 to 70 years, approximately 30 per cent of drugs in the R & D pipeline are for cancer.

Many of the drugs that have come to market in recent years have been oncology drugs. They have come at extraordinarily high costs and sometimes with less than optimal amount of evidence about the value for money that they pose, both for patients and, importantly, for health systems as well.

I believe that we might consider a pan-Canadian strategy on cancer care and cancer drug purchasing. The Canadian provinces run some excellent cancer agencies, and I know that they communicate and coordinate. I think that some of their information sharing might be ramped up into a more meaningful cooperation and collaboration.

Dr. Taylor: I want to give a good example. During the pandemic we negotiated on behalf of the provinces and did bulk purchasing not only for the vaccine but for antivirals as well. There were substantial savings. In my understanding, we were amongst the lowest in the world in the cost of the vaccine because we did bulk purchasing for the country.

Obviously, the negotiations were not difficult because people saw the value-added, but we had to ensure everybody was at the table and agreed. It could still be done under the current auspices of the accord with no changes whatsoever.

ou inférieure à celle qu'ils doivent actuellement payer dans le cas des hypertenseurs, par exemple. Cependant, l'achat en gros par le pays, par une province ou par un groupe de provinces souhaitant s'allier à cet effet nécessite la tenue d'appels d'offres. Le contrat d'approvisionnement en médicaments concernant la province ou le groupe de provinces intéressé est octroyé au moins offrant. La procédure par appels d'offres a fait l'objet de certaines critiques au cours des derniers mois, mais il vaut quand même la peine de s'y intéresser.

Le Canada doit faire preuve d'un peu de vision et tenir compte de l'expiration des brevets qui protègent beaucoup de médicaments biologiques arrivés sur le marché récemment ou il y a un certain temps, parfois à des prix très élevés. Ces médicaments ne seront plus protégés par un brevet; certains ne le sont déjà plus. Nous devrions peut-être aussi nous doter d'une stratégie nationale en matière de produits bio-similaires. Il serait important que le gouvernement du Canada, Santé Canada et les provinces discutent de moyens que nous pouvons emprunter pour rapidement atteindre une concurrence tout de même raisonnable dans le domaine des ces produits biologiques nouvellement abordables. Les produits bio-similaires sont en fait des génériques de médicaments biologiques.

La recherche et le développement pharmaceutiques étant orientés sur les médicaments anticancéreux comme ils ne l'ont jamais été de toute l'histoire de l'innovation pharmaceutique, ou au moins depuis les 60 à 70 dernières années, je dirais qu'environ 30 p.100 des médicaments en phase de recherche et de développement sont des anticancéreux.

Une part importante des médicaments mis sur le marché dans les dernières années sont des médicaments oncologiques. Leur prix est extrêmement élevé et n'est pas toujours très bien justifié en ce qui concerne les bénéfices que peuvent en tirer les patients et, surtout, les systèmes de santé.

J'estime que nous devrions envisager d'adopter une stratégie pancanadienne de soins contre le cancer et d'achat de médicaments anticancéreux. Les provinces canadiennes disposent d'excellents organismes de lutte contre le cancer, et je sais qu'ils collaborent et qu'ils communiquent entre eux. Je crois qu'ils peuvent intensifier leurs échanges d'informations pour en faire d'importants outils de coopération et de collaboration.

Dr Taylor : J'aimerais vous donner un bon exemple. Pendant la pandémie, nous avons négocié au nom des provinces et nous avons fait des achats en gros; pas seulement dans le cas du vaccin, mais aussi pour des antiviraux. Nous avons réalisé des économies substantielles. À mon avis, nous avons obtenu le vaccin à un prix parmi les moins chers au monde grâce à l'achat en gros à l'échelle du pays.

Les négociations ont évidemment été faciles parce que tous voyaient la valeur ajoutée du contrat, mais nous devions tout de même veiller à ce que tout le monde y assiste et soit d'accord. L'expérience pourrait être répétée en vertu de l'accord dans son état actuel, sans qu'on n'y apporte de changements.

Mr. Manion: I wanted to speak more specifically about the use of psychotropic drugs, which are increasing dramatically and may actually be a symptom of a dysfunctional mental health care system, where we are not looking at the full array of tools that we have. A primary care physician who does not necessarily have the skills, tools or training to deal with the early stages of a mental health concern will over-rely on the use of psychotropic drugs as opposed to some of the things we know might be available.

I think there is a role federally to have a conversation with insurers who will insure the use of psychotropic drugs without end but will have very limited support for the use of psychotherapies, where there is a strong evidence base when referring to the long-term benefits of different kinds of care.

If you look at children and youth, for example, I think it is no more apparent that we are talking about mental health concerns, where we now have teachers prescribing through family physicians by pressuring parents on the use of Ritalin for ADHD in the absence of other more appropriate methods for dealing with mental health concerns in schools. If you look at the data about use of psychotropic drugs and at insurance data from employers, for example, it is going through the roof. I do not think we have any clear leadership being shown federally on supporting alternatives to an overreliance on psychotropic drugs.

Mr. McNamara: I have a number of points that may be in random order.

There are deals being made currently with provinces and pharmaceutical companies with certain drugs. There is a privacy agreement, and the inference is each province gets the best deal. I suspect, as Gordie Howe found out in his contract, he was one of the lower paid and not the highest.

The practice in the U.S., and I am sure it takes place in Canada, is “pay-for-delay,” where the large pharmaceutical companies are paying the generic companies to delay bringing new generics to the market and then splitting the difference. That is an issue I think we must address.

The funding of health advocacy groups by pharmaceuticals is costing us a lot of money, as I mentioned, even using vulnerable individuals as the public face in order to get the drug they want approved in each province. This happens on a regular basis.

At the present time, when a drug is coming out, the company has to bring it to Health Canada for safety testing. My understanding is no one else can bring that drug forward. I use as examples Lucentis and Avastin. Lucentis is a very expensive drug. Avastin is in the same family but is much cheaper. It could be used for wet macular disease just as effectively in most cases,

M. Manion : Je veux vous parler plus en détail de l'utilisation des médicaments psychotropes. Il semble qu'on ait de plus en plus recours à ces médicaments, ce qui pourrait vouloir dire que nous avons un système de santé mentale inadéquat dans lequel nous n'explorons pas toutes les possibilités. Un médecin de premier recours qui n'a pas les compétences, les outils ni la formation nécessaires pour traiter les premiers stades d'un trouble de santé mentale, sera plus porté à prescrire des médicaments psychotropes qu'à appliquer d'autres traitements.

Je crois que nous avons un rôle à jouer à l'échelon fédéral. Nous devons parler avec les assureurs qui remboursent sans question les médicaments psychotropes, mais qui appuient à peine la psychothérapie, même si tout démontre que, par comparaison aux autres types de traitement, la psychothérapie présente plus d'avantages à long terme.

Dans le cas des enfants et des adolescents, par exemple, il est non plus évident qu'il s'agit en réalité de troubles de santé mentale. On constate que les enseignants encouragent l'utilisation du Ritalin pour l'hyperactivité avec déficit d'attention chez les enfants en faisant pression sur les parents et les médecins de famille, car il n'y a rien de mieux que ce médicament pour traiter les troubles de santé mentale en milieu scolaire. D'après les données concernant l'utilisation de médicaments psychotropes et les données d'assurance émanant des employeurs, par exemple, on constate que la consommation de ce genre de médicaments a atteint des sommets. Je n'ai pas constaté de véritable initiative fédérale destinée à soutenir les autres formes de thérapie pour contrer la dépendance excessive aux médicaments psychotropes.

M. McNamara : J'ai quelques points à aborder, sans ordre particulier.

À l'heure actuelle, les provinces et les laboratoires pharmaceutiques concluent des contrats sur certains médicaments. Il y a des ententes de confidentialité et chaque province croit obtenir ses médicaments au meilleur prix. Je soupçonne qu'en lisant son contrat, Gordie Howe a découvert qu'il était parmi les moins bien payés.

La pratique courante aux États-Unis, et je suis certain que c'est pareil ici, consiste à payer la temporisation, c'est-à-dire, que les grands laboratoires pharmaceutiques paient les laboratoires génériques pour qu'ils retardent l'introduction de leurs médicaments sur le marché. Ils se divisent ensuite la différence. Je crois qu'il faut aborder cette question.

Le financement de groupes de représentation en santé par les laboratoires pharmaceutiques nous coûte très cher, comme je l'ai déjà mentionné. Les labos ont même recours à des personnes vulnérables pour que les médicaments qu'ils veulent faire approuver soient vendus dans chaque province. C'est commun.

De nos jours, quand un laboratoire veut introduire un nouveau médicament sur le marché, il doit d'abord le soumettre à Santé Canada qui en teste l'innocuité. D'après ce que j'ai compris, personne d'autre ne peut soumettre ce médicament à Santé Canada. Les médicaments Lucentis et Avastin en sont de bons exemples. Lucentis est un médicament qui coûte très cher. Avastin

but we are using it as an off-label, as has B.C. As I understand it, a province cannot bring a drug forward to Health Canada and ask, "Is this a safe drug that can be used by everyone?"

Ms. Hoffman mentioned test strips. We were one of the provinces that tried to go the route of changing test strips based on the information that was provided. We were inundated by the companies, individuals and the Canadian Diabetes Association, who is funded by the drug companies, and it became such a hot potato, the government backed off. This is one of those things we have to figure out, maybe even ensure that if a lobby group or health charity is funded heavily by a pharmaceutical company, that that information on their website so we all know up front there is funding going into that. That is something to think about.

In terms of provincial negotiations, we are trying to do that. Currently, with respect to one drug, the Province of B.C. is leading the negotiations for all provinces. The company broke off negotiations just prior to the Ministers of Health meeting and tried to get to individual provinces by using the back door approach. The Ministers of Health said, "No, we are sticking together and we will go through that process." It will be interesting to see what the outcome is in terms of trying to look at bulk purchasing.

As was mentioned by Dr. Taylor, the process that was used in terms of pandemic was very successful. One thing we did miss with respect to that, which was not his fault, is the drug company sold the same drug to pediatric hospitals and told them they needed it but at the much higher company price, not the government price. We are going back to that issue.

Another thing we have to be aware of is that the bio-logics are coming along, and they will be more expensive for all of us as boutique drugs.

Finally, we have to spend more time on the appropriate use of drugs. There is a lot of poor utilization. Something that happens with many of our seniors, for example, is they get a prescription, go to the drug store and the pharmacist takes a lot of time telling them about all the different contraventions. When they go home, they are afraid to use it. We have to do a better job of explaining the benefits versus the contraventions.

appartient à la même famille, mais il est beaucoup plus abordable. Ce médicament traite la dégénérescence maculaire humide aussi efficacement que Lucentis dans la plupart des cas, mais cette utilisation n'est pas indiquée sur l'étiquette. À l'instar de la Colombie-Britannique, nous nous en servons pour traiter un état pathologique qui n'est pas indiqué sur l'étiquette. Et si je ne m'abuse, une province ne peut pas demander à Santé Canada de déterminer si ce médicament est sécuritaire pour tout le monde.

Mme Hoffman a parlé des bâtonnets diagnostiques. Nous sommes une des premières provinces à avoir voulu introduire une autre sorte de bâtonnets diagnostiques en nous fondant sur des informations fournies. Nous avons été pris d'assaut par des laboratoires pharmaceutiques, par des particuliers et par l'Association canadienne du diabète qui est elle-même financée par des laboratoires. La question est devenue tellement épineuse que le gouvernement a fait machine arrière. Voilà une information à connaître et il faudrait peut-être obliger les groupes de représentation ou les organismes de bienfaisance qui sont financés par des laboratoires à en faire ouvertement état sur leur site web. Il faut y penser.

C'est ce que nous cherchons à faire dans le cadre des négociations provinciales. À l'heure actuelle, la Colombie-Britannique mène les négociations au nom de toutes les provinces relativement à un certain médicament. Le laboratoire pharmaceutique en question a rompu les négociations avant la réunion des ministres de la Santé et a tenté de passer des contrats individuels avec les provinces par des moyens détournés. Les ministres de la Santé ont dit : « Non, nous sommes solidaires et nous suivrons ce processus ensemble. » Il sera intéressant de voir ce que ça va donner par rapport aux achats en masse.

Comme l'a indiqué le Dr Taylor, le processus appliqué en situation de pandémie a bien fonctionné. Il y a cependant eu un raté, et il n'y a été pour rien, en ce sens que les laboratoires pharmaceutiques ont vendu le même médicament aux hôpitaux pour enfants en leur disant qu'ils en avaient besoin, mais à un prix beaucoup plus élevé que celui consenti au gouvernement. Nous revenons sur ce point.

Il faut aussi être conscient du fait que les médicaments biologiques font des progrès et qu'ils seront plus coûteux pour tout le monde parce qu'il s'agira de médicaments « boutiques » ceux dont le prix est délibérément élevé.

Enfin, nous devons passer plus de temps à étudier l'utilisation appropriée des médicaments. La mauvaise utilisation de médicaments est répandue. Par exemple, je pense aux personnes âgées à qui le médecin prescrit un médicament, mais comme le pharmacien passe trop de temps à leur parler des contre-indications, elles ont peur de s'en servir. Nous ne devons pas seulement parler des contre-indications. Il faut mieux expliquer les avantages des médicaments.

Dr. Schull: I will pick up on a couple of comments, the first by Mr. Morgan regarding the 5 per cent of patients responsible for 50 per cent of costs for pharmaceuticals. The same is true for total health care costs; about 5 per cent of patients equal more than 50 percent, I think it is 80 per cent of total health care costs.

Therefore, when we talk about cost containment of pharmaceuticals, we need to be careful not to silo these issues. They are all interlinked. If a patient is spending a lot on medication, chances are they are costing the system a lot in terms of hospitalization and ER and family physician utilization.

The point is that we are talking about 5 per cent of patients; should we not be designing a system that focuses more heavily on that 5 per cent? It is a small number in our system, and if we can assure we are providing better and more integrated care for that 5 per cent, we can get at the issue of appropriateness. Are these patients on too many drugs? The wrong ones? Is a combination of drugs leading to inappropriate admissions to hospital? Perhaps they are not on the right drug, which again leads to re-hospitalization and potentially death.

This is an issue that is linked with where we started, which is integration of care and thinking in a holistic fashion about the patient's experience in our health care system. I think we again need to think about how our care system and incentives are aligned because that will address cost containment of pharmaceuticals as well as better health care overall.

Dr. Haggie: I am coming around in a circle with what Dr. Schull said. We at CMA produced an optimal prescribing initiative a few years ago with the hope that we would have electronic prescribing to support this.

However, the idea of an electronic prescribing module with decision support at the point of care is crucial to this. The average physician has no clue about the cost of the drug they are prescribing. The only information they get, if they ask, comes through the drug company.

One of the other issues was where physicians would get information on new drugs and best practices. The bulk of new non-cancer drugs that come out are actually "me-too's." In other words, they are twists on an old drug already out there, yet there is a significant incremental price to be paid for it. If you put real-time decision support in front of the physician writing the prescription, that would be a factor. No physician wants to unnecessarily spend money.

The facts of the case are that drug interactions are a significant issue. Again, with a real-time record, there is some evidence that 15 per cent of hospital admissions are attributable to drug-drug interactions. If you could cut those down by a single real-time

Dr Schull : Je vais répondre à quelques-unes de ces remarques en commençant par celle de M. Morgan au sujet des 5 p. 100 de patients responsables de 50 p. 100 des coûts des produits pharmaceutiques. C'est la même réalité pour les coûts des soins de santé en général. Environ 5 p. 100 des patients engendrent plus de 50 p. 100 des coûts. Je pense que c'est même 80 p. 100 du total dépensé sur les soins de santé.

Lorsque nous parlons du confinement des coûts des produits pharmaceutiques, il faut faire attention de ne pas cloisonner les enjeux. Ils sont tous liés. Si un patient dépense beaucoup d'argent sur des médicaments, il y a de fortes chances qu'il coûte beaucoup d'argent au système aussi, à cause d'hospitalisation, de visites à l'urgence et de visites chez son médecin de famille.

Ce que je veux dire c'est que nous parlons de 5 p. 100 des patients. Devrions-nous concevoir un système qui se concentre davantage sur ces 5 p. 100? C'est une faible proportion de l'ensemble de notre système. Si nous pouvions veiller à ce que ces patients reçoivent de meilleurs soins, plus intégrés, nous pourrions alors parler de l'à-propos des soins. Ces patients prennent-ils trop de médicaments ou des mauvais médicaments? Leur hospitalisation est-elle causée par une mauvaise combinaison médicamenteuse? Peut-être ne prennent-ils pas les bons médicaments, ce qui peut mener à une deuxième hospitalisation et éventuellement entraîner leur décès.

Cela nous ramène à notre point de départ, soit l'intégration des soins et l'application d'une démarche holistique dans la façon dont le patient est pris en compte par le système de soins de santé. Il nous faut réfléchir à l'adéquation des mesures d'incitation au système de soins en vue d'assurer le confinement des coûts des produits pharmaceutiques. Nous aurons des soins de santé de meilleure qualité en général aussi.

Dr Haggie : Je reviens sur ce que le Dr Schull a dit. Il y a quelques années à l'AMC, nous avons lancé une initiative destinée à optimiser la prescription de médicaments grâce à l'informatisation des ordonnances.

Tout le concept reposait sur un module informatisé comportant un aide à la décision à l'étape de la rédaction des ordonnances. La plupart des médecins n'ont aucune idée du prix des médicaments qu'ils prescrivent. Les seuls renseignements qu'ils ont sont ceux fournis par les laboratoires pharmaceutiques sur demande.

Nous avons été confrontés à un autre problème quand nous nous sommes demandé où les médecins obtiendraient des renseignements au sujet des médicaments et des pratiques exemplaires. La plupart des médicaments autres que ceux destinés à traiter le cancer ne sont absolument pas nouveaux. Autrement dit, on modifie un peu un médicament existant et on gonfle le prix. Il serait intéressant que le médecin prescrivant un médicament ait accès à une aide en direct. Aucun médecin ne veut dépenser de l'argent inutilement.

Les interactions médicamenteuses sont un autre problème de taille qu'on pourrait surveiller grâce à un accès aux dossiers médicaux en temps réel. Quinze pour cent des admissions à l'hôpital sont attribuables à des interactions médicamenteuses. Si

record with a prescribing module, that is \$1,200 per patient per day and 15 per cent of hospital admissions across the country. It would have an immediate effect.

The Chair: I am going to move on to Item 10, but before I do, ADHD came up. I can tell you that I am awfully thankful that Ritalin was not around when I was a kid. I cannot help but think that this has more to do with the effort to stifle any kind of energy expression in the school system than it does with any basic health need. That is just a personal observation.

We will move now into the role of the private sector in health care. Mr. Morgan will start this off.

Mr. Morgan: I teach health policy at UBC, and this is often one of the most interesting segments of the course. Most Canadians are under the false impression that there is not a significant role for the private sector in Canadian health care, but, in fact, virtually all Canadian health care is provided by the private sector. It is important to remind ourselves and to remind Canadians that our hospitals, for the most part, are private organizations that have contracts and financial relationships with governments, but they are run independently. Medical offices of physicians across the country are independent businesses that are, in effect, in the private not-for-profit sector. Virtually every prescription drug we consume as Canadians and every piece of medical equipment we use is provided by a for-profit private sector entity.

There is a critically important role of the private sector in providing health care in Canada, unquestionably.

The great debate and the one that divides us in policy debates in this country is the question of the role of private financing of that care, and there are fault lines in the Canadian health care system defined by the Canada Health Act, where, if it is medically necessary physician services or medically necessary hospital care, in effect, legislation says there shall be no role for private financing. Private delivery will be fine, but private financing would not be.

In the rest of the health care system, we have a considerable amount of private financing, whether for prescription drugs, home care or complementary services provided by a range of health care providers.

It is important to recognize that trying to open up the system to private financing for hospital or physician services is not likely to solve critical problems that we have been discussing today. It will not likely solve issues around wait times and access, and it certainly will not promote equity, in part, because, as a physician once told me, a dollar has never treated a patient. Bringing new money into the system does not necessarily bring new health care providers into the system, so the same providers need to allocate their time and energies perhaps in different ways when new forms of financing come in.

l'on pouvait réduire ce chiffre grâce à la consultation des dossiers en temps réel du module de prescription, nous économiserions 1 200 \$ par patient et éliminerions 15 p. 100 des admissions à l'hôpital au Canada. Il y aurait des effets immédiats.

Le président : Je vais passer au point 10, mais avant ça, je dois vous dire, en réponse aux propos sur le Ritalin, que j'ai eu beaucoup de chance que le Ritalin n'existait pas quand j'étais jeune. Je ne peux m'empêcher de croire que le Ritalin a été conçu pour réprimer toute expression physique dans le système scolaire et non pour satisfaire aux besoins de base en santé. C'est une observation personnelle.

Passons maintenant au rôle du secteur privé dans les soins de santé. M. Morgan prendra la parole le premier.

M. Morgan : J'enseigne les politiques en matière de santé à la UBC et cette question est une des parties les plus intéressantes du cours. La majorité des Canadiens se trompent en croyant qu'il n'y a pas de place pour le secteur privé dans les soins de santé au Canada quand, en fait, presque tous les soins de santé au Canada sont offerts par le secteur privé. Il ne faut pas oublier et il faut rappeler aux Canadiens que la plupart des hôpitaux sont des organismes privés, indépendants. Les cabinets de médecin partout au Canada sont en réalité des entreprises privées, sans but lucratif. Presque tous les médicaments que nous prenons et tous les équipements médicaux que nous utilisons sont fournis par le secteur privé à but lucratif.

Le secteur privé joue un rôle crucial dans la prestation des soins de santé au Canada. C'est indisputable.

C'est la question du rôle du financement privé des soins de santé qui alimente de grands débats et qui nous divise. Il y a des failles dans le système de soins de santé canadien qui sont régies par la Loi canadienne sur la santé, loi selon laquelle les services de médecin ou les soins hospitaliers nécessaires ne peuvent pas être financés par le secteur privé. La prestation de services par le secteur privé est admise, mais le financement privé ne l'est pas.

Le reste du système de soins de santé est aussi fortement financé par le privé, que ce soit pour les médicaments sur ordonnance, les soins à domicile ou les services complémentaires offerts par toute une gamme de fournisseurs de soins de santé.

Il faut être conscient d'une chose. Ce n'est pas en permettant au privé de financer les hôpitaux ou les services de médecins que nous résoudrons les grands problèmes dont nous discutons aujourd'hui. Nous ne résoudrons pas non plus de problèmes reliés aux temps d'attente ou à l'accès, et nous ne favoriserons pas l'équité parce que, comme un médecin m'a dit un jour, un dollar n'a jamais soigné un patient. Ce n'est pas en injectant plus d'argent dans le système que nous attirerons de nouveaux fournisseurs de santé. Les fournisseurs actuels doivent donc répartir leur temps différemment et dépenser leur énergie autrement, lorsque de nouvelles formes de financement entrent en jeu.

I would caution against bringing new private financing for services that are currently protected from private financing in Canada, that is, the services under the Canada Health Act. As we have just discussed, as it relates to things such as home care, or pharmacare, there is merit in considering an increased role of public financing because of the benefits of the purchasing power that comes with it.

I would be on the record here and in every course that I teach that there certainly is nothing wrong with private delivery of health care. In fact, a vast majority of care in Canada is privately delivered.

Dr. Schull: I am not sure I have much to add to what Mr. Morgan said. I agree completely. In fact, when looking at the per cent of total health expenditures in Canada that are private versus public and compare that internationally, we are right where everyone else is, except, perhaps, the U.S. and Switzerland, who are outliers.

I think that there may be value and opportunity for looking at new ways of delivering services, such as the health information exchanges that I mentioned earlier, and ways of organizing health information to provide, perhaps, a more responsive system for clinicians and administrators. There may be a role for private companies to get engaged in that work. I do not see a problem with that. I think the key principle is that for what we consider to be the core essential services, they should be free at the point of care, and we need to look at redefining those core services if we enter into that debate. However, I would agree that the role of the private system is already large in Canada, and there may be more opportunities.

[Translation]

Senator Verner: As a senator from Quebec, I feel I must intervene. I hear your positions on the role of the private sector in health care. As you know, the Quebec government, while complying with the Canada Health Act, has negotiated contracts with certain specialized private clinics for certain surgeries that had an overly long wait time in the public sector.

In your opinion, do contracts such as these lead to greater efficiencies?

Also, are their any figures indicating that because certain patients were treated in a public-private mix, there has been a positive impact on wait times in public clinics?

Dr. Schull: I do not know if there are figures available to show whether there has been an impact as a result of more procedures being carried out in the private sector.

But I would like to come back to a comment made by Mr. Morgan to the effect that the number of orthopedic surgeons in Quebec has not changed. The contract has not meant that there

Je vous conseille de ne pas permettre le financement privé des services pour lesquels cette pratique est actuellement interdite au Canada, soit les services régis par la Loi canadienne sur la santé. En revanche, comme nous venons de le voir, il serait intéressant de considérer un rôle accru pour le financement public en raison des avantages du pouvoir d'achat qu'il engendre.

Je vais redire ici, pour mémoire, ce que j'enseigne dans tous mes cours, c'est-à-dire qu'il n'y a rien de mal à assurer la prestation privée des soins de santé. En fait, la prestation de la vaste majorité des soins au Canada est privée.

Dr Schull : Je pense ne rien avoir à ajouter à ce qu'a dit M. Morgan. Je suis tout à fait d'accord avec lui. Effectivement, quand on examine la répartition des dépenses de soins de santé au Canada entre le système privé et le système public, et qu'on se compare au reste du monde, on voit bien que nous ne sommes pas exceptionnels, à l'exclusion peut-être des États-Unis et de la Suisse qui sont à l'autre extrémité.

Je pense qu'il peut être intéressant de profiter de cette occasion d'étudier de nouvelles façons d'offrir les services de santé, par exemple grâce aux échanges de données médicales dont j'ai parlé plus tôt, et à une meilleure organisation des renseignements sur la santé de sorte que le système soit plus adapté aux besoins des cliniciens et des administrateurs. Nous pourrions confier un rôle aux entreprises privées à cet égard. Je n'y vois aucun problème. Je pense que le principe clé touche les services essentiels fondamentaux. Ces services doivent être gratuits au point d'intervention et nous devons les redéfinir si nous entamons cette discussion. Par contre, je reconnais que le système privé au Canada occupe déjà une place importante, mais on pourrait lui confier d'autres rôles.

[Français]

Le sénateur Verner : Comme je suis un sénateur du Québec, je ne peux m'empêcher d'intervenir et j'entends vos positions sur la part du secteur privé en santé. Comme vous le savez, le gouvernement du Québec, tout en respectant la loi canadienne sur la santé, a négocié des contrats avec certaines cliniques spécialisées privées pour certaines chirurgies pour lesquelles le délai d'attente dans le secteur public était trop long.

Selon vous, ce type de contrat permet-il de gagner en efficacité?

Également, existe-t-il des données nous indiquant que parce que certains patients ont été traités en partenariat public-privé, ça eu un effet positif concernant les délais d'attente pour les patients en clinique publique?

Dr Schull : Je ne sais pas si des données sont disponibles à savoir s'il y a eu un impact du fait que davantage de procédures sont effectuées dans le secteur privé.

Mais je vais revenir sur un commentaire du M. Morgan, c'est-à-dire que le nombre d'orthopédistes au Québec est le même qu'auparavant. Le contrat n'a pas fait en sorte qu'il y ait plus de

are more surgeons than there were before. If a surgeon is operating in the private sector, it means he is not operating in the public sector. Conceptually, I do not see how that could help the public system. Also, it is not enough to consider wait times alone. Consider also that because the remuneration for these surgeons is probably better in the private sector, might not they be inclined to quit or curtail their public sector activities? I have worded this comment as a question, because not knowing whether figures are available in this regard I do not think I can answer your question.

[English]

Dr. Kitts: It comes back to what you are trying to achieve by introducing more private sector involvement in the health system. I would argue that if you step back to the first conversation, does introducing the private sector to reduce wait times, if that is what it does, allow us to obviate the need for better governance, better management, more accountability and focusing on results? I guess I would have to understand how introducing the private sector would introduce better governance, better management and more value for money in the public sector. I do not know see how that connects. I would start with that and see if we need more help from the private sector.

[Translation]

Mr. Manion: At this time, we know the opposite situation exists. If, for example, the specialized systems cannot meet the population's mental health needs, we have seen that they move on, or some patients in that community move on, to private practices. Other countries have noted the lack of experience in our specialized centres for things like cognitive behavioural therapy, and they have trained a good number of public practitioners to better meet this need so as to have greater control over the product.

Are they now dispensing treatment based on what the studies say and on substantive data? That could be something that points to a shortcoming where we can have a provincial or national community response bringing its influence to bear on training, as well as a cover-up of practices that are based on substantive data.

[English]

Mr. Morgan: It is an excellent question, and I think that the answers we have heard so far to the question illuminate one of the fundamental problems with experiments, if you will, with private sector operating facilities and surgical facilities in Canada, and that is the lack of data about both the experiences of provinces that have purchased services from them, and, importantly, about the services provided by the centres when they are paid for privately.

chirurgiens qu'avant. Si un chirurgien opère dans le secteur privé, cela veut dire qu'il n'opère pas dans le secteur public. Conceptuellement, je ne vois pas comment cela pourrait aider le système public. Également, il ne faut pas s'attarder seulement qu'aux délais d'attente, mais aussi sur le fait que puisque la rémunération pour ces chirurgiens sera probablement meilleure du côté du secteur privé, peut-être auront-ils tendance à abandonner ou réduire leurs activités dans le secteur public. Je pose ce commentaire comme une question car, comme je ne sais pas si des données sont disponibles concernant cela, je ne pense pas pouvoir répondre à votre question.

[Traduction]

Dr Kitts : Ça revient à ce que vous essayez d'accomplir en faisant davantage participer le secteur privé au système de soins de santé. Pour en revenir à ce que nous disions au début, je me demande dans quelle mesure le fait d'ouvrir la porte au secteur privé afin de réduire les temps d'attente — si c'est là le résultat visé — pourrait nous affranchir de la nécessité d'améliorer la gouvernance, la gestion, la responsabilisation et l'atteinte des résultats. Il me reste à comprendre en quoi l'arrivée du secteur privé pourrait s'accompagner d'une amélioration de la gouvernance, de la gestion et de l'optimisation des ressources dans le secteur public. Je ne vois pas le lien entre les deux. Je commencerais par me poser ce genre de question et je déterminerais ensuite si l'on a effectivement besoin de l'apport du secteur privé.

[Français]

M. Manion : Présentement, nous savons que le contraire existe. Si, par exemple, dans les systèmes spécialisés on ne peut pas desservir la population ayant des besoins en santé mentale, on voit qu'ils se dirigent ou qu'il y a des patients dans la communauté qui vont en pratique privée. Dans d'autres pays, ils ont noté le manque d'expérience dans nos centres spécialisés pour des choses comme la thérapie cognitive comportementale et ils ont formé de nombreux praticiens publics pour mieux desservir ce besoin, et cela afin de pouvoir mieux contrôler le produit.

Sont-ils en train de faire la thérapie suivant ce qu'on cite et selon les données probantes? Cela peut être quelque chose qui souligne un manque ou on peut avoir une réponse communautaire provinciale ou nationale apportant des nuances sur la formation, ainsi que la dissimulation des pratiques basées sur des données probantes.

[Traduction]

M. Morgan : Voilà une excellente question. Je pense que les réponses que nous avons entendues jusqu'à présent font ressortir l'un des problèmes fondamentaux relatifs aux expériences, pour ainsi dire, ayant consisté à confier au secteur privé l'administration d'installations médicales et chirurgicales au Canada, je veux parler du manque de données sur les conclusions que les provinces acheteuses ont tirées de ce genre d'expérience et, plus important encore, au sujet des services offerts par les centres quand ils sont payés par le privé.

These centres exist and they do charge for services that they would argue are outside the auspices or the mandate of the Canada Health Act. When they engage in those practices, we do not see the data. Unfortunately, the public system occasionally sees the patients when things go wrong, and there is a problem with this in terms of the possibility for cream skimming and then offloading the unfortunate consequences of medical events gone wrong.

This is the big question. I appreciate Dr. Kitts' intervention on whether this is the right form of governance, having these parallel systems, particularly when there is a lack of information. I would certainly argue that we need better data and better information. To ask that fundamental question, if you were to design this system *de novo*, would you have this level of redundancy on purpose or would you just involve these people more meaningfully in the public system, in our public hospitals, the infrastructure for which exists? Again, these same personnel work in both of those arenas.

Ms. Henningsen: Coming from home and community care where we are not under the Canada Health Act, we think about this issue often. We deal a lot with the role of the private sector in delivery. It is quite an eclectic mix. Depending on the province, you can have public delivery or a mix of public-private. When you look at private, you can have profit and not-for-profit. Interestingly enough, as it has evolved over the years, this mix has worked quite well, coming up from the grassroots, as long as all providers are held to accountability, a cost standard and a quality standard. What happens is that their tax status, whether they are private or public or charitable, becomes null and void, as long as you hold companies to a certain quality standard.

Around financing, we have given this a lot of thought, once again because we are not under the Canada Health Act. We consider two things. Home and community care can be a very broad range of services. We do agonize with provinces on what you should and should not cover because it could be a very long laundry list.

We have been kicking around or investigating some different ideas on where the federal government could come in in two areas. One is a registered chronic care savings plan or some sort of plan that encourages Canadians to save for their long-term care, but goes beyond the Tax Free Savings Plan, because I may be using that to go on Hawaii. A registered chronic care savings plan would build awareness with the average Canadian that as you get

Il existe bien de tels centres qui facturent des services qui, de leur avis, ne tombent pas sous le coup de la Loi canadienne sur la santé ou qui ne font pas partie du mandat qu'elle fixe. Dans de telles situations, nous ne recevons aucune donnée. Malheureusement, il arrive que le système public doive accueillir des patients traités dans le privé quand les choses tournent mal, ce qui pose le problème de l'écrémage par le privé qui se déleste ensuite des patients pour qui une procédure médicale n'a malheureusement pas tourné comme prévu.

C'est là la question principale. Je comprends ce qu'a voulu dire le Dr Kitts en se demandant si l'existence de systèmes parallèles, particulièrement lorsqu'il y a un manque d'informations, représente la bonne forme de gouvernance. Personnellement, je soutiens que nous avons besoin de meilleures données et de meilleures informations, d'où la question fondamentale qui se pose : si l'on devait tout recommencer, est-ce qu'on adopterait délibérément ce niveau de redondance ou est-ce qu'on ferait participer le secteur privé d'une manière qui serait plus utile au système public, à nos hôpitaux publics, à l'infrastructure en place? Encore une fois, c'est le même personnel qui travaille dans ces deux univers.

Mme Henningsen : Dans le milieu des soins à domicile et des soins communautaires auquel j'appartiens, et qui ne relève pas de la Loi canadienne sur la santé, nous nous posons souvent cette question. Nous avons souvent affaire avec le secteur privé dans la prestation des soins. C'est un mélange vraiment éclectique. Selon la province, la prestation des soins relève entièrement du secteur public ou d'une combinaison secteur public-secteur privé. Dans le privé, il y a le volet sans but lucratif et le volet à but lucratif. Il est intéressant de constater que, dans la mesure où les fournisseurs sont tenus de rendre des comptes et de respecter des normes de tarification et de qualité, à la façon dont elle a évolué au fil des ans sous l'impulsion de la base même, cette combinaison secteur public-secteur privé a bien fonctionné. La situation des organismes fournisseurs de soins sur le plan fiscal, c'est-à-dire qu'ils soient privés ou publics ou encore philanthropiques, n'a aucune importance dans la mesure où les entreprises sont obligées de respecter une certaine norme de qualité.

En ce qui a trait au financement, nous y avons beaucoup réfléchi, encore une fois parce que la Loi canadienne sur la santé ne s'applique pas à nous. Nous considérons deux choses. Les soins à domicile et les soins communautaires peuvent s'entendre de toute une gamme de services. Nous avons des discussions à n'en plus finir avec les provinces pour déterminer ce qui doit être couvert ou exclu, parce qu'il peut s'agir d'une liste d'épicerie plutôt longue.

Nous avons formulé différentes idées quant à la façon dont le gouvernement fédéral pourrait intervenir dans deux domaines. Il serait d'abord possible d'adopter un régime enregistré d'épargne pour soins concernant les maladies chroniques ou un régime quelconque qui inciterait les Canadiens à épargner pour payer leurs soins de longue durée, sans pour autant qu'il s'agisse d'un compte d'épargne libre d'impôt que les gens pourraient utiliser

old you will get frail and you may require additional supports and long-term care. It builds awareness. That is an idea we have been thinking about.

Another one, which is interesting because you do not think about it when you think of financing, is the role of family caregiver. The role of the family caregiver, as soon as you take care outside a hospital, is absolutely critical. What sort of financing or mechanisms could we look at to support this role? Whether they be refundable tax credits to help offset additional financial burden or whether it be provision of respite, when we look at financing a system outside the hospital we need to look at people's real lives, and their real lives involve their family caregivers.

Dr. Taylor: From a slightly different perspective, if we are talking health as opposed to disease and specifically promotion and prevention, the private sector has a critical role, be it through workplace wellness, building constructions, the built environment, pollution — grocery store design was alluded to earlier — the pricing structure of our foods and even things like the salt content of the food.

We must work with the private sector, in a variety of ways. It can be through influencing — there is much debate around the salt content of food now — versus regulation, et cetera. From a promotion and prevention perspective, it is a critical role for our health.

Mr. Manion: Dr. Taylor took the comment I was going to make about looking at it from a different lens, in terms of employers promoting health and wellness, especially mental health and wellness. If you look specifically at the role of the federal government as one the largest employers in the country, there is a role model role to be played here in terms of whether the federal government is an employer of choice when it comes to health promotion, mental health promotion and family mental health promotion in the workplace.

Senator Merchant: It is an interesting dichotomy when we talk about private health care. It is not politically saleable sometimes, but is it not a fact that sometimes provinces are the biggest purchasers of private health care? As an example, when provinces want to get people off Workers' Compensation, sometimes they see to it that these people get in and get whatever needs to be done through a private purchase. How common is that? Maybe people do not realize there exists this layering, depending on where your pocketbook lies.

pour aller à Hawaï. Un régime enregistré d'épargne pour maladies chroniques permettrait de sensibiliser le Canadien moyen au fait qu'en vieillissant, on devient frêle et qu'on risque d'avoir besoin davantage d'appui et de soins de longue durée. Ce serait un outil de sensibilisation et c'est une idée à laquelle nous avons réfléchi.

L'autre idée, qui est intéressante parce qu'on n'y pense pas quand on réfléchit au financement, concerne le rôle des aidants naturels. Dès que les soins ne sont plus donnés en milieu hospitalier, les aidants naturels sont appelés à remplir un rôle indispensable. Quel genre de financement ou de mécanisme pourrait-on envisager pour appuyer ce rôle? Que ce soit sous la forme de crédits d'impôt remboursables destinés à alléger le fardeau financier supplémentaire que représente la maladie ou d'indemnités pour les soins de relève, dès qu'il est question de financer un système de soins extramuros, il faut penser aux réalités que vivent les familles, ce qui veut dire notamment les aidants naturels.

Dr Taylor : J'adopterais un point de vue légèrement différent en disant que si l'on parle de santé plutôt que de maladie, et plus précisément de sensibilisation et de prévention, le secteur privé a un rôle indispensable à jouer, que ce soit sur le plan du mieux-être en milieu de travail, sur celui de la construction immobilière ou de l'environnement bâti, sur le plan de la pollution — quelqu'un tout à l'heure a parlé de la conception des épiceries —, sur le plan de la structure de tarification des aliments ou encore de choses comme la teneur en sodium des aliments.

Nous devons travailler avec le secteur privé de diverses façons, que ce soit en jouant d'influence — il est actuellement beaucoup question de la teneur en sodium des aliments — ou en recourant à la réglementation ou autre. Du point de vue de la sensibilisation et de la prévention, c'est là un rôle essentiel pour notre santé.

M. Manion : Le Dr Taylor a dit ce que je m'apprêtais à dire, mais d'un point de vue différent, au sujet des employeurs qui préconisent la santé et le mieux-être, surtout la santé et le mieux-être mentaux. Quand on pense que le gouvernement fédéral est l'un des plus importants employeurs du pays, celui-ci doit être un modèle, un employeur de choix en matière de promotion de la santé, de promotion de la santé mentale et de promotion de la santé mentale de la famille en milieu de travail.

Le sénateur Merchant : Une intéressante dichotomie apparaît quand on parle de soins de santé offerts par le secteur privé. Ce n'est pas une idée qui se vend toujours très bien en politique, mais n'est-ce pas un fait que les provinces peuvent être les plus importants acheteurs de soins de santé privés? Par exemple, lorsqu'elles ne veulent plus que leur caisse d'indemnisation des accidents du travail verse des prestations à tel ou tel bénéficiaire, elles veillent à ce que le dossier de la personne soit transféré au secteur privé auprès de qui les provinces achètent des services. Dans quelle mesure cela est-il courant? Rares sont ceux qui se rendent compte de l'existence d'un tel clivage qui dépend des disponibilités financières.

Mr. McNamara: WCB is perceived by most provinces as not being part of the health care system. It is seen as an insurance company. It works similar to other insurance companies. They do purchase services, some within hospitals and some in the private sector, but we do work with them. For example, in Nova Scotia we have a number of larger regional hospitals that on Saturdays do orthopedic surgery for WCB, and WCB pays for it as a private clinic. There are opportunities for that.

It is also fair to say that we do purchase from private companies long-term care. There are also things that we fund outside the Canada Health Act that we pay for through home care.

Obviously, our biggest client is doctors, who are individual businesses. One thing they often joke about is that doctors are the only profession where you can graduate from university, set up a practice, see as many patients as you want and as often as you want, and send the bill to someone else. It is not quite that simple, but that does happen in many cases.

Yes, we do spend a lot of money with the private sector, but from Nova Scotia's point of view we believe in the principal tenet that it should remain out of private hands and providing the major services of health care.

The Chair: Thank you all very much for this phase of our discussions today. I would like to breakdown the rest of our time into three sections. For the first one, I would like to put out two items, one that is the Aboriginal health issue that Senator Merchant raised earlier. The second is that there should be 10 separate accords because that way the federal government could perhaps find ways of incenting innovation and development by having the provinces essentially compete with one another. We will take a few minutes on each of those two subjects.

In the second phase I want to reward my colleagues, who have been remarkably patient and cooperative today, and I would like to go around the table and give them each a chance to raise the one item they think still remains to them, something they would really like to get a reaction to. We will not be debating. We will ask the question, it will be answered and we will move on.

Finally, I would like to go around to our panellists again to give them an opportunity for another single intervention. Should there be any time remaining, and something has emerged, we will get at that.

Who has thought about Aboriginal health?

Ms. Henningsen: We have had the opportunity to work with the First Nations and Inuit and Health Canada and the communities to develop two different reports on home and

M. McNamara : La plupart des provinces estiment que leur CAT, leur commission des accidents du travail, ne fait pas partie du système de soins de santé. Ils la perçoivent comme une compagnie d'assurances fonctionnant comme toutes les autres. Ces commissions achètent des services, parfois dans les hôpitaux et parfois dans le secteur privé, mais nous travaillons ensemble. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, nous comptons un certain nombre de grands hôpitaux régionaux qui pratiquent des chirurgies orthopédiques pour le compte de la CAT les samedis, chirurgies qui sont payées par la CAT comme s'il s'agissait de services offerts par une clinique privée. Cette possibilité existe.

Il faut également dire que nous achetons des services de soins de longue durée à des entreprises privées. Nous finançons aussi d'autres choses qui ne sont pas prévues dans la Loi canadienne sur la santé et que nous payons par le truchement de notre programme de soins à domicile.

Évidemment, nos principaux clients sont les médecins, qui sont des entreprises individuelles. On dit souvent en plaisantant que la profession de médecin est la seule où vous pouvez obtenir votre diplôme universitaire, établir un cabinet, voir autant de patients que vous le voulez et aussi souvent que vous le souhaitez tout en facturant quelqu'un d'autre. Ce n'est pas aussi simple que ça, mais cette pratique n'est pas rare.

Nous dépensons effectivement beaucoup d'argent dans le secteur privé, mais la Nouvelle-Écosse croit dans le premier principe, c'est-à-dire que la santé ne doit pas être privatisée et que les principaux services de soins de santé doivent être dispensés par le public.

Le président : Merci beaucoup pour cette partie de la discussion. Je me propose de diviser ce qui reste de la séance en trois parties. Pour la première, je poserai deux questions, l'une étant celle de la santé des Autochtones dont le sénateur Merchant a parlé plus tôt. La deuxième est celle de la possibilité d'avoir 10 accords distincts qui permettraient au gouvernement fédéral d'amener en quelque sorte les provinces à se faire concurrence l'une l'autre afin de stimuler l'innovation et le développement. Nous consacrerons quelques minutes à chacun de ces sujets.

Dans un deuxième temps, je récompenserai les collègues qui ont été remarquablement patients et coopératifs aujourd'hui en leur offrant un tour de table à l'occasion duquel je donnerai à chacun la possibilité de poser une question qui, selon eux, n'a pas encore reçu de réponse et pour laquelle ils souhaiteraient une réaction. Il n'y aura pas de débat. Chacun posera sa question à laquelle on va répondre et nous passerons à autre chose.

Enfin, j'aimerais donner la parole à nos invités une nouvelle fois pour une seule intervention. S'il reste du temps et que quelque chose a surgi en cours de route, nous en traiterons.

Qui a quelque chose à dire sur la santé des Autochtones?

Mme Henningsen : Nous avons eu l'occasion de travailler avec les Premières nations et les Inuits, ainsi qu'avec Santé Canada et les communautés pour élaborer deux rapports différents sur les

community care promising practices and Aboriginal health. Recently we released a report on promising practices in mental health in First Nations communities.

It is really interesting what you can learn. It is like what our colleague from the Northwest Territories said, when you have to do it what can happen. Out of all those promising practices, we saw some leading practices in governance that we talked about this morning, some leading practices in leadership and integration, and a real client-centred approach. It is the approach that happens in all communities no matter what province or territory they are in.

We can learn a lot from what is happening in the First Nations and Inuit communities. From a home and community care point of view, it is really quite challenging because the actual funding for home and community care services limits the range so badly. The funding has not been increased from the federal government for many years. They have been doing amazing things with what they have but, really, with a focused injection of more resources? Provinces and territories could learn a lot from the way they organize their health services in First Nations communities.

Mr. Manion: This is a complex issue. We must first and foremost be careful not to have a paternalistic approach to trying to solve problems for our First Nations, Inuit and Metis communities. It is a long-term partnership. Dialogue has to take place. There are historical things that are clearly at play when involving those conversations. There is a lot to learn from what has been done well but also from those communities themselves. Many communities are role models for wellness. It is not all about money. Sometimes it is about approach or about culture. They have approaches that would solve some of problems we have been discussing today in terms of our health care systems that are not necessarily technologically dependent but looking at people in their communities from a holistic perspective. There is a richness there that we have to be aware of.

We speak often of the mental health needs in these communities. When we have gone to these communities and have been able to go into some of these communities, we realize we are not necessarily talking about mental illness. We are talking about the psycho-social indicators of all kinds of social conditions and determinants of health. We have to be careful how we label these problems, and we cannot over-generalize across communities because many of these communities are in a position to help other communities by what they have been able to accomplish for their citizens.

Mr. McNamara: I agree we have to do more on Aboriginal health. Jurisdiction is an issue. One thing on which I would like clarity is what is the role of Health Canada and what is the role of the province. Sometimes we are not really sure. We get caught in the

pratiques prometteuses en matière de soins à domicile et de soins communautaires ainsi que de santé des Autochtones. Nous avons récemment publié un rapport sur les pratiques prometteuses dans le domaine de la santé mentale dans les communautés de Premières nations.

C'est fascinant ce qu'on peut apprendre. Ça rappelle ce que notre collègue des Territoires du Nord-Ouest disait, on en découvre des choses quand on s'attaque aux dossiers. Parmi toutes les pratiques prometteuses, nous en avons vu certaines de premier plan en matière de leadership et d'intégration et avons constaté une véritable approche axée sur les clients. C'est celle qu'on voit dans toutes les communautés, peu importe la province ou le territoire.

On peut apprendre beaucoup de ce qui se passe dans les communautés des Premières nations et inuites. Du point de vue des soins à domicile et communautaires, c'est assez difficile parce que le financement, même pour les services de soins à domicile et communautaires, limite sérieusement la gamme des interventions possibles. Le gouvernement fédéral n'a pas augmenté le financement depuis longtemps. Les gens font des miracles avec ce qu'ils ont, mais qu'est-ce que ça donnerait s'ils avaient plus de ressources spécialisées? Les provinces et les territoires pourraient en apprendre beaucoup de la façon dont les communautés de Premières nations organisent leurs services de santé.

M. Manion : C'est une question complexe. D'abord, il faut se garder d'adopter une approche paternaliste consistant à essayer de résoudre les problèmes des communautés de Premières nations, inuites et métisses. Il s'agit d'un partenariat à long terme. Il faut instaurer le dialogue. Il est évident que, dans ce genre d'échanges, le contexte historique joue un rôle. Il y a beaucoup à apprendre de ce qui a été bien fait et aussi des communautés elles-mêmes. Beaucoup d'entre elles sont des modèles sur le plan du mieux-être. Ce n'est pas simplement une question d'argent. C'est parfois une question d'approche ou de culture. Les Autochtones abordent leurs problèmes d'une façon qui nous permettrait de régler ceux dont nous avons parlé aujourd'hui à propos de nos systèmes de soins de santé, des problèmes dont la solution ne passe pas forcément par la technologie, mais qui consiste à considérer les gens au sein de leurs collectivités, de façon holistique. Il faut être conscient de cette richesse.

On parle souvent des besoins en matière de santé mentale dans ces communautés. Nous les avons visitées pour nous rendre compte qu'il n'est pas nécessairement question de santé mentale. Il est question d'indicateurs psychosociaux relatifs à toutes sortes de conditions sociales ainsi que de déterminants de la santé. Il faut être prudent dans la façon d'étiqueter ces problèmes et il faut se garder de trop généraliser d'une communauté à l'autre parce que beaucoup d'entre elles sont en mesure d'aider les autres grâce à ce qu'elles ont pu faire pour leurs membres.

M. McNamara : Je suis d'accord pour dire qu'il faut en faire plus. La question des compétences fait problème. J'aimerais mieux comprendre le rôle de Santé Canada et celui des provinces. On n'est pas toujours certain. Nous nous retrouvons avec le rôle

payer of last resort, which may not help in how we deal with it. When I was here with Milton Sussman from Manitoba the other day, he talked about the number of Aboriginal individuals who end up in the ERs. We find, in some ways, except for the Cape Breton District Health Authority, which has a partnership with the Membertou First Nation, that people stay away because they do not feel welcome. We have to figure out how to invite them more into our system and make sure the home programs that we provide to other citizens are still there for the Aboriginal community. That is our biggest challenge. They are part of our community, and we have to make sure that they feel that they are citizens.

Ms. Delancy: Mr. Manion touched on a key point, which is some of the psycho-social trauma, the legacy of trauma of residential schools, of social change, and this is an area where the social determinants of health are really critical. Obviously the health system cannot tackle it alone, because we have issues like low employment and poor housing and lack of clean water, but there certainly is a need to be mindful of but also to invest more in supporting Aboriginal communities to come up with culturally appropriate, community-based responses. Some of the mental health issues are extremely challenging, as are the addictions issues. It is the communities that have the solutions, but I think when we are funded for universal programs, it is difficult to find the flexibility to provide communities with the support to tap into the answers and the strength that exists there in the community.

The other point that I would like to make is, having worked and lived in many First Nations communities, being the former spouse of a First Nations person, and being an anthropologist by training, we need to invest resources in ensuring that the providers that we have within our system have some training, awareness and understanding when they go to work in First Nations communities of what some the challenges are and not just cross-cultural orientation but providing people with tools to deal with some of those very difficult social situations and some of the very difficult challenges they are going to encounter.

Dr. Schull: I want to make a point of not losing sight of Aboriginal individuals living in urban areas as well. The events in Attawapiskat recently have focused attention, quite rightly, on reserves, but clearly many Aboriginal individuals live in urban areas and suffer similar problems in terms of problems of poverty, mental health, addiction and many social and cultural problems. I do not have a solution. I do not think we can give you the bullet point or concrete recommendations that will solve this, but it is something we need to not lose sight of.

de payeur de dernier recours, ce qui ne nous aide pas nécessairement dans la gestion de la situation. Quand je suis venu ici, l'autre jour, en compagnie de Milton Sussman du Manitoba, celui-ci vous a parlé du nombre d'Autochtones qui se retrouvent dans les salles d'urgence. Nous avons constaté que, sauf dans le cas de la Régie régionale de la santé du Cap-Breton qui a un partenariat avec la Première nation Membertou, les gens gardent leurs distances parce qu'ils ne se sentent pas les bienvenus. Il faut trouver une façon de les inviter pour qu'ils se sentent plus à l'aise dans notre réseau, et de nous assurer que les programmes de soins à domicile que nous offrons à d'autres citoyens le soient également aux communautés autochtones. C'est là notre principal défi. Les Autochtones font partie de notre société et nous devons veiller à ce qu'ils se sentent comme des citoyens.

Mme Delancy : M. Manion a soulevé une question essentielle au sujet des traumatismes psychosociaux, des séquelles du traumatisme causé par les pensionnats et par les changements sociaux, cela dans un domaine où les déterminants sociaux de la santé sont critiques. Il est évident que le système de santé ne parviendra pas, seul, à s'attaquer aux problèmes, parce qu'il y en a d'autres comme le taux de chômage élevé, l'insalubrité des logements et le manque d'eau potable, mais il est évident qu'il faut s'intéresser et investir davantage dans les collectivités autochtones pour les aider à trouver des réponses adaptées à leur réalité culturelle et des solutions communautaires. Certains problèmes de santé mentale sont redoutables, tout comme les problèmes de toxicomanie. Ce sont les communautés qui ont les solutions, mais je pense qu'à cause du financement destiné à des programmes universels, il est difficile d'aller chercher la souplesse nécessaire pour apporter aux communautés autochtones le genre de soutien dont elles ont besoin pour trouver en leur sein les réponses et les forces dont elles ont besoin.

Je veux vous dire autre chose. Pour avoir travaillé et résidé dans de nombreuses communautés de Premières nations, pour avoir été la conjointe d'un Indien et parce que je suis anthropologue de formation, j'estime qu'il faut investir afin que les fournisseurs de soins qui travaillent dans notre système soient formés et sensibilisés aux défis auxquels sont confrontées les communautés de Premières nations. Il n'est pas simplement question d'une orientation interculturelle, mais bien de les outiller pour que ces gens-là puissent composer avec certains des enjeux sociaux très délicats et certains des défis très difficiles qui les attendent.

Dr Schull : Je veux que nous n'oublions pas les Autochtones vivant en milieu urbain. Les événements récents d'Attawapiskat ont attiré, fort justement, l'attention sur les réserves, mais il est évident que de nombreux Autochtones vivent en milieu urbain et souffrent de problèmes semblables : pauvreté, problème de santé mentale, toxicomanie et bien d'autres maux d'ordre socioculturel. Je n'ai pas de solution. Je ne pense pas être en mesure de vous donner la solution magique ni de formuler des recommandations concrètes pour résoudre ce problème, mais c'est un aspect qu'il ne faut pas perdre de vue.

Ms. Hoffman: Members of the committee will have heard from Valerie Gideon at Health Canada earlier on in this process, but I would remind you, apropos the committee's mandate to look at the results out of the 2004 accord and progress on the commitments there, that sizeable funding commitments were made for Aboriginal health human resource development and Aboriginal health transition fund. There were related commitments around Aboriginal Headstart, eHealth and so on. The committee was advised at that time, I think, that there were significant financial commitments made in 2005. They were then renewed by the government in 2010. I trust some of the commentary from the committee in your report will focus on the results from those particular program initiatives.

The Chair: Can we have a quick reaction to the idea of ten accords versus one.

Mr. McNamara: I was thinking about this, because I had heard of this idea before. I started going back to my background as a human resource labour negotiator. When I deal with a union and get an agreement, then it becomes an extra agreement to become equal and better. Then I started to think this is what really would happen if we had that much differentiation.

We need to see an accord across the country that deals with equality and at the same time has the flexibility to recognize some of the differences. In my presentation the other day, I mentioned the fact that B.C. has one of the youngest populations, Nova Scotia has one of the oldest, but we both need those programs. I need programs for youth, as do they, but how do we build in flexibility.

Dr. Haggie: When we went across Canada with our dialogue earlier this year, Canadians we spoke to wanted one pan-Canadian standard. They regarded it as a matter of equity that you should be able, in broadly similar communities, to have access to broadly similar standards of care, and they were very clear about that. Mr. McNamara is right that a solution that you want to put in place for Nain or Goose Bay or up in the Northwest Territories will not work in downtown Toronto, so you have to have some flexibility across jurisdictions. I would suggest that by adopting a principled approach and by crafting an accord that is based on, for example, those principles, both as a statement of intent and as a barometer, you could actually get that done. You could build in enough structure so that people felt there was a pan-Canadian standard, yet enough flexibility so that B.C. could do things differently than Newfoundland.

Dr. Schull: The question is, should we have ten separate accords instead of one? My answer would be no, not 10 separate accords. What is the purpose of the accord? As I understand it, the purpose of the accord is to buy change. If we are going to be investing in the system, we are buying change. I have said this

Mme Hoffman : Au début de son étude, le comité a accueilli Valerie Gideon, de Santé Canada, mais j'aimerais vous rappeler, à propos de votre mandat qui est d'examiner ce qu'a donné l'accord de 2004 et les progrès réalisés par rapport aux engagements pris, qu'il avait été prévu de débloquer d'importantes ressources pour financer le développement des ressources humaines en matière de santé des Autochtones et pour alimenter le fonds de transition pour la santé des Autochtones. Des engagements semblables avaient été pris dans le cas du programme Bon départ à l'intention des Autochtones, du programme de télésanté et ainsi de suite. Si je ne m'abuse, le comité avait alors appris que des engagements financiers considérables avaient été pris en 2005. Le gouvernement les a renouvelés en 2010. J'espère que, dans votre rapport, vous vous attarderez aux résultats de ces programmes particuliers.

Le président : J'aimerais avoir une réaction rapide à l'idée d'avoir 10 accords au lieu d'un seul.

M. McNamara : J'y ai réfléchi parce que j'avais entendu cette idée avant. J'ai repensé à mes antécédents de négociateur en relations de travail. Au syndicat, chaque convention collective signée représentait un nouveau seuil qu'il allait ensuite falloir atteindre et dépasser. Je me suis dit que c'est sans doute ce qui se passerait s'il y avait autant de différenciation.

Il faut un accord pancanadien favorisant à la fois l'égalité et la souplesse nécessaire pour tenir compte de certaines différences. Dans mon exposé de l'autre jour, j'ai dit que la Colombie-Britannique a l'une des populations les plus jeunes et que la Nouvelle-Écosse a l'une des plus vieilles, mais les deux provinces ont besoin de ces programmes. J'ai besoin de programmes pour les jeunes, tout comme la Colombie-Britannique, mais comment parvenir à cette souplesse?

Dr Haggie : Quand nous avons amorcé notre dialogue à l'échelle du Canada, un peu plus tôt cette année, les Canadiens avec qui nous avons parlé réclamaient une norme pancanadienne. Ils estimaient que c'était une question d'équité, qu'il fallait être en mesure, dans des communautés par ailleurs assez semblables, d'avoir accès à des normes de soins semblables, et ils ont été très clairs à ce sujet. M. McNamara a raison de dire que la solution mise en œuvre à Nain, à Goose Bay ou dans les Territoires du Nord-Ouest ne fonctionnera pas au centre-ville de Toronto et qu'il faut pouvoir moduler les programmes d'une province ou d'un territoire à l'autre. Ce serait possible à condition d'adopter une approche fondée sur ces principes et de parvenir à un accord également axé sur ces principes, approche qui serait à la fois une déclaration d'intention et un baromètre. Il serait possible de structurer suffisamment la chose pour que les gens aient l'impression qu'il existe effectivement une norme pancanadienne tout en disposant de suffisamment de souplesse pour qu'il ne soit pas nécessaire de faire la même chose en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve.

Dr Schull : La question est de savoir si nous devons conclure 10 accords distincts plutôt qu'un seul. Je dirais qu'il n'en faut pas 10. À quoi doit servir l'accord? À la façon dont je vois les choses, l'accord a pour objet d'acheter le changement. Si nous devons investir dans le système, nous achèterons du changement.

before at the previous committee meeting. If the feds will invest 6 per cent more pour annum for the next few years and do not get anything for that additional money, then it is a real missed opportunity, to say the least. If the purpose is to buy change, I do not think there is real value in having 10 separate processes. It will just become a political circus.

The innovation and improvements that we all want to see happen will not happen because the federal government and provinces agree on doing 47 innovations as part of a health accord. It will be because the health accord sets out a broad agenda and then brings money to the table so the provinces will agree to that agenda and work to implement it. That is what the first health accord did. It focused on wait times in a number of key areas and has had success.

Where did we not do enough in that first accord, and what should we not repeat this next round? First, we did not actually provide the tools to measure the benefits of that health accord, so we have some spotty information across the country about wait times and a few procedures. The measures are different. The comparability of the data is not perfect, and there are black holes of inadequate information. We want to be sure that the change that we are trying to buy in this next accord will provide the tools to measure whether or not it is happening.

For all its faults, the last health accord was smart in that it targeted specific issues. If you go back to what we have been discussing all morning, we have been focusing on a few key issues that we have all agreed are necessary to buy the kind of change we want to see in the next accord. I think that should be the focus, not the number of accords.

The Chair: I will move to phase 3 and give each one around the table an opportunity to raise an issue, starting with the deputy chair, Senator Eggleton.

Senator Eggleton: I would like to get some feedback on the area of prevention and promotion of public health. We operated, together with the provinces, very successful anti-smoking measures in past. Flowing out of the accord an integrated, pan-Canadian healthy living strategy that focused on three targets that were to be achieved by 2013 was developed. This included increasing the proportion of Canadians who make healthy food choices by 20 per cent, increasing the proportion of Canadians who participate in regular physical activity by 20 per cent and increasing the proportion of Canadians with normal body weight, based on body mass index, by 20 per cent. This all seems to relate to the issue of obesity, which I keep hearing is one major area that we should be tackling, and/or diabetes.

Comme je l'ai dit lors d'une réunion précédente de ce même comité, si le fédéral investit 6 p. 100 de plus par an pendant les quelques prochaines années et qu'il n'obtient rien en retour de ces sommes supplémentaires, alors il sera, pour le moins, passé à côté d'une véritable occasion. S'il est question d'acheter le changement, je ne vois pas l'intérêt à conclure 10 accords distincts. Ce ne serait plus qu'un cirque politique.

L'innovation et les améliorations que nous appelons tous de nos vœux ne se produiront pas simplement parce que le gouvernement fédéral et les provinces tomberont d'accord sur 47 innovations à réaliser dans le cadre de l'accord sur la santé. Si les choses aboutissent, c'est parce que l'accord énoncera un vaste programme assorti de suffisamment de fonds pour que les provinces acceptent de mettre le programme en œuvre. C'est ce qui avait été promis dans le premier accord sur la santé. Il avait porté sur les temps d'attente dans plusieurs secteurs clés et avait donné des résultats.

Qu'est-ce qui a été insuffisant dans ce premier accord et quelle erreur devons-nous éviter de répéter cette fois-ci? D'abord, nous n'avons pas eu les outils nécessaires pour véritablement évaluer les avantages de l'accord sur la santé et nous n'avons disposé que de données fragmentaires à l'échelle du Canada sur les temps d'attente et quelques procédures. Les mesures sont différentes. Les données ne se comparent pas bien entre elles et il y a des trous noirs où l'information est insuffisante. Nous voulons être certains que les changements que nous allons chercher à financer cette fois-ci, à la faveur du prochain accord, seront assortis des outils nécessaires pour mesurer ce qui se fait effectivement.

Malgré tous ces travers, le dernier accord sur la santé a une grande qualité : il cible des enjeux particuliers. Pour en revenir à ce dont il a été question durant toute la matinée, nous ne nous sommes concentrés que sur quelques réalisations que nous avons tous jugées nécessaires pour négocier le genre de changement que nous voulons réaliser à la faveur du prochain accord. Voilà ce qui est important, ce n'est pas le nombre d'accords signés.

Le président : Je vais maintenant passer à la phase 3 et donner à chacun autour de la table la possibilité de soulever des questions; nous allons commencer par le vice-président, le sénateur Eggleton.

Le sénateur Eggleton : J'aimerais recueillir vos réactions sur les questions de prévention et de promotion en santé publique. Dans le passé, nous avons obtenu d'excellents résultats en collaborant avec les provinces à l'application de mesures antitabac. Nous avons élaboré la stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, dans la foulée de l'accord, stratégie qui s'articule autour de trois objectifs à réaliser d'ici 2013. Il était notamment question d'augmenter de 20 p. 100 la proportion de Canadiens faisant des choix alimentaires sains, d'augmenter de 20 p. 100 la proportion de Canadiens participant à des activités physiques régulières et d'augmenter de 20 p. 100 également la proportion de Canadiens ayant un poids normal, d'après l'indice de masse corporelle. Tout cela semble nous ramener à la question de l'obésité — et l'on ne cesse de me dire que c'est la grande question à laquelle il conviendrait de s'attaquer — ou du diabète.

In that same vein, the Royal College of Physicians and Surgeons says we should do something on injury prevention, and that could save a lot of money. Dr. Taylor talked about salt. Are we doing enough on salt? These are areas on which we could get into the subject of prevention and promotion of public health. I would like to hear more about those subjects.

Mr. Manion: When you mention those two topics, they are two of the three mentioned by Dr. Kellie Leitch, in the *Reaching for the Top* report, in terms of pediatric health. The third one is mental health. We are talking about prevention and promotion. We actually know where the biggest bang for our buck should be. We know where the greatest morbidity is coming from in terms of looking down the road at the major health concerns around the world. Mental health is sadly becoming one of the top ones.

There are opportunities. Efforts are being made, sometimes in pockets rather than in concert. There is a rallying point perhaps around the three topics that Dr. Leitch recommended. I know there has been limited systematic effort across all three.

The Mental Health Commission of Canada is doing some significant work on the mental health piece, but not specifically in child and youth mental health. In some respects they might be lagging behind in some significant work in that area.

I would recommend that we dust off that report, look at the recommendations and implement some of the very good ones that were made after systematic consultation across the country.

Mr. McNamara: At the recent health ministers' meeting prevention and promotion was one of the primary issues. The ministers, including the federal minister, are trying to move that issue forward as we try to address the issues. Obesity was recognized as a real issue and we know we have to deal with that. There was agreement on moving the subject of healthy weight forward.

In relation to salt, there was an agreement on targets but there is a disagreement on how we get there. However, that is something we can work out over time.

The ministers of health, education and sport are meeting early in the spring to talk about after-school programs and how to do more with youth to get them involved in activities. The issue is moving through all our systems, particularly as to how we can do a better job.

Senator Cordy: This has been an amazing morning. I would like to go back to mental health, which we have discussed. You discussed it earlier today and talked about the health care

Dans la même veine, le Collège royal des médecins et chirurgiens maintient que nous devrions faire quelque chose en matière de prévention des traumatismes, car nous pourrions économiser beaucoup sur ce chapitre. Le Dr Taylor nous a parlé de sodium. Faisons-nous suffisamment sur ce plan? Voilà les aspects où l'on pourrait parler de prévention et de promotion de la santé publique. J'aimerais que vous m'en disiez davantage sur ces questions.

M. Manion : Les sujets que vous avez évoqués font partie des trois enjeux mentionnés par la Dre Kellie Leitch dans son ouvrage *Vers de nouveaux sommets — Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes* dans le domaine de la santé pédiatrique. Le troisième sujet est celui de la santé mentale. On parle déjà de prévention et de promotion. Nous savons en fait où il vaudra le plus la peine d'investir dans l'avenir. Quand on songe à ce que seront les grands problèmes de société dans le monde, on sait aussi quelles seront les principales causes de mortalité. Malheureusement, la santé mentale est en train de passer dans le groupe de tête.

Il existe des possibilités. On est en train de déployer certains efforts, parfois de façon isolée plutôt que de manière systématique. Il faut peut-être voir un point de ralliement dans les trois sujets mentionnés par la Dre Leitch. Je sais qu'on a réalisé des efforts systématiques mais limités sur ces trois sujets.

La Commission de la santé mentale du Canada est en train de réaliser une importante étude en santé mentale, mais celle-ci ne porte pas particulièrement sur les enfants ni les adolescents. À certains égards, on pourrait dire qu'elle accuse un certain retard dans ce domaine.

Je recommanderais qu'on dépoussière ce rapport et qu'on mette en œuvre les meilleures recommandations qu'il contient et qui ont été formulées à la suite d'une consultation systématique réalisée à l'échelle du Canada.

M. McNamara : Lors de la dernière rencontre des ministres de la Santé, la prévention et la promotion de la santé ont fait partie des principaux points à l'ordre du jour. Les ministres, dont la ministre fédérale, cherchent à faire passer cette question à l'avant-plan à l'heure où nous essayons de régler les problèmes. Il a été reconnu que l'obésité est un véritable problème et nous savons que nous devons le régler. Les ministres se sont entendus sur la nécessité de promouvoir un poids santé.

Il y a eu aussi un accord sur les niveaux santé de sodium, mais on ne s'entend pas sur la façon de les faire appliquer. Quoi qu'il en soit, c'est quelque chose que nous allons pouvoir régler avec le temps.

Les ministres de la Santé, de l'Éducation et du Sport se réuniront au printemps pour parler des programmes parascolaires et chercher à faire davantage auprès des adolescents afin de les inciter à pratiquer des activités physiques. Tous nos systèmes sont mobilisés surtout autour de la question de savoir comment faire mieux.

Le sénateur Cordy : Quelle matinée fantastique. Revenons sur la question de la santé mentale dont nous parlions. Un peu plus tôt, vous avez dit que les fournisseurs de soins de santé

providers working together and recognizing that mental health is equal to physical health and we have to deal with it in that way. We talked about the integration of services.

I was part of the Kirby committee that studied mental health. We kept hearing, over and over again, that when dollars get tight the mental health aspect falls off the table. A lot of the care for those with mental health does not follow strictly under the hospital, and we are hoping that in fact there is very little hospitalization. We are hoping there will be community care and many other things that follow within the closed realm of the health care model.

I agree with the integration. I agree with all the things said this morning relating to care for those with poor mental health, but how do we put a red flag on the issue in the accord so it does not get lost?

Mr. Manion: I will disagree with one thing the senator said in terms of fighting to make them equal. That almost suggests that we have two different solitudes here. The reality is health outcomes are better when you pay attention to mental health. I doubt you can give me a single health concern where there is not a mental health perspective that will play a significant role in the uptake of care, the engagement in care, the practice of the practitioner and what they are doing. It is critical. Until we start looking at that as part and parcel, we are not going to get very far. Until we stop saying that it should be as important as physical health care, and start saying it is integral to physical health care, we will not get far. That is how you get into the accord. You cannot have health without mental health. None of our systems will work unless we pay attention to mental health.

Even the conversations we have had about changing how the system works are based on how individuals interact, which is based on their mental health as well. That is the change in the conversation that needs to take place.

[Translation]

Senator Champagne: As Senator Verner mentioned earlier, by virtue of asymmetrical federalism, Quebec has a distinctive health accord. Quebec has some positives and negatives, but we only ever hear about the negatives. Surgeries postponed because an operating room is not available so people turn to private clinics, or if a room is available, there is no anesthesiologist on hand or the head surgical nurse called in sick that morning and patients are sent home. There is also a lot of focus on ambulatory patients, meaning they're sent home very early.

collaborent entre eux et reconnaissent maintenant que la santé mentale équivaut à la santé physique et que c'est ainsi qu'il faut l'aborder. Nous avons parlé aussi de l'intégration des services.

J'ai siégé au comité Kirby qui a étudié la santé mentale. On nous avait répété jusqu'à plus soif qu'à chaque contraction budgétaire, on a tendance à négliger la santé mentale. Beaucoup de soins en santé mentale n'ont pas à être offerts en milieu hospitalier et nous espérons d'ailleurs que l'hospitalisation ne soit pas vraiment nécessaire. Nous espérons que des soins seront offerts dans la communauté et qu'il y aura bien d'autres formules qui cadreront avec l'univers clos du modèle des soins de santé.

Je suis d'accord avec l'idée d'intégration. Je suis d'accord avec tout ce qui a été dit ce matin au sujet des soins à apporter aux personnes ayant une mauvaise santé mentale, mais comment mettre cette question-là en évidence, dans l'accord, pour qu'on ne la perde pas de vue?

M. Manion : Il y a une chose avec laquelle je ne partage pas l'avis de le sénateur, c'est quand elle dit qu'il est nécessaire de placer la santé physique et la santé mentale sur un pied d'égalité. Cela revient presque à dire que nous sommes en présence de deux solitudes. En réalité, on obtient les meilleurs résultats, sur tous les plans, quand on s'intéresse à la santé mentale. Je n'imagine pas que vous puissiez me citer un seul problème de santé où la santé mentale ne jouerait pas un rôle important dans la prise en compte du patient et dans la mobilisation des soins, de même que dans la pratique médicale. C'est un aspect fondamental. Tant que nous n'estimerons pas que santé physique et santé mentale sont un tout, nous n'irons pas loin. Tant que nous n'arrêterons pas de dire que les soins mentaux sont aussi importants que les soins physiques et que les soins mentaux font partie intégrante des soins physiques, nous n'irons pas loin. C'est comme ça qu'on en vient à l'accord. On ne peut envisager la santé sans la santé mentale. Aucun de nos réseaux ne fonctionnera si nous ne prenons pas en compte la santé mentale.

Même le débat portant sur la façon de modifier le fonctionnement du système repose sur les interactions individuelles, laquelle part aussi de la santé mentale. Voilà le genre de changement qu'il faut apporter dans le débat.

[Français]

Le sénateur Champagne : Comme l'a mentionné le sénateur Verner tout à l'heure, en vertu du fédéralisme asymétrique, le Québec a un accord particulier en santé. Le Québec a des plus et des moins, mais on entend toujours parler que des moins. Des interventions chirurgicales reportées parce qu'il n'y a pas de salle d'opération qui soit disponible, donc on va dans les institutions privées ou encore s'il y en a une de disponible, il n'y a pas d'anesthésiste sur place ou l'infirmière numéro un pour la salle d'opération était malade ce matin-là et on retourne les patients chez eux. On met aussi beaucoup l'accent sur les patients ambulatoires, c'est-à-dire qu'ils sont renvoyés à la maison très tôt.

I agree with Ms. Henningsen, who spoke about caring for a recuperating or long-term patient at home. Obviously, this requires a family member who is devoted, attentive and very helpful, and that the CLSC sends a competent, qualified, experienced nurse to see the patient — if not every day then every two days — who can take blood samples and do whatever else is necessary, and then the results are forwarded to the doctor. That is very important. There is also a 24/7 hotline that people can call to have a nurse sent to see a patient in an emergency; a blocked catheter, for example.

Yes, there are good things in Quebec. I hope the 2014 accord will lead to improvements and that the provinces and territories will be able to share in all the successes and innovations and will put them into practice in an effort to improve the situation in Quebec and everywhere else in Canada.

[English]

The Chair: Are there any interventions?

Senator Verner, would you like to raise an issue?

[Translation]

Senator Verner: On the individual accords.

The Chair: Do you have a question pending?

Senator Verner: No. I would like to add a comment in connection with what Senator Champagne was saying. Yes, I am a senator from Quebec. I am a senator in the Parliament of Canada, of course, and I hope that in the public interest and for the common good of all Canadians and of Quebecers, we will be able to find innovative solutions to ensure that patients, who should be the pivot of a health accord, reap the benefits of the best practices, regardless of their province of origin or their care providers, be they physicians, nurses or anyone else in the spectrum of health professionals who work in the system.

We are now in a society where our issues are becoming global issues and we should not work in silos; we should make every effort, again in the interests of providing patients with the best possible care, to share our information and best practices.

[English]

Senator Braley: I would like to come back to the theme, and then I will just make a statement that I have made in the 12 or 13 meetings that we have had. After we have our vision, which we do because we want quality health care for all Canadians, we have to train starting basically at grade 1 so that young children eat right. My wife only allows me one steak a week and that is tonight. There is also fish and various other things to eat. This requires leadership. This whole thing boils down to management. Dr. Kitts expressed it clearly as the big picture, the big overview. That will take the silos and the various elements to move back and forth. I think it needs a board of directors or something,

Je suis d'accord avec Mme Henningsen, qui parlait de prendre soin d'un malade en convalescence ou à long terme à la maison. Il est évident qu'il faut quelqu'un de la famille qui soit dévoué, attentif et qui aide beaucoup et que le CLSC envoie une infirmière compétente, qualifiée, expérimentée voir le patient — si ce n'est pas tous les jours, tous les deux jours — qui puisse faire les prises de sang et les choses nécessaires, et les résultats sont envoyés au médecin. C'est très important. Il y a aussi un numéro de téléphone d'urgence 24 heures par jour, sept jours par semaine, qui peut être composé pour qu'on envoie une infirmière chez un patient pour un cas d'urgence; un cathéter bloqué, par exemple.

Oui, il y a de bonnes choses au Québec. J'espère que l'accord de 2014 apportera des améliorations et que les provinces et les territoires arriveront à partager tous les bons coups et innovations, les mettrons en pratique dans le but d'améliorer la situation au Québec et partout au Canada.

[Traduction]

Le président : Vous vouliez intervenir?

Sénateur Verner, vous vouliez faire une remarque?

[Français]

Le sénateur Verner : Sur les accords individuels.

Le président : Avez-vous une question en suspens?

Le sénateur Verner : Non. J'aimerais ajouter un commentaire en suivi aux propos du sénateur Champagne. Effectivement, je suis un sénateur du Québec. Je suis sénateur au Parlement du Canada, bien entendu, et j'espère que dans le bien commun et pour le bien collectif de l'ensemble des Canadiens et des Québécois, on sera en mesure de trouver des innovations pour permettre que le patient qui devrait être le point central d'un accord en santé puisse bénéficier des meilleures pratiques, quelle que soit la province d'origine, quels que soient les dispensateurs de soin, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmières et toute la gamme de professionnels de la santé qui œuvre dans le système.

Nous sommes maintenant dans une société où l'ensemble des enjeux devient mondial et on ne devrait pas travailler en silo; on devrait s'assurer, toujours dans le but de donner les meilleurs soins aux patients, de partager nos informations et partager les meilleures pratiques.

[Traduction]

Le sénateur Braley : Permettez-moi de revenir sur le thème qui nous intéresse après quoi je referai la même observation que j'ai formulée lors des 12 ou 13 réunions précédentes. Quand nous aurons arrêté notre vision, ce qui n'est pas difficile parce que nous voulons que tous les Canadiens bénéficient de soins de santé de qualité, il nous faudra commencer par enseigner aux très jeunes enfants, dès la première année, ce que bien manger veut dire. Mon épouse ne m'autorise qu'un bifteck par semaine et c'est ce soir. Elle me sert bien d'autres choses à manger, comme du poisson et que sais-je encore. Il faut faire preuve de leadership. Tout se ramène à une question de gestion. Le Dr Kitts l'a clairement dit :

because the minister would not be capable of handling it on a day-to-day basis. Maybe a board and either five or seven people are needed to manage it, which would include all of the items that are involved, namely, to prioritize and to be able to put into effect innovation, research and development.

We call that “applications engineering” in the businesses that I run, where we look at ways of applying cost effectiveness to all the various pieces of the puzzle. I believe there is enough money in the system now to pay all the bills if all the things were tackled properly — whether it be doctors’ wages, or whatever. I am not trying to pick on anyone. However, a little competition never hurt.

To give you an example, in our company we cut the insurance company out and self-insured. We saved several million dollars. We use that money now. If a person is sick today and he has to wait four months for a CAT scan, he goes to Buffalo and has it done tomorrow. The private sector can serve certain needs so that the next piece is handled. I do not know if it is right or not, but my employees believe in it. They go for little surgeries like for the meniscus, cartilages, and so on. I ask them if they want it done and then we pay for it. There are ways to tackle problems, if minds are put together and if they work together and provide the leadership and management to the system to get it done.

That is just a comment. I do not know whether I am right or wrong; it is just what I feel inside.

Senator Martin: There is incredible expertise around this table. I think we have some excellent points to summarize and produce the kind of report that we need to give to the minister.

I want to make one comment and then ask a question. The comment is regarding health and education. As a former educator, I believe there is a great opportunity for a generational change. As my colleague Senator Braley said, it starts from day one. You have a captive audience in the classroom. As a teacher for 21 years, I know that. When the kids go home, they will educate their parents. This generation are already tech savvy and they will be able to do what some of the professionals now are not doing. I believe that is a key component. I hope that health and education will be partnered all the way through. That is the opportunity.

We have three years remaining in this current accord. I know the importance of looking ahead because this is a very enormous need and it is of great importance. My question is this: In this time remaining with the current accord, what can be done today, or in the next three years, to make further progress such as in the

il est question de prendre de la hauteur. Il faut abattre les cloisons et éliminer les allers-retours. Il faudrait s’en remettre à un conseil d’administration, par exemple, parce que les ministres ne sont pas en mesure de s’occuper de ce genre de choses au quotidien. Peut-être qu’il faudrait constituer un conseil d’administration de cinq à sept personnes qui superviserait tous les aspects en jeu, qui établirait les priorités et qui pourrait favoriser la mise en œuvre de l’innovation, de la recherche et du développement.

Dans le genre d’entreprise que j’administre, on parle de techniques d’application; cela consiste à trouver des façons de réaliser le maximum d’économies dans tous les postes de dépenses. Je crois qu’il y a actuellement assez d’argent dans le système pour payer les factures à condition qu’on règle tout comme il faut — en partant des salaires des médecins et ainsi de suite. Je ne cherche pas à m’en prendre à qui que ce soit ici. Quoi qu’il en soit, un peu de concurrence ne fait jamais de mal.

Je vais vous donner un exemple. Mon entreprise a résilié son contrat d’assurance pour s’auto-assurer. Ainsi, nous avons économisé des millions de dollars et nous utilisons cet argent pour payer, par exemple, un examen tomométrique à un employé malade qui, plutôt que d’attendre quatre mois ici, peut aller à Buffalo pour être vu dès le lendemain. Le secteur privé peut répondre à certains besoins et le reste suit. Je ne sais pas si c’est bien ou pas, mais mes employés, eux, y croient. Ils peuvent se faire faire de petites chirurgies comme des opérations du ménisque, des opérations de cartilages et autres. Je leur demande s’ils veulent subir telle ou telle chirurgie et nous, nous payons en conséquence. Il y a toujours une façon de régler les problèmes; pour y parvenir, il faut s’y atteler à plusieurs, travailler ensemble, faire preuve de leadership et bien gérer.

C’était juste une remarque. Je ne sais pas si j’ai tort ou raison, mais je vous ai simplement fait part de ce que je ressens.

Le sénateur Martin : Nous sommes en présence d’un extraordinaire bassin de compétences autour de cette table. Je crois qu’il y a d’excellentes remarques que nous allons pouvoir résumer dans le genre de rapport à remettre à la ministre.

Je voulais faire une remarque, puis poser une question. Ma remarque concerne la santé et l’éducation. En tant qu’ex-enseignante, j’estime qu’il nous est donné une occasion en or, celle de changer les choses en une seule génération. Comme mon collègue le sénateur Braley vient de le dire, tout commence dès le premier jour. Dans une salle de classe, l’auditoire est captif. Moi qui ai enseigné pendant 21 ans, je peux vous en parler. Quand les enfants rentrent chez eux, ils éduquent les parents à leur tour. La génération actuelle est déjà calée en technologie et elle est capable de faire ce que certains professionnels ne sont pas capables de faire. Je crois que c’est fondamental. J’espère qu’on continuera de faire le lien entre la santé et l’éducation. Voilà l’occasion qui nous est donnée.

Il reste trois ans à l’accord actuel. Je sais à quel point il est important de songer à l’avenir, parce que le besoin est énorme. Voici ma question : Dans le temps qui reste avec le présent accord, que pourrait-on faire aujourd’hui ou dans les trois prochaines années pour faire davantage avancer les choses,

Canadian Infoway, identifying the best practices and the innovation that exists today? With the current targets that are in the 2004 accord, what further progress and what readiness we can make, including the study? What can we do in the next three years with this current accord?

The Chair: I do not know if we can answer that totally in the time remaining but I will allow two interventions.

Dr. Kitts: I would say focus on one thing. If it will service well for the next accord, focus the next three years on putting in the systems to measure outcomes and cost. If we can do that, we can move mountains.

The Chair: I see a lot of nods on that one.

Dr. Schull: You made a comment that has been raised several times, namely innovation and transmitting information widely. We have to distinguish between two things. First, is innovation something that we need to push out to providers or do we need to design systems that will pull this information in naturally? Currently the way the system is structured, the reason why some of this innovation is not disseminated is that it is not realigned with what a particular provider is doing.

We need to start by reducing the system redesign integration that we have spoken about. As Dr. Kitts was commenting on the academic hospitals looking for innovation that is helpful to them to function more effectively and that if you design a system that is integrated, that system will begin looking across Canada and across the world for the kinds of innovation that can allow them to work more effectively.

I do not think it is a chicken and egg thing; we have to start with getting the system alignments right. We can then start to benefit from the innovations that are already occurring.

Senator Merchant: I will ask a question not just necessarily to do with the accord, but to do with health outcomes. It is a conversation that Canadians are having.

We do not have enough specialists; we do not have enough nurses. Sometimes we lose people to the U.S. or to other jurisdictions. Perhaps you have these conversations and know the reasons for that. The other thing that is happening — and Senator Braley mentioned this — is that when people need medical care, they sometimes choose to go elsewhere, to where they think they will get better quality of care. They might want to go to the Mayo Clinic; they might choose a hospital and pay themselves.

What is the cost to our economy when we are losing, first, specialists, nurses and medical people; and, second, when people go elsewhere to get the services that they are not able to get here?

comme avec l'Inforoute de la santé ou le recensement des pratiques exemplaires et de l'innovation? Que pourrait-on améliorer par rapport aux objectifs actuels énoncés dans l'accord de 2004 et comment pourrait-on se préparer, comme avec l'étude que nous sommes en train de réaliser? Que pouvons-nous faire dans les trois années qui restent à cet accord?

Le président : Je ne sais s'il sera possible de vous répondre entièrement dans le temps qui reste, mais je vais permettre deux interventions.

Dr Kitts : Je dirais qu'il faut se concentrer sur une chose et une seule. Si cela doit servir pour le prochain accord, passons les trois prochaines années à chercher à mettre en œuvre des moyens qui permettront de mesurer les résultats et les coûts des systèmes. Si nous y parvenons, nous pourrons déplacer les montagnes.

Le président : Beaucoup signalent leur accord en acquiesçant.

Dr Schull : Vous avez parlé de deux aspects qui ont souvent été mentionnés, c'est-à-dire l'innovation et la diffusion large de l'information. Il faut faire la part entre les deux choses. D'abord, dans le cas de l'innovation, faut-il s'en remettre à l'initiative de fournisseurs ou faut-il mettre en œuvre des systèmes qui permettront d'aller naturellement puiser l'information? Pour l'instant, à la façon dont le système est conçu, l'innovation n'est pas diffusée en partie parce qu'elle ne coïncide pas avec la vocation de tel ou tel fournisseur.

Il faut commencer par arrêter de réinventer la notion d'intégration des systèmes dont nous avons parlé. Le Dr Kitts a donné l'exemple des hôpitaux universitaires qui innovent dans les domaines pouvant leur permettre de fonctionner plus efficacement, eh bien, un système intégré serait à l'écoute de ce qui se fait partout au Canada et dans le reste du monde pour aller chercher toutes les innovations susceptibles de lui permettre de fonctionner plus efficacement.

Je ne pense pas qu'il s'agisse ici de la logique de la poule et de l'œuf, parce qu'il faut d'abord que les systèmes soient bien alignés. Ce n'est qu'alors que nous pourrons bénéficier des innovations qui existent déjà.

Le sénateur Merchant : Je vais poser une question qui ne concerne pas forcément l'accord, mais plutôt les résultats en matière de santé. C'est le genre de débat qui a actuellement lieu entre Canadiens.

Nous manquons de spécialistes et nous manquons d'infirmières. Parfois, des professionnels de la santé quittent pour les États-Unis ou d'autres pays. Il est possible que vous en parliez et que vous en connaissiez les raisons. Et puis — comme le disait le sénateur Braley — il arrive parfois que les personnes ayant besoin de soins médicaux aillent se les procurer ailleurs, là où ils estiment qu'ils recevront des soins de meilleure qualité. Ils se retrouveront éventuellement à la clinique Mayo ou choisiront un autre hôpital et paieront de leur poche.

Combien en coûte-t-il à notre économie quand, d'abord, nous perdons des spécialistes et du personnel infirmier et médical et, deuxièmement, que des patients vont se faire soigner ailleurs parce

Do you have conversations? You are people in the medical field. What kind of conversations do you have? This does relate to health outcomes?

Mr. McNamara: I am not sure that we know the number of nurses we should have; the number of doctors. We are going through a physician manpower plan in Nova Scotia and the outcome will be a surprise to a lot of people.

In terms of losing people, it is interesting to me that the highest paid nurses in this country are in B.C., Alberta, Ontario and Nova Scotia. Do you know where the highest turnovers are? They are in those same four provinces. That says that money is not the answer. We have to do the human resource part to see what we need and put people in the appropriate place. We have too much urbanization of nurses, doctors and others because they like to move to the centre and leave our rural communities. Our problem is distribution rather than numbers.

Dr. Haggie: Ditto. We have no clue how many specialists we need and how many GPs we need. We certainly are not self-sufficient in terms of physicians. We do not actually have a handle on what the training requirements are in terms of meeting those needs and going backwards. We have the same number of residents we have because we always had them, kind of thing.

I would agree very much with the distribution. The flip side of Mr. McNamara's comment is that some of the lowest turnover of nurses and physicians are in actual fact in Labrador, in Maine and in Natuashish, where people have been working and living for 15 to 20 years. They fly in and do their four weeks; they go home for another couple of weeks. They live somewhere else, but they keep coming back.

Senator Seidman: It has been an incredible morning of frank discussion. It is evident that there are big issues for the system in terms of a culture of care and the system's ability to update itself and respond to a changing society.

If I have only one question, I would put this one: During this review, issues of financing, accountability and reporting have been approached largely in terms of federal-provincial-territorial relationship. That has been one topic that has demonstrated its challenges.

In the name of a truly patient-client-consumer model, however you refer to the user of the system — and you can refer to them in any one of those three ways or maybe others — of health care delivery, which we have talked about a lot, I would like to posit the following for your reaction. It is in consumer taxpayers' interests to hold their provincial government and physician providers accountable, both in terms of how taxpayer money is

qu'ils ne peuvent pas obtenir les services ici? Est-ce que vous parlez de ça? Vous appartenez au milieu médical. Est-ce le genre de discussions que vous avez? Cela a-t-il un lien avec les résultats en santé?

M. McNamara : Je ne suis pas certain que nous connaissions les nombres d'infirmiers et d'infirmières ou de médecins qu'il nous faudrait. En Nouvelle-Écosse, nous sommes en train de planifier les effectifs de médecins et le résultat en surprendra beaucoup.

Quant à la fuite des cerveaux, il y a une chose que je trouve intéressante : c'est en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario et en Nouvelle-Écosse que le personnel infirmier est le mieux rémunéré. Eh bien, savez-vous où les taux de roulement sont les plus importants? Dans ces quatre mêmes provinces. Cela revient à dire que l'argent n'est pas la réponse. Nous devons nous intéresser au facteur ressources humaines pour voir de quels effectifs nous avons besoin et à quel endroit. Le personnel infirmier, les médecins et les autres professionnels de la santé sont beaucoup trop concentrés dans les villes au détriment des régions rurales. Nous sommes confrontés à un problème de répartition plutôt qu'à un problème d'effectifs.

Dr Haggie : Idem! Nous ne savons absolument pas de combien de spécialistes ni de généralistes nous avons besoin. Il est certain que nous manquons de médecins. En fait, nous n'avons pas vraiment idée du genre de formation à offrir pour répondre aux besoins constatés et pour remonter dans le temps. Le nombre de médecins résidents n'a pas changé parce que nous n'en avons jamais manqué.

Je suis tout à fait d'accord que c'est un problème de répartition. En contrepartie de ce qu'a dit M. McNamara, il faut préciser que le roulement de personnel infirmier et de médecins est le plus bas au Labrador, au Maine et à Natuashish où ces professionnels de la santé passent là-bas des 15 à 20 ans. Ils vivent ailleurs et se rendent sur place en avion pour travailler pendant quatre semaines avant de revenir deux ou trois semaines chez eux. Quoi qu'il en soit, ils sont toujours là-bas.

Le sénateur Seidman : Quelle fantastique matinée avec des échanges très francs. À l'évidence, le système pose problème en ce qui a trait à la culture des soins et à sa capacité à se renouveler et à s'adapter à une société en pleine évolution.

Si je ne devais vous poser qu'une seule question, ce serait celle-ci : à la faveur de notre étude, nous avons abordé les questions de financement et de reddition de comptes principalement sous l'angle des relations fédérales-provinciales-territoriales. Or, c'est un domaine où les choses n'ont pas été faciles.

Je vais vous soumettre une hypothèse s'articulant autour d'un véritable modèle patient-client-consommateur, suivant le terme que vous utilisez pour désigner l'utilisateur du réseau de soins de santé — et vous pouvez l'appeler comme ça ou de bien d'autres manières. C'est quelque chose dont nous avons beaucoup parlé. Le contribuable a intérêt de tenir son gouvernement provincial et ses professionnels de la santé responsables de la façon dont les

spent and the quality of care received. Also, the consumer of health services must take responsibility for their own health and how they use the system.

Here is a what-if question. What if every taxpayer or individual with a medicare number would receive a paper statement detailing their health expenses for the month? This statement, much like a monthly credit card statement, would include a breakdown of all costs they had incurred in the public health system, all charges made to their medicare number.

Would this approach encourage more responsible use of the health system by the consumer taxpayer and promote better accountability by physicians and the province? Perhaps we could even add a satisfaction survey each month to get at the quality of service.

Mr. Morgan: The idea of giving people an annual statement of health system resources they consume on one hand has merit in that to make people aware about the costs of the services they use, but there are two problems with that. First, as we have talked about, a very small number of people actually account for a vast majority of expenditures, and there is no evidence that there is a great deal of patient-level abuse of the system. We have to be mindful that those 5 to 10 per cent or 20 per cent that account for 80 per cent of our health care spending in Canada should probably not change their behaviours.

Second, they are not the agent that makes the most critical decisions; those are health care providers. The incentives that we provide to physicians and other health care delivery professionals is really where the action is, if you want to eliminate waste or improve efficiencies.

I appreciate the notion of patient-reported quality. I think that we need to start shifting focus in addition to all the support that has been put forward today for electronic medical records and getting system information about who is getting what and what the outcomes are. Critically important to that are patient-reported outcomes and experiences. As we emerge in developing platforms for an electronic health record and accountability frameworks, let us not forget the patient-reported outcomes as well.

Mr. McNamara: I would prefer if we provided the cost of options to physicians and other care providers so they know when they are making their choices.

The second part is to encourage self-care. We also have to provide more information to those folks who provide advice to people. You would be amazed how many individuals get advice from their neighbour, even to the point of sharing prescriptions. One of the things we have to look at is how to help them. How do we help them?

recettes fiscales sont dépensées et de la qualité des soins administrés. De plus, l'usager des soins de santé doit prendre sa propre santé en main et se responsabiliser dans la façon dont il utilise le système.

Voici ma question : Qu'arriverait-il si le contribuable inscrit à l'assurance-maladie recevait un état mensuel de ses dépenses de santé? Cet état, tout comme un relevé mensuel de carte de crédit, donnerait la ventilation de tous les coûts qu'il aurait occasionnés au réseau public de la santé, de tous les frais imputés à son numéro d'assurance-maladie.

Cette formule pourrait-elle favoriser une utilisation plus responsable du système de santé par le patient-contribuable et pourrait-elle responsabiliser davantage les médecins et les gouvernements provinciaux? Nous pourrions même ajouter un sondage de satisfaction mensuel sur la qualité des services.

M. Morgan : L'idée de remettre aux gens un relevé annuel de leur utilisation des ressources du réseau de santé qu'ils consomment est valable parce qu'elle pourrait permettre de sensibiliser les gens aux coûts des services qu'ils utilisent, mais elle présente aussi deux problèmes. Premièrement, comme nous en avons parlé, le gros des dépenses en santé est attribuable à une faible minorité et rien ne prouve que les patients abusent particulièrement du système. Il ne faut donc pas perdre de vue que les 5, 10 ou 20 p. 100 de patients qui représentent 80 p. 100 de nos dépenses de santé au Canada ne modifieraient sans doute pas leurs comportements.

Deuxièmement, ce ne sont pas ces personnes qui prennent les décisions les plus importantes, ce sont les fournisseurs de soins de santé. Tout va se jouer au niveau des mesures d'encouragement s'adressant aux médecins et aux autres professionnels de la santé, si l'on veut éliminer le gaspillage ou régler nos problèmes de l'inefficacité des services.

J'aime l'idée de sonder les patients sur la qualité des services. Selon moi, il faut aller plus loin que l'informatisation des ateliers médicaux, sur laquelle on s'attarde aujourd'hui, pour déterminer qui a bénéficié de quoi et quels ont été les résultats. Il est donc fondamental de pouvoir compter sur ce que les patients ont à dire au sujet des résultats de leurs traitements et de leur expérience du système de soins. À l'heure où nous mettons en œuvre les plateformes nécessaires à l'administration des dossiers de santé électroniques et les cadres de responsabilisation, ne négligeons pas les résultats déclarés par les patients.

M. McNamara : Je préférerais qu'on communique aux médecins et aux autres professionnels de la santé les coûts des différentes options de soins afin qu'ils soient au fait du prix de revient des solutions qu'ils choisissent.

En deuxième lieu, il faut encourager l'autonomie en matière de soins. Il faut aussi mieux informer ceux et celles qui prodiguent des conseils aux autres. Vous seriez surpris de savoir combien de gens prennent conseil auprès de leurs voisins, quand ils ne leur demandent pas carrément leurs médicaments. Nous devons donc chercher à déterminer comment les aider. Comment allons-nous aider ces gens-là?

I go back to The Cochrane Library idea where people can go somewhere and get information, or at least tell someone else to go somewhere that is appropriate.

The Chair: We could sure have a lot of fun if we went down that road today and discussed where people get their information from. The relationship of advice to credibility would be a possibility.

As my colleagues have all indicated, we have a remarkable group of talent around this table today. I will go around the table and give each one of you an opportunity to give us one final piece of advice. I will start with Ms. Henningsen.

Ms. Henningsen: I would say this new health accord needs to reinforce integration and the continuum of care. The old one, as we heard, targeted specific areas, but it really targeted silos. What we need to target in this health accord are issues on getting to integration. I would challenge looking at adopting the high-level principles of the Triple Aim, which is to enhance individual care, improve the health of populations and reduce or maintain costs. Everyone can understand that, and they can work with flexibility to be able to achieve it.

Ms. Delancy: I would recommend that the new health accord acknowledge the importance of EMR and EHR in improving our system and build on some of the ideas we have heard today about providing incentives or motivation to ensure that all practitioners move to the EHR, as well as acknowledge the critical role the federal government through Canada Health Infoway has played in allowing jurisdictions to be able to afford those initiatives.

Mr. Manion: I would say our current health care system is not sustainable. If we have to change the fundamental health of Canadians, we have to start with this generation of children and youth so that when they are middle aged and elderly, they are having a different health status requiring different kinds of care. The investment right now in children and youth will make a huge difference. Obviously, I also believe that investment in mental health at an early stage may have the greatest of outcomes.

Dr. Kitts: I probably sound like a broken record, but I would start with strong governance, strong management and clearly identifying roles and responsibilities. There is a lot of talent around this table, but most of the talent is still out there. Mobilize that immense talent, focus on outcomes and try to get down to the individual patient level, not these aggregates that you can debate back and forth.

One thing that did not come up a lot here but I think will be essential to success is transparency. Once you have that focus on outcomes and clear directions and targets, make them transparent.

J'en reviens à l'idée de la Cochrane Library que les gens peuvent consulter pour se renseigner directement ou par personne interposée, et ainsi obtenir les renseignements qu'il faut.

Le président : Ce serait sûrement très amusant d'explorer le sujet et de voir où les gens se renseignent. Le lien entre la crédibilité et le type de relation conseiller-conseillé serait à étudier.

Comme tous mes collègues l'ont dit, nous sommes en présence d'un groupe de témoins extraordinaire. Je vais leur céder la parole tour à tour pour leur donner l'occasion de nous formuler un dernier conseil. Je commencerai par Mme Henningsen.

Mme Henningsen : Je dirais que ce nouvel accord de santé doit permettre de renforcer l'intégration et la continuité des soins. L'accord précédent, comme on l'a dit, concernait des domaines bien précis, en réalité des compartiments. Dans le prochain accord sur la santé, il faudra surtout se préoccuper des questions d'intégration. J'inviterais tout le monde à adopter les principes généraux du triple objectif de l'IHI qui est d'améliorer les soins personnels, d'améliorer la santé de la population et de réduire ou de stabiliser les coûts. Tout le monde peut le comprendre et faire preuve d'une certaine souplesse pour réaliser ce triple objectif.

Mme Delancy : Je recommande que le nouvel accord sur la santé sanctionne l'importance des DME et des DSE pour améliorer notre système, et qu'il s'appuie sur certaines des idées qui ont été formulées aujourd'hui sur les mesures incitatives ou de motivation à mettre en œuvre pour que tous les praticiens optent pour les DSE. Il faudrait aussi que l'accord reconnaisse le rôle essentiel qu'a joué le gouvernement fédéral à propos d'InfoSanté en permettant aux provinces et aux territoires d'acquiescer ce genre de système.

M. Manion : Personnellement, j'affirme que notre système de soins de santé n'est actuellement pas viable. Afin d'influer profondément sur la santé des Canadiens, il faut commencer par la génération des enfants et des adolescents. Ainsi, quand ces jeunes atteindront la quarantaine, ils présenteront un portrait pathologique différent de celui de leurs aînés et ils exigeront des soins différents également. C'est l'investissement réalisé aujourd'hui dans les enfants et les adolescents qui changera énormément les choses. Je suis aussi convaincu que c'est en investissant dans la santé mentale dès les premiers stades de la vie qu'on obtiendra de meilleurs résultats.

Dr Kitts : Je vais ressembler à un disque rayé, mais je commencerais par renforcer la gouvernance et la gestion et par préciser clairement le rôle et les responsabilités de chacun. Il y a certes beaucoup de talents réunis autour de cette table, mais c'est à l'extérieur de cette pièce qu'il y en a le plus. Il faut aller mobiliser cet immense talent, se concentrer sur les résultats et s'efforcer de travailler au niveau de chaque patient plutôt qu'au niveau de données regroupées qui suscitent des débats à n'en plus finir.

Un élément dont il n'a pas été beaucoup question ici mais qui, je crois, sera essentiel à la réussite est celui de la transparence. Une fois que nous aurons les résultats en ligne de mire, en fonction d'orientations et de cibles claires, il nous faudra être transparents.

Dr. Taylor: In the current accord, there were real success stories, including the Pan-Canadian Public Health Network, how we responded to H1N1 and the National Immunization Strategy. Let us build on those strengths and the things that worked well as we continue forward.

Ms. Hoffman: I will comment also in the spirit of observing what was in the 2004 accord and how it was pursued, specifically around reporting.

As other witnesses and I have said previously, I think we kind of missed the boat on a couple of things with respect to reporting. The first is true comparability so that we can see what is going on across the country and learn from the areas where things are being done well.

Second, inasmuch as the accord was very much, as others have noted today, about renewing the system or about change, it is critical that the indicators that are reported on are those that actually have to do with change, change processes and the enablers of change.

Finally, again as others have said about “patient-client-taxpayer-or-citizen centredness,” however you want to characterize it, we need to be sure we have indicators, that those are reported on consistently and that are of interest and meaningful to Canadians. Those may not be exactly the same ones as that first category I mentioned, but that is fine. We need to ensure that there are indicators and comparative assessments of progress that are of interest to decision makers and providers and that there are indicators that make sense to Canadians so they can tell whether systems are improving and whether they feel as citizens and taxpayers that they are realizing value for money spent.

Mr. Morgan: To answer Senator Martin’s question about what we could do in the next three years on the pharmaceutical file, I would call for that national conversation so we can get a clear and principled vision of what the model should look like, which we currently lack. We at least lack a vision that is principled and clear enough to mobilize the probably tens of billions of dollars required to achieve the goals. That could be done in advance of 2014.

At 2014, I think we need to focus strategically on buying change, and I would encourage investment in the platform issues that we have talked about, such as information systems, which I think is critical. Buying change in there includes making sure those data are available for health systems managers, researchers and the accountability organizations that should serve the watchdog roles in this system.

Dr Taylor : L’accord actuel a donné lieu à quelques bons coups, entre autres le Réseau pancanadien de santé publique, notre réaction à l’épidémie de H1N1 et la Stratégie nationale d’immunisation. À partir de maintenant, misons donc sur ces réussites et sur tout ce qui a bien fonctionné jusqu’ici.

Mme Hoffman : Je vais, moi aussi, vous répondre en ayant à l’esprit ce qu’a donné l’accord de 2004 et la façon dont il a été appliqué, surtout sur le plan de la reddition de comptes.

La première chose, c’est la base de comparaison qui doit nous permettre de constater la situation à l’échelle nationale et de tirer les enseignements chaque fois que quelque chose de bien se fait quelque part.

Deuxièmement, dans la mesure où, comme d’autres l’ont fait remarquer aujourd’hui, l’accord visait particulièrement à renouveler le système ou à favoriser le changement, il est très important que les indicateurs à déclarer correspondent à ce qui concerne le changement, les processus de changement et les facteurs de changement.

Enfin, comme d’autres l’ont également dit en parlant d’un système axé sur le patient, le client, le contribuable ou les citoyens — peu importe la façon dont vous voudrez le qualifier — il faut veiller à disposer des indicateurs nécessaires, à ce que ceux-ci fassent régulièrement l’objet de comptes rendus et il faut qu’ils soient intéressants et utiles pour les Canadiens. Ces indicateurs pourraient ne pas parfaitement correspondre à la première catégorie dont j’ai parlé, mais je n’y vois pas de problème. Nous devons veiller à disposer d’indicateurs et de méthodes d’évaluation comparative des progrès réalisés, cela à l’intention des décideurs et des fournisseurs de soins. De plus, il faut que les indicateurs soient logiques pour les Canadiens et qu’ils leur disent si les systèmes sont en train de s’améliorer et si, en tant que citoyens et contribuables, ils en ont pour leur argent.

M. Morgan : En réponse à la question du sénateur Martin sur ce qu’il conviendrait de faire dans les trois prochaines années dans le dossier pharmaceutique, je m’appuierais sur un débat national pour bien préciser notre vision du système, une vision fondée sur des principes, ce qui fait actuellement défaut. Nous n’avons pas de vision fondée sur des principes qui soit suffisamment claire pour aller chercher les dizaines de milliards de dollars qui seront sans doute nécessaires pour réaliser les objectifs envisagés. Ça, il faudra le faire avant 2014.

En 2014, nous devons être stratégiques pour acheter le changement et j’inviterais le gouvernement à investir dans la technologie dont nous avons parlé, comme les systèmes d’information qui, selon moi, seront essentiels. Pour acheter le changement, il faudra notamment veiller à ce que les données recueillies soient mises à la disposition des administrateurs des réseaux de santé, des chercheurs et des organismes de surveillance.

There should then be focused investments on specific initiatives. In the pharmaceutical strategies, there are three or four of them that could be invested in to effect change and bring provinces further along than they either can or would go on their own.

Dr. Schull: I will go back to something Dr. Kitts said in terms of what the focus of the next accord needs to be. Let us start with governance, and I would start with governance and leadership at the federal level. We need a federal government that is again engaging in health care. The federal government has been insufficiently engaged in this issue in the last few years and cannot just assume that leadership means cutting a cheque every year with 6 per cent more dollars.

The goal of the next accord needs to be focused on the issue of health system integration at a level that is appropriate, meaning not an entire province, unless we are talking about a very small region, but at a population level that is functional from the point of view of effective and efficient delivery of care.

Finally, unlike the previous accord, and echoing Ms. Hoffman's comments, the new accord needs to ensure that the tools are there to measure the progress that has been bought and paid for and that the change that has been bought and paid for is occurring, and, where it is not, the powers that be are being held to account.

By the way, one of the key indicators is about patient experience, and we will need new systems to gather this information. That is critical, and we are doing far too little on that file.

Mr. McNamara: The bottom line is to remember that there is one taxpayer, one patient. We have to make the system much better for Canadians overall. Looking at integration to me is extremely important, going from mental health, to children and to seniors, and also looking at how our services are brought together so we are not repeating even within our own provinces.

The other thing is to stop reinventing the wheel province by province because we are spending the same dollar to do the same thing when it could be a better partnership. I would agree there has been more cooperation than I have ever seen before between provinces and the federal government in the last couple of years in starting to breakdown silos. That has to be encouraged, enhanced and moved forward so that we can use that scarce dollar for the best of everyone.

Dr. Haggie: Going last is a little difficult when Ms. Henningsen and Ms. Delancy have stolen my themes. Just to reiterate what other people have said would be pointless.

One observation I would make is 2014 is a means to an end; it is not an end in itself. As an optimist, I like to think you can then say that this new accord becomes a turning point, so that by the

Il faudra ensuite que l'investissement soit concentré sur des initiatives particulières. Il y a deux ou trois stratégies pharmaceutiques dans lesquelles nous pourrions investir pour parvenir au changement et amener les provinces à voir ce qu'elles peuvent ou veulent faire de leur côté.

Dr Schull : Revenons-en sur une chose qu'a dite le Dr Kitts à propos de l'objectif à retenir pour le prochain accord. Commençons par la gouvernance et, plus précisément par la gouvernance et le leadership à l'échelon fédéral. Il convient que le gouvernement fédéral renoue avec son engagement envers les soins de santé. Ces dernières années, il n'a pas été assez présent dans ce dossier et il ne doit pas simplement supposer que faire preuve de leadership consiste à signer un chèque tous les ans en ajoutant 6 p. 100 à chaque fois.

Le prochain accord devra essentiellement avoir pour objectif de favoriser l'intégration du système de santé à un niveau approprié, pas forcément à celui d'une province entière, à moins qu'elle soit très petite, mais en fonction d'une population suffisante pour favoriser la rentabilité et l'efficacité des soins.

Enfin, contrairement à l'accord précédent, et je reprendrai en cela les remarques de Mme Hoffman, il faudra veiller à ce que le nouvel accord comporte les outils voulus pour mesurer les progrès qui auront été négociés et financés et parvenir au changement, également négocié et financé et pour sanctionner les autorités responsables qui n'auraient pas fait leur travail.

Soit dit en passant, l'un des principaux indicateurs est celui de l'expérience des patients et nous devons élaborer de nouveaux systèmes pour recueillir ce genre de données. C'est très important et nous sommes très loin d'en faire assez de ce côté-là.

M. McNamara : Au final, il faut se rappeler qu'il n'y a qu'un seul contribuable, un seul patient. Il faut que le système soit essentiellement conçu pour les Canadiens en général. J'estime extrêmement important qu'on s'intéresse à l'intégration — en santé mentale, pour les enfants et pour les aînés — et à la façon dont les services sont généralement offerts pour éviter les dédoublements, même à l'intérieur d'une même province.

Il convient, par ailleurs, d'arrêter de réinventer la roue d'une province à l'autre parce que nous dépensons des sommes qui proviennent d'une même source pour faire la même chose, tandis que nous pourrions travailler dans le cadre d'un meilleur partenariat. Je reconnais que, ces deux ou trois dernières années, la collaboration n'a jamais été aussi bonne entre les provinces et le fédéral en ce qui concerne le décloisonnement. Il faut encourager et améliorer cela afin que, dans l'avenir, nous soyons en mesure d'utiliser au mieux et pour le plus grand nombre, les budgets limités dont nous disposons.

Dr Haggie : Il est un peu difficile de passer en dernier, surtout après que Mme Henningsen et Mme Delancy ont dit ce que je voulais dire. Il serait inutile que je répète ce que d'autres ont déjà dit.

Une chose cependant. L'accord de 2014 sera un moyen et pas une fin en soi. Comme je suis de nature optimiste, j'aime à croire que vous serez en mesure de dire que ce nouvel accord représente

end of that accord you could turn around and say in 2025 that Canadians have the best health and the best health care in the world. I think that is all I would offer to close.

The Chair: I would like to make a couple of observations before I start to wrap up this remarkable morning.

First, the issue of management, leadership, accountability, who is in charge and so forth, has come up at every single meeting in one way or another. It is fascinating to me, and I am picking up on Mr. McNamara's last comments, that the thing that has come up continuously is, in spite of our constitutional situation, which gives very clear powers to municipalities, provinces and the federal government in this specific area, among others, everyone is saying that there is a role for the federal government in this area. They are not looking to it as the head, but as someone to work together with to help pull these things together with regard to leadership. That is an unusual situation during my lifetime of experience with regard to these kinds of issues. There is a real opportunity here for the provinces and the federal government to work together on that key issue of overall management of the total system.

Finally, as an anecdotal observation, I have been told by someone about a situation that just occurred. If an individual shows up at an emergency unit with the signs of perhaps having a kidney stone, the body scan that occurs needs to look for an aneurism because, apparently, the pain symptoms are very similar. The scan is done over a certain part of the body. The question I asked was: As there are many parts in there in addition to the two that are immediately suspected, does the radiologist or whoever looks at this look for other things that may be popping up? The answer I was given was that they do not, not because they are not interested, but the person I was speaking to gave me a spiel on the limitations and restrictions as to why they should not perhaps go looking for other kinds of issues. I do not want a discussion. I just throw that out, and it may be totally wrong or whatever. However, there might be issues like that one where modern technology would give rise to the opportunity to facilitate prevention in areas that are totally unexpected. We all know patients who go to hospitals with particular symptoms, and in the course of investigation, it is found that they have colorectal cancer or something else that was not even suspected and perhaps saves their lives. If there are ways that our technology is being under-utilized in terms of access to information, that could be something to come out. That is just an observation.

I want to turn now to this period, this 13-meeting sequence that we have been through, culminating with today. I think I can speak for my colleagues in saying it has been quite a remarkable study of a very important part of the Canadian social structure around the health accord. All of you have had a great opportunity to make an impact on our discussions and provided us with observations which, ultimately, will help a great deal in developing a report. That is now our challenge, to pull all of the wisdom, experience, examples and

un point tournant et que, lorsque nous arriverons à son terme, disons en 2025, vous pourrez affirmer que les Canadiens ont la meilleure santé et le meilleur système de santé au monde. Voilà ce que je pourrais dire en conclusion.

Le président : Je vais faire deux ou trois remarques avant de mettre un terme à cette extraordinaire matinée.

D'abord, la question de la gestion, du leadership et de la responsabilisation, de la désignation des responsabilités et ainsi de suite a été mentionnée lors de chaque réunion ou presque, sous une forme ou une autre. Ce qui me fascine, et je reprends en cela les derniers propos de M. McNamara, c'est que, malgré notre Constitution — qui confère des pouvoirs très clairs aux municipalités, aux provinces et au gouvernement fédéral dans ce domaine précis, entre autres — tous nos témoins nous ont répété que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans ce domaine. Ils ne s'attendaient pas à ce que celui-ci assume le rôle de chef de file, mais qu'il collabore avec les provinces et les territoires pour les aider à réaliser ce que le leadership permet de réaliser. C'est là quelque chose qui est tout à fait inusuel pour moi qui ai pourtant une longue expérience de ces questions-là. Les provinces et le gouvernement fédéral ont véritablement la possibilité de travailler ensemble sur cette question essentielle de la gestion globale du système.

Une dernière remarque d'ordre anecdotique avant de conclure. Elle s'inspire d'un cas récent dont on m'a parlé. Si quelqu'un se présente à l'urgence en se plaignant de colique néphrétique, il faut lui faire passer un scintigramme qui permet, par la même occasion, de détecter un éventuel anévrisme parce qu'il semble que les douleurs soient les mêmes. La scintigraphie porte sur une région particulière. J'ai donc posé une question : comme il y a bien d'autres régions en plus des deux qui sont investiguées sur-le-champ, le radiologue ou le professionnel effectuant l'examen, s'intéresse-t-il à d'autres maladies possibles? Mon interlocuteur m'a répondu par la négative en précisant que ce n'était pas par manque d'intérêt, et il s'est étendu sur les limitations et les restrictions qui empêchent le personnel soignant d'effectuer un examen plus complet. Je ne veux pas lancer le débat à ce sujet. Je voulais simplement vous en parler et il est possible que ce qu'on m'a dit soit totalement faux. Quoi qu'il en soit, il peut arriver, comme dans ce cas, que la technologie moderne puisse faciliter la prévention d'états pathologiques insoupçonnés. Nous avons tous entendu parler de cas de patients s'étant rendus à l'hôpital avec tel ou tel symptôme et qui, au cours de l'examen, ont appris qu'ils souffraient d'un cancer colorectal ou d'autres choses dont ils ne soupçonnaient même pas l'existence, ce qui leur a peut-être sauvé la vie. Il faudrait peut-être y songer si l'on estime que notre technologie est sous-utilisée sur le plan de l'accès à l'information. Ce n'était qu'une remarque en passant.

Permettez-moi maintenant de revenir sur la période qui s'achève, sur cet enchaînement de 13 réunions qui culmine par celle-ci. Je crois pouvoir m'exprimer au nom de mes collègues en disant que nous avons réalisé une remarquable étude d'une partie importante de la structure sociale du Canada, laquelle s'articule autour de l'accord sur la santé. Vous avez tous eu l'occasion extraordinaire de faire votre marque dans nos discussions et de nous faire part d'observations qui, à terme, nous aideront grandement à rédiger

issues that have been brought before us into a document that can provide advice to the federal government with regard to its role in moving towards 2014. Our primary charge by the minister was to look at the 2004 accord, and, under the 10 principal elements in it, to see how it is done. However, clearly, things have arisen in doing that that would point to advice into the future.

I also want to say to those assembled here today, on behalf of my colleagues — I know from their comments throughout this process that I can say this with considerable confidence — that we collectively have been very impressed by the witnesses who have come before us. The contributions have been almost without exception without vitriol on one of the most important and significant issues in the Canadian social fabric, the health accord. When you think of the amount of conversation that occurs around our health system in all forms of media, I have to acknowledge that our witnesses have been remarkable in their ability to focus on the substantive issues and to bring us advice in those areas.

Today, it has been a truly remarkable round table, again, in the way that you have approached your answers to the issues, and I could not be more pleased on behalf of my colleagues than to see how you have contributed to this discussion today.

On that note, I want to thank you again on behalf of my colleagues.

Finally, to my colleagues, you have been quite remarkable throughout this process. We could have spent days on some of the issues, such as the social determinants alone, if we could have broadened out into that, and in many of the areas you have taken, but you have worked together to make this happen, so thank you again to my colleagues.

(The committee adjourned.)

notre rapport. Notre défi est à présent celui-ci : rassembler toute la sagesse et l'expérience dont nous avons profité ainsi que tous les exemples et les problèmes qui nous ont été mentionnés ici dans un document où nous conseillerons le gouvernement fédéral relativement à son rôle jusqu'à l'horizon de 2014. La ministre nous a d'abord et avant tout demandé d'examiner l'accord et de voir comment, en vertu des 10 principaux éléments qu'il contient, nous pourrions parvenir à cet objectif. En cours de route, nous avons cependant dégagé un certain nombre d'éléments dont nous nous inspirerons dans les conseils que nous allons donner.

Je tiens également à indiquer à toutes les personnes rassemblées ici, au nom de mes collègues — et je n'ai aucune réserve à dire ce que je vais dire compte tenu de leurs commentaires tout au long de nos audiences — que nous avons tous été impressionnés par la qualité des témoins que nous avons accueillis. Presque aucun d'entre eux n'a tenu de propos vitrioliques sur l'une des questions les plus importantes et les plus marquantes pour le tissu social canadien, je veux parler de l'accord sur la santé. Quand on songe à tout ce qui se dit dans les médias sur notre système de santé, je me dois de reconnaître que nos témoins sont parvenus de façon remarquable à se limiter aux questions de fond et à nous conseiller sur ces aspects-là.

Aujourd'hui encore, nous avons accueilli un groupe remarquable de témoins, par la façon dont ils ont répondu à nos questions, et je me fais la voix de mes collègues pour vous dire que nous n'aurions pu souhaiter meilleure contribution que celle que vous avez apportée au débat d'aujourd'hui.

Sur cette dernière remarque, je tiens à vous remercier au nom de mes collègues.

Enfin, et je m'adresse à mes collègues; vous avez été tout à fait remarquables tout au long de ce processus. Nous aurions pu passer des jours à débattre de certains enjeux, comme la question des déterminants sociaux, si nous avions voulu nous laisser aller à cela — et il y a bien d'autres aspects sur lesquels nous aurions pu nous étendre — mais vous avez su collaborer pour parvenir à ce résultat, et je vous en remercie.

(La séance est levée.)

WITNESSES

Wednesday, November 30, 2011

Government of Nova Scotia:

Kevin McNamara, Deputy Minister, Health & Wellness.

Government of Manitoba:

Milton Sussman, Deputy Minister, Manitoba Health.

Thursday, December 1, 2011

The Honourable Senator Terry M. Mercer, sponsor of the bill.

Friday, December 2, 2011

Government of the Northwest Territories:

Debbie Delancy, Deputy Minister, Health and Social Services.

Health Canada:

Abby Hoffman, Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch.

Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health:

Ian Manion, Executive Director.

Health Council of Canada:

Dr. Jack Kitts, Chair.

Institute for Clinical Evaluative Sciences:

Dr. Michael Schull, Senior Scientist.

Government of Nova Scotia:

Kevin McNamara, Deputy Minister, Health & Wellness.

Canadian Home Care Association:

Nadine Henningsen, Executive Director.

Canadian Medical Association:

Dr. John Haggie, President.

Public Health Agency of Canada:

Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of the Public Health Practice.

As an individual:

Mr. Steve Morgan, Associate Director, Center for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

TÉMOINS

Le mercredi 30 novembre 2011

Gouvernement de la Nouvelle-Écosse :

Kevin McNamara, sous-ministre, Santé et Bien-être.

Gouvernement du Manitoba :

Milton Sussman, sous-ministre, Santé Manitoba.

Le jeudi 1^{er} décembre 2011

L'honorable sénateur Terry M. Mercer, parrain du projet de loi.

Le vendredi 2 décembre 2011

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest :

Debbie Delancy, sous-ministre, Santé et Services sociaux.

Santé Canada :

Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique.

Centre d'excellence de l'Ontario pour la santé mentale des enfants et des adolescents :

Ian Manion, directeur exécutif.

Conseil canadien de la santé :

Dr Jack Kitts, président.

Institut de recherche en services de santé :

Dr Michael Schull, scientifique principal.

Gouvernement de la Nouvelle-Écosse :

Kevin McNamara, sous-ministre, Santé et Bien-être.

Association canadienne des soins et services à domicile :

Nadine Henningsen, directrice exécutive.

Association médicale canadienne :

Dr John Haggie, président.

Agence de la santé publique du Canada :

Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique.

À titre personnel :

M. Steve Morgan, directeur associé, Center for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique.