

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 30, 2024

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m. [ET] to study Bill C-284, An Act to establish a national strategy for eye care.

Senator Ratna Omidvar (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, my name is Ratna Omidvar. I am a senator from Ontario and the chair of this committee.

Today we continue our study of Bill C-284, An Act to establish a national strategy for eye care.

Before we begin, I wish to have my colleagues introduce themselves, starting with the deputy chair of the committee

Senator Cordy: Welcome. Thank you, chair, and thank you to each of you for being here today. My name is Jane Cordy, and I am a senator from Nova Scotia.

Senator Osler: I'm Flordeliz (Gigi) Osler, a senator from Manitoba.

Senator Burey: Hello. Sharon Burey, a senator from Ontario.

[*Translation*]

Senator Cormier: Good afternoon. René Cormier from New Brunswick.

[*English*]

Senator Bernard: Welcome. I'm Wanda Thomas Bernard, from Mi'kmaw territory, Nova Scotia.

[*Translation*]

Senator Petitclerc: Good afternoon. Chantal Petitclerc from Quebec.

[*English*]

Senator Seidman: Good afternoon. Judith Seidman, Montreal, Quebec.

[*Translation*]

Senator Youance: Good afternoon. Suze Youance from Quebec.

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mercredi 30 octobre 2024

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 15 (HE), pour étudier le projet de loi C-284, Loi prévoyant l'élaboration d'une stratégie nationale sur les soins oculaires.

La sénatrice Ratna Omidvar (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, je suis Ratna Omidvar, sénatrice de l'Ontario et présidente du comité.

Aujourd'hui, nous poursuivons notre étude du projet de loi C-284, Loi prévoyant l'élaboration d'une stratégie nationale sur les soins oculaires.

Avant de commencer, j'invite mes collègues à se présenter, en commençant par la vice-présidente du comité.

La sénatrice Cordy : Bienvenue. Merci, madame la présidente, et merci à toutes et à tous d'être ici aujourd'hui. Je m'appelle Jane Cordy. Je suis sénatrice de la Nouvelle-Écosse.

La sénatrice Osler : Je suis Flordeliz (Gigi) Osler, sénatrice du Manitoba.

La sénatrice Burey : Bonjour. Je suis Sharon Burey, sénatrice de l'Ontario.

[*Français*]

Le sénateur Cormier : Bonjour. René Cormier, du Nouveau-Brunswick.

[*Traduction*]

La sénatrice Bernard : Bienvenue. Je suis Wanda Thomas Bernard. Je viens du territoire des Mi'kmaq, en Nouvelle-Écosse.

[*Français*]

La sénatrice Petitclerc : Bonjour. Chantal Petitclerc, du Québec.

[*Traduction*]

La sénatrice Seidman : Bonjour. Je suis Judith Seidman, de Montréal, Québec.

[*Français*]

La sénatrice Youance : Bonjour. Suze Youance, du Québec.

Senator Mégie: Good afternoon. Marie-Françoise Mégie from Quebec.

Senator Boudreau: Good afternoon. Victor Boudreau from New Brunswick.

[*English*]

The Chair: Thank you, senators.

Joining us today for the first panel, we welcome all of you in person: Mr. Martin Spiro, President; and François Couillard, Chief Executive Officer, from the Canadian Association of Optometrists; from the Canadian Ophthalmological Society, Dr. Nina Ahuja, Chair, Council on Advocacy, Board of Directors; and Elizabeth Fowler, Chief Executive Officer. Thank you all for joining us today.

We will begin with opening remarks by Mr. Spiro, followed by Dr. Ahuja. You have five minutes each for your opening statements. Mr. Spiro, the floor is yours.

Martin Spiro, President, Canadian Association of Optometrists: Thank you, chair, and members of the committee for the invitation to present to you today on Bill C-284.

First, I wish to take this opportunity to thank the bill's sponsors, MP Judy Sgro and Senator Ravalia, as well as recognize the dedication of the vision stakeholder group, for their efforts to push this bill forward.

Canada is long overdue for a comprehensive national strategy on eye care. As you have heard from the vision community, this is not merely a question of policy, it is a matter of urgency. With an aging population susceptible to eye disease and a generation of children facing an unprecedented rise in myopia, we must take coordinated action.

As an optometrist, I would like to share a recent experience that is a stark reminder of why Bill C-284 is so vital. Recently, a new patient presented to my clinic complaining about a decrease in their vision. Like so many Canadians, he had long felt that, since his vision had been fine, he didn't need to see an eye doctor. In fact, it had been over ten years since his last eye exam. What he did not realize — and what we discovered during his exam — was that he had advanced glaucoma. By the time he sought care, the damage was significant and irreversible. If this patient had received routine care, this vision loss could likely have been preventable.

La sénatrice Mégie : Bonjour. Marie-Françoise Mégie, du Québec.

Le sénateur Boudreau : Bonjour. Victor Boudreau, du Nouveau-Brunswick.

[*Traduction*]

La présidente : Merci, chers collègues.

Se joignent à nous aujourd'hui, en personne, pour la première partie de la réunion : M. Martin Spiro, président, et M. François Couillard, chef de la direction, de l'Association canadienne des optométristes; ainsi que Dre Nina Ahuja, présidente, Conseil des grands enjeux de la profession, Conseil d'administration, et Mme Elizabeth Fowler, directrice générale, de la Société canadienne d'ophtalmologie.

Nous entendrons d'abord la déclaration préliminaire de M. Spiro, suivie de celle de Dre Ahuja. Vous disposez de cinq minutes chacun pour faire votre déclaration préliminaire. Monsieur Spiro, la parole est à vous.

Martin Spiro, président, Association canadienne des optométristes : Merci, madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du comité, de nous avoir invités ici aujourd'hui pour parler du projet de loi C-284.

D'abord, je tiens à remercier la marraine et le parrain du projet de loi, la députée Judy Sgro et le sénateur Ravalia, ainsi qu'à saluer le dévouement du groupe d'intervenants du milieu des soins de la vue, pour les efforts déployés afin de faire avancer le projet de loi.

Il est grand temps que le Canada adopte une stratégie nationale globale sur les soins oculaires. Comme vous l'avez entendu de la part des intervenants du milieu des soins de la vue, ce n'est pas une simple question de politique — c'est une urgence. Pour répondre aux besoins d'une population vieillissante vulnérable aux maladies oculaires et d'une génération d'enfants connaissant une augmentation sans précédent de la prévalence de myopie, il faut des mesures concertées.

J'aimerais vous faire part d'une expérience que j'ai vécue récemment en ma qualité d'optométriste, expérience qui rappelle brutalement pourquoi le projet de loi C-284 est essentiel. Récemment, un nouveau patient s'est présenté à ma clinique parce que sa vision se détériorait. Comme de nombreux Canadiens et Canadiennes, il y avait longtemps qu'il n'avait pas senti le besoin de consulter un optométriste puisque sa vision était bonne. Son dernier examen de la vue remontait à plus de 10 ans. Ce qu'il ne savait pas — et ce que nous avons découvert durant l'examen —, c'est qu'il souffrait de glaucome, et que la maladie était à un stade avancé. Lorsqu'il a demandé des soins, les dommages étaient rendus considérables et irréversibles. Si ce patient avait passé des examens de routine, il aurait probablement pu éviter de perdre la vision.

Unfortunately, this is not an isolated incident; it is a common and deeply concerning reality. Eye diseases like glaucoma often have no early symptoms, silently stealing vision without warning. Routine eye examinations go beyond ensuring good vision.

Optometrists are the primary eye care providers for vision health and play a pivotal role. We specialize in the examination, diagnosis, treatment, management and prevention of disease and disorders of the visual system, the eye and associated structures.

The Canadian Association of Optometrists represents over 7,000 optometrists and optometry students, as well as thousands of optometric assistants, across Canada. We work closely with both federal and provincial governments on initiatives to enhance eye health outcomes for all Canadians.

This bill is kept purposely at high level. The heavy lifting will occur once it has been adopted. To give you a clearer picture of the potential impact of this legislation, I would like to outline a few key measures.

One key goal of this bill is to identify and address the training and education for those who can play a role in eye health. This includes not only health care practitioners, but also educators, early childhood specialists, caregivers and others who interact with the public. By equipping these groups with the knowledge of the importance of eye exams and the role of vision care professionals, we can ensure they are better prepared to recognize early warning signs and refer individuals for appropriate care.

We also recognize the critical need for research, data collection and vision care. For example, the federal government is responsible for health care of Indigenous peoples, refugees and veterans. These populations face severe barriers, amplified by insufficient research and poor coordination of knowledge exchange when it comes to vision care. Closing the gaps is essential.

We also see an opportunity to improve information knowledge sharing between federal and provincial governments, for instance, identifying shortages of vision care providers in rural and remote areas across provinces and territories. To help address this challenge, the CAO is advocating to the federal government to include optometrists in the student loan

Malheureusement, ce n'est pas un cas isolé; c'est une réalité commune et profondément inquiétante. Souvent, les maladies oculaires comme le glaucome ne présentent pas de symptômes au stade précoce; elles dérobent subrepticement le malade de sa vision sans signes précurseurs. Les examens de la vue de routine ne servent pas uniquement à assurer une bonne vision.

Les optométristes sont les fournisseurs de soins primaires pour la santé visuelle et oculaire. Nous jouons un rôle essentiel. Nous sommes spécialisés dans l'examen, le diagnostic, le traitement, la prise en charge et la prévention des maladies et des troubles du système visuel, de l'œil et des structures connexes.

L'Association canadienne des optométristes représente plus de 7 000 optométristes et étudiants en optométrie, ainsi que des milliers d'assistants optométriques, partout au Canada. Nous collaborons étroitement avec les gouvernements fédéral et provinciaux à des initiatives ayant pour but d'améliorer les résultats en matière de santé oculaire pour l'ensemble de la population canadienne.

Le projet de loi est délibérément général. Les détails seront réglés après son adoption. Pour vous aider à bien voir les répercussions que pourrait avoir cette mesure législative, j'aimerais vous donner un aperçu de quelques mesures clés.

Un des objectifs principaux du projet de loi est de favoriser l'élaboration et la mise en œuvre de mesures touchant la formation et la sensibilisation des personnes susceptibles de jouer un rôle dans la santé oculaire. Ces personnes comprennent non seulement les professionnels de la santé, mais aussi le personnel enseignant, les spécialistes de la petite enfance, les fournisseurs de soins et d'autres intervenants qui interagissent avec le public. En conscientisant ces groupes à l'importance des examens de la vue et au rôle des professionnels des soins oculaires, nous pouvons mieux les outiller pour reconnaître les signes précurseurs et pour diriger les gens vers les soins dont ils ont besoin.

Nous reconnaissons également qu'il est essentiel de mener des recherches et de recueillir des données portant sur les soins oculaires. À titre d'exemple, le gouvernement fédéral est responsable de la prestation de services de santé aux Autochtones, aux réfugiés et aux anciens combattants. Ces groupes font face à des obstacles majeurs, obstacles qui sont renforcés par le manque de recherches et la mauvaise coordination de l'échange de connaissances dans le domaine des soins oculaires. Il faut absolument combler les lacunes.

De plus, nous voyons la possibilité d'améliorer l'échange de renseignements et de connaissances entre les gouvernements fédéral et provinciaux, par exemple pour faire état des pénuries de fournisseurs de soins oculaires dans les régions rurales et éloignées de l'ensemble des provinces et des territoires. Pour aider à résoudre ce problème, l'ACO recommande au

forgiveness program which incentivizes professionals to work in rural areas.

Another key aspect of this bill is to accelerate the approval of medical devices and drugs. We must find ways to reduce barriers and costs for introducing new devices and treatments in Canada, all while ensuring patient safety.

Finally, we believe enhanced public education is crucial. The CAO has been actively promoting the importance of comprehensive eye exams and has developed an expertise in this area through a bilingual national public awareness campaign. Federal support from the Public Health Agency of Canada would significantly amplify these efforts.

In conclusion, the Canadian Association of Optometrists strongly supports Bill C-284 as a landmark piece of legislation that will elevate eye health and make a profound difference in the lives of Canadians.

We urge lawmakers to acknowledge the critical importance of eye health and act decisively by passing Bill C-284 without amendments. The CAO is committed to collaborating with all levels of government and stakeholders to make this national strategy a success.

Thank you.

Dr. Nina Ahuja, Chair, Council on Advocacy, Board of Directors, Canadian Ophthalmological Society: Thank you, Madam Chair and senators, for the opportunity to speak about this bill.

I would like to congratulate Mr. Spiro on an excellent presentation. I agree with everything he said. It makes my job easier.

I represent the Canadian Ophthalmological Society here with our CEO, Elizabeth Fowler. We're thrilled and honoured to be here and to have this opportunity to champion this bill, which will be hugely impactful.

We are at a pivotal point in eye care delivery here in Canada, with an aging population. We have a changing landscape as well in the delivery of eye care with introductions of new technologies which will help streamline our ability to access remote areas and underserved populations as well.

gouvernement fédéral d'inclure les optométristes dans le programme d'exonération de remboursement des prêts étudiants, qui encourage les professionnels à travailler en région rurale.

Un autre élément clé du projet de loi est l'accélération de l'approbation des dispositifs médicaux et des médicaments. Il faut trouver des moyens d'éliminer les obstacles et de réduire les coûts relatifs à l'introduction de nouveaux dispositifs et de nouveaux traitements au Canada, tout en veillant à la sécurité des patients.

Finalement, nous trouvons essentiel d'accroître la sensibilisation du public. L'ACO travaille activement à promouvoir l'importance des examens complets de la vue. Elle a développé une expertise dans ce domaine en créant une campagne de sensibilisation nationale bilingue. Un soutien fédéral qui passerait par l'Agence de la santé publique du Canada nous permettrait d'intensifier nos efforts en ce sens.

En conclusion, l'Association canadienne des optométristes appuie fortement le projet de loi C-284. À nos yeux, il s'agit d'une mesure législative historique qui améliorera la santé oculaire et qui aura des effets réels et majeurs sur la vie des Canadiennes et des Canadiens.

Nous exhortons les législateurs à reconnaître l'importance capitale de la santé oculaire et à agir de manière décisive en adoptant le projet de loi C-284 sans amendements. L'ACO s'engage à collaborer avec tous les ordres de gouvernement et toutes les parties prenantes pour assurer le succès de la stratégie nationale.

Merci.

Dre Nina Ahuja, présidente, Conseil des grands enjeux de la profession, Conseil d'administration, Société canadienne d'ophtalmologie : Madame la présidente, sénateurs et sénatrices, je vous remercie de me donner l'occasion de m'exprimer aujourd'hui sur le projet de loi à l'étude.

Je tiens à féliciter M. Spiro pour son excellente déclaration. J'appuie tout ce qu'il a dit. Il m'a facilité la tâche.

Je représente la Société canadienne d'ophtalmologie. Je suis accompagnée de la directrice générale de la société, Mme Elizabeth Fowler. Nous sommes ravies et honorées d'être ici et d'avoir l'occasion de soutenir le projet de loi, qui aura d'énormes retombées.

Le Canada se trouve à un tournant de la prestation des soins oculaires, étant donné la population vieillissante. L'introduction de nouvelles technologies est aussi en train de transformer le paysage des services de soins de la vue; ces nouvelles technologies faciliteront l'accès aux régions éloignées et aux populations mal desservies.

First, as Mr. Spiro said, we're grateful to The Honourable Judy Sgro and Senator Ravalia for pushing this bill forward for consideration for implementation. It is something that will have a huge impact on vision care for Canadians.

Our goal is to ensure equitable access to essential eye care services for all Canadians, especially those in rural and underserved areas, including our Indigenous population.

There's often some confusion about the eye care team. I will briefly describe who the different contributors are for health care provision.

Opticians are skilled at fitting and dispensing glasses and contact lenses. They work closely with optometrists.

Orthoptists are specialists in being able to measure and quantify muscle disorders of the eye. They work very closely with ophthalmologists, particularly in paediatric ophthalmology and neuro-ophthalmology.

Optometrists provide essential primary eye care, routine exams and manage common eye conditions, as Mr. Spiro wonderfully outlined.

Ophthalmologists are medical doctors who have gone to medical school and, on top of our medical training, have done an additional five years of specialty training in interventional, surgical and medical management of advanced eye diseases.

Each one of these eye care professionals is extremely important in the tapestry of the care we deliver.

Being at this juncture where we have new technologies coming in, we have opportunities to collaborate even further between ophthalmology and optometry, it is key to have something unifying us from the top. That is where this bill comes into play.

To give an overview of the context, over 1.2 million Canadians are living with vision loss. More than 8 million have one of the top four eye diseases: cataracts, age-related macular degeneration, diabetic retinopathy and glaucoma.

Vision loss has a huge economic impact. A study done by the Canadian Council of the Blind in 2019 revealed an economic loss of \$32.9 billion that year. A subsequent study was done that showed each year was anticipated to cause another \$560 million loss per year, 2021-23, as a result of the pandemic. That was because of decreased access, not going for follow-ups and longer wait times for procedures. There is no doubt that not addressing vision issues is a significant economic impact.

D'abord, à l'instar de M. Spiro, nous remercions l'honorable Judy Sgro et le sénateur Ravalia d'avoir proposé le projet de loi et de militer pour son adoption. Il aura une incidence énorme sur les soins de la vue au Canada.

Notre objectif est de garantir un accès équitable aux services essentiels de santé oculaire pour la population canadienne, en particulier pour les habitants des régions rurales et mal desservies, y compris les Autochtones.

Puisque les rôles au sein de l'équipe des soins oculaires portent souvent à confusion, je vais décrire brièvement les différents fournisseurs de services de santé oculaire.

Les opticiens sont qualifiés pour ajuster et distribuer les lunettes et les lentilles de contact. Ils travaillent étroitement avec les optométristes.

De leur côté, les orthoptistes se spécialisent dans l'évaluation des troubles de l'œil liés aux muscles. Ils travaillent très étroitement avec les ophtalmologistes, en particulier dans les domaines de l'ophtalmologie pédiatrique et de la neuro-ophtalmologie.

Pour leur part, les optométristes s'occupent de la prestation essentielle des soins oculaires primaires, des examens de routine et de la prise en charge des affections oculaires courantes, comme M. Spiro l'a si bien expliqué.

Enfin, les ophtalmologistes sont des médecins. En plus de détenir un diplôme en médecine, nous avons suivi une formation spécialisée de cinq ans dans le traitement interventionnel, chirurgical et médical des maladies oculaires de stade avancé.

Toutes les catégories de professionnels des soins oculaires occupent une place extrêmement importante dans la gamme de services que nous offrons.

Avec l'avènement de nouvelles technologies, les ophtalmologistes et les optométristes ont de plus en plus d'occasions de collaborer, d'où l'importance de la mise en place d'une politique unificatrice globale. C'est là que le projet de loi entre en jeu.

Je vous donne un aperçu du contexte. Plus de 1,2 million de Canadiennes et de Canadiens ont une perte de vision, et plus de 8 millions sont atteints d'une des 4 principales maladies oculaires, soit les cataractes, la dégénérescence maculaire liée à l'âge, la rétinopathie diabétique et le glaucome.

La perte de vision a d'énormes conséquences économiques. Selon une étude réalisée par le Conseil canadien des aveugles, en 2019, elle a coûté 32,9 milliards de dollars à notre économie. Une étude subséquente a montré qu'à cause de la pandémie, la perte de vision causerait des pertes de 560 millions de dollars de plus par année, entre 2021 et 2023. Ces pertes seraient attribuables à la réduction de l'accès, aux rendez-vous de suivi manqués et à la prolongation des délais d'attente pour les

In terms of the vulnerable populations, we know Indigenous people, seniors and other vulnerable populations are at greater risk due to limited access. Again, that is where the bill really comes in, to ensure we're providing access to all of these communities in ways we can work collaboratively and optimize the professional services we can provide between all of us.

As I mentioned, the landscape of eye care is evolving. We have advances in technology, including telemedicine as well as AI, and that is going to become a key player as well as we move forward. It is critical that we guarantee access and utilize all of our resources in an organized, structured fashion through a bill like this led from the top that all of us can help support it.

In terms of research, Mr. Spiro gave a wonderful introduction to the research as well. We need to build this framework based on evidence; that is extremely important. I know the University of Waterloo is doing excellent research. Montreal is doing excellent research. In ophthalmology, we have 15 academic centres that are affiliated with medical schools and faculties of health sciences where we are leading cutting-edge research there as well on advanced treatments for eye diseases and conditions.

In terms of this collaborative strategy, collaboration is going to be the key to the success by having leadership from the federal level. We as stakeholders, all of the stakeholders here around the room, are excited and enthusiastic to work together to support the government in terms of bringing something like this forward, including working with the federal government for the Indigenous population and then our provincial counterparts as well.

The impact of passing Bill C-284 would be to reduce preventable blindness by promoting early detection and timely treatment. It would lower the economic burden, again, by having early detection and timely treatment. It would improve the quality of life of Canadians where one of their biggest fears in various surveys is a reported concern about loss of vision.

Together, as an entire team on this side of the table and around the room, we respectfully urge you to pass this as soon as possible so that we can get our feet on the ground and get this moving forward. We are happy to support however we can.

The Chair: Thank you, Dr. Ahuja.

We will move next to questions from my colleagues. Colleagues, we will have four minutes each for the question and the answer.

interventions. Il est indubitable que l'inaction face aux problèmes de vision a une incidence importante sur l'économie.

En ce qui concerne les populations vulnérables, on sait que les Autochtones, les aînés et d'autres groupes vulnérables courent de plus grands risques en raison d'un accès limité. Encore une fois, c'est ici que le projet de loi entre en jeu : en favorisant la collaboration et en optimisant les services professionnels que nous pouvons offrir conjointement, il garantira l'accès à toutes les populations.

Je le répète, le paysage des soins oculaires évolue. La technologie avance, y compris dans les domaines de la télémédecine et de l'intelligence artificielle; elle deviendra essentielle dans les soins de demain. Nous devons absolument garantir l'accès et employer toutes nos ressources de manière organisée et structurée en adoptant un projet de loi global comme celui-ci, avec le soutien de l'ensemble des parties prenantes.

Pour ce qui touche la recherche, M. Spiro a aussi donné une très bonne introduction. Le cadre doit absolument être fondé sur des données probantes. Je sais que l'Université de Waterloo fait de l'excellente recherche; Montréal aussi. En ophtalmologie, 15 centres universitaires affiliés à des écoles de médecine et à des facultés des sciences de la santé font de la recherche de pointe sur des traitements novateurs pour les maladies et les troubles oculaires.

La collaboration sera la clé du succès de la stratégie et elle dépendra du leadership du gouvernement fédéral. Nous, les parties prenantes ici présentes, sommes ravies et enthousiastes de travailler ensemble pour aider le gouvernement fédéral à mettre au point sa stratégie. Nous travaillerons de concert avec le gouvernement fédéral en ce qui touche les services offerts aux Autochtones, ainsi qu'avec nos homologues provinciaux.

Le projet de loi C-284 réduira le nombre de cas évitables de cécité en faisant la promotion d'une détection précoce et d'un traitement rapide. Il diminuera le fardeau économique, aussi en faisant la promotion d'une détection précoce et d'un traitement rapide. Il améliorera la qualité de vie des Canadiennes et des Canadiens qui rapportent, dans divers sondages, qu'une de leurs plus grandes craintes est de perdre la vision.

Notre équipe ici réunie vous exhorte respectueusement à adopter le projet de loi le plus rapidement possible afin que nous puissions nous mettre à l'œuvre. Nous serons ravis de vous fournir tout le soutien possible.

La présidente : Je vous remercie, docteure Ahuja.

Nous passons maintenant à la période de questions. Chers collègues, chacun et chacune disposent de quatre minutes pour les questions et les réponses.

Senator Cordy: It was a lot of information and some very positive presentations. Thank you for that.

Dr. Ahuja, you spoke about new technologies to access remote areas. When I think about looking at the eye, I think you have to be right there. I understand technologies have improved. Could you give us an idea of how new technologies will work for remote areas? We have many remote areas in Canada. We are a huge country. That would be wonderful.

Dr. Ahuja: Telemedicine plays a large part in that. One nice thing about eye care is that we do rely a lot on visual systems. Photography is a large part of it. Many of our exams are optical-based technologies. If you can have a remote operator delivering that diagnostic tool or test to patients, that could be transmitted, and then those of us who are able to interpret and guide treatment can do that remotely.

There are a couple of barriers to that. Many remote areas may not have connectivity or the technology available on their side, and those are things that would need to be addressed. However, the ability to be able to transfer images back and forth between where it is being taken to the people who are interpreting, diagnosing and ultimately guiding treatment is something that can be impactful for remote communities.

Senator Cordy: So those pictures you see in your eye doctor's office would be coming to you from the North. Thank you.

Mr. Spiro, you spoke about eye diseases often not having symptoms, so people do not often realize or recognize they have an eye problem until they go to an optometrist.

You also spoke about training for doctors, teachers and parents. I thought that was important, because you go to the doctor last after having been with those people. Having been an elementary schoolteacher, I know you often see things before. You have the kids sometimes longer waking hours than the parents do.

Could you expand on the training part and the need for getting people in to understand that it should be like a dental appointment where you go twice a year?

Mr. Spiro: Absolutely. Thank you for the question.

La sénatrice Cordy : Je vous remercie pour vos déclarations très instructives et positives.

Docteure Ahuja, vous avez parlé d'utiliser les nouvelles technologies pour accéder aux régions éloignées. Je pensais que pour examiner les yeux, il fallait être sur place, mais je comprends que les technologies se sont améliorées. Pouvez-vous nous expliquer comment les nouvelles technologies seront utilisées pour offrir des services dans les régions éloignées? Les régions éloignées sont nombreuses au Canada. Notre pays est immense. Ce serait formidable.

Dre Ahuja : La télémédecine joue un rôle important. Ce qui est bien avec les soins oculaires, c'est que nous utilisons beaucoup d'outils visuels. Nous comptons en grande partie sur la photographie. Bon nombre de nos examens sont faits au moyen de technologies optiques. Si un technicien peut utiliser l'outil de diagnostic ou effectuer le test de diagnostic auprès du patient sur place, il peut ensuite transmettre les résultats à une personne compétente, qui peut les interpréter et prendre en charge le traitement à distance.

Il y a quelques obstacles. Beaucoup de régions éloignées n'ont pas la connectivité ou les technologies nécessaires. Il faudrait régler ces problèmes. Toutefois, la capacité d'envoyer des images entre l'endroit où elles sont prises et les professionnels qui les interprètent, qui établissent le diagnostic et qui prennent en charge le traitement peut changer la donne pour les collectivités éloignées.

La sénatrice Cordy : Ainsi, les images que le spécialiste de la vue examinerait dans son cabinet proviendraient du Nord. Merci.

Monsieur Spiro, vous avez dit qu'il arrive souvent que les maladies oculaires ne présentent pas de symptômes. Par conséquent, les gens ne se rendent pas compte qu'ils ont un problème avant de consulter un optométriste.

Vous avez aussi parlé de la formation pour les médecins, le personnel enseignant et les parents. Je trouve cela important parce que l'on consulte le spécialiste après avoir passé du temps avec ces gens. J'ai été enseignante à l'élémentaire; je sais donc qu'il arrive souvent qu'ils soient les premiers à remarquer que quelque chose ne va pas. Parfois, les enfants passent plus d'heures auprès du personnel enseignant que de leurs parents.

Pouvez-vous nous en dire plus sur la formation et sur l'importance de faire comprendre à la population que c'est aussi essentiel que d'aller chez le dentiste deux fois par année?

M. Spiro : Absolument. Merci pour la question.

Yes. You hit on a couple of great points. Medically, we could see GPs and paediatricians referring their patients for eye exams, routine care, especially given if there is a certain systemic condition like diabetes, which can have an impact on the eye.

Going beyond that to educators and teachers, we are fortunate when a teacher recognizes that if a child is struggling in school, it is hard to learn if we do not see what is going on at the front of the class or if we are having issues seeing what is in front of us. Referring those children for an eye exam is probably the first and foremost important thing to make sure there is no disruption in the visual system that is impeding learning and success for our children.

Senator Seidman: Thank you for your presentations. My question is for both of your organizations.

If I look at the bill and the strategy, clause 2 talks about various forms of eye disease. The strategy must describe various forms of eye disease and include measures. It talks about promoting research and improving data collection on eye disease prevention and treatment, on vision rehabilitation and promote information and knowledge-sharing between the federal government and provincial governments.

I'm zeroing in on that because both of your organizations, in your briefs to us, propose a dedicated vision health desk led by a chief vision health officer within the Ministry of Health. The reason you propose that is in order to help improve research, fostering innovation in treatment and prevention, to standardize vision screening and oversee data collection on national eye health outcomes. I am now combining both of your proposals, because they are very similar.

What I am asking is, what data do we currently have on eye disease, whether it be federal or provincial? How coherent is it? How do you imagine this vision health desk fulfilling that important need? I will let anyone answer the question, as long as I get an answer from both of your organizations.

Dr. Ahuja: That is a great question, especially because we do see this as being an evidence-based strategy.

One of the problems and challenges we have is that there is data out there, but it is often segmented data and not looking at the overall population. The other barrier or challenge with that is that the data collection is inconsistent. The reporting is inconsistent. While we have data, how useful is it in order to put together a national strategy?

Vous avez soulevé plusieurs points importants. Dans le domaine médical, les omnipraticiens et les pédiatres pourraient recommander à leurs patients de passer régulièrement des examens de la vue, particulièrement s'ils sont atteints d'une maladie systémique comme le diabète, qui peut affecter l'œil.

En ce qui concerne le personnel enseignant, quand un enfant éprouve de la difficulté à l'école, c'est formidable que son enseignant(e) reconnaisse qu'il est difficile d'apprendre quand on ne voit pas ce qui se passe à l'avant de la classe ou devant soi. En pareil cas, la première mesure à prendre et la plus importante est sans doute de recommander que l'enfant passe un examen de la vue pour vérifier qu'aucune perturbation de son système visuel ne nuit à son apprentissage et à sa réussite.

La sénatrice Seidman : Je vous remercie de vos déclarations préliminaires. Ma question s'adresse à vos deux organisations.

Je regarde le projet de loi et la stratégie et je vois que l'article 2 parle de différentes formes de maladies oculaires. La stratégie doit décrire les différentes formes de maladies oculaires et inclure des mesures. Il est question de promouvoir la recherche et d'améliorer la collecte de données sur la prévention et le traitement des maladies oculaires et sur la réadaptation visuelle; et de promouvoir l'échange de renseignements et de connaissances entre les gouvernements fédéral et provinciaux.

Je me concentre sur ce point parce que vos deux organisations, dans les mémoires que vous nous avez présentés, proposent un bureau dédié à la santé oculaire, dirigé par un responsable de la santé oculaire au sein du ministère de la Santé. Vous proposez un tel bureau pour aider à améliorer la recherche, pour favoriser l'innovation en matière de traitement et de prévention, pour normaliser le dépistage des troubles visuels et pour superviser la collecte de données sur les résultats nationaux en matière de santé oculaire. Je combine à présent vos deux propositions, car elles sont très similaires.

Ma question est la suivante : de quelles données disposons-nous actuellement sur les maladies oculaires, qu'elles soient fédérales ou provinciales? À quel point sont-elles cohérentes? Comment, selon vous, ce bureau de la santé visuelle pourrait-il répondre à ce besoin important? Je laisse n'importe qui répondre à la question, pourvu que les deux organisations répondent.

Dre Ahuja : C'est une excellente question, d'autant plus que nous considérons qu'il s'agit d'une stratégie fondée sur des données probantes.

L'un des problèmes et des défis que nous rencontrons est que, bien qu'il y ait des données, elles sont souvent segmentées et ne tiennent pas compte de l'ensemble de la population. L'autre obstacle ou défi est que la collecte des données n'est pas cohérente. Les rapports ne sont pas uniformes. Nous disposons de données, oui, mais quelle est leur utilité pour l'élaboration d'une stratégie nationale?

The idea of having a chief vision officer is to be able to ensure that there is a coordination between the organizations and research that's being done between optometry and the centres across Canada for ophthalmology so that we can say what should be standardized in terms of data collection, what parameters should we be looking at, how should we be segregating the data, and how should we do the analysis.

That is why having someone central at the federal level who is driving and overseeing it would be helpful. We could have a central collection where the data goes to CIHI, or whatever that structure looks like, to ensure that it is standardized across both of our organizations and wherever we're doing research.

Senator Seidman: I will let Mr. Spiro respond, but that is not in this bill. How would you imagine a vision health desk with a chief vision health officer being integrated into the bill?

Mr. Spiro: As my colleague Dr. Ahuja said, often that research can be piecemeal. We're all working in our clinics. However, optometrists are in a unique position because we generally see patients throughout their lives, from childhood to elderly. We're often in a place to look at the very early signs of eye disease and disruptions to the visual system. Being able to coordinate that, producing more research on those early signs, is paramount.

Also, Dr. Ahuja mentioned we have great research institutions in Canada. From the optometric position, the University of Waterloo and University of Montreal are doing amazing research, I'm sure many of the other academic institutions as well. How can we embolden and empower the research institutions that already exist to do even more effective research, to compile even more data and to create more clinical evidence that could help Canadian patients as they go through life? That is how we see the advancements on research for this bill taking place.

Senator Seidman: This is critically important. We would all agree sitting here. How do you envision that happening in the current piece of legislation that is proposed?

The Chair: Senator Seidman, thank you for that question. Someone else will pick up on it.

Senator Osler: Thank you to the witnesses for being here.

My question is for both organizations. I will start with the ophthalmologists. You spoke about access. Access to health care, let alone eye care, is not equal across Canada. The bill also does

Un responsable de la santé visuelle permettrait de garantir une coordination entre les organisations et la recherche menée en optométrie et dans les centres d'ophtalmologie à travers le Canada. Nous saurions ainsi quel type de collecte de données devrait être normalisée, quels indicateurs devraient être adoptés, comment séparer les données, et comment faire l'analyse.

C'est pourquoi il serait utile d'avoir une personne centrale au niveau fédéral pour diriger et superviser le processus. Nous pourrions recueillir les données centralement pour les envoyer à l'Institut canadien d'information sur la santé, ou ICIS — ou quelle que soit la structure —, et nous assurer qu'elles sont normalisées dans nos deux organisations et partout où nous faisons de la recherche.

La sénatrice Seidman : Je vais laisser M. Spiro répondre, mais cela ne figure pas dans le projet de loi. Comment imaginez-vous l'intégration dans le projet de loi d'un bureau de la santé visuelle et d'un responsable de la santé visuelle?

M. Spiro : Comme l'a dit ma collègue, la Dre Ahuja, cette recherche est souvent fragmentaire. Nous travaillons tous dans nos propres cliniques. Cependant, les optométristes sont dans une position unique parce que nous suivons généralement les patients tout au long de leur vie, de l'enfance à la vieillesse. Nous sommes souvent en mesure d'observer les tout premiers signes de maladies oculaires et de perturbations du système visuel. Il est primordial de coordonner les constats et de mener davantage de recherches sur ces signes précoces.

Par ailleurs, la Dre Ahuja a mentionné que le Canada compte d'excellents établissements de recherche. L'Université de Waterloo et l'Université de Montréal mènent des recherches extraordinaires en optométrie, et je suis sûr qu'il en va de même pour de nombreux autres établissements universitaires. Comment pouvons-nous encourager et habilitier les établissements de recherche qui existent déjà à mener des recherches encore plus efficaces, à compiler encore plus de données et à créer plus de preuves cliniques qui pourraient aider les patients canadiens tout au long de leur vie? C'est ainsi que nous envisageons de faire progresser la recherche grâce à ce projet de loi.

La sénatrice Seidman : C'est d'une importance capitale. Toutes les personnes ici présentes en conviennent. Comment envisagez-vous que cela se manifeste dans le projet de loi proposé?

La présidente : Sénatrice Seidman, je vous remercie de cette question. Quelqu'un d'autre y reviendra.

La sénatrice Osler : Je remercie les témoins d'être parmi nous.

Ma question s'adresse aux deux organisations. Je commencerai par les ophtalmologues. Vous avez parlé d'accès. L'accès aux soins de santé, et a fortiori aux soins oculaires, n'est

not speak to improving access to eye care, nor does it have funding attached.

I know you are both aware of the Canada Health Act. Administration and delivery mainly fall under provincial and territorial jurisdictions. You also know what eye care services are covered under the Canada Health Act and how access varies depending on your age, health conditions, where you live or whether you have private insurance.

My question is, are there specific and attainable elements to improve access that could be in a national strategy for eye health?

Dr. Ahuja: I believe there are. I believe that comes to leveraging the technologies, and then having metrics that we are following to ensure we are attaining success.

The bill is vague when it comes to research and access because there are many things we can build into it once we understand what direction it is going in and what metrics we want to have. Certain metrics I see are looking at how far-reaching have we gotten in terms of being able to implement that technology to the remote centres?

For example, we could put in a metric of, over three years, have we been able to increase our access to 90%? If we are able to implement and get all the infrastructure in place, and educate how to use the technology from a user perspective in terms of the people doing the diagnostic testing — and also from the patient perspective, so we educate them on how to use the technology — by implementing various strategies like that, I do think we can improve access and reach those remote areas in various ways.

With the education piece as well, that also becomes part of it. Mr. Spiro is talking about educating the caregivers and families, and that is so integral to that, as well as educating the general public so we are addressing those various demographics.

We know that 18 and under is covered for a comprehensive eye exams, as is 65 and over, so it is educating people within those demographics as to what the consequences are of not diagnosing disease and how that plays out in terms of impact to life.

For the working-age group, you are right. There is definitely variability. The coverage varies depending upon the province as well. That is a challenge we need to overcome. Again, through education — and hopefully by collaborating and having this efficient tapestry we can create together through a strategy like this — we can hopefully have an economic impact that frees up

pas le même partout au Canada. L'amélioration de l'accès aux soins oculaires est absente du projet de loi, qui ne prévoit d'ailleurs pas de financement.

Je sais que vous connaissez tous deux la Loi canadienne sur la santé. L'administration et la prestation des soins de santé relèvent principalement des provinces et des territoires. Vous savez également quels services de soins oculaires sont couverts par la Loi canadienne sur la santé et que l'accès varie en fonction de l'âge, de l'état de santé, du lieu de résidence ou de la souscription à une assurance privée.

Voici ma question : y a-t-il des éléments précis et réalisables pour améliorer l'accès qui pourraient figurer dans une stratégie nationale pour la santé oculaire?

Dre Ahuja : Je crois que oui. Je pense qu'il faut tirer parti des technologies, puis examiner des indicateurs pour nous assurer de réaliser nos objectifs.

Le projet de loi est vague en ce qui concerne la recherche et l'accès parce qu'il y a beaucoup d'éléments que nous pourrions y intégrer une fois que nous comprendrons la direction qu'il prendra et les indicateurs que nous voulons utiliser. Selon moi, certains des indicateurs devraient viser à déterminer dans quelle mesure nous sommes parvenus à mettre en œuvre la technologie dans les centres éloignés.

Par exemple, nous pourrions intégrer un indicateur qui nous dirait si, en trois ans, nous avons été en mesure d'augmenter notre accès à 90 %. Si nous parvenons à mettre en place toute l'infrastructure et à former les utilisateurs à se servir de la technologie, c'est-à-dire les personnes qui effectuent les tests de diagnostic — et aussi les patients, afin de leur enseigner à utiliser la technologie —, en mettant en œuvre diverses stratégies de ce type, je pense que nous pourrions améliorer l'accès et atteindre les régions éloignées de diverses manières.

L'éducation fait également partie de l'équation. M. Spiro parle d'éduquer les soignants et les familles, et cela fait partie intégrante de la démarche, tout comme l'éducation du grand public afin de nous adresser aux différents groupes démographiques.

Nous savons que les examens de la vue complets des patients de 18 ans et moins et de 65 ans et plus sont couverts. Il s'agit donc d'éduquer les personnes appartenant à ces groupes démographiques sur les conséquences de ne pas se faire diagnostiquer une maladie et sur les répercussions dans leurs vies.

Pour ce qui est du groupe en âge de travailler, vous avez raison. Il est indéniable que la situation varie. La couverture varie également d'une province à l'autre. C'est un obstacle que nous devons surmonter. Une fois encore, grâce à l'éducation — et, espérons-le, grâce à la collaboration et à ce réseau efficace que nous pouvons créer ensemble avec une telle stratégie —,

resources so we can revisit what type of coverage we can have for those people who are not covered right now.

It is not a short-term game, unfortunately. It is so complex, as we know, and we need to take the silos that are happening in provinces and work together towards coming up with something that is unified.

If we work at it and are open, collaborative and trusting one another that we are all well intended towards the same mission, I think we can accomplish the access issues that we are hoping to, supplemented with the research as well where we lay out the research depending upon what we need to be looking at based on what is rolling out as we move forward.

[*Translation*]

Senator Mégie: My question is for the Canadian Association of Optometrists. What are the methods of access to optometric care in the different provinces? Since there's a protest movement among Quebec optometrists who want to withdraw from the Régie de l'assurance maladie du Québec, do you think this national strategy could help rectify the situation?

Mr. Spiro: Thank you for the question. First, according to our surveys, we know that optometric care is covered in Canada because patients have access to an optometrist often quickly and close to home.

In some very rural areas, there are gaps. That's why we're raising awareness to include optometrists in the school fee patronage system. We hope to use a national strategy to raise the profile of eye care in Canada, which will show everyone that eye care is important and worth investing in, even in the provinces, especially in systems that don't provide adequate compensation for eye care currently covered by the public plan.

Senator Mégie: Mr. Couillard, do you have anything to add?

François Couillard, Chief Executive Officer, Canadian Association of Optometrists: I agree with Dr. Spiro. We also saw in Ontario a few years ago that it was a difficult situation. As in Quebec, they had to take measures that weren't very popular with the public, obviously, but they didn't even have a model for negotiating with the government. The government had no way of talking with the provincial association to update the fee schedules. As Dr. Spiro mentioned, there is a real hope that

nous pouvons espérer avoir une incidence économique qui libère des ressources. Nous pourrions ainsi réexaminer le type de couverture que nous pouvons offrir aux personnes qui ne sont pas couvertes à l'heure actuelle.

Ce n'est pas une démarche à court terme, malheureusement. Comme nous le savons, il s'agit d'une question très complexe, et nous devons abattre les cloisonnements qui séparent les provinces pour travailler ensemble à l'élaboration d'une solution unifiée.

Si nous y travaillons dans la collaboration, avec ouverture et avec une confiance mutuelle que nous voulons mener à bien la même mission, je pense que nous pourrions espérer résoudre les problèmes d'accès. De plus, la recherche nous aidera et dépendra de ce que nous devons examiner en fonction de ce qui est mis en place au fur et à mesure que nous avançons.

[*Français*]

La sénatrice Mégie : Ma question est pour l'Association canadienne des optométristes. Dans les différentes provinces, quels sont les modes d'accès aux soins d'optométrie? Comme il y a un mouvement de protestation des optométristes du Québec qui veulent se désaffilier de la Régie de l'assurance maladie du Québec, pensez-vous que cette stratégie nationale pourrait aider à redresser les choses?

M. Spiro : Je vous remercie de la question. Tout d'abord, selon nos sondages, on sait que les soins optométriques sont couverts au Canada parce que les patients ont accès à un optométriste souvent rapidement et qu'il est situé près de chez eux.

Dans certains endroits très ruraux, il y a des écarts. C'est la raison pour laquelle on fait de la sensibilisation pour intégrer les optométristes dans le système de patronage pour les frais scolaires. Par l'entremise d'une stratégie nationale, on espère pouvoir élever le profil des soins ophtalmologiques au Canada, ce qui montrera à tout le monde que ces soins sont importants et qu'il vaut la peine d'investir dans ces soins, même dans les provinces, surtout dans les systèmes qui n'offrent pas une rémunération suffisante pour les soins ophtalmologiques qui sont présentement couverts par le régime public.

La sénatrice Mégie : Monsieur Couillard, avez-vous quelque chose à ajouter?

François Couillard, chef de la direction, Association canadienne des optométristes : J'abonde dans le même sens que le Dr Spiro. On a vu aussi en Ontario il y a quelques années que c'était une situation difficile. Comme au Québec, ils ont dû prendre des mesures qui n'étaient pas tellement populaires auprès du public, évidemment, mais ils n'avaient même pas de modèle de négociation avec le gouvernement. Le gouvernement n'avait aucun mode de discussion avec l'association provinciale

this national strategy will give eye care a boost and bring it out into the open to improve things.

We were talking about a “vision desk”. There’s a desk for dental care, but nothing for eyes. There’s no one you can talk to in the federal government who knows anything about eye care. No one has the expertise. So we’re very hopeful that this bill will build momentum and ensure that all these projects across the country, within the provinces and at the national level, can take off. Thank you for your question.

Senator Mégie: Thank you.

The other question has to do with a study that just came out, that was just published in the *Canadian Medical Association Journal* in relation to the fact that there are studies that show that when First Nations children are assessed, there’s a significant difference in their cranial circumference and that, in fact, all care is based on that difference. Induced macrocephaly or induced microcephaly is diagnosed. For the eyes, is there a study out there that can say that for a given ethnic group, the eyes are a certain way? Have you heard of anything like that?

Mr. Couillard: Not that I know of; I’m not aware of any such study.

Mr. Spiro: I’m not aware of the study that just came out, either.

Mr. Couillard: There’s very little information on Indigenous populations. That’s one of the problems. Access is difficult. There really are gaps, and that’s one of the things.... We were talking about access a little earlier. For us, access, in terms of focusing on those populations and marginalized populations.... Let’s say there’s a lot to be done.

Senator Mégie: Thank you.

[English]

The Chair: Our next panel will focus on eye care within Indigenous communities. That’s a question to hold for them.

[Translation]

Senator Cormier: Welcome. I’m going to ask my questions in French. When I look at the list of issues you raised, data, research, training, the use of new technologies and aging populations, in another study being conducted in another committee on health care in the minority language — in other words, francophones outside Quebec and anglophones in Quebec — we can see that there’s a great lack of information, a

pour mettre à jour les barèmes des tarifs. Comme le Dr Spiro l’a mentionné, on espère vraiment que cette stratégie nationale donnera de l’essor aux soins ophtalmologiques et les amènera à la vue de tout le monde afin d’améliorer les choses.

On parlait d’un « guichet de vision ». Il y a un guichet pour les soins dentaires, mais il n’y a rien pour les yeux. Il n’y a personne à qui on peut parler au gouvernement fédéral qui connaisse quoi que ce soit dans les soins ophtalmologiques. Il n’y a personne qui a l’expertise. Alors, on espère beaucoup que ce projet de loi donnera du momentum et fera en sorte que tous ces projets à travers le pays, au sein des provinces et à l’échelon national, pourront prendre leur essor. Merci de votre question.

La sénatrice Mégie : Merci.

L’autre question a trait à une étude qui vient de sortir, qui vient d’être publiée dans le *Journal de l’Association médicale canadienne* par rapport au fait qu’il y a des études qui démontrent que lorsqu’on fait l’évaluation des enfants des Premières Nations, il y a une bonne différence dans leur circonférence crânienne et qu’en fait, tous les soins sont basés sur cette différence-là. On diagnostique des macrocéphalies indues ou des microcéphalies indues. Pour les yeux, est-ce qu’il y aurait une étude qui existe et qui pourrait dire que pour telle ethnie, les yeux sont de telle façon? Avez-vous entendu parler de quelque chose comme cela?

M. Couillard : Pas à ce que je sache; je ne suis pas au courant d’une telle étude.

M. Spiro : Moi non plus, je ne suis pas au courant de l’étude qui vient de sortir.

M. Couillard : Il y a très peu d’informations sur les populations autochtones. C’est l’un des problèmes. L’accès est difficile. Il y a vraiment des carences, c’est l’une des choses... On parlait de l’accès un peu plus tôt. Pour nous, l’accès, pour ce qui est de mettre l’accent sur ces populations et sur les populations marginalisées... Disons qu’il y a beaucoup à faire.

La sénatrice Mégie : Merci.

[Traduction]

La présidente : Notre prochain groupe de témoins se concentrera sur les soins oculaires dans les communautés autochtones. C’est une question à poser à ce groupe.

[Français]

Le sénateur Cormier : Bienvenue. Je vais poser mes questions en français. Quand je regarde la liste des enjeux que vous avez soulevés, les données, la recherche, la formation, l’utilisation des nouvelles technologies et les populations vieillissantes, dans une autre étude que l’on mène dans un autre comité sur les soins de santé dans la langue de la minorité, soit les francophones de l’extérieur du Québec et les anglophones au

lack of data and a lack of adaptation of certain tools to patients' language.

So my question is this: Do you think Health Canada should systematically take into account the challenges associated with official language communities in its national strategy? In your practice and profession, for instance, is there a way for you to.... Is there a registry or information that allows you to know the language spoken by patients or citizens who use your services? Is there any information on that that could help with data collection for those communities? Who would like to answer?

Mr. Spiro: Thank you. Yes, I also think that in our individual system, yes, when a patient comes to see me, in my electronic medical system, the language spoken is specified. I'm quite comfortable providing care in both languages. I think that many optometrists in Canada are also bilingual. But since we've already discussed this, can we bring this information together to better address the issue? I think those discussions will take place as soon as the bill is passed and will develop in due course.

[English]

Dr. Ahuja: To add to that, in my practice as well, I would always make a note in terms of what patients would prefer in how they would like to communicate.

For a national vision strategy, we are obligated and mandated by the federal government, and the federal government is mandated to ensure that all services are provided in both languages. I see the role of artificial intelligence being very helpful here, where we can utilize artificial intelligence to provide translation services in the education materials we are creating.

At the Canadian Ophthalmological Society, any document we put forward, whether it is a position statement, an opinion piece, whatever it is that we are publishing, it is always translated into French. That becomes challenging, though, when you are creating educational materials for the population. This is where I think we can leverage some of those new technologies so we are able to produce video education pieces, as an example, on how to use the technology in a remote area from the patient perspective.

That we can do not just in French, where we would definitely do it in English and French because of the Official Languages Act, but also for other languages because, as we know, we are a multicultural society with multilingual communicators. We can leverage artificial intelligence in a national strategy easily.

Québec, on constate qu'il y a un grand manque d'information, un manque de données et un manque d'adaptation de certains outils en fonction de la langue des patients.

Voici donc ma question : selon vous, dans sa stratégie nationale, Santé Canada devrait-il systématiquement prendre en compte les défis associés aux communautés de langue officielle? Dans votre pratique et dans votre métier, par exemple, y a-t-il une manière pour vous... Y a-t-il un registre ou de l'information qui permet de savoir la langue parlée par les patients ou les citoyens qui utilisent vos services? Est-ce qu'il y a de l'information à ce sujet qui pourrait aider la cueillette de données pour ces communautés? Qui aimerait répondre?

M. Spiro : Merci. Oui, alors je pense aussi que dans notre système individuel, oui, quand un patient vient me voir, dans mon système médical électronique, on précise la langue parlée. Moi, je suis assez à l'aise à donner les soins dans les deux langues. Je pense qu'un bon nombre d'optométristes au Canada sont aussi bilingues. Mais comme on en a déjà discuté, est-ce qu'on peut réunir ces informations pour mieux aborder la question? Je pense que ces discussions auront lieu dès l'adoption du projet de loi et que cela va se développer en temps et lieu.

[Traduction]

Dre Ahuja : Pour renchérir là-dessus, je note toujours la langue de communication que mes patients privilégient.

Pour une stratégie nationale sur les soins oculaires, nous sommes obligés et mandatés par le gouvernement fédéral — et le gouvernement fédéral est mandaté — d'offrir les services dans les deux langues. Je pense que l'intelligence artificielle peut jouer un rôle très utile à cet égard, en nous permettant de fournir des services de traduction dans le matériel pédagogique que nous créons.

À la Société canadienne d'ophtalmologie, tous les documents que nous présentons, qu'il s'agisse d'une déclaration de principe, d'une opinion ou de tout autre document que nous publions, sont toujours traduits en français. Mais cela devient un défi lorsque nous créons du matériel éducatif pour la population. C'est à cet égard que nous pouvons tirer parti de certaines nouvelles technologies pour produire des vidéos éducatives, par exemple, destinées aux patients utilisant la technologie en région éloignée.

Nous pouvons le faire non seulement en français — nous le faisons certainement en anglais et en français en vertu de la Loi sur les langues officielles —, mais aussi dans d'autres langues, car, comme nous le savons, nous sommes une société multiculturelle formée de locuteurs multilingues. Nous pouvons facilement exploiter l'intelligence artificielle dans le cadre d'une stratégie nationale.

Senator Cormier: I understand it is a strong message to Health Canada that they have to take that into account. Thank you.

[Translation]

Senator Petitclerc: We've talked a bit about it, but I'd like to come back to the issue of prevention and screening — I don't know who wants to answer the question, ideally both — especially for children.

I have an impression that may be wrong, but when toddlers have teeth, the family doctor and pediatrician immediately ask the parents if they have made a dental appointment. However, I feel that families aren't getting the message that they need to have their toddlers' eye health checked. Am I right in perceiving that? If so, why isn't it being done? What might the result be? I don't know if we can quantify the level of prevention that could be achieved if doctors automatically sent families for eye exams very early on.

Mr. Spiro: I think you've described very well what we're trying to achieve in this bill. As you said, it's an advantage to have a complete eye exam in childhood, and our two associations have worked together to provide guidelines for that. Unfortunately, that's not always the case, but preventing conditions like amblyopia, which is weakness in one eye, if you can diagnose it early and consider treatment early enough, the prognosis is excellent. After the age of 7 or 8, the prognosis starts to drop, and you risk having a weakness in that eye for life.

Other problems may arise, as I mentioned earlier, such as learning disabilities and major problems for these children, such as their ability to read or see the blackboard well.

Children will normalize their weakness. For example, a six-year-old who can't see well from the back of the class will think that all children can't see well from the back of the class. That child isn't necessarily going to talk to their teachers or parents. Educating pediatricians, teachers and families about the importance of systematic eye exams in childhood is crucial.

As mentioned in this bill, this requires a good deal of awareness, both among health professionals and the other stakeholders mentioned.

We believe that raising awareness and educating the public and other groups will help us achieve that goal. This undoubtedly how dentists have succeeded.

Le sénateur Cormier : Je sais que c'est un message fort à l'intention de Santé Canada : le ministère doit en tenir compte. Merci.

[Français]

La sénatrice Petitclerc : On en a parlé un peu, mais j'aimerais revenir sur la question de la prévention et du dépistage — je ne sais pas qui veut répondre à la question, idéalement les deux —, pour les enfants surtout.

J'ai une impression qui est peut-être fausse, mais quand les tout-petits ont des dents, tout de suite le médecin de famille et le pédiatre demandent aux parents s'ils ont pris rendez-vous chez le dentiste. Or, je sens que les familles ne reçoivent pas ce message qu'il faut faire vérifier la santé oculaire des tout-petits. Est-ce que j'ai raison de percevoir cela? Dans l'affirmative, pourquoi n'est-ce pas fait? Qu'est-ce que cela pourrait donner comme résultat? Je ne sais pas si on peut quantifier le niveau de prévention qu'on pourrait avoir si, de façon automatique, les médecins envoyaient les familles très tôt pour des examens de la vue.

M. Spiro : Je trouve que vous avez très bien décrit ce qu'on vise à privilégier dans ce projet de loi. Comme vous l'avez dit, c'est un avantage d'avoir un examen complet de la vue dès l'enfance, et nos deux associations ont collaboré pour offrir des lignes directrices à cet effet. Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas, mais le fait de prévenir des conditions comme l'amblyopie, qui est une faiblesse d'un œil, si on est capable de la diagnostiquer tôt et d'envisager un traitement assez tôt, le pronostic est excellent. Après l'âge de 7 ou 8 ans, le pronostic commence à chuter et on risque d'avoir une faiblesse dans cet œil à vie.

D'autres problèmes peuvent survenir, comme je l'ai mentionné auparavant, comme des difficultés d'apprentissage et des problèmes importants pour ces enfants, soit leur capacité de lire ou de bien voir au tableau.

Les enfants vont normaliser leur faiblesse. Par exemple, un enfant de 6 ans qui ne voit pas bien du fond de la classe va penser que tous les enfants ne voient pas bien du fond de la classe. Il ne va pas nécessairement en parler aux enseignants ni aux parents. Or, le fait d'éduquer les pédiatres, les enseignants et les familles sur l'importance de faire un examen de la vue systématiquement à l'enfance est crucial.

Comme le mentionne ce projet de loi, cela suppose une bonne dose de sensibilisation, autant pour les professionnels de la santé que pour les autres intervenants mentionnés.

Nous croyons que la sensibilisation et l'éducation du public et d'autres groupes nous permettront d'atteindre cet objectif. C'est sans doute de cette façon que les dentistes ont réussi.

By examining children, many problems can be prevented, they can be assured success in school and have a good future.

[English]

Dr. Ahuja: I agree with what he said.

The Chair: Let's carry on if you are agreeing with him. Let me probe a little bit deeper on Senator Petitclerc's question comparing attitudes and behaviours to eyes and teeth.

My dentist, whether I like it or not, will send me a reminder every six months that I have to come in for an appointment. My optometrist, on the other hand, I have to chase after two years, which is the usual period that elapses between an insurance-covered eye exam. I don't get that high-touch care from my optometrist that I do from my dentist. Is this endemic to the system, or is this just my experience? Do optometrists regularly send out a notice that your exam is due?

Mr. Spiro: Yes. It is usually even built into the electronic medical records that we use based on needs. For instance, if somebody needs a follow-up in six months, they'll receive, by preference — whether it be a phone call, email, text — a reminder, and then generally they'll book online to do that. But if I could expand, the issue I think that we're looking at is really that first exam, because it is important to make sure that these children get to see the eye doctor at an early age to ensure that they are ready for school and that there is not disease or an ocular issue that cannot only affect the health of their eye or even systemically, but also impede their success at school as well. It is important, yes, to ensure that patients are getting routine care through touch points and engagement, but also making sure that people are aware to bring them in for that first exam at a very early age.

The Chair: Clearly, I have to change my optometrist.

Mr. Spiro: Maybe check your spam folder.

Senator Bernard: Thank you, chair, for that intervention.

I want to pick up on the question that Senator Osler was asking around access. I want to just go a little deeper with that. Access is often more than geography. For many families, they are not accessing dental care, eye care or any sort of health care for a lot of different reasons, especially those who are living in

En examinant les enfants, on peut prévenir beaucoup de problèmes et assurer leur succès scolaire ainsi qu'un bon avenir.

[Traduction]

Dre Ahuja : Je souscris à ce qu'il a dit.

La présidente : Poursuivons si vous êtes d'accord avec lui. Permettez-moi d'approfondir la question de la sénatrice Petitclerc sur la comparaison des attitudes et des comportements par rapport aux yeux et aux dents.

Mon dentiste, que je le veuille ou non, m'envoie un rappel tous les six mois pour mes rendez-vous. Pour ce qui est de mon optométriste, je dois lui courir après au bout de deux ans, qui est habituellement la période entre deux examens de la vue couverts par les régimes d'assurances. Mon optométriste ne se soucie pas autant de moi que mon dentiste. S'agit-il d'un problème courant dans le système, ou est-ce seulement mon expérience? Les optométristes envoient-ils régulièrement un rappel qu'un examen doit avoir lieu?

M. Spiro : Oui. C'est même généralement intégré dans les dossiers médicaux électroniques que nous utilisons en fonction des besoins. Par exemple, si quelqu'un a besoin d'un suivi dans six mois, il recevra, selon sa préférence — que ce soit un appel téléphonique, un courriel, un texto —, un rappel, et il fixera généralement un rendez-vous en ligne. Mais si vous me permettez de poursuivre, je dirai que nous voulons vraiment mettre l'accent sur le premier examen. En effet, il est important que les enfants consultent un optométriste très jeune pour qu'ils soient fin prêts pour l'école et pour déterminer qu'ils ne souffrent pas d'une maladie ou d'un problème oculaire qui pourrait non seulement affecter la santé de leurs yeux ou même leur santé générale, mais aussi les empêcher de réussir à l'école. Il est important, oui, de veiller à ce que les patients reçoivent des soins de routine par le biais de points de contact et d'engagement, mais aussi de bien faire comprendre à la population la nécessité de faire passer un premier examen dès le plus jeune âge.

La présidente : Je dois manifestement changer d'optométriste.

M. Spiro : Il faudrait peut-être que vous consultiez votre dossier de pourriels.

La sénatrice Bernard : Merci, madame la présidente, de cette intervention.

Je voudrais revenir sur la question de la sénatrice Osler sur l'accès. Je voudrais approfondir un peu cette question. Bien souvent, l'accès ne se limite pas à la géographie. De nombreuses familles n'ont pas accès aux soins dentaires, aux soins oculaires ou à tout autre type de soins de santé pour de nombreuses

poverty. Do you see this bill addressing those kinds of challenges, which affect a lot of Canadians?

Dr. Ahuja: Absolutely. In fact, recently, some of our academic ophthalmologists published a study looking at the influx of public funds into the private system and how that impacted access to cataract surgery for socio-economic status and various people in different groups. It actually demonstrated that people who are in a lower socio-economic status actually had lesser access. The study was extremely important, and this is where the research gets really important, to highlight where the well-intended strategies and initiatives that are put forth by the government, with the best of intentions, don't necessarily play out the way that we want. We're very cognizant of that in our research at our academic centres across the country, where we're trying to look at disaggregated data as well to point out socio-economic factors that are contributing, gender access issues as well, language, and geographic location, of course. That is very much emphasized in the research that we're conducting at this point in time so that, again, coming to something like a national strategy, we can make informed choices and decisions on what the framework looks like and how it is implemented.

Senator Bernard: We're really talking about a cultural shift in terms of even how we look at these issues. Will this bill help us get there?

Dr. Ahuja: I think it will. I think that, as Mr. Spiro is saying, we are doing research in optometry. I'm saying "we" because it is a collective "we." We are doing tremendous research in ophthalmology as well. As you can see, I'm agreeing with what he is saying, and he's agreeing with what I am saying. There is an effort and intention and energy to collaborate. I think that the more we're able to streamline something with a national strategy that really pulls us together as professions and then across provinces as well under the umbrella of federal oversight, I think that we can really do something meaningful.

Mr. Spiro: We have done a survey in Canada showing that the number one reason why people delay getting a routine eye exam is because they felt nothing was wrong. Really, that education needs to come in. It's possible that this education is maybe not being propagated in those types of communities as well, many of which may have coverage either through, in many provinces, social assistance programs or insurance through employers — maybe they are not aware that these coverages do exist, so improving upon that. I think it is really about getting that education out there on the importance of routine eye care, especially being that that's the biggest barrier for preventing people from going to their optometrist or ophthalmologist regularly.

raisons, en particulier si elles vivent dans la pauvreté. Pensez-vous que ce projet de loi s'attaque à ce genre de problèmes qui touchent un grand nombre de Canadiens?

Dre Ahuja : Tout à fait. En fait, certains de nos chercheurs en ophtalmologie ont récemment publié une étude portant sur l'injection de fonds publics dans le système privé et sur l'effet de cet investissement sur l'accès aux opérations de la cataracte en fonction du statut socio-économique et du groupe d'appartenance. L'étude a démontré que les personnes ayant un statut socio-économique inférieur ont un accès restreint aux opérations de la cataracte. L'étude était extrêmement importante et démontre là où la recherche prend toute son importance : elle met en lumière que les stratégies et les initiatives bien intentionnées mises en place par le gouvernement, avec les meilleures intentions du monde, ne donnent pas nécessairement les résultats escomptés. Nous en sommes très conscients dans les recherches que nous menons dans nos centres universitaires à travers le pays, où nous essayons d'examiner des données désagrégées pour mettre en évidence les facteurs socio-économiques qui favorisent l'accès, ainsi que l'accès selon le sexe, la langue et la situation géographique, bien sûr. Nous insistons beaucoup sur ces aspects dans nos recherches actuelles afin que, dans le cadre d'une stratégie nationale, nous puissions faire des choix et prendre des décisions en connaissance de cause sur la forme du cadre et la manière dont il sera mis en œuvre.

La sénatrice Bernard : Il s'agit vraiment d'un changement culturel dans la manière d'aborder ces questions. Ce projet de loi nous aidera-t-il à y parvenir?

Dre Ahuja : Je pense que oui. Je pense que, comme le dit M. Spiro, nous menons des recherches en optométrie. Je dis « nous », parce que c'est un « nous » collectif. Nous menons également d'importantes recherches en ophtalmologie. Comme vous pouvez le constater, je souscris à ses propos, et il souscrit aux miens. Il y a un effort, une intention et une énergie pour collaborer. Je pense que plus nous serons capables de rationaliser les efforts grâce à une stratégie nationale qui rassemble vraiment les professions et les provinces sous l'égide du gouvernement fédéral, plus nous pourrions changer la donne.

M. Spiro : Une enquête menée au Canada a montré que la première raison pour laquelle les gens retardent un examen de la vue de routine est qu'ils ont l'impression que tout va bien. Il faut vraiment que la sensibilisation se fasse. Il est possible que cette information ne soit pas non plus transmise dans ces types de communautés, où beaucoup de personnes peuvent être couvertes soit par des programmes d'aide sociale, dans de nombreuses provinces, soit par une assurance fournie par l'employeur — peut-être ne savent-elles pas que ces couvertures existent, et il convient donc d'améliorer la communication. Je pense qu'il faut vraiment sensibiliser les gens à l'importance des soins oculaires de routine, d'autant plus que c'est le principal obstacle qui empêche les gens de se rendre régulièrement chez leur optométriste ou leur ophtalmologiste.

Senator Burey: Thank you so much for being here. I find this very interesting. I'm a paediatrician, so I could ask you a lot of questions on that.

In May, I gave a statement on our national Vision Health Month which, as you know, came into effect over a decade ago. That was aimed at raising awareness about vision health, the importance of vision health early, exams from birth as recommended by the Canadian Paediatric Society and addressing all the things that you spoke about. I have been hearing a lot that part of this bill is to raise awareness and education. That happened a decade ago.

How do you think this national eye strategy is going to build on that or improve it? Obviously, we haven't done what we should have been doing. What is different about this strategy that's going to do it? Obviously, of course, there is no funding attached to it. Can you comment on that? I'm just trying to see how we're going to move it forward.

Dr. Ahuja: From my perspective and from an ophthalmology perspective, the national Vision Health Month is an excellent way of increasing awareness to the public. Where I see this taking it one step forward is that we are actually engaging as the eye care professional health teams to pull together and see how we can take our respective expertise, knowledge and skills to really build something and intertwine it in a way that will deliver the best care for Canadians, so that we have opportunities to work with optometry where they are supporting us as ophthalmology.

We are, of course, here as a referral base for optometrists to support what they're doing, but then looking at it from a concrete holistic perspective where we are pulling in not just our professional expertise but also fellow stakeholders. For example, CNIB and the Canadian Council of the Blind and all of the resources and insights that people are bringing to the table with well intentions to bring things to the forefront for people so that vision care is something that is accessible to everyone and impactful for everyone.

I see this as the step further that that didn't take, and we are going to actually take it and move forward with it in a concrete way.

Mr. Spiro: Those are great points.

I see this bill as being a way to go beyond the public education, which is crucial, as we mentioned in my statement and Dr. Ahuja's statement and some of the answers to the questions as well. We have emphasized going beyond the public and looking to other health care providers and interventionist who deal with the population at large and all coming together to give that same message on the importance of routine eye care. It is something that you cannot let go of. We will have to keep

La sénatrice Burey : Merci énormément d'être ici. Je trouve la discussion très intéressante. Je suis pédiatre, alors je pourrais vous poser beaucoup de questions à ce sujet.

En mai, j'ai fait une déclaration sur notre Mois de la santé visuelle national qui, comme vous le savez, a été institué il y a plus de 10 ans. Ce mois vise à sensibiliser la population à la santé visuelle; à l'importance des soins oculaires précoces; aux examens dès la naissance, comme le recommande la Société canadienne de pédiatrie; et à aborder tous les sujets dont vous avez parlé. On a souvent dit qu'une partie de ce projet de loi vise à sensibiliser et à éduquer la population. Le Mois de la santé visuelle a été institué il y a 10 ans.

En quoi pensez-vous que cette stratégie nationale sur les soins oculaires va renforcer cette initiative ou l'améliorer? De toute évidence, nous ne faisons pas ce qui s'impose. Qu'est-ce que cette stratégie a de différent qui pourrait remédier à la situation? Manifestement, elle n'est pas assortie de financement. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet? J'essaie simplement de voir comment nous allons faire avancer les choses.

Dre Ahuja : De mon point de vue et du point de vue de l'ophtalmologie, le Mois de la santé visuelle est un excellent moyen de sensibiliser davantage le public. Ce qui permet de faire un pas de plus dans ce cas, c'est qu'on mobilise les équipes de professionnels de la santé oculaire pour déterminer comment mettre à profit leur expertise, leurs connaissances et leurs compétences et les combiner de façon à fournir les meilleurs soins possible aux Canadiens. Nous pouvons alors travailler avec les optométristes dans les domaines où ils soutiennent les ophtalmologistes.

Bien entendu, nous aiguillons aussi des gens vers les optométristes. Toutefois, quand on regarde le tout d'un point de vue holistique, on ne met pas en commun seulement notre expertise professionnelle, mais aussi celle des autres intervenants, par exemple, l'Institut national canadien pour les aveugles, l'INCA, et le Conseil canadien des aveugles, ainsi que toutes les ressources et les idées que les intervenants peuvent apporter à la table afin que les gens sachent bien que les soins oculaires sont accessibles à tous et importants pour tous.

Je considère ce projet de loi comme l'étape suivante que nous n'avons pas franchie, et nous allons la franchir de manière concrète.

M. Spiro : Ce sont d'excellents points.

Je considère ce projet de loi comme un moyen d'aller au-delà de la sensibilisation du public, qui est essentielle, comme Dre Ahuja et moi l'avons mentionné dans nos déclarations, ainsi que dans diverses réponses aux questions. Nous avons insisté sur le fait qu'il fallait aller au-delà du public et mobiliser les autres fournisseurs de soins de santé et intervenants qui s'occupent de la population en général, afin de livrer le même message concernant l'importance des soins oculaires réguliers. C'est un

going. As we go, we will see more results as well. This is something that needs to be constantly worked on. We are willing to collaborate with governments and stakeholders to ensure that can happen.

[Translation]

Senator Boudreau: Thank you all for being here today for a very important discussion. When a federal government seeks to develop a national strategy in an area of provincial and territorial jurisdiction, it's always a little more difficult and a little more delicate. You are two national entities that work across the country. You probably have provincial and territorial associations within your organizations. I'd be interested in hearing from both of your associations if you see or foresee any particular obstacles. If we're going to be successful, it's important to understand what the obstacles to the goals are. Are there any particular obstacles you see in negotiating with the provinces and territories to develop a national strategy like this?

Mr. Couillard: There are always challenges when it comes to the federal government and the provinces. We're part of a network that has provincial associations in every province. Our members are members of national associations and provincial associations. The provinces are all on board.

When we started raising awareness of this bill in the House of Commons, I met with the Bloc Québécois health critic. He said to me, "Mr. Couillard, we're seeing one national strategy project after another." I thought, "That's it, we're done, he's not happy." However, he went on to say that this bill is perfect because it doesn't encroach on our turf at all. It respects federal and provincial jurisdictions. I don't know if that helps you, but coming from the Bloc, it's still positive. There are bound to be challenges, but that's part of working together and discussing things.

Mr. Spiro: The key is to involve our provincial and national associations to work closely with governments in order to ensure success and respect for the jurisdictions of governments and associations, as Mr. Couillard said.

Senator Boudreau: Dr. Spiro, you talked about young people who have a weakness that hasn't been properly diagnosed. I'm one of those statistics. Do such statistics exist, in terms of how many young people in Canada miss out on an exam every year and don't have the chance to have these exams at a young age to prevent future illnesses?

message sur lequel nous devons continuer à insister pour progressivement obtenir de plus en plus de résultats. Cela nécessite un travail soutenu, et nous sommes prêts à collaborer avec les gouvernements et les intervenants pour y arriver.

[Français]

Le sénateur Boudreau : Merci à vous toutes et tous d'être là aujourd'hui pour une discussion très importante. Lorsqu'un gouvernement fédéral cherche à développer une stratégie nationale dans un secteur qui est de compétence provinciale et territoriale, c'est toujours un peu plus difficile et un peu plus délicat. Vous êtes deux entités nationales qui travaillez à l'échelle du pays. Vous avez probablement des associations provinciales et territoriales au sein de vos organisations. Je serais curieux d'apprendre de vos deux associations si vous voyez ou prévoyez des obstacles particuliers. Si l'on veut réussir, il faut comprendre quels sont les obstacles aux objectifs. Y a-t-il des obstacles particuliers que vous voyez lors des négociations avec les provinces et les territoires pour développer une stratégie nationale comme celle-ci?

M. Couillard : Il y a toujours des défis quand on parle du gouvernement fédéral et des provinces. On fait partie d'un réseau qui a des associations provinciales dans chaque province. Nos membres sont membres d'associations nationales et d'associations provinciales. Les provinces sont toutes à bord.

Quand on a commencé à sensibiliser les membres de la Chambre des communes sur ce projet de loi, j'ai rencontré le porte-parole de la santé du Bloc québécois. Il m'a dit : « Monsieur Couillard, des projets de stratégie nationale, on en voit un et un autre. » Je me suis dit : « Ça y est, on est foutu, il n'est pas content. » Mais il a renchéri en disant que ce projet de loi était parfait, car il n'empiète pas du tout sur nos plates-bandes. Il respecte les sphères de compétence du fédéral et du provincial. Je ne sais pas si cela vous aide, mais de la part du Bloc, c'est quand même positif. Il y aura sûrement des défis, mais cela fait partie du travail de collaboration et de discussion.

M. Spiro : La clé, c'est de faire participer nos associations provinciales et nos associations nationales pour travailler en étroite collaboration avec les gouvernements, afin d'assurer le succès et de faire en sorte qu'on respecte les sphères de compétence des gouvernements et des associations, comme M. Couillard l'a dit.

Le sénateur Boudreau : Docteur Spiro, vous avez parlé de jeunes qui ont une faiblesse qui n'a pas été diagnostiquée correctement. Je suis l'une de ces statistiques. De telles statistiques existent-elles, à savoir combien de jeunes au Canada passent à côté d'un examen chaque année et n'ont pas la chance d'avoir ces examens à un jeune âge pour prévenir des maladies à l'avenir?

Mr. Spiro: There's some data. There's data on the incidence of certain diseases too, but we need to go deeper to find out why they wouldn't have received that care. We have statistics on macular degeneration, myopia, diseases found in older people or children, but we also need to try to understand why exactly these people didn't have these exams.

More work needs to be done — in some provinces, exams are covered, and the codes could help us determine whether these people had an exam before a certain age, but we could work together to get a comprehensive Canadian overview of these data. That's one thing that could be considered.

Senator Boudreau: Thank you.

[English]

The Chair: We'll go to second round.

Senator Osler: Mr. Spiro, I would like to give you time to answer the question about specific and attainable elements to improve access that could be in a national strategy for eye health.

Mr. Spiro: As you know, the federal government is responsible for the care of Indigenous peoples and refugees. One of the ways we see this is to improve access for those populations by making these programs more up-to-date and reducing barriers that patients and practitioners face while using these programs. That is a great start in a way that is within the federal government's jurisdiction, which involves eye care professionals such as optometrists and ophthalmologists. We need to see improvement where these systems, unfortunately, face barriers on both sides, from the practitioner and the patient points of view.

Senator Osler: You are giving me the lead-in to my follow-up question, which can be to both of you. Can you speak to the specific populations for whom the federal government is responsible for health care? Eligible First Nations, Inuit, some refugee claimants, serving Canadian Armed Forces members, and inmates in federal penitentiaries. Are you aware of specific examples of inequities in access? On the flipside, are you aware of some best practices and examples of access to eye care in those populations?

Mr. Couillard: Yes. I sit on a working group with Non-Insured Health Benefits, or NIHB, called the Vision Care Working Group, creative. I'm co-chair with someone from NIHB. We used to meet once a year to discuss challenges and

M. Spiro : Il y a quelques données. Il y a des données sur l'incidence de certaines maladies aussi, mais il faut y aller plus en profondeur pour connaître les raisons pour lesquelles ils n'auraient pas obtenu ces soins. On a les statistiques sur la dégénérescence maculaire, la myopie, les maladies que l'on retrouve chez les personnes plus âgées ou chez les enfants, mais il faudrait aussi essayer de comprendre pourquoi exactement ces personnes n'ont pas subi ces examens.

Il faut pousser davantage : dans certaines provinces, les examens sont couverts et les codes pourraient nous aider à déterminer si ces personnes ont eu un examen avant tel âge, mais nous pourrions nous concerter pour obtenir une vue globale canadienne sur ces données. C'est l'une des choses que l'on peut envisager.

Le sénateur Boudreau : Merci.

[Traduction]

La présidente : Nous passons à la deuxième série de questions.

La sénatrice Osler : Monsieur Spiro, je vais vous donner du temps pour répondre à la question sur les éléments précis et réalisables qui pourraient se trouver dans une stratégie nationale pour améliorer l'accès aux soins.

M. Spiro : Comme vous le savez, le gouvernement fédéral est responsable de la prestation des soins aux populations autochtones et aux réfugiés. Pour améliorer l'accès à ces populations, il faudrait notamment actualiser les programmes et réduire les obstacles auxquels les patients et les praticiens se heurtent lorsqu'ils les utilisent. Ce serait un bon début et cela relève de la compétence du gouvernement fédéral et inclut les professionnels des soins oculaires comme les optométristes et les ophtalmologistes. Les programmes doivent être améliorés afin de lever les obstacles auxquels se heurtent, malheureusement, aussi bien les praticiens que les patients dans le système.

La sénatrice Osler : C'est une bonne transition vers ma question complémentaire, qui peut s'adresser à vous deux. Pouvez-vous nous parler des populations pour lesquelles le gouvernement fédéral est responsable des soins de santé, soit les Premières Nations admissibles, les Inuits, certains demandeurs d'asile, les membres actifs des Forces armées canadiennes et les détenus des pénitenciers fédéraux? Connaissez-vous des exemples précis d'iniquités dans l'accès? À l'inverse, connaissez-vous des pratiques exemplaires et des exemples de pratiques qui favorisent l'accès aux soins oculaires pour ces populations?

M. Couillard : Oui. Je fais partie d'un groupe de travail des Services de santé non assurés, ou SSNA, appelé Groupe de travail sur les soins de la vue — c'est original —, que je copréside avec une personne des SSNA. Nous avons l'habitude

ways to improve. I was able to change the terms of reference. We now meet twice a year. We try to make progress.

I will give you an example. You are keen on telemedicine. We floated the idea of perhaps contemplating telemedicine for Indigenous populations. They won't. They will not. They feel it is not the gold standard and then Indigenous would be getting less than if they were in person. The problem is that they do not get the same access. Maybe 50% of Indigenous populations get proper access. Access in their communities is very challenging. There's no common mechanism to get an optometrist to go there, pay them appropriately to get them there and lodge them. An optometrist has to buy their own equipment and bring it with them on the plane or by car and get over there. It is very challenging. We are hoping that this bill would create encouragement for NIHB and their staff to perhaps work a little harder. I do not know if that helps.

Success stories: There is a great success story in B.C. where they do not work within the NIHB model. They have their own Indigenous health authority. Thanks to that, they have been able to organize their own clinics. The British Columbia Association of Optometrists manages clinics in the North, recruits optometrists, makes sure they have enough optometrists and have set up a few clinics up there. It is working well. It is pretty new. It's only a few years old. It is a good model, but it cannot be extended into the other provinces because the other provinces work under NIHB. They do not have that same flexibility.

There are challenges, but there are also models that could work better.

Senator Osler: Thank you for sharing that. That is under the First Nations Health Authority of British Columbia. Thank you.

The Chair: To clarify, do they bring the optometrists in on a monthly or weekly basis?

Mr. Couillard: It is all over the place. We had a webinar the other day with a few Indigenous optometrists who provide care in the North, and it is typically their own initiative. They contact the northern community, they organize something, and they go on a trip there every three or four months. If they didn't have the initiative to go and do that, it wouldn't happen. It is really humanitarian work being done in Canada. It is not systematic.

There are teleoptometry options, but you need someone at the other end. Finding these technologists — we went to the schools on Manitoulin Island in Ontario to try to find a young person at a school that we would train as an assistant who could be at the

de nous réunir une fois par année pour discuter des problèmes et des améliorations à apporter. J'ai pu faire modifier le mandat. Nous nous réunissons désormais deux fois par année. Nous voulons faire des progrès.

Je vais vous donner un exemple. Vous aimez bien la télémédecine. Nous avons lancé l'idée d'envisager la télémédecine pour les populations autochtones. Ils ne veulent pas. Ils estiment que ce n'est pas l'idéal et que les Autochtones seraient moins bien servis qu'en personne. Le problème, c'est qu'ils ne bénéficient pas du même accès. Environ 50 % des populations autochtones bénéficient d'un accès adéquat. L'accès n'est pas facile au sein de leurs communautés. Il n'existe pas de mécanisme commun pour faire venir un optométriste sur place, le rémunérer convenablement et le loger. L'optométriste doit acheter son propre matériel et l'apporter dans l'avion ou en voiture pour se rendre sur place. C'est très compliqué. Nous espérons que ce projet de loi encouragera les Services de santé non assurés et leur personnel à en faire un peu plus à cet égard. Je ne sais pas si cela est utile.

Je peux vous parler d'une belle réussite en Colombie-Britannique, où on n'utilise pas le modèle des Services de santé non assurés. La province a sa propre autorité de santé autochtone. Ils ont pu ainsi organiser leurs propres cliniques. La British Columbia Association of Optometrists gère des cliniques dans le Nord, recrute des optométristes et s'assure qu'ils sont en nombre suffisant. Quelques cliniques ont été ouvertes dans cette région et cela fonctionne bien. C'est assez récent, soit quelques années. C'est un bon modèle, mais il ne peut pas être étendu aux autres provinces parce qu'elles fonctionnent avec les Services de santé non assurés. Elles n'ont pas la même souplesse.

Il y a des défis à relever, mais certains modèles pourraient mieux fonctionner.

La sénatrice Osler : Je vous remercie de ces renseignements. Cela relève donc de l'autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Je vous remercie.

La présidente : À titre de précision, est-ce que les optométristes s'y rendent sur une base mensuelle ou encore hebdomadaire?

M. Couillard : Il y en a un peu partout. L'autre jour, nous avons organisé un webinaire avec quelques optométristes autochtones qui fournissent des soins dans le Nord, et ils le font habituellement de leur propre initiative. Ils contactent une communauté nordique, s'organisent et se rendent sur place tous les trois ou quatre mois. S'ils n'avaient pas pris l'initiative de le faire, cela ne se serait pas fait. C'est vraiment du travail humanitaire qui se fait au Canada. Ce n'est pas systématique.

Il existe des options de téléoptométrie, mais il faut quelqu'un à l'autre bout. Ce n'est pas facile de trouver des technologues. Nous sommes allés dans les écoles de l'île Manitoulin, en Ontario, pour essayer de trouver une jeune personne dans une

other end of a teleoptometry lane, and we couldn't find anyone. We had Indigenous people looking for us. It wasn't us asking; they were asking their own people, and we were never able to find anyone.

These ideas are very exciting from a technology perspective, but making them work, you need bandwidth, of course, and you need equipment, but you need people on the other end, even if it's not an optometrist or an ophthalmologist.

The Chair: Senator Seidman, please follow up on your question around a dedicated vision health desk.

Senator Seidman: Thanks. I could perhaps frame it. I might ask you, Dr. Ahuja, because I think you were ready to reply and then we lost time.

I think all of us are expressing that this bill sets up great expectations. We are wondering how they can be realized. If you look at the bill, it talks about consultations, but those who must be consulted are not all described in any way, so how do we guarantee those consultations will happen?

I presume that you're assuming that in developing the strategy, something like your vision health officer at the vision help desk in the Ministry of Health would come out of the strategy. I'm just guessing now that that's what you are thinking. All this strategy does is suggest one meeting with the persons referred to in the first clause, which I just said are not very well described. If you could help me understand how you would find your vision health desk, which I think is a great idea given what you are suggesting it would do.

Dr. Ahuja: That's a great question. I think the key to this is going to be that the chief vision officer is not working in solitude. Those of us who are in the profession understand who the stakeholders are all the way from ophthalmology to optometry to — the four Os, as we mentioned, and then all the other stakeholders, including taking into account the life experience of those people who are suffering from vision loss.

While it's not specified in the bill, I believe our approach would be a very comprehensive one because we do want to hit this as an overall strategy that, again, is holistic in nature. While it's not specifically outlined, by supporting the chief vision officer, we would be able to guide and say, "Where are you at? What can we do to support you so that you are getting all perspectives?" Then establishing various touch points along the way, keeping all of the stakeholders in mind.

école que nous aurions formée comme assistant pour jouer ce rôle, mais nous n'avons trouvé personne. Nous avons demandé à des Autochtones, à des gens de la communauté, de faire les démarches pour nous, et nous n'avons pas pu trouver quelqu'un.

Ces idées, ces technologies, sont très emballantes, mais pour que cela fonctionne, il faut une bande passante, bien sûr, et du matériel, mais il faut aussi des gens à l'autre bout, même s'il ne s'agit pas d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste.

La présidente : Sénatrice Seidman, veuillez poursuivre au sujet de votre question sur un bureau dédié à la santé visuelle.

La sénatrice Seidman : Je vous remercie. Je pourrais donner un peu de contexte. Je vais vous poser la question à vous, docteur Ahuja, parce que je pense que vous étiez prête à répondre quand nous avons manqué de temps.

Je pense que nous sommes tous d'avis que ce projet de loi suscite de grandes attentes. Nous nous demandons comment les concrétiser. Dans le projet de loi, on parle de consultations, mais la liste des gens qui doivent être consultés n'est pas complète, alors comment pouvons-nous garantir que ces consultations auront lieu?

Je présume que vous supposez que, dans le cadre de l'élaboration de la stratégie, on créera un bureau et un poste de dirigeant de la santé visuelle au ministère de la Santé. Je ne fais que supposer que c'est ce que vous pensez. Tout ce que fait cette stratégie, c'est de proposer que les personnes auxquelles on fait allusion dans le premier article, qui, je viens de le dire, ne sont pas vraiment précisées, se rencontrent. Si vous pouviez m'aider à comprendre comment serait créé ce bureau de la santé visuelle, car je pense que c'est une excellente idée étant donné le rôle que vous proposez qu'il joue.

Dre Ahuja : C'est une excellente question. Je pense que la clé du succès réside dans le fait que le dirigeant principal de la vision ne travaille pas seul. Ceux d'entre nous qui sont dans la profession comprennent qui sont les intervenants, de l'ophtalmologiste à l'optométriste, aux quatre O, comme nous l'avons mentionné, et tous les autres intervenants, sans oublier les personnes qui souffrent d'une perte de vision dont l'expérience doit être prise en compte.

Même si ce n'est pas précisé dans le projet de loi, je pense que notre approche serait très complète, car nous voulons que cette stratégie soit globale et, encore une fois, holistique. Bien que cela ne soit pas mentionné précisément, nous pourrions appuyer le travail du dirigeant principal en lui demandant où il en est, ce que nous pouvons faire pour l'aider à obtenir tous les points de vue. Nous pourrions ensuite établir différents points de contact au cours du processus, en gardant à l'esprit tous les intervenants.

While this is an overall gestalt of how it would work but not completely detailed, there are elements that I think would flow through if we followed the patient journey through eye care.

Senator Seidman: I don't see this in the bill. Are you assuming that you will be consulted in developing the strategy? Is that the basic assumption here?

Dr. Ahuja: Yes, that was my assumption. We put forward a draft proposal as a skeleton framework. My assumption and understanding was I think the only way to have an effective strategy is if you engage us. That was my assumption.

Senator Seidman: On the groups that must be consulted, you find yourselves falling under whatever the category — I'm not sure what category it would be. It says here consulting “. . . with the representatives of the provincial governments responsible for health, Indigenous groups and other relevant stakeholders . . .” So you consider yourselves falling within the “other relevant stakeholders” even though you are not described? That's okay with you?

Dr. Ahuja: That's okay with me because, to me, respectfully, it seems logical.

Senator Seidman: We hope it's logical.

Dr. Ahuja: That's why. It was eye care, so then you'd have the eye care professionals. It just sort of follows. Yes, we would hope.

The Chair: That's certainly everyone's expectation, but sometimes government works in ways that —

Senator Seidman: Sometimes you have to spell every detail out.

The Chair: Yes. Thank you so much for spending time with us and for enriching our understanding about the seriousness of the situation with eye care, especially as you are here in person. Thank you for that.

For our next panel, we welcome the following witnesses joining us in person — thank you for doing that — Jennifer Urosevic, President and Chief Executive Officer, Vision Loss Rehabilitation Canada; and Dr. Kourosh Sabri, Founder and Director, Indigenous Children Eye Examination. Thank you both for joining us today.

Jennifer Urosevic, President and Chief Executive Officer, Vision Loss Rehabilitation Canada: Thank you for this opportunity, senators, for us to address you today.

Bien qu'il s'agisse d'un schéma général de fonctionnement, qui n'est pas complètement détaillé, il y a des éléments qui, à mon avis, s'y retrouveraient en suivant le parcours du patient dans les soins de la vue.

La sénatrice Seidman : Je ne vois pas cela dans le projet de loi. Présumez-vous que vous serez consultés dans l'élaboration de la stratégie? Est-ce votre hypothèse de base?

Dre Ahuja : Oui, c'est ce que j'ai présumé. Nous avons présenté une proposition d'ébauche pour le cadre. J'ai présumé et compris que la seule façon d'avoir une stratégie efficace est de nous faire participer. C'est ce que j'ai présumé.

La sénatrice Seidman : Parmi les groupes qui doivent être consultés, dans quelle catégorie entreriez-vous? Je ne suis pas certaine de la catégorie. On dit ici : « en consultation avec les représentants des gouvernements provinciaux responsables de la santé, des groupes autochtones et d'autres intervenants concernés ». Vous considérez donc faire partie de la catégorie des « autres intervenants concernés », même si vous n'êtes pas mentionnés. Cela vous convient?

Dre Ahuja : Cela me convient, parce que selon moi, respectueusement, cela me semble logique.

La sénatrice Seidman : Nous espérons que cela l'est.

Dre Ahuja : On parle des soins de la vue, alors il faut que les professionnels de la vue soient consultés. Cela s'inscrit en quelque sorte dans la logique. Oui, nous l'espérons.

La présidente : C'est assurément ce à quoi chacun s'attend, mais le gouvernement fonctionne parfois de façons qui...

La sénatrice Seidman : Il faut parfois que chaque détail soit mentionné.

La présidente : Oui. Je vous remercie énormément d'avoir été avec nous et de nous permettre de mieux comprendre la gravité du problème des soins de la vue, et en particulier, d'avoir été là en personne. Je vous en sais gré.

Nous passons maintenant à notre deuxième groupe de témoins. Nous accueillons les témoins suivants qui se joignent à nous en personne — et je vous en remercie —, soit Jennifer Urosevic, présidente et cheffe de la direction, Réadaptation en déficience visuelle Canada; et le Dr Kourosh Sabri, fondateur et directeur, Indigenous Children Eye Examination. Je vous remercie tous les deux d'être avec nous aujourd'hui.

Jennifer Urosevic, présidente et cheffe de la direction, Réadaptation en déficience visuelle Canada : Je vous remercie, mesdames et messieurs les sénateurs, de nous donner l'occasion de témoigner aujourd'hui.

I speak in support of Bill C-284, a vital step forward in addressing the crisis in vision loss impacting millions of Canadians and their families. Today, more than 1.2 million Canadians live with blindness and low vision and, as our population ages, the number is set to double by 2050. Just over 160,000 people access our services. Due to funding restrictions, we are only able to see a fraction of the 1.25 million people living with low vision or blindness who would benefit from our services. The Deloitte report in 2021 commissioned by the Canadian Council of the Blind indicated that vision loss costs to Canadians is \$32.9 billion each year.

Vision loss is not life-threatening, but it is life-changing. It affects every aspect of a person's life, from their physical mobility to mental health and social inclusion. Addressing these areas requires a holistic and integrated approach, which Bill C-284 can help make a reality.

We see firsthand the benefits and positive outcomes in providing necessary rehabilitation services for people with vision loss. Our mission is clear: to provide high quality, integrated, accessible rehabilitation and health care services that enable Canadians impacted by blindness to live the life that they choose. Rehabilitation is not just about adapting; it is about ensuring that individuals can continue to live safely and competently. Existing programs and supports for those living with vision loss are currently unevenly distributed and represent a major barrier in the inclusion and prospering of millions of Canadians.

Vision loss is not an isolated situation; it is overall health, and it intersects with many other aspects of the health care system. For example, people with vision loss are at higher risk of experiencing chronic conditions such as diabetes and mental health. That is why an integrated approach is so essential.

A national strategy for eye care should be prioritized in collaboration with people with lived experience and across health care sectors, including ophthalmology, optometry, primary care, acute care, rehabilitation services and evidence-based research. Integrated models ensure that patients receive comprehensive support from diagnosis to treatment to rehabilitation and follow-up services.

Last week, you heard from Ian White about technology. Access to technology for Canadians who are blind or who have low vision is vital to supporting independence, productivity and equitable opportunities. Technology has become an essential tool

Je suis en faveur du projet de loi C-284, qui constitue une étape essentielle dans la lutte contre la crise de la perte de la vision qui touche des millions de Canadiens et leurs familles. Aujourd'hui, plus de 1,2 million de Canadiens sont atteints de cécité ou de malvoyance et, en raison du vieillissement de la population, ce nombre devrait doubler d'ici à 2050. Un peu plus de 160 000 personnes ont accès à nos services. En raison de restrictions financières, nous ne sommes en mesure d'offrir nos services qu'à une fraction des 1,25 million de personnes vivant avec une vision partielle ou une cécité. Le rapport Deloitte de 2021 commandé par le Conseil canadien des aveugles indique que la perte de vision coûte 32,9 milliards de dollars par an aux Canadiens.

La perte de vision ne met pas la vie des gens en danger, mais elle la bouleverse. Elle touche tous les aspects de la vie d'une personne, de sa mobilité physique à sa santé mentale et son intégration sociale. Pour y remédier, il faut adopter une approche holistique et intégrée, et c'est ce que le projet de loi C-284 peut aider à concrétiser.

Nous constatons concrètement les avantages et les résultats positifs de la prestation des services de réadaptation nécessaires aux personnes atteintes d'une perte de vision. Notre mission est claire : fournir des services de réadaptation et de soins de santé de haute qualité, intégrés et accessibles, qui permettent aux Canadiens touchés par la cécité de vivre la vie qu'ils ont choisie. La réadaptation ne consiste pas seulement à s'adapter, mais aussi à faire en sorte que les personnes puissent continuer à vivre en toute sécurité et convenablement. Les programmes et aides existants pour les personnes vivant avec une perte de vision sont actuellement répartis de manière inégale et représentent un obstacle majeur à l'inclusion et à la prospérité de millions de Canadiens.

La perte de vision n'est pas un élément isolé; c'est un élément qui fait partie de la santé globale et qui recoupe de nombreux autres éléments des soins de santé. Par exemple, les personnes souffrant d'une perte de vision courent un risque plus élevé de souffrir de maladies chroniques comme le diabète et la santé mentale. C'est pourquoi une approche intégrée est si essentielle.

Une stratégie nationale pour les soins oculaires devrait être une priorité et être élaborée en collaboration avec des personnes ayant une expérience vécue et travaillant dans tous les secteurs des soins de santé, y compris l'ophtalmologie, l'optométrie, les soins primaires, les soins intensifs, les services de réadaptation et la recherche fondée sur des données probantes. Les modèles intégrés garantissent que les patients bénéficient d'un soutien complet, du diagnostic au traitement, en passant par la réadaptation et les services de suivi.

La semaine dernière, Ian White vous a parlé de technologie. L'accès à la technologie pour les Canadiens aveugles ou malvoyants est essentiel pour favoriser l'indépendance, la productivité et l'égalité des chances. La technologie est devenue

for people with vision loss, enabling safe navigation, independent living and equal participation in educational and professional settings. Without affordable technology, Canadians with vision loss face unnecessary barriers. Inclusive access to adaptive technology leads to higher employment rates, increased community engagement and improved quality of life. However, the cost of these tools and lack of uniform access across Canada places many Canadians at a disadvantage. Technology access is not just a support mechanism but an essential right that allows people with vision loss to fully participate in life and society.

Seventy-five per cent of vision loss is preventable and treatable with early intervention. Regular eye exams and access combined with expanded access to treatment and rehabilitation are essential. Through early detection and timely care, we can prevent many cases of severe vision loss.

Additionally, a national eye care strategy needs to include research and new treatments, especially as we face an increasing prevalence in age-related eye conditions.

We have seen a transformational impact in innovations and technology with our eye health screening initiative, with rapid response to coordinated care to eye examinations in Indigenous communities through our collaboration with our partner, the Indigenous Diabetes Health Circle. This program is now in Ontario, and it is expanding across Canada. We are committed to supporting the research that makes these advancements possible.

In closing, Bill C-284 represents an invaluable opportunity to establish a national framework for eye health that prioritizes research, prevention, timely treatment and comprehensive rehabilitation. It is the pathway for greater independence, dignity and well-being for millions of Canadians with vision loss. By supporting this bill, we can make a Canada where everyone, regardless of age or socio-economic status, can access vision care that they need to thrive.

Thank you for your commitment on this critical issue. I urge you to support Bill C-284.

The Chair: Thank you very much, Ms. Urosevic.

un outil essentiel pour les personnes souffrant d'une perte de vision, en leur permettant de se déplacer en toute sécurité, de mener une vie indépendante et de participer sur un pied d'égalité aux activités éducatives et professionnelles. Sans une technologie abordable, les Canadiens atteints de perte de vision font face à des obstacles inutiles. L'accès inclusif aux technologies d'adaptation se traduit par des taux d'emploi plus élevés, un engagement communautaire accru et une meilleure qualité de vie. Toutefois, le coût de ces outils et l'absence d'un accès uniforme dans tout le pays désavantagent de nombreux Canadiens. L'accès à la technologie n'est pas seulement un mécanisme de soutien, mais un droit essentiel qui permet aux personnes ayant une déficience visuelle de participer pleinement à la vie et à la société.

Soixante-quinze pour cent des pertes de vision peuvent être évitées et traitées par une intervention précoce. Il est essentiel de procéder à des examens oculaires réguliers et d'élargir l'accès aux traitements et à la réadaptation. Grâce à une détection précoce et à des soins opportuns, nous pouvons éviter de nombreux cas de perte grave de la vision.

En outre, une stratégie nationale sur les soins oculaires doit inclure un volet sur la recherche et les nouveaux traitements. C'est d'autant plus nécessaire que nous faisons face à une prévalence croissante des affections oculaires liées à l'âge.

Nous avons constaté que notre initiative de dépistage de la santé oculaire a eu un effet transformationnel sur l'innovation et la technologie. Grâce à notre collaboration avec notre partenaire, l'Indigenous Diabetes Health Circle, nous offrons un accès rapide à des soins coordonnés pour les examens oculaires dans les communautés autochtones. Ce programme a été mis en place en Ontario et se répand de plus en plus ailleurs au Canada. Nous nous engageons à soutenir la recherche qui rend ces progrès possibles.

En conclusion, le projet de loi C-284 représente une occasion inestimable d'établir un cadre national pour la santé oculaire qui donne la priorité à la recherche, à la prévention, au traitement en temps opportun et à une réadaptation complète. C'est la voie vers une plus grande indépendance, une plus grande dignité et un plus grand bien-être pour des millions de Canadiens atteints d'une perte de vision. En appuyant ce projet de loi, nous pouvons faire du Canada un pays où chacun, quel que soit son âge ou son statut socioéconomique, peut accéder aux soins de la vue dont il a besoin pour s'épanouir.

Je vous remercie de votre engagement à l'égard de cette question cruciale. Je vous demande instamment d'appuyer le projet de loi C-284.

La présidente : Je vous remercie, madame Urosevic.

Dr. Kourosh Sabri, Founder and Director, Indigenous Children Eye Examination: Dear committee members, thank you for this opportunity.

Good eyesight is such an important sense. It affects all aspects of our lives, in all phases of our lives. I am delighted that Bill C-284 has come forward before the government, before this committee, because I truly believe that a national eye care strategy can bring eye care and the importance of eye care to the forefront of public health policy-making in this country.

I want to start by acknowledging the Indigenous people of this land, of this country. Over the last several years, I have visited several Indigenous communities in two provinces. I have met probably hundreds of the people in these communities and met with many of their leaders. I have learned much from them, and I learn much from them still every day. Meeting the Indigenous community is probably my biggest honour and privilege since coming to Canada, and it continues to be my honour and my privilege.

There are over 200,000 Indigenous children living on reserves in this country, based on the most recent census data. Most of these children live at least several hundred kilometres away from the nearest eye doctor, and most of these children, as things stand, will probably never see an eye doctor.

ICEE was born when I went for the first time to Hudson Bay in northern Ontario six or seven years ago and saw firsthand the lack of care in the Indigenous communities. ICEE is based on four pillars.

The first pillar is in-person eye clinic visits to the communities. To date, we have developed a great relationship with six First Nation communities along Hudson Bay, Ontario, and two northern Saskatchewan Métis communities. We have visited these communities many times. I am very pleased and proud to say that, to date, despite the two years of COVID when any travelling was prohibited, we have examined almost 1,000 children in person. In some of the communities we visited, they told us that the last time they had an eye doctor come there was ten years ago. One community said 15 years ago.

Alarmingly, only 25% of these 1,000 children that we have seen had normal vision, 75% had reduced vision — somewhere between mild, moderate to severe vision loss — and 75% needed glasses, which we provided. Fifty-one of the children we saw were going to be legally blind in both of their eyes for life had we not seen them in time.

Dr Kourosh Sabri, fondateur et directeur, Indigenous Children Eye Examination : Mesdames et messieurs les membres du comité, je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner aujourd'hui.

Une bonne vue est un sens si important. Elle touche tous les aspects de notre vie, à toutes les étapes de notre vie. Je suis ravi que le projet de loi C-284 ait été présenté au gouvernement, à votre comité, car je crois sincèrement qu'une stratégie nationale sur les soins oculaires peut mettre les soins oculaires et leur importance au premier plan lors de l'élaboration des politiques de santé publique au pays.

Je tiens tout d'abord à saluer les peuples autochtones du pays. Au cours des dernières années, j'ai visité plusieurs communautés autochtones dans deux provinces. J'ai rencontré probablement des centaines de personnes dans ces communautés et beaucoup de leurs dirigeants. J'ai beaucoup appris de tous ces gens, et j'apprends encore beaucoup d'eux chaque jour. Rencontrer la communauté autochtone est probablement le plus grand honneur et privilège que j'ai eus depuis mon arrivée au Canada, et cela continue d'être un honneur et un privilège.

D'après les données du dernier recensement, plus de 200 000 enfants autochtones vivent dans des réserves au pays. La plupart de ces enfants vivent à plusieurs centaines de kilomètres de l'ophtalmologiste le plus proche et, dans l'état actuel des choses, la plupart d'entre eux ne verront probablement jamais un ophtalmologiste.

L'Indigenous Children Eye Examination, ou ICEE, a vu le jour lorsque je me suis rendu pour la première fois à la baie d'Hudson, dans le Nord de l'Ontario, il y a six ou sept ans, et que j'ai constaté concrètement le manque de soins dans les communautés autochtones. L'ICEE repose sur quatre piliers.

Le premier pilier est constitué de visites ophtalmologiques en personne dans les communautés. À ce jour, nous avons noué d'excellentes relations avec six communautés des Premières Nations situées le long de la baie d'Hudson, en Ontario, et avec deux communautés métisses du nord de la Saskatchewan. Nous avons visité ces lieux à de nombreuses reprises. Je suis très heureux et fier de dire qu'à ce jour, malgré les deux années de COVID au cours desquelles tout déplacement était interdit, nous avons examiné près de 1 000 enfants en personne. Dans certaines de ces collectivités, on nous a dit que la dernière consultation d'un ophtalmologiste remontait à 10 ans. Une communauté a même dit que c'était il y a 15 ans.

Nous avons constaté avec inquiétude que seuls 25 % de ces 1 000 enfants avaient une vision normale. En fait, 75 % d'entre eux avaient une vision réduite — une perte de vision légère, modérée ou sévère —, et avaient besoin de lunettes, que nous leur avons fournies. Si nous ne les avions pas vus à temps, 51 des enfants que nous avons examinés allaient être aveugles des deux yeux à vie, au sens de la loi.

The second pillar of ICEE is training local youth as eye technicians. This is an important pillar because we want to give back in a sustainable way to the community. So far, we have trained one high school graduate out of Attawapiskat in northern Ontario as an eye tech. Over the last few weeks, we recruited a young high school graduate from LaRonge, a Métis community in northern Saskatchewan. She will come to Hamilton next month and be trained as an eye tech for her own community.

The third pillar is telemedicine and expanding the use of virtual eye clinics.

The fourth pillar is to use the most valuable asset of ICEE, of which I am extremely proud, which is the trust and friendship of the communities. We use that trust to develop and facilitate bringing other health care services to the communities. For example, with the First Nation communities along Hudson Bay, where I have known these people for the last six or seven years and consider them my friends, we will now start having plastic surgeons from Hamilton go to those communities and run wound care clinics. Trust is the most important thing here.

I want to emphasize the importance of vision screening as a strategy for all kids across the country, Indigenous or non-Indigenous, urban or rural. I'll highlight it with one simple example. A child who loses vision at age 6 has to live with poor vision for the next 60 to 70 years of their life, while an adult who loses vision at 60 or 65 from cataracts, macular degeneration or glaucoma, at most has to live with that poor vision for the next 20 or 30 years. We all know that if you grow up with poor vision, you will do less well socio-economically, you will do less well in school and you will have a much higher incidence of mental health issues such as suicide and depression.

In fact, I would challenge my colleague here, because poor vision is a life-threatening condition. If you have poor vision, you are at a much higher risk of suicide, having accidents and losing your life.

One thing I wanted to mention earlier, which I forgot, is to say that you are not born with vision; we are born blind and we have to learn to see. If vision screening and intervention is not done at an early age, you will not have good vision.

The Indigenous Children Eye Examination, as a project, can bring eye care to all remote parts of our country for Indigenous and non-Indigenous children. We also have many non-Indigenous people living in this geographically vast country away from eye doctors.

Le deuxième pilier de Indigenous Children Eye Examination, ou ICEE, est la formation dispensée aux jeunes locaux pour en faire des techniciens ophtalmologiques. Il s'agit d'un pilier important, car nous voulons apporter une aide durable à la communauté. Jusqu'à présent, un diplômé du secondaire d'Attawapiskat, dans le nord de l'Ontario, a reçu la formation de technicien ophtalmologiste. Ces dernières semaines, nous avons recruté une jeune diplômée du secondaire de LaRonge, une communauté métisse du nord de la Saskatchewan. Elle viendra à Hamilton le mois prochain et sera formée pour être technicienne ophtalmologiste dans sa communauté.

Le troisième pilier est la télémédecine et l'utilisation accrue des cliniques ophtalmologiques virtuelles.

Le quatrième pilier consiste à utiliser l'atout le plus précieux de l'ICEE, dont je suis extrêmement fier, à savoir la confiance et l'amitié des communautés. Nous utilisons cette confiance pour faciliter la venue d'autres services de soins de santé dans les communautés. Prenons l'exemple des Premières Nations situées le long de la baie d'Hudson, que je connais depuis six ou sept ans et que je considère comme mes amis. Des chirurgiens plasticiens de Hamilton vont se rendre là-bas pour y organiser des cliniques de traitement des plaies. La confiance est ce qui compte le plus.

Je tiens à souligner l'importance de dépister les troubles visuels pour tous les enfants du pays, qu'ils soient autochtones ou non, et en milieux urbains ou ruraux. Je donnerai un exemple simple pour l'illustrer. Un enfant qui perd la vue à l'âge de 6 ans doit vivre avec sa mauvaise vision pendant les 60 à 70 années suivantes, tandis qu'un adulte qui la perd à 60 ou 65 ans en raison d'une cataracte, d'une dégénérescence maculaire ou d'un glaucome, doit vivre ainsi au maximum 20 ou 30 ans. Nous savons tous qu'une personne qui grandit avec une mauvaise vision aura de moins bons résultats socioéconomiques et réussira moins bien à l'école, et sa vision aura une incidence beaucoup plus élevée sur sa santé mentale, et peut mener au suicide et à la dépression.

En fait, je mets mon collègue au défi, car la mauvaise vision est une condition qui met la vie en danger. Si vous avez une mauvaise vision, vous risquez beaucoup plus de vous suicider, d'avoir des accidents et de perdre la vie.

Une chose que je voulais mentionner tout à l'heure, et que j'ai oubliée, c'est qu'on ne naît pas avec une vision. Nous naissons aveugles et nous devons apprendre à voir. Si le dépistage et l'intervention en matière de vision ne sont pas effectués à un âge précoce, vous n'aurez pas une bonne vision.

Le projet d'ICEE peut apporter des soins ophtalmologiques aux enfants autochtones ou non de toutes les régions reculées de notre pays. De nombreux non-Autochtones vivent également loin des ophtalmologistes dans notre pays géographiquement vaste.

I'll end by saying that, six or seven years ago, we started another project in Hamilton but which it is not on the information sheets. We go into elementary schools in Hamilton, and we screen all the senior kindergarten kids in the city. That is 140 schools, and we screen 6,000 SK kids in the city every year. It is, hands down, the best public vision screening program in the country, and Hamilton is the only city that has it. We have screened 30,000 or 40,000 kids in partnership with public health.

I will stop there and again commend the will of the government and Senate to bring this bill forward. I believe this will be great as a national eye care strategy, and I believe ICEE has a part to play within this bill. Thank you so much.

The Chair: Thank you very much.

Dr. Sabri, I just want to get some clarification from you. You talked about the wonderful program in Hamilton where children get checked. I forget the numbers, but it is impressive. But under Ontario law, every child has access to an eye exam every year. Do you have any data on whether there is takeup on that?

Dr. Sabri: There is a huge lack of takeup, which is why I am a busy man. For example, I have had colleagues of mine who are cardiac surgeons, published in the *New England Journal of Medicine*, who have brought their seven-year-old child to me who is legally blind in one eye. They never thought of getting their child's eye exam done.

One thing I tell all patients and parents: Everybody remembers the teeth and forgets the eyes. A majority of parents, when you ask, go for dental checkups regularly, but they look at the child, who is smiling and has white eyes, and there is no pain, so they assume there is good eyesight. We have a major issue of lack of public health awareness about the importance of vision screening.

The Chair: What is the role for schools?

Dr. Sabri: I trained in the U.K., where, for example, vision screening at schools is done. In Canada, we don't run that, really. In schools, you have the kids as a captive audience. That's the best thing. In my opinion, if I were running public health, I would say we check their vision, hearing and teeth in schools because the child is in the class. You don't have to rely upon the parents remembering to take them.

Even though in Ontario, for example, during Kathleen Wynne's government, it was written into law that all SK kids should get screened, it was left to each public health jurisdiction to decide how to do it. We published a paper a few years ago.

Je terminerai en disant qu'il y a six ou sept ans, nous avons lancé un autre projet à Hamilton, qui ne figure pas sur les fiches d'information. Nous allons dans les écoles élémentaires de Hamilton et dépistons tous les enfants de maternelle de la ville. Il y a 140 écoles, et nous dépistons chaque année 6 000 enfants de maternelle. C'est, de loin, le meilleur programme public de dépistage des troubles de la vue du pays, et Hamilton est la seule ville à l'avoir mis en place. Nous avons examiné 30 000 ou 40 000 enfants en partenariat avec la santé publique.

Je vais m'arrêter ici et saluer à nouveau la volonté du gouvernement et du Sénat d'adopter ce projet de loi. Je pense qu'il s'agira d'une excellente stratégie nationale sur les soins oculaires, et je crois que l'ICEE y jouera un rôle. Je vous remercie de votre attention.

La présidente : Je vous remercie infiniment.

Docteur Sabri, j'aimerais que vous apportiez quelques éclaircissements. Vous avez parlé du merveilleux programme de Hamilton où les enfants sont examinés. J'ai oublié les chiffres, mais c'est impressionnant. Or, en vertu de la loi ontarienne, chaque enfant devrait avoir un examen de la vue par année. Avez-vous des données sur le taux de participation à ce programme?

Dr Sabri : Il y a un énorme manque de participation, et c'est pourquoi je suis aussi occupé. Par exemple, j'ai des collègues chirurgiens cardiaques, qui sont publiés dans le *New England Journal of Medicine*, mais qui m'ont amené leur enfant de sept ans aveugle d'un œil au sens de la loi. Ils n'avaient jamais pensé à faire examiner les yeux de leur enfant.

Il y a une chose que je dis à tous les patients et les parents : tout le monde pense aux dents, mais oublie les yeux. Lorsque vous leur posez la question, la majorité des parents font régulièrement des examens dentaires. Ils regardent l'enfant, qui sourit, a les yeux blancs et n'a pas de douleur, et ils supposent que sa vue est bonne. Nous avons un problème majeur de sensibilisation en santé publique quant à l'importance du dépistage des troubles visuels.

La présidente : Quel est le rôle des écoles?

Dr Sabri : J'ai été formé au Royaume-Uni, où le dépistage des troubles de la vue est effectué dans les écoles, par exemple. Au Canada, ce n'est pas vraiment le cas. Dans les écoles, les enfants constituent un public captif. C'est ce qu'il y a de mieux. À mon avis, si je dirigeais la santé publique, je dirais que nous devons examiner la vue, l'ouïe et les dents dans les écoles parce que l'enfant est en classe. Nul besoin de compter sur les parents pour qu'ils se souviennent de faire ces examens.

En Ontario, par exemple, même si le gouvernement de Kathleen Wynne a inscrit dans la loi que tous les enfants de maternelle devaient subir un dépistage, on laisse à chaque administration de santé publique le soin de décider de la

We did a survey of all the public health jurisdictions in Ontario, and less than 50% of the public health jurisdictions were doing it.

The Chair: Thank you.

We'll go on to our regular line of questions. My apologies, colleagues. The first question goes to the deputy chair of the committee.

Senator Cordy: Chair, this is one of your last meetings; you can do whatever you want to do. We won't say a word.

Thank you both so much for being here. You have given us a lot of information. I jotted quite a bit of it down.

I'll start with you, Ms. Urosevic. You spoke about vision loss being life-changing. I think we have all seen that. How do we make health care so it is more of an integrated model? Dr. Sabri is correct. My children and my daughter's children have been going to the dentist since they have been three years old, but as parents we tend not to think about taking our children to see the eye doctor until maybe they are in school. That would be a positive thing, but we don't tend to do that. We have heard there is often no pain with vision loss. It is suddenly the case that vision is getting weaker and weaker, and then, suddenly, they can't see. How do we educate parents, particularly, about the importance of early eye care — meaning, having their children's eyes checked regularly and starting at an early age?

Ms. Urosevic: It is everyone's responsibility. When I think about integrated care, I really think about the client — the person, the child, the adult — at the centre of a wheel. To make the wheel turn, all of the people involved in eye care need to work together. That's how we're going to get the success of integrated care and reduce some of the barriers I talked about.

One of the other things around promotion — the first panel talked a little bit about this — yes, there is Vision Health Month, which is one month out of the year where everybody is inundated with things around getting your eyes checked, but I think it has to be much more than that. That was a great start; it started 10 years ago. I have been in the field for 27 years, working on the front line. I actually saw Dr. Sabri with one of the clients with whom I worked. Then, as I had my own children, I knew how important it was at the six-month mark and every other year after that to get my children's eyes checked. As we promote education and we want to integrate, we have to start in the schools. It needs to be a requirement in the schools.

méthode. Nous avons publié un article il y a quelques années. Nous avons mené une enquête auprès de toutes les administrations ontariennes de santé publique, et moins de 50 % d'entre elles le faisaient.

La présidente : Je vous remercie.

Nous allons passer aux questions habituelles. Je vous prie de m'excuser, chers collègues. C'est la vice-présidente du comité qui commencera.

La sénatrice Cordy : Madame la présidente, c'est l'une de vos dernières réunions; vous pouvez faire ce que vous voulez. Nous ne dirons pas un mot.

Je vous remercie tous les deux de votre présence. Vous nous avez donné beaucoup d'informations. J'en ai noté une bonne partie.

Je commencerai par vous, madame Urosevic. Vous avez dit que la perte de la vue changeait la vie. Je pense que nous en avons tous été témoins. Comment pouvons-nous faire en sorte que les soins de santé soient mieux intégrés? Le Dr Sabri a raison. Mes enfants et ceux de ma fille vont chez le dentiste depuis qu'ils ont trois ans, mais en tant que parents, nous avons tendance à oublier de les emmener chez l'ophtalmologiste avant l'école. Ce serait une bonne chose, mais nous n'avons pas l'habitude de le faire. Nous avons entendu dire que la perte de vision est souvent indolore. La vision s'affaiblit de plus en plus tout à coup et soudain, les enfants ne peuvent plus voir. Comment sensibiliser les parents, en particulier, à l'importance des soins oculaires précoces — c'est-à-dire qu'il faut faire examiner les yeux de leurs enfants régulièrement et dès leur plus jeune âge?

Mme Urosevic : C'est la responsabilité de chacun. Quand je pense aux soins intégrés, je place vraiment le client — la personne, l'enfant, l'adulte — au centre d'une roue. Pour que la roue tourne, toutes les personnes impliquées dans les soins oculaires doivent travailler ensemble. C'est ainsi que nous réussirons à offrir des soins intégrés et que nous réduirons certains des obstacles dont j'ai parlé.

Il y a un autre aspect au sujet de de la sensibilisation, dont le premier groupe a parlé un peu. Même s'il y a le Mois de la santé visuelle, pendant lequel tout le monde est inondé d'informations sur les examens de la vue, je pense qu'il faut aller beaucoup plus loin. C'était un bon début. L'initiative a commencé il y a 10 ans. Je travaille depuis 27 ans sur le terrain et en première ligne. J'ai vu le Dr Sabri auprès d'un des clients avec lesquels je travaillais. Puis, lorsque j'ai eu mes propres enfants, j'ai compris à quel point il était important de faire vérifier leurs yeux au bout de six mois, puis tous les deux ans. Si nous voulons promouvoir l'éducation et l'intégration, nous devons commencer par les écoles. Il faut que ce soit une obligation dans les établissements scolaires.

There is a real opportunity with the framework of this bill for the federal responsibility but also at a provincial level so that as we build these policies and laws, then, at the provincial level, there is a consistent way. We're a national organization. I get the differences. We're funded both federally, through two programs, and through each of the provinces and territories as well. There are a lot of differences in how we do things, but there are some commonalities in the care that people need when they have that diagnosis and what that lifelong journey looks like.

Senator Cordy: Dr. Sabri, you spoke about telemedicine in the North and in remote areas. How far along are we with telemedicine for eye care? Is it challenging to get people to use telemedicine for eye care?

Dr. Sabri: When COVID happened, what did everybody do in health care? We all had to scramble and figure out how to examine people without actually having them in front of us.

One of the projects that we have been spearheading is developing a particular piece of vision-testing software for children. We certainly now have the capability through ICEE to do vision testing on children remotely. The internet connection can be a challenge, but on the whole, I would say along Hudson Bay, LaRonge — the communities I visit regularly — we have a pretty good connection.

The challenge is training or having someone from — one of the speakers on a previous session mentioned having somebody at the other end, a technician or a nurse in the community who can facilitate that. That's one of the reasons why we're looking at training the eye technicians in the communities ourselves. The technology is there. It is more about organizing and training somebody at the community end, and recruiting from the community end. That's been our challenge. So far, we have trained one person in Attawapiskat. In Saskatchewan, we have been going to the high schools, sending flyers and saying, "Is anybody interested in becoming an eye tech for the community?" By the way, this is something we want to pay that person for. This is not voluntary work. That gets into funding and is another discussion. The challenge is recruiting people at this point.

Senator Cordy: What is the challenge with recruiting?

Dr. Sabri: The challenge is that we have not seen a huge amount of interest amongst the youth in the communities to want to be trained in this. I speak with the community leaders. We sent flyers into the community. First of all, unfortunately, not many of the young people in the communities graduate from

Le cadre de ce projet de loi offre une réelle occasion de responsabilité fédérale, mais aussi provinciale. Au fur et à mesure que nous élaborons ces politiques et ces lois, il y aura une approche cohérente à l'échelle provinciale. Nous sommes une organisation nationale. Je comprends les différences. Nous sommes financés à la fois par deux programmes fédéraux et par chacune des provinces et chacun des territoires. Il y a beaucoup de différences dans les façons de faire, mais il y a des points communs dans les soins dont les gens ont besoin lorsqu'ils reçoivent ce diagnostic, et dans ce à quoi ressemblera leur parcours de vie.

La sénatrice Cordy : Docteur Sabri, vous avez parlé de la télémédecine dans le Nord et dans les régions éloignées. Où en sommes-nous à ce chapitre pour les soins oculaires? Est-il difficile d'amener les gens à utiliser la télémédecine pour soigner les yeux?

Dr Sabri : Lorsque la COVID est arrivée, qu'est-ce que tout le monde a fait dans le domaine de la santé? Nous avons tous dû nous démener pour trouver un moyen d'examiner les gens sans les avoir devant nous.

L'un des projets que nous avons dirigés est le développement d'un logiciel d'examen de la vision destiné aux enfants. À l'ICEE, nous avons désormais la possibilité d'effectuer des tests de vision sur des enfants à distance. La connexion internet peut être un défi, mais dans l'ensemble, je dirais que le long de la baie d'Hudson, à LaRonge — les communautés que je visite régulièrement —, nous avons une assez bonne connexion.

Ce qui est difficile, c'est de former ou d'avoir quelqu'un qui peut s'en occuper — l'un des intervenants d'une session précédente a mentionné le fait d'avoir quelqu'un à l'autre bout, un technicien ou une infirmière dans la communauté à cette fin. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous envisageons de former nous-mêmes les techniciens ophtalmologistes dans les communautés. La technologie existe. Il faut plutôt organiser les soins, former un membre de la communauté et recruter sur place. C'est le défi que nous devons relever. Jusqu'à présent, nous avons formé une personne à Attawapiskat. En Saskatchewan, nous sommes allés dans les écoles secondaires, nous avons distribué des feuillets et nous avons demandé : « Est-ce que quelqu'un souhaite devenir un technicien de la vue pour la communauté? » D'ailleurs, il s'agit d'une activité que nous voulons rémunérer. Il ne s'agit pas de travail bénévole. La question du financement fait l'objet d'une autre discussion. Le défi consiste à recruter des gens à ce stade-ci.

La sénatrice Cordy : Qu'est-ce qui pose problème dans le recrutement?

Dr Sabri : Le problème, c'est que nous n'avons pas constaté un grand intérêt des jeunes de ces communautés à l'égard de cette formation. Je m'entretiens avec les chefs des communautés. Nous avons envoyé des prospectus. Malheureusement, peu de jeunes des communautés obtiennent leur diplôme d'études

high school. Amongst those that do, we haven't had a lot of traction in terms of interest, even though we sent flyers expressing it could be an interesting position, a stepping stone. We are working with the communities, but there hasn't been a huge amount of interest so far.

Senator Osler: Thank you to both witnesses for being here today.

My first question is for Vision Loss Rehabilitation Canada. Bill C-284 was amended at second reading in the House of Commons Standing Committee on Health to include a focus on vision rehabilitation. I'm thinking of infants and children born with low to no vision who need vision habilitation, which is maximizing attainment of skills and function because they weren't born with it. With that specific wording, would rehabilitation, in your opinion, exclude habilitation? Can you share some of the specific challenges in accessing vision rehabilitation services across Canada, and how this bill, a national strategy, could help?

Ms. Urošević: Sure. I'm so happy you said that, and thank you for the question.

Habilitation is exactly how you described it. It is in our organization name that we call things "rehabilitation," but to your point, if someone has never had the work, it is a habilitative model. We have specialists that focus on that and that look at the work that we do around sight substitution. The integration of our programs and services is definitely inclusive of that. I don't think that there will be a problem of that integration. I think where we see differences in access and that unlevel playing field around there is how rehab is funded.

I would go back ten years ago. Rehabilitation and habilitation were the responsibility of a national charity and donor dollars, and that was CNIB. CNIB made a bold statement to separate their health care services and created Vision Loss Rehabilitation Canada so that the provincial governments were accountable for the health care services and that right. I am thankful for that, because through that, we have seen expansions of services. We have seen integrated models of care. But we still have a long way to go.

Recently, over the last year, we are on the list of the Non-Insured Health Benefits to be prescribers. We do assessments for people who fall under that program as well as an expansion of Veterans Affairs. Now RCMP as well as other veterans who have lost their sight or are losing their sight

secondaires. Parmi ceux qui le font, nous n'avons pas eu beaucoup d'intérêt, même si nous avons envoyé des dépliants indiquant qu'il pourrait s'agir d'un poste intéressant, d'un tremplin. Nous travaillons avec les communautés, mais il n'y a pas eu beaucoup d'intérêt jusqu'à présent.

La sénatrice Osler : Je remercie les deux témoins d'être ici aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à la représentante de Réadaptation en Déficience Visuelle Canada. Le projet de loi C-284 a été modifié en deuxième lecture par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes afin de mettre l'accent sur la réadaptation visuelle. Je pense aux nourrissons et aux enfants nés avec une vision faible ou nulle qui ont besoin de réadaptation visuelle, c'est-à-dire de maximiser l'acquisition d'habiletés et de fonctions parce qu'ils ne sont pas nés avec la vue. Avec cette formulation, la réadaptation exclurait-elle, selon vous, l'adaptation? Pouvez-vous nous faire part de certains des défis liés à l'accès aux services de réadaptation visuelle au Canada, et nous expliquer comment ce projet de loi et cette stratégie nationale pourraient nous aider?

Mme Urošević : Je le peux bien sûr. Je suis ravie que vous ayez dit ces mots, et je vous remercie de votre question.

L'adaptation est exactement comme vous l'avez décrite. C'est dans le nom de notre organisation que nous parlons de « réadaptation », mais pour répondre à votre question, si quelqu'un n'a jamais eu de travail, il s'agit d'un modèle d'adaptation. Nous avons des spécialistes qui se concentrent là-dessus et qui examinent le travail que nous faisons entourant la substitution de la vue. L'intégration de nos programmes et de nos services tient compte de cette réalité. Je doute que cette intégration pose problème. La réadaptation est financée lorsque nous voyons des différences d'accès et des règles du jeu inégales.

Il y a 10 ans, la réadaptation et l'adaptation relevaient de la responsabilité d'une organisation caritative nationale et de l'argent des donateurs, à savoir l'Institut national canadien pour les aveugles, ou INCA. Celle-ci a fait une déclaration audacieuse en séparant ses services de soins de santé et a créé Réadaptation en Déficience Visuelle Canada afin que les gouvernements provinciaux soient responsables des services de soins de santé et de ce droit. J'en suis reconnaissante, car c'est grâce à ce changement que nous avons assisté à l'expansion des services. Nous avons vu des modèles de soins intégrés. Mais il reste encore beaucoup de chemin à parcourir.

Récemment, au cours de la dernière année, nous avons été inscrits sur la liste des prescripteurs des Services de santé non assurés, ou SSNA. Nous procédons à des évaluations des personnes qui relèvent de ce programme, et nous sommes une expansion du ministère des Anciens Combattants. La GRC et

can now access both rehabilitation or some of our habilitative services.

Senator Osler: For Indigenous Children Eye Examination, Dr. Sabri, your program is a national outreach program where you go into communities, and, when needed, children leave the community and go to the hospital or eye centre. You spoke about the difficulties in recruiting eye technicians. I would like to hear your opinion on whether a national strategy could in some way help to address some of those inequities in access to care. Could it, in some way, help to perhaps empower communities to start developing and taking over the self-determination and control of their own health services?

Dr. Sabri: Thank you. Before I answer those questions, I just want to take the opportunity to make a few important points, if I may.

Often, we get asked, but NIHB covers the costs for children to get on a plane and go to the nearest eye doctor. A child from Attawapiskat will have to get on a plane and fly to Timmins with a parent for two nights in a hotel to get an eye exam. That costs \$4,000. Apart from being an expensive way of doing it, most of the children just don't do that, even though NIHB covers it for Inuit and First Nations children. There is no such coverage for Métis children. They fall between the stools. I just wanted to make that important point. I get asked, "Why are you going? NIHB covers it." That's a very cost-ineffective way, and the reality is that most of the kids don't go. We have the data.

The second point is that the most important obstacle to doctors doing the work that my colleagues and I do is not that they don't want to go and do it but that they don't have the time to organize. The organizing is tremendously time-consuming. You wouldn't believe the amount of organization. We just sent a team of 11 people last weekend. They went 72 hours to Kashechewan, Fort Albany and Peawanuck. We saw 130 kids in 36 hours, and 98% of those kids needed glasses. You will not believe the amount of organization that goes into that.

Going to your point, if we make ICEE a national program that takes the headache of organizing away from the front-line doctors, they will get on the plane. Most of the doctors say, "Dr. Sabri, if you organize a trip, we'll come, but we can't be organizing the trip, organizing the communication with the community, organizing the patient list, the travel, the

d'autres anciens combattants qui ont perdu la vue ou sont en train de la perdre peuvent maintenant avoir accès à la réadaptation ou à certains de nos services d'adaptation.

La sénatrice Osler : En ce qui concerne ICEE, docteur Sabri, votre programme est un programme national de sensibilisation dans le cadre duquel vous vous rendez dans les communautés et, au besoin, les enfants quittent la communauté pour se rendre à l'hôpital ou au centre d'ophtalmologie. Vous avez parlé des difficultés à recruter des techniciens ophtalmologiques. J'aimerais connaître votre avis sur la question de savoir si une stratégie nationale pourrait, d'une manière ou d'une autre, contribuer à remédier à certaines de ces inégalités en matière d'accès aux soins. Pourrait-elle, d'une certaine manière, aider à donner aux communautés les moyens de commencer à développer et à prendre en charge l'autodétermination et le contrôle de leurs propres services de santé?

Dr Sabri : Je vous remercie. Avant de répondre à ces questions, je voudrais profiter de l'occasion pour faire quelques remarques importantes, si vous le permettez.

On nous demande souvent si les SSNA couvrent les frais des enfants qui prennent l'avion pour se rendre chez l'ophtalmologiste le plus proche. Un enfant d'Attawapiskat devra prendre l'avion et se rendre à Timmins avec un parent pour passer deux nuits à l'hôtel afin de subir un examen ophtalmologique. Cela coûte 4 000 \$. Outre le fait que c'est une méthode coûteuse, la plupart des enfants n'y ont tout simplement pas recours, même si les SSNA couvrent les frais pour les enfants inuits et des Premières Nations. Les enfants métis ne bénéficient pas d'une telle couverture. Ils se retrouvent entre deux chaises. Je tenais à souligner ce point important. On me demande souvent : « Pourquoi y allez-vous? Les SSNA couvrent les frais. » C'est un moyen très peu rentable, et la réalité est que la plupart des enfants n'y vont pas. Nous disposons de données.

Deuxièmement, le principal obstacle qui empêche les médecins de faire le travail que mes collègues et moi-même faisons, ce n'est pas un manque de volonté, mais un manque de temps pour organiser tout cela. L'organisation d'une telle initiative prend énormément de temps. Vous n'imaginez pas l'ampleur de l'organisation nécessaire. La fin de semaine dernière, nous avons envoyé une équipe de 11 personnes. Ces gens ont passé 72 heures à Kashechewan, à Fort Albany et à Peawanuck. Ils ont vu 130 enfants en 36 heures, et 98 % d'entre eux avaient besoin de lunettes. Vous n'imaginez pas tout le travail d'organisation que cela représente.

Pour revenir au point que vous avez soulevé, si nous faisons d'ICEE un programme national qui enlève aux médecins de première ligne le casse-tête de l'organisation, ils se déplaceront pour offrir ces services. La plupart des médecins me disent que si nous organisons ce type de voyage, ils y participeront, mais qu'ils ne peuvent pas organiser un tel voyage, avec les

accommodation, the food, the equipment, and then deal with the natural challenges we get.”

A couple of years ago, we were on the plane, mid-air, a team of 13 going to Hudson Bay. Halfway, there was a thunderstorm. It was winter. They called the pilot and said, “Turn around.” We landed in Quebec, had a pizza and went back to Hamilton. That’s reality. One year we were going to Kashechewan, and there was a flood. Everything cancelled. Two years ago, we were going to Peawanuck. It was February, minus 50 on the ground. We were ready to go. The week before we went, there was a house fire and a nine-year-old child died. The community went into mourning. We had to cancel.

Organizing these trips is a phenomenal amount of work, but if we make ICEE a national program, we will have the infrastructure to do that. That’s what we do. We gladly do that, and that’s why we have 15 or so doctors in Ontario who come with us. When we went to the Métis communities in Saskatchewan, we recruited eye doctors from Saskatchewan. But we did all the organizing, so they just hopped on the planes, went to the communities and did the exam.

I’m sorry for not answering your question. Training local youth in the communities. Certainly, we have started it. I think it requires more work. So far, we have trained one, and as I say, we just recruited a high school graduate from La Ronge. There is funding, actually. For example, we’ll bring the high school graduate from La Ronge, Saskatchewan, to Hamilton to train her. We’ll do that free of charge from our end. But the Métis Nation of Saskatchewan has to find funding to pay her a salary, and that’s the obstacle right now. They don’t have the salary part. There needs to be some funding for that, and we can certainly expand that. The core of it all is trust and relationship, which is what we work extremely hard at with the communities.

[Translation]

Senator Mégie: My first question is for Ms. Urosevic.

There are many technological advances in the field of vision rehabilitation aids. What place is there left for Braille writing? Is it obsolete or not used at all? Where does it fit in?

communications avec la collectivité, la liste des patients, les déplacements, l’hébergement, la nourriture et l’équipement nécessaires, et ensuite faire face aux défis naturels qui se présentent.

Il y a quelques années, nous étions une équipe de 13 personnes dans un avion en route vers la baie d’Hudson. À mi-chemin, il y a eu un orage, même si c’était l’hiver. Le pilote a reçu l’ordre de faire demi-tour. Nous avons atterri au Québec, nous avons mangé une pizza et nous sommes rentrés à Hamilton. C’est la réalité. Une autre année, nous étions en route pour Kashechewan, mais une inondation s’est produite. Tout a donc été annulé. Il y a deux ans, nous devions aller à Peawanuck. Nous étions en février, et il faisait -50 degrés. Nous étions prêts à partir. La semaine précédant notre départ, un incendie s’est produit dans une maison et un enfant de neuf ans est décédé. La collectivité était endeuillée et nous avons dû annuler notre visite.

L’organisation de ces voyages représente une somme de travail phénoménal, mais si nous faisons d’ICEE un programme national, nous aurons l’infrastructure nécessaire pour y arriver. C’est ce que nous faisons et nous le faisons volontiers, et c’est la raison pour laquelle une quinzaine de médecins de l’Ontario nous accompagnent. Lorsque nous sommes allés dans des collectivités métisses de la Saskatchewan, nous avons recruté des ophtalmologistes de cette province. Mais c’est nous qui nous sommes chargés de l’organisation, si bien qu’ils ont simplement eu à monter dans l’avion pour se rendre dans les collectivités et procéder aux examens.

Je suis désolé de ne pas avoir répondu à votre question sur la formation des jeunes dans les collectivités. Nous avons certainement commencé ce travail, mais je pense qu’il faut en faire beaucoup plus. Jusqu’à présent, nous avons formé une personne, et comme je l’ai dit, nous venons de recruter une personne qui a obtenu son diplôme d’études secondaires à La Ronge. En fait, des fonds sont prévus pour cela. Par exemple, nous ferons venir cette personne de La Ronge, en Saskatchewan, à Hamilton pour qu’elle y reçoive la formation nécessaire. Nous offrons cette formation gratuitement de notre côté, mais la Nation métisse de la Saskatchewan doit trouver des fonds pour lui verser un salaire, et c’est là l’obstacle qui se dresse actuellement, car les fonds pour le salaire n’ont pas encore été trouvés. Il faut donc prévoir des fonds pour le salaire, et nous pouvons certainement élargir cette initiative. La confiance et les relations sont au cœur de ces efforts, et nous travaillons incroyablement fort en ce sens avec les collectivités.

[Français]

La sénatrice Mégie : Ma première question s’adresse à Mme Urosevic.

Il y a beaucoup d’avancées technologiques actuellement sur le plan de l’aide pour la réadaptation visuelle. Quelle place reste-t-il pour l’écriture Braille? Est-elle désuète ou pas utilisée du tout? Quelle est sa place actuellement?

[English]

Ms. Urosevic: Braille is definitely still very viable. It is a literacy tool. It is like your pen and paper, your computer. As people are losing their sight and having reduced vision, they are turning to Braille. It is still a prominent program within our organization and a sought-out skill.

I remember a child who had some functional vision, and I said, “What is your interest in Braille?” People were trying to get him to use the computer all the time. He said, “When my siblings go to bed and all the lights are turned out, I can continue to read.”

[Translation]

Senator Mégie: My second question is for Dr. Sabri. I asked this question earlier to the other panel of witnesses, and I’m going to ask you, since you work with the Indigenous population. Research published in the *Canadian Medical Association Journal* on October 21, 2024 notes that Inuit children in Nunavut have a larger head circumference than other populations. So the use of the standard tables we have from the WHO in Canada can lead to misdiagnoses, such as overdiagnosis of macrocephaly and underdiagnosis of microcephaly. In the context of eye health, are there standards that are adapted to the population served, or are the standards the same for everyone?

[English]

Dr. Sabri: The striking difference that I find, as someone who has been working in paediatric ophthalmology for 20 years, looking at the Indigenous community compared to non-Indigenous children, is that there is a much higher percentage of Indigenous children with higher refractive errors. By that, we mean needing glasses. When I compare 100 Indigenous children of a certain age with 100 non-Indigenous, we find a significantly higher amount of myopia, nearsightedness and astigmatism amongst the Indigenous communities and a much greater need for glasses.

Going back to the comment about the cranium, we find that they require different-sized glasses, so the size of the frames of the glasses. The first time we went to Hudson Bay, Ontario, the optician I brought with me brought the standard frames for kids age six to ten, and none of them were fitting the children because they needed larger frames. So she said, “You know what, I have to go back and come back with a new set.” We find that because of the difference in the cranium size, just the size of the frames needs to be different. That’s not a big deal at all.

[Traduction]

Mme Urosevic : L’écriture braille est certainement encore très viable. C’est un outil d’alphabétisation. C’est comme du papier et un crayon, ou un ordinateur. Quand les gens perdent la vue ou ont une vision réduite, ils se tournent vers l’écriture braille. Il s’agit toujours d’un programme important au sein de notre organisme et d’une compétence recherchée.

Je me souviens d’un enfant qui avait encore une vision fonctionnelle et à qui j’ai demandé pourquoi il s’intéressait à l’écriture braille, car les gens autour de lui essayaient de le convaincre d’utiliser un ordinateur en tout temps. Il m’a répondu que lorsque ses frères et sœurs vont se coucher et que toutes les lumières sont éteintes, le braille lui permet de continuer à lire.

[Français]

La sénatrice Mégie : Ma deuxième question s’adresse au Dr Sabri. J’ai posé la question tout à l’heure à l’autre groupe de témoins et je vais vous la poser, puisque vous travaillez auprès de la population autochtone. Une recherche qui a été publiée le 21 octobre 2024 dans le *Journal de l’Association médicale canadienne* souligne que les enfants inuits du Nunavut ont un plus grand périmètre crânien que les autres populations. L’utilisation des tableaux standards que nous avons de l’OMS au Canada peut donc nous mener à de mauvais diagnostics, comme des surdiagnostics de la macrocéphalie et des sous-diagnostics de la microcéphalie. Dans le cadre de la santé oculaire, y aurait-il des normes qui sont adaptées selon la population desservie, ou est-ce que ce sont les mêmes normes pour tous?

[Traduction]

Dr Sabri : La différence marquante que j’observe, à titre de spécialiste en ophtalmologie pédiatrique depuis 20 ans et en me fondant sur les comparaisons entre les collectivités autochtones et les enfants non autochtones, c’est que le pourcentage d’enfants autochtones présentant des vices de réfraction plus importants est beaucoup plus élevé. Cela signifie qu’ils ont besoin de lunettes. Lorsque je compare 100 enfants autochtones d’un certain âge à 100 enfants non autochtones, je constate que les taux de myopie et d’astigmatisme sont beaucoup plus élevés dans les collectivités autochtones et qu’un nombre beaucoup plus élevé d’enfants ont besoin de lunettes.

Pour revenir au commentaire sur le périmètre crânien, nous constatons que ces enfants ont besoin de montures de lunettes de tailles différentes. La première fois que nous sommes allés à la baie d’Hudson, en Ontario, l’opticienne que j’avais amenée avec moi avait apporté des montures standards pour enfants de 6 à 10 ans, mais aucune ne convenait aux enfants là-bas, car ils avaient besoin de plus grandes montures. Elle m’a donc annoncé qu’elle devrait revenir avec d’autres montures. Nous avons donc conclu qu’il fallait offrir des montures de tailles différentes en raison des différences en matière de périmètre crânien, mais ce n’est pas un gros problème, loin de là.

But if you like, from an actual ophthalmology point, we find that a much higher percentage need glasses. I don't know what the reason for that is, but that certainly is what we find. That's why it is even more important to be in these communities. A much higher percentage of these kids do need glasses.

Senator Bernard: I would like to ask a question about the Indigenous Diabetes Health Circle. I wonder if you could tell us a bit more about that and the connection you are making with that work in terms of this bill.

Ms. Urosevic: Thank you for acknowledging that piece. It is a great partnership that we have here in Ontario. The Diabetes Health Circle is our community partner to provide eye screening with around 20 programs or 20 areas across the province. So it is integrated.

We have a fundus camera that has AI built in it, and in 60 seconds, it will take an image of the back of the eye. That image is uploaded. If there is no access to the internet wherever we are doing our screening days, it can get uploaded later on. Someone from the community is the one that is doing the eye screening, so it is very culturally safe, and it is coordinated through the Diabetes Health Circle. Then it is transferred over to Kingston Health, where our partner in ophthalmology reviews the screen and confirms, just to make sure. We have added in that piece. And we coordinate the care. So whether or not there is travel to see an optometrist or ophthalmologist, we help to coordinate that care. If there are extensions of eye care that are needed, we'll provide those services, again with our community partners.

It has been, as Dr. Sabri said, a journey of building trust and relationship. We are there to provide the training to the community and then offer any supports that are needed to coordinate that care.

In our first year of this program, we saw 100% of those who did have a test positive on their diabetic screen see an optometrist or an ophthalmologist within six weeks. A lot of these individuals did not have access and had not seen an optometrist in the five years previous to that. The number one that we're screening for is diabetes.

If you are interested, I can provide more details on some of the outcomes of that program because it was evaluated with the Women's Hospital of Ontario.

Toutefois, d'un point de vue ophtalmologique, nous constatons qu'un pourcentage beaucoup plus élevé d'enfants ont besoin de lunettes. Je ne connais pas la raison de cette situation, mais c'est indéniablement ce que nous avons observé. C'est la raison pour laquelle il est encore plus important d'être présents dans ces collectivités, car un pourcentage beaucoup plus élevé de ces enfants ont besoin de lunettes.

La sénatrice Bernard : J'aimerais poser une question au sujet de l'Indigenous Diabetes Health Circle, l'organisme en matière de diabète autochtone. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet et nous expliquer les liens que vous établissez avec le projet de loi?

Mme Urosevic : Je vous remercie d'avoir mentionné cet organisme. Il s'agit d'un excellent partenariat que nous avons établi ici, en Ontario. Le Diabetes Health Circle est notre partenaire communautaire pour le dépistage des maladies oculaires dans le cadre d'une vingtaine de programmes ou une vingtaine de régions dans toute la province. Ce sont donc des services intégrés.

Nous disposons d'un rétinographe qui intègre l'intelligence artificielle et qui, en 60 secondes, prend une image du fond de l'œil. Cette image est ensuite téléchargée. S'il n'y a pas d'accès à Internet à l'endroit où nous menons des tests de dépistage ce jour-là, ces images peuvent être téléchargées plus tard. C'est une personne de la collectivité qui effectue les tests de dépistage oculaire, afin d'assurer le respect des valeurs culturelles, et ces efforts sont coordonnés par le Diabetes Health Circle. Les résultats sont ensuite transférés au Centre des sciences de la santé de Kingston, notre partenaire en ophtalmologie, où les résultats des tests de dépistage sont examinés et les résultats confirmés. C'est une étape que nous avons ajoutée au processus. Nous coordonnons également les soins, qu'il soit nécessaire ou non de se déplacer pour consulter un optométriste ou un ophtalmologiste. S'il est nécessaire de fournir des soins oculaires complémentaires, nous fournissons ces services, là encore avec nos partenaires communautaires.

Comme l'a dit le Dr Sabri, il s'agit d'établir la confiance et de bâtir des liens. Nous sommes là pour offrir la formation nécessaire à la collectivité et ensuite les soutiens nécessaires à la coordination des soins.

Au cours de la première année de ce programme, toutes les personnes dont le test de dépistage du diabète s'est révélé positif ont pu consulter un optométriste ou un ophtalmologiste dans les six semaines suivantes. Un grand nombre de ces personnes n'avaient pas accès à un optométriste et n'avaient donc eu aucune consultation au cours des cinq années précédentes. Nos tests de dépistage visent donc le diabète en premier lieu.

Si cela vous intéresse, je peux vous fournir plus de détails sur certains des résultats de ce programme, car il a été évalué avec le Women's Hospital of Ontario, un centre hospitalier axé sur les soins aux femmes en Ontario.

Senator Bernard: I have a personal interest. Thank you.

Ms. Urosevic: You are welcome.

[*Translation*]

Senator Cormier: My question is for Ms. Urosevic and concerns the accessibility of rehabilitation services.

When I look at your site, I don't know if there are other organizations that offer the services you do; there are many regions where the population isn't necessarily served by your services. For example, in New Brunswick, you offer services in Fredericton, Moncton and Beresford, but I imagine there are other regions where people need to travel. It's the same in Nova Scotia and some other regions.

Given the way the bill is structured, do you think the national strategy will ensure that more remote and rural areas can have full access to these rehabilitation services?

Do you also feel that, in subclause 2(1), where the Minister of Health will consult the stakeholders concerned, the realities of these remote regions could be taken into account? Who should be around this table?

[*English*]

Ms. Urosevic: Yes, absolutely. Actually, through our provincial funding, we're not clinic-based. We're community-based, so we travel into people's homes and deliver rehabilitation services.

I actually have an office in Beresford, New Brunswick. Throughout Canada, we have 42 offices, but, really, there are small little hubs, sometimes integrated into hospitals and sometimes integrated into other types of clinics as well.

Our staff actually travel out to provide service because when you have lost your sight, transportation is one of the biggest barriers. Our orientation mobility specialists teach people how to travel, cross streets, navigate transit and travel to where they need to go to.

What I do think that the bill will address — to your point around the stakeholder — we definitely want to be part of the consultation and helping to build with our own lived experience, on how we have experienced the challenges of a rural and remote Canada in the territories as well as in each of the provinces. Every province has a rural area or a remote area. I think one of the greatest challenges that I do hope that the framework will build on is around an investment in the human health resources.

La sénatrice Bernard : Le sujet m'intéresse personnellement. Je vous remercie.

Mme Urosevic : Je vous en prie.

[*Français*]

Le sénateur Cormier : Ma question s'adresse à Mme Urosevic et elle porte sur l'accessibilité des services de réadaptation.

Quand je regarde sur votre site, je ne sais pas s'il y a d'autres organisations qui offrent les services que vous offrez; il y a beaucoup de régions où la population n'est pas forcément desservie par vos services. Par exemple, au Nouveau-Brunswick, vous offrez des services à Fredericton, à Moncton et à Beresford, mais j'imagine qu'il y a d'autres régions où les gens ont besoin de se déplacer. C'est la même chose en Nouvelle-Écosse et dans certaines autres régions.

En tenant compte de la façon dont le projet de loi est articulé, la stratégie nationale, à votre avis, permettra-t-elle d'assurer que les régions plus éloignées et les régions rurales puissent avoir pleinement accès à ces services de réadaptation?

Est-ce que vous jugez aussi que, dans le paragraphe 2(1), là où le ministre de la Santé va consulter les intervenants concernés, les réalités de ces régions éloignées pourraient être prises en compte? Qui devrait être autour de cette table?

[*Traduction*]

Mme Urosevic : Oui, certainement. En fait, grâce à notre financement provincial, nous ne sommes pas liés à certaines cliniques, mais nous avons plutôt une présence communautaire, c'est-à-dire que nous nous rendons au domicile des gens pour leur offrir des services de réadaptation.

J'ai un bureau à Beresford, au Nouveau-Brunswick. Nous avons 42 bureaux à l'échelle du Canada, mais il s'agit en réalité de petits centres, parfois intégrés à des hôpitaux et parfois à d'autres types de cliniques.

Notre personnel se déplace pour fournir des services, car le transport est l'un des plus grands obstacles pour les personnes qui ont perdu la vue. Nos spécialistes de l'orientation et de la mobilité enseignent aux gens à se déplacer, à traverser la rue, à s'orienter dans les transports en commun et à se rendre là où ils doivent aller.

Pour répondre à votre question sur les intervenants concernés, je pense que le projet de loi abordera... Nous voulons certainement participer aux consultations et partager notre expérience liée aux défis que nous avons dû relever dans les régions rurales et éloignées du Canada, que ce soit dans les territoires ou dans chacune des provinces. Chaque province a une région rurale ou une région éloignée. Je pense que l'un des plus grands défis dont le cadre tiendra compte, je l'espère, c'est

We need more people to deliver these services so that we can do better outreach.

The technology is going to help. The first panel talked about the use of AI. I have talked a little bit about the use of some of the telemedicine, telerehabilitation, teleservices. Through the pandemic, we continued to deliver services. We were deemed essential in every single province so could continue to deliver services, and we have maintained around a 35-40% of virtual care to do that outreach. But there are some things that you can't teach over virtual, like crossing a street and some elements of activities of daily living. That's where we really want to see an investment. There are only two schools in Canada where you can be trained in this specialized area, so we have had to go south of the border and work in partnership with universities in the U.S. as well as our Canadian universities to deliver this.

There is much more work as the population ages, and we have a recruitment issue, so we are doing a lot of work hiring within communities where we have high populations or where we're projecting that we will have high populations.

Senator Burey: Thank you so much for the passion and the commitment to this work, which is really from the heart. I'm a paediatrician, so I know what you are talking about, honestly, and the need for infrastructure and for help to do those kinds of things.

Dr. Sabri, you talked about the public health policy implications of this bill. Could you expand on that for us?

Dr. Sabri: As a paediatric ophthalmologist — it hasn't been stated in so many words in the bill, but I hope this is an opportunity to bring this into it — I truly believe we need to have vision screening for all kids across the country. As I said, school is the best place for this. It is not happening currently, and where it is happening, it is an ad hoc situation.

The reason we took over doing it in Hamilton with public health was because I saw outside for-profit companies coming into Hamilton, and they made a mess of it. They made an absolute mess. We do not have time to go into the details. We went to Hamilton Public Health Services. We said we'd have a program. We are a not-for-profit. We do not make a dime out of doing this. We train McMaster students to go into schools and screen the kids, about 6,000 kids a year.

l'investissement dans les ressources humaines en matière de santé. Un plus grand nombre de personnes doivent fournir ces services si nous voulons être en mesure de les offrir à plus grande échelle.

La technologie sera utile à cet égard. Le premier groupe de témoins a parlé de l'utilisation de l'intelligence artificielle. J'ai parlé un peu de l'utilisation de certains services de télémédecine, de téléadaptation et d'autres téléservices. Tout au long de la pandémie, nous avons continué à fournir des services. Nos services ont été jugés essentiels dans chaque province et nous avons donc pu continuer à les fournir. Pour y arriver, nous avons dû fournir de 35 à 40 % de ces services de façon virtuelle. Toutefois, il y a certaines choses que l'on ne peut pas enseigner de manière virtuelle, comme la façon de traverser une rue et certaines activités de la vie quotidienne. C'est dans ce domaine que nous souhaitons voir des investissements. Seulement deux écoles au Canada offrent une formation dans ce domaine spécialisé. Nous avons donc dû aller au sud de la frontière et travailler en partenariat avec des universités américaines, ainsi que des universités canadiennes, pour offrir cette formation.

À mesure que la population vieillit, il y aura beaucoup plus de travail à faire, et nous avons un problème de recrutement. Nous déployons donc de grands efforts pour embaucher dans les collectivités dans lesquelles nous avons des populations élevées ou dans lesquelles nous prévoyons qu'il y aura des populations élevées.

La sénatrice Burey : Je vous remercie beaucoup de votre passion et de votre engagement envers ce travail, car cela vient vraiment du cœur. Je suis pédiatre et honnêtement, je sais de quoi vous parlez, car je connais les besoins en matière d'infrastructure et de soutien pour accomplir ce genre de travail.

Docteur Sabri, vous avez parlé des répercussions du projet de loi sur les politiques en matière de santé publique. Pourriez-vous nous en dire plus à ce sujet?

Dr Sabri : À titre d'ophtalmologiste pédiatrique — cette notion n'est pas énoncée dans le texte du projet de loi, mais j'espère que c'est l'occasion d'en parler —, je crois réellement qu'il faut que tous les enfants du pays aient accès à des tests de dépistage des troubles de la vue. Comme je l'ai dit, l'école est le meilleur endroit pour faire cela, mais une telle stratégie n'a pas encore été mise en œuvre, et s'il y a des efforts en ce sens, ils sont souvent aléatoires.

Nous avons décidé de prendre cet aspect de la santé publique en main à Hamilton, car des entreprises externes à but lucratif sont venues s'installer là-bas et elles ont créé un véritable gâchis. Nous n'avons pas le temps d'entrer dans les détails. Nous nous sommes donc adressés aux intervenants du Service de santé publique de la Ville de Hamilton et nous leur avons dit que nous pouvions mettre un programme sur pied. À titre d'organisme à but non lucratif, nous ne faisons aucun profit avec cette initiative. Nous formons des étudiants de l'Université McMaster

We need to have a plan for vision screening in schools in the urban areas. It is the best place to do it. It then raises public awareness among the parents, because all the kids we screen will go home with a letter. The child will say, "Mommy, Daddy, look, I have a letter from school. I had a vision test today." In that screening, if the child fails the test, we say, "Dear mom and dad, your child did so-and-so on the test. You need to take them to the nearest optometrist." It raises public awareness. For the schools, we need to do it in all urban centres. In the rural areas, the ICEE program is an outreach program that I think works very well, but we need to go out and screen in schools. We do not have anything like that in Canada. Even in Ontario where it is in provincial law, many public health units do not do it. Some who do it, do it badly. That is the reality currently.

I see kids every week who have lost vision permanently and needlessly because no one took them to an eye doctor in time, and that child has to live the rest of their life with one eye. Research shows if you grow up with one seeing eye, you are at three times the risk of losing that eye through accidents because you have less depth perception and peripheral vision. It is an absolute tragedy. It happens every week.

Senator Burey: Thank you.

Did you wish to comment on this, Ms. Urosevic? No. Okay.

I want then to ask you about clause 2 in the bill where it talks about the Minister of Health being able to rapidly approve devices and drugs, circumventing Health Canada. That does take some time. The question is, do you have any data available on Health Canada's current processing for applications and submissions for devices and drugs for eye care? Do you have any information on that?

Dr. Sabri: I don't personally, no. I cannot speak to that.

Ms. Urosevic: We are a collaborator and often submit endorsements to some of that cycle. I do not have anything on me right now. We could follow up with some of that information, if it is helpful.

et nous les envoyons dans les écoles pour effectuer des tests de dépistage auprès des enfants. Ils peuvent ainsi voir environ 6 000 enfants par année.

Nous devons mettre en place un plan de dépistage des troubles de la vue dans les écoles en milieu urbain. C'est le meilleur endroit pour faire cela. Nous pourrions ainsi sensibiliser les parents, car tous les enfants à qui nous faisons passer un test de dépistage rentrent chez eux avec une lettre. Ils diront à leurs parents qu'ils ont eu une lettre de l'école et qu'ils ont subi un test de vision ce jour-là. Si un enfant n'a pas réussi ce test, nous communiquons ses résultats à ses parents et nous leur disons d'emmener leur enfant chez l'optométriste le plus rapidement possible. Cela permet donc de sensibiliser la population. Nous devons faire cela dans les écoles de tous les centres urbains. Dans les régions rurales, le programme d'ICEE est un programme de sensibilisation qui, à mon avis, fonctionne très bien, mais nous devons offrir des tests de dépistage dans les écoles. Nous n'avons rien de tel au Canada. Même en Ontario, où la loi provinciale prévoit des dispositions à cet égard, de nombreuses unités de santé publique n'offrent rien de tel, et certaines unités qui le font ne le font pas adéquatement. C'est la réalité actuelle.

Chaque semaine, je vois des enfants qui ont perdu la vue de façon permanente, même si ce résultat aurait pu être évité, car personne ne les a amenés chez un ophtalmologiste à temps. Ces enfants doivent maintenant vivre le reste de leur vie avec un seul œil. Des recherches révèlent qu'une personne qui a grandi avec un seul œil est trois fois plus à risque de perdre cet œil de façon accidentelle, car la perception de la profondeur et la vision périphérique sont diminuées. C'est une véritable tragédie que je vois chaque semaine.

La sénatrice Burey : Je vous remercie.

Souhaitez-vous ajouter un commentaire, madame Urosevic? Non. D'accord.

J'aimerais maintenant vous poser des questions au sujet de l'article 2 du projet de loi, qui prévoit que le ministre de la Santé peut approuver rapidement des appareils et des médicaments en contournant les directives de Santé Canada, car cela prend du temps. J'aimerais donc savoir si vous avez des données sur le temps de traitement des demandes de dispositifs et de médicaments pour les soins ophtalmologiques qui sont actuellement traitées par Santé Canada. Avez-vous des renseignements à ce sujet?

Dr Sabri : Je n'ai personnellement aucun renseignement à ce sujet, et je ne peux donc pas répondre à cette question.

Mme Urosevic : Nous sommes une entité collaboratrice et nous soumettons souvent des annotations à certains de ces cycles. Je n'ai toutefois aucun renseignement sur la question sous la main en ce moment. Nous pourrions vous communiquer ces renseignements plus tard, si cela peut vous être utile.

Senator Burey: Thank you.

Do you see any unintended consequences, then, if the minister is just going to circumvent the Health Canada process?

Ms. Urošević: There still needs to be a process in place.

I was at a conference earlier this year in Seattle. There is technology around AI that has been used for ten-plus years with incredible research that has been approved in the U.K., the United States and other parts of the world. It has not been approved yet here. Those are the pieces where there is evidence that has been existing for a long period of time. That is an area we need to look internationally at some of our global partners and build that collaborative trust. They have done some of that deep diving. I don't want us to not have the rigour about treatments, and that's not my area of expertise, but when I look at some of the devices that are becoming available, we need to ensure that they are accessible and affordable and that we want to invest. This could be game changing for a lot of Canadians and for practitioners providing that type of treatment.

Senator Burey: Thank you.

Senator Cordy: Are there countries that have national strategies that you are aware of and that work? Closer to home, are there provinces that do a better job of integrating eye care with other forms of health care so that it becomes more of a routine that when your child is taken to the doctor, the eyes are a part of that?

Dr. Sabri: As far as I know, no province has a good, comprehensive program province-wide.

When we did our publication looking at public health jurisdictions in Ontario, we asked them if they were honouring the vision screening senior kindergarten kids should have, and more than 50% of the jurisdictions said, no, they weren't doing it. This was published only three or four years ago. No province has it working perfectly. I know some cities where they have something, but no, there isn't a good program.

For example, I read publications where in some cities in the U.S., they might be encouraging paediatricians, for example, or family physicians to take on the role so that when you are giving the child a vaccine, you also check their vision. The doctors say, "Look, we're busy enough. We're doing a million things." Some companies have made these point-and-shoot devices where you point at the child and press a button, and it will measure if they need glasses. They're called autorefractors, and they made it for

La sénatrice Burey : je vous remercie.

Selon vous, y aura-t-il des conséquences imprévues si un ministre contourne le processus de Santé Canada?

Mme Urošević : Il faut tout de même qu'un processus soit en place.

Plus tôt cette année, j'ai assisté à une conférence à Seattle. Il existe une technologie liée à l'intelligence artificielle qui est utilisée depuis plus de 10 ans et qui a fait l'objet de recherches incroyables et qui a été approuvée au Royaume-Uni, aux États-Unis et dans d'autres parties du monde. Toutefois, cette technologie n'a pas encore été approuvée ici. Ce sont pourtant des éléments pour lesquels des preuves existent depuis longtemps et c'est un domaine dans lequel nous devons nous tourner vers certains de nos partenaires internationaux et établir une collaboration de confiance, car ces partenaires ont déjà mené certaines recherches approfondies. Je ne dis pas que nous devrions manquer de rigueur lorsqu'il s'agit des traitements, et ce n'est pas mon domaine d'expertise, mais nous devons nous assurer que certains des dispositifs offerts sont accessibles et abordables et nous devons nous assurer de faire les investissements nécessaires. En effet, cela pourrait changer la donne pour un grand nombre de Canadiens et pour les praticiens qui offrent ce type de traitement.

La sénatrice Burey : Je vous remercie.

La sénatrice Cordy : Savez-vous si certains pays ont mis en place des stratégies nationales qui fonctionnent bien? Plus près de nous, certaines provinces réussissent-elles mieux à intégrer les soins oculaires aux autres formes de soins de santé, de sorte que lorsqu'un enfant est amené chez son médecin, les soins oculaires font partie de l'examen général?

Dr Sabri : À ma connaissance, aucune province ne dispose d'un programme complet et efficace à l'échelle de son territoire.

Dans le cadre de notre enquête sur les autorités de santé publique en Ontario, nous leur avons demandé si elles s'assuraient comme il se doit que l'on procède au dépistage des troubles de la vue auprès des enfants de maternelle, et plus de 50 % ont répondu qu'elles ne le faisaient pas. Cette étude a été publiée il y a trois ou quatre ans seulement. La situation n'est parfaite dans aucune province. Je connais des villes où certaines choses se font, mais il n'en demeure pas moins qu'il n'existe pas de programme vraiment efficace.

À titre d'exemple, j'ai lu des publications indiquant que, dans certaines villes des États-Unis, on encourageait les pédiatres ou les médecins de famille à assumer ce rôle de telle sorte que, lorsque l'on vaccine un enfant, on vérifie également sa vision. Les médecins soutiennent qu'ils sont déjà assez occupés, qu'ils ont un million de choses à faire. Certaines entreprises ont mis au point des appareils qui permettent de simplement pointer l'enfant et d'appuyer sur un bouton pour déterminer s'il a besoin de

the specific purpose of having paediatricians and GPs use them, but again, they are busy enough.

There isn't a good program in any one province, I would say. You will find one area will do something and one area won't. One area sends optometrists into the schools, and one area doesn't, which is why I believe what we do in Hamilton is the best. We have the data to show it. It works well. We train almost 100 students from the university every year. They go as volunteers into the schools. They screen all the senior kindergarten kids. It's not for profit. There's no conflict of interest. We send all the kids who fail to the local optometrists, which is why the optometric community has welcomed it.

Senator Cordy: Your document also gives a lot of information.

Dr. Sabri: Yes, and we have been published in IMACS and journals. We have the data on how it works, its impact and how it raises awareness in the community.

The Chair: Briefly, Dr. Sabri, if you are able to do this with medical students at McMaster University —

Dr. Sabri: Health sciences students, yes.

The Chair: Undergraduates. Why can't you do it at the University of Toronto?

Dr. Sabri: We can. I'm delighted to be here to share this. We published on this. I hope to organize a conference with the school boards, at least around Toronto, Hamilton and Niagara to share this. This is something we have done in Hamilton. The school boards love it. Public health loves it.

We are doing it ethically. Just to go to that little point I made earlier, the reason I started doing this was I found that when there were some for-profit companies doing it — and I do not have anything against profit — but they were going in schools and failing children who shouldn't fail just to sell them glasses. When I saw this, we went to public health. We met with the chief public health officer of Hamilton and said this has to stop. We took over doing it. We are transparent. It is a fantastic model. We have run it for six or seven years.

lunettes. Ce sont des dispositifs d'autoréfraction conçus expressément pour être utilisés par les pédiatres et les médecins généralistes, mais cela ne change rien au fait qu'ils sont déjà surchargés.

Je dirais qu'aucune province n'offre un programme véritablement adéquat. Des mesures peuvent être mises en place dans une région, mais pas dans une autre. Une région envoie des optométristes dans les écoles, et une autre ne le fait pas. C'est pourquoi je pense que nous offrons ce qu'il y a de mieux à Hamilton. Nous disposons d'ailleurs de données qui le prouvent. Notre programme fonctionne bien. Chaque année, nous formons près d'une centaine d'étudiants de l'université qui se rendent bénévolement dans les écoles. Ils procèdent au dépistage de tous les enfants de la maternelle. Il ne s'agit pas d'un projet à but lucratif. Il n'y a pas de conflit d'intérêts. Comme tous les enfants qui semblent avoir un trouble de vision sont aiguillés vers les optométristes locaux, la communauté optométrique n'a pas manqué de bien accueillir le projet.

La sénatrice Cordy : On trouve également beaucoup d'information dans votre document.

Dr Sabri : Oui, et nous avons publié des articles dans IMACS et dans différentes revues. Nous avons des données sur le fonctionnement de notre programme, son impact et la mesure dans laquelle il sensibilise la population.

La présidente : Brièvement, docteur Sabri, si vous pouvez faire cela avec les étudiants en médecine de l'Université McMaster...

Dr Sabri : Ce sont des étudiants en sciences de la santé.

La présidente : Des étudiants de premier cycle. Pourquoi ne pouvez-vous pas en faire autant à l'Université de Toronto?

Dr Sabri : Nous pouvons le faire. Je suis ravi d'être ici pour parler de cette initiative. Nous avons publié des articles sur le sujet. J'espère organiser une conférence avec les conseils scolaires, tout au moins dans les régions de Toronto, de Hamilton et de Niagara, afin de transmettre ces informations. C'est un programme que nous avons mis sur pied à Hamilton. Les conseils scolaires l'adorent. La santé publique également.

Nous le faisons de manière éthique. Pour revenir à ce que je disais plus tôt, j'ai entrepris cette démarche lorsque j'ai découvert que certaines entreprises à but lucratif — et je n'ai rien contre les profits — allaient dans les écoles et détectaient des troubles visuels chez des enfants qui n'en avaient pas, simplement pour leur vendre des lunettes. Nous nous sommes alors adressés à la santé publique. Nous avons rencontré la responsable de la santé publique de Hamilton et nous lui avons dit que cela devait cesser. Nous avons pris le relais. Nous sommes transparents. C'est un modèle fantastique que nous gérons depuis six ou sept ans.

This definitely could be expanded across the country. The students love it. I get a number of emails from McMaster students. They love the idea that they are going to the community, and at McMaster, as of last year, we made this training to be a vision screener a credit course they can take.

[Translation]

Senator Mégie: When we talk about prevention, we're talking about advertising for the family, the school, teachers, and so on. Are there any data on the effectiveness of these advertising methods? Does it reach the school and teaching staff so that they can put it into practice? Are there any data that tell us that this type of advertising is more successful in reaching this group of people? I don't know if there's any data on that.

[English]

Dr. Sabri: Is this a question for me?

[Translation]

Senator Mégie: Yes, or Ms. Urosevic.

[English]

Dr. Sabri: I can certainly speak to the fact that we have the data to show the number of children in Hamilton who had never had an eye exam before. It is a significant number. As to what impact that has on the teachers or educators, I cannot speak to that, but certainly all of the schools welcome us with open arms.

A few years ago, an eight- or nine-year-old was sent to me. He was branded as a difficult, disruptive child. He sat in the chair. I said, "Read the chart." He said, "What chart?" He was blind in both eyes with cataracts, and he was nine. Certainly through what we do, I can say we also raise awareness amongst the teachers because many a child has been labelled as disruptive or difficult, and they are just blind. That is why they are disruptive and difficult, but no one knew. We are certainly raising awareness amongst teachers as well. I do not have specific data to speak to that, but certainly it raises awareness amongst them too.

[Translation]

Senator Cormier: You mentioned the testimony of Ian White, who was here last week. I was very impressed with the clarity of his testimony.

Mr. White talked a lot about factors other than the medical ones, such as factors of adaptation, integration, the ability to live in society, all the issues that come with this new life of a person

Cela pourrait certes être étendu à l'ensemble du pays. Les étudiants l'adorent. Je reçois de nombreux courriels d'étudiants de McMaster. Ils aiment l'idée d'aller dans la communauté, et à McMaster, depuis l'année dernière, nous avons fait de cette formation de dépisteur visuel un cours crédité qu'ils peuvent suivre.

[Français]

La sénatrice Mégie : Quand on parle de prévention, c'est de la publicité pour la famille, l'école, le personnel enseignant, etc. Y a-t-il des données qui compilent l'efficacité de ces méthodes publicitaires? Est-ce que cela atteint l'école et le personnel enseignant afin qu'ils puissent mettre le tout en application? Avons-nous des données qui nous disent que tel type de publicité a plus de succès pour atteindre tels groupes de personnes? Je ne sais pas s'il y a des données à ce sujet.

[Traduction]

Dr Sabri : Est-ce à moi que vous posez la question?

[Français]

La sénatrice Mégie : Oui, ou à Mme Urosevic.

[Traduction]

Dr Sabri : Je peux assurément vous dire que nous avons des données indiquant combien d'enfants de Hamilton n'ont jamais eu d'examen de la vue auparavant. Il s'agit d'un nombre important. Quant à l'impact que cela a sur les enseignants ou les éducateurs, ce n'est pas moi qui peux vous en parler, mais il est certain que toutes les écoles nous accueillent à bras ouverts.

Il y a quelques années, on m'a envoyé un enfant de huit ou neuf ans. Il était considéré comme un élève difficile et perturbateur. Il s'est assis sur la chaise. Lorsque je lui ai demandé de lire les lettres au tableau, il m'a répondu : « Quel tableau? » Il était aveugle des deux yeux à cause de la cataracte, et il avait neuf ans. Je peux dire que le travail que nous faisons permet de sensibiliser également les enseignants, car de nombreux enfants ont été étiquetés comme perturbateurs ou difficiles, alors qu'ils sont tout simplement aveugles. C'est la raison pour laquelle ils en viennent à déranger la classe, mais personne ne le savait. Nous sensibilisons donc certes aussi les enseignants. Je ne dispose pas de données précises à ce sujet, mais il est certain qu'ils sont également conscientisés.

[Français]

Le sénateur Cormier : Vous avez mentionné le témoignage de M. Ian White, qui était ici la semaine dernière. J'ai été très impressionné par la clarté de son témoignage.

M. White a beaucoup parlé de facteurs autres que les facteurs médicaux, comme les facteurs d'adaptation, d'intégration, la capacité de vivre en société, tous les enjeux qui viennent avec

who loses their sight, and the variety of realities. There are a whole range of realities for people who lose their sight. It's not a question of seeing or not seeing.

Does the national strategy take sufficient account of all the social factors that need to be considered, or do you think the Government of Canada intervenes in other ways to take these factors into account?

[English]

Ms. Urosevic: I think there is a way for us to do so. The important piece is that every individual is experiencing life differently. How vision impacts their daily living, impacts their life journey, could look very different. We are a client-centred care. Through our initial intake and client navigation, we have pathways of service and specialists who focus on the clients' goals. It is goal-focused. People come to us throughout their life journey. They start with us and learn the comprehensive rehab or rehabilitative services that they need. Then they live life. As environment changes, a new subway gets put in, new bus stops, changing in location of your doctor possibly, or your vision changes, you would come back to us. We are with people throughout their lifespan when they need us.

Once they are diagnosed and that treatment happens, our relationship with optometry and ophthalmology and their health care providers is along that entire journey because they are giving us information on some of those changes. Our staff are so adaptable in the techniques that they learn in school to work with each individual client, and they have to pull out many different tools and resources. What works for one person may not work for another.

We have clinical standards and practices. We work globally and internationally with other organizations similar to ours to continue to take a look at and leverage technologies and emerging technologies as well as emerging practices and new ways to deliver services.

Senator Cormier: There is no money attached to this bill. Do you have enough money to do your job? It seems there is a broad —

Ms. Urosevic: There is still a long way to go. Since we are no longer funded from a charitable model and we are fully funded or funded under provincial health and the two federal programs, we are meeting the needs of clients today but not for the future. As people age, as our clients grow and need more services, of course, there are pieces. That is our responsibility as an agency to go back to our provincial health or our federal partners on the new things that are needed. I do not necessarily look at this bill

cette nouvelle vie d'une personne qui perd la vue, et la variété des réalités. Il y a toute une gamme de réalités pour les gens qui perdent la vue. Ce n'est pas qu'on voit ou on ne voit pas.

Est-ce que la stratégie nationale tient suffisamment compte de tous les facteurs sociaux qui doivent être pris en compte, ou est-ce que, à votre avis, le gouvernement du Canada intervient d'autres manières pour tenir compte de ces facteurs?

[Traduction]

Mme Urosevic : J'estime que c'est possible pour nous. Il est important de bien comprendre que chaque personne vit les choses différemment. L'impact de la vision sur la vie quotidienne ou le parcours de vie de chacun peut beaucoup varier. Nos soins sont axés sur le client. Nous avons des offres de service et des spécialistes qui permettent de guider les clients dans leur cheminement, de l'accueil initial jusqu'au résultat recherché. Nous sommes axés sur les objectifs. Les gens se tournent vers nous tout au long de leur parcours de vie. Ils s'adressent d'abord à nous pour obtenir tous les services de réadaptation dont ils ont besoin. Ensuite, ils vivent leur vie. Lorsque l'environnement change, qu'un nouveau tronçon de métro est construit, qu'il y a de nouveaux arrêts de bus, que leur médecin change de clinique ou que leur vision évolue, ils reviennent nous voir. Nous accompagnons ces personnes tout au long de leur parcours lorsqu'elles ont besoin de nous.

Une fois qu'ils ont été diagnostiqués et qu'ils reçoivent des traitements, notre relation avec leur optométriste, leur ophthalmologue et leurs autres fournisseurs de soins de santé se poursuit tout au long de leur itinéraire parce qu'ils nous tiennent au fait de l'évolution de leur situation. Notre personnel fait preuve d'une grande capacité d'adaptation en modulant les techniques apprises à l'école en fonction des besoins de chaque client. Il a recours pour ce faire à un vaste éventail d'outils et de ressources. Ce qui donne de bons résultats pour une personne ne fonctionnera pas nécessairement avec une autre.

Nous avons des pratiques et des normes cliniques. Nous travaillons à l'échelle internationale avec des organisations similaires à la nôtre pour sans cesse pouvoir tirer parti des technologies et des pratiques émergentes afin d'améliorer notre offre de services.

Le sénateur Cormier : Ce projet de loi n'est assorti d'aucun engagement financier. Avez-vous assez d'argent pour faire votre travail? Il semble qu'il y ait un large...

Mme Urosevic : Il y a encore un long chemin à parcourir. Étant donné que nous ne sommes plus financés suivant un modèle caritatif et que nous recevons tout notre financement dans le cadre du système de santé provincial et de deux programmes fédéraux, nous sommes en mesure de répondre aux besoins actuels de nos clients, mais pas à ceux qu'ils en viendront à avoir. Au fur et à mesure que nos clients avancent en âge, ils ont besoin de plus de services et il y a bien sûr des

as that is an only avenue but as a way to say we want to have a health care system and eye care is important too. That is what we can leverage to build a future that is important for everyone.

Senator Cormier: Thank you to you both.

The Chair: Thank you to our two witnesses.

I think I speak for my colleagues when I say to both of you that your community-based approach to diagnosing children with vision-care problems is, frankly, exemplary, and I hope many Canadians will read this witness testimony to urge the federal government and, frankly, the provincial governments to do what is right for the eyesight of our children.

Thank you, colleagues. This brings us to the end of our study of Bill C-284. We will proceed to clause-by-clause tomorrow. If you intend to move amendments or observations, you are encouraged — if I may say, you are required, but I am not allowed to — encouraged to share these in advance of the meeting and, please, make sure the translation is absolutely accurate.

(The committee adjourned.)

éléments que nous devons ajouter. Il incombe dès lors à une agence comme la nôtre d'obtenir auprès de ses partenaires provinciaux et fédéraux les nouvelles ressources requises. Je ne considère pas nécessairement ce projet de loi comme l'unique voie possible, mais comme un moyen de faire valoir que nous voulons un système de soins de santé au sein duquel les soins oculaires sont également importants. C'est ce sur quoi nous misons pour construire un avenir meilleur pour tout le monde.

Le sénateur Cormier : Merci à vous deux.

La présidente : Merci à nos deux témoins.

Je pense parler au nom de mes collègues en vous disant à tous les deux que votre approche communautaire du diagnostic des enfants ayant des troubles visuels est franchement exemplaire, et j'espère que de nombreux Canadiens pourront prendre connaissance de vos témoignages et exhorter le gouvernement fédéral et, il faut bien le dire, les gouvernements provinciaux à faire le nécessaire pour la vue de nos enfants.

Merci, chers collègues. Nous arrivons à la fin de notre examen du projet de loi C-284. Nous procéderons demain à l'étude article par article. Si vous avez l'intention de proposer des amendements ou de formuler des observations, vous êtes encouragés — je dirais même que c'est une obligation, mais je ne suis pas autorisée à le faire — à nous les transmettre avant la réunion en vous assurant qu'ils sont accompagnés d'une traduction fidèle.

(La séance est levée.)
