



Third Session
Fortieth Parliament, 2010-11

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

**Social Affairs, Science
and Technology**

Chair:

The Honourable ART EGGLETON, P.C.

Wednesday, March 9, 2011
Thursday, March 10, 2011

Issue No. 22

Second (final) meeting on:
Bill C-35, An Act to amend
the Immigration and Refugee Protection Act

First meeting on:
Progress in implementing the 2004 10-Year Plan
to Strengthen Health Care

INCLUDING:
THE SIXTEENTH REPORT OF THE COMMITTEE:
Bill C-35, An Act to amend
the Immigration and Refugee Protection Act

APPEARING:
The Honourable Jason Kenney, P.C., M.P.,
Minister of Citizenship and Immigration Canada

WITNESSES:
(see back cover)

Troisième session de la
quarantième législature, 2010-2011

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

**Affaires sociales, des
sciences et de la technologie**

Président :

L'honorable ART EGGLETON, C.P.

Le mercredi 9 mars 2011
Le jeudi 10 mars 2011

Fascicule n° 22

Deuxième (dernière) réunion concernant :
Le projet de loi C-35, Loi modifiant
la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés

Première réunion concernant :
Les progrès réalisés dans la mise en oeuvre du Plan
décennal pour consolider les soins de santé de 2004

Y COMPRIS :
LE SIXIEME RAPPORT DU COMITÉ :
Projet de loi C-35, Loi modifiant
la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés

COMPARAÎT :
L'honorable Jason Kenney, C.P., député,
ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration Canada

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

STANDING SENATE COMMITTEE
ON SOCIAL AFFAIRS,
SCIENCE AND TECHNOLOGY

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

The Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Braley	Eaton
Champagne, P.C.	Hubley
Cordy	* LeBreton, P.C.
Cowan	(or Comeau)
(or Tardif)	Martin
Demers	Merchant
Dyck	Seidman

* Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

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

(The Honourable Senator Dyck replaced the Honourable Senator Peterson (*March 9, 2011*).

(The Honourable Senator Hubley replaced the Honourable Senator Mercer (*March 9, 2011*).

(The Honourable Senator Peterson replaced the Honourable Senator Dyck (*March 9, 2011*).

(The Honourable Senator Mercer replaced the Honourable Senator Callbeck (*March 8, 2011*).

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

Président : L'honorable Art Eggleton, C.P.

Vice-président : L'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie
et

Les honorables sénateurs :

Braley	Eaton
Champagne, C.P.	Hubley
Cordy	* LeBreton, C.P.
Cowan	(ou Comeau)
(ou Tardif)	Martin
Demers	Merchant
Dyck	Seidman

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

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

L'honorable sénateur Dyck a remplacé l'honorable sénateur Peterson (*le 9 mars 2011*).

L'honorable sénateur Hubley, a remplacé l'honorable sénateur Mercer (*le 9 mars 2011*).

L'honorable sénateur Peterson, a remplacé l'honorable sénateur Dyck (*le 9 mars 2011*).

L'honorable sénateur Mercer, a remplacé l'honorable sénateur Callbeck (*le 8 mars 2011*).

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate*, Wednesday, February 16, 2011:

Resuming debate on the motion of The Honourable Senator Eggleton, P.C., moved, seconded by the Honourable Senator Ogilvie:

That, pursuant to Section 25.9 of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care; and,

That the Committee submit its final report no later than October 31, 2011, and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until 180 days after the tabling of the final report.

After debate,

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

Le greffier du Sénat,

Gary W. O'Brien

Clerk of the Senate

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mercredi 16 février 2011 :

L'honorable sénateur Eggleton, C.P., propose, appuyé par l'honorable sénateur Ogilvie,

Que, conformément à l'article 25.9 de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier les progrès réalisés dans la mise en oeuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004 et à faire rapport sur la question;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 31 octobre 2011 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'à 180 jours après le dépôt du rapport.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, March 9, 2011
(55)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:19 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Art Eggleton, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Champagne, P.C., Cordy, Demers, Eaton, Eggleton, P.C., Martin, Mercer, Merchant, Ogilvie, Peterson and Seidman (12).

In attendance: Anna Gay and Brian O'Neal, Analysts, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, March 1, 2011, the committee continued its study of Bill C-35. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 20.*)

APPEARING:

Citizenship and Immigration Canada:

The Honourable Jason Kenney, P.C., M.P., Minister.

WITNESSES:

Citizenship and Immigration Canada:

Les Linklater, Assistant Deputy Minister, Strategic and Program Policy;

Mark Davidson, Acting Director General, Immigration Branch;

Elaine Menard, Legal Counsel.

The chair made a statement.

The Minister made a statement and, together with Mr. Linklater, Mr. Davidson and Ms. Menard, answered questions.

At 5:42 p.m., the committee suspended.

At 5:45 p.m., the committee resumed.

It was agreed that the committee proceed to clause-by-clause consideration of Bill C-35, An Act to Amend the Immigration and Refugee Protection Act.

It was agreed that the title stand postponed.

It was agreed that clause 1 carry.

It was agreed that clause 2 carry.

It was agreed that clause 3 carry.

It was agreed that clause 4 carry.

It was agreed that clause 5 carry.

It was agreed that clause 6 carry.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 9 mars 2011
(55)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 19, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Art Eggleton, C.P. (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Champagne, C.P., Cordy, Demers, Eaton, Eggleton, C.P., Martin, Mercer, Merchant, Ogilvie, Peterson et Seidman (12).

Également présents : Anna Gay et Brian O'Neal, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 1^{er} mars 2011, le comité poursuit son étude du projet de loi C-35. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 20 des délibérations du comité.*)

COMPARAÎT :

Citoyenneté et Immigration Canada :

L'honorable Jason Kenney, C.P., député, ministre.

TÉMOINS :

Citoyenneté et Immigration Canada :

Les Linklater, sous-ministre adjoint, Politiques stratégiques et de programmes;

Mark Davidson, directeur général par intérim, Direction générale de l'immigration;

Elaine Ménard, conseillère juridique.

Le président fait une déclaration.

Le ministre fait une déclaration et, avec M. Linklater, M. Davidson et Mme Ménard, répond aux questions.

À 17 h 42, la séance est suspendue.

À 17 h 45, la séance reprend.

Il est convenu de procéder à l'étude article par article du projet de loi C-35, Loi modifiant la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés.

Il est convenu de reporter l'étude du titre.

Il est convenu d'adopter l'article 1.

Il est convenu d'adopter l'article 2.

Il est convenu d'adopter l'article 3.

Il est convenu d'adopter l'article 4.

Il est convenu d'adopter l'article 5.

Il est convenu d'adopter l'article 6.

It was agreed that clause 7 carry.

It was agreed that the title carry.

It was agreed that the bill carry.

It was agreed that the committee append the following observation to the report on the bill:

The committee notes that paralegals have been added to the categories of persons authorized under the bill to represent, advise or consult with a person for consideration and therefore adds the following observation:

That a paralegal representing, advising or consulting with a person for consideration in connection with a proceeding or application under the *Immigration and Refugee Protection Act* should undergo training and examination specifically related to immigration practices.

It was agreed that the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to approve the final, translated version of the observation.

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

At 5:51 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, March 10, 2011
(56)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:28 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Art Eggleton, P.C., presiding.

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

In attendance: Karen Phillips and James Gauthier, Analysts, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, February 16, 2011, the committee began its study on the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

WITNESSES:

Health Council of Canada:

Dr. Jack Kitts, Chair;

John Abbott, Chief Executive Officer.

Canadian Institute for Health Information:

John Wright, President and CEO.

Il est convenu d'adopter l'article 7.

Il est convenu d'adopter le titre.

Il est convenu d'adopter le projet de loi.

Il est convenu que le comité annexe l'observation suivante à son rapport sur le projet de loi.

Le comité fait remarquer que les parajuristes ont été ajoutés aux catégories de personnes autorisées à représenter, conseiller ou consulter une personne moyennant rétribution, et ajoute l'observation suivante :

Qu'un parajuriste qui représente, conseille ou consulte une personne, moyennant rétribution, en lien avec une demande ou une instance prévue par la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* devrait suivre une formation et subir un contrôle portant spécifiquement sur les pratiques en matière d'immigration.

Il est convenu d'autoriser le Sous-comité du programme et de la procédure à approuver la version finale et traduite de l'observation.

Il est convenu que le président fasse rapport du projet de loi au Sénat.

À 17 h 51, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 10 mars 2011
(56)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 28, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Art Eggleton, C.P. (*président*).

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

Également présents : Karen Phillips et James Gauthier, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 16 février 2011, le comité entreprend son étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

TÉMOINS :

Conseil canadien de la santé :

Dr Jack Kitts, président;

John Abbott, chef de la direction.

Institut canadien d'information sur la santé :

John Wright, président et directeur général.

Health Canada:

Abby Hoffman, Associate Assistant Deputy Minister;
Gigi Mandy, Director, Canada Health Act Division.

Statistics Canada:

Gary Catlin, Director General, Health, Justice and Special
Surveys Branch;
Claudia Sanmartin, Senior Analyst, Health Analysis Division.

The chair made a statement

Dr. Kitts, Mr. Wright, Ms. Hoffman and Mr. Catlin each
made a statement and, together with Mr. Abbott, Ms. Mandy
and Ms. Sanmartin, answered questions.

At 12:30 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

Santé Canada :

Abby Hoffman, sous-ministre adjointe déléguée;
Gigi Mandy, directrice, Division de la Loi canadienne sur la santé.

Statistique Canada :

Gary Catlin, directeur général, Direction de la santé, de la
justice et des enquêtes spéciales;
Claudia Sanmartin, analyste principale, Division de l'analyse
de la santé.

Le président fait une déclaration.

Le Dr Kitts, M. Wright, Mme Hoffman et M. Catlin font
chacun une déclaration, puis, avec M. Abbott, Mme Mandy et
Mme Sanmartin, répondent aux questions.

À 12 h 30, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle
convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Jessica Richardson

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Thursday, March 10, 2011

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

SIXTEENTH REPORT

Your committee, which was referred Bill C-35, An Act to amend the Immigration and Refugee Protection Act, has, in obedience to the order of reference of Tuesday, March 1, 2011, examined the said bill and now reports the same without amendment.

Your committee has also made certain observations, which are appended to this report.

Respectfully submitted,

Le président,

ART EGGLETON

Chair

OBSERVATIONS

**to the Sixteenth Report of the
Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology**

The committee notes that paralegals have been added to the categories of persons authorized under the bill to represent, advise or consult with a person for consideration and therefore adds the following observation:

That a paralegal representing, advising or consulting with a person for consideration in connection with a proceeding or application under the *Immigration and Refugee Protection Act* should undergo training and examination specifically related to immigration practices.

RAPPORT DU COMITÉ

Le jeudi 10 mars 2011

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

SEIZIÈME RAPPORT

Votre comité auquel a été renvoyé le projet de loi C-35, Loi modifiant la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, a, conformément à l'ordre de renvoi du mardi 1 mars 2011, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Votre comité a aussi fait certaines observations qui sont annexées au présent rapport.

Respectueusement soumis,

OBSERVATIONS

**annexées au seizième rapport du
Comité sénatorial permanent des
affaires sociales, des sciences et de la technologie**

Faisant remarquer que les parajuristes ont été ajoutés aux catégories de personnes autorisées à représenter, conseiller ou consulter une personne moyennant rétribution, le comité ajoute l'observation suivante :

Qu'un parajuriste qui représente, conseille ou consulte une personne, moyennant rétribution, en lien avec une demande ou une instance prévue par la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* devrait suivre une formation et subir un contrôle portant spécifiquement sur les pratiques en matière d'immigration.

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, March 9, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:19 p.m. to study Bill C-35, An Act to amend the Immigration and Refugee Protection Act.

Senator Art Eggleton (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

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

[*English*]

Today, we continue with our consideration of Bill C-35, An Act to amend the Immigration and Refugee Protection Act.

For this second meeting, we have the minister, the Honourable Jason Kenney. We also have members of the staff at Citizenship and Immigration Canada with us: Les Linklater, Assistant Deputy Minister, Strategic and Program Policy; Mark Davidson, Acting Director General, Immigration Branch; and Elaine Menard, Legal Counsel.

Over to you, Minister.

[*Translation*]

The Hon. Jason Kenney, P.C., M.P., Minister, Citizenship and Immigration Canada: Thank you, Mr. Chair. To begin, I would like to thank the committee for inviting me here to speak to you about Bill C-35, An Act to amend the Immigration and Refugee Protection Act.

With Bill C-35, we are targeting undeclared “ghost” consultants, as well as other unscrupulous third-party intermediaries who are engaging in unacceptable and often fraudulent activity. Immigration fraud and other wrongdoing threaten the integrity of Canada’s immigration system and cost us all.

[*English*]

Some fraud happens here in Canada, but as we all know, much happens overseas in our primary immigrant-source countries. The international scope of the problem is why, when I visited China, India and the Philippines in September, I asked governments in those countries, our top immigration-source countries, to help us crack down on immigration fraud. I should add that I did the same in my recent visit to Pakistan in meeting with their interior minister, Rehman Malik, last Friday.

Fraudulent activity can range from people submitting fake documents to get a visitor’s visa, all the way to people paying up to \$100,000 to someone in order to get, for example, a fake

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 9 mars 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd’hui, à 16 h 19, pour étudier le projet de loi C-35, Loi modifiant la Loi sur l’immigration et la protection des réfugiés.

Le sénateur Art Eggleton (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

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

[*Traduction*]

Nous faisons aujourd’hui notre étude sur le projet de loi C-35, Loi modifiant la Loi sur l’immigration et la protection des réfugiés.

Dans le cadre de cette deuxième séance, nous accueillons le ministre, l’honorable Jason Kenney. Nous accueillons également des fonctionnaires de Citoyenneté et Immigration Canada : M. Les Linklater, sous-ministre adjoint de Politiques stratégiques et de programmes, M. Mark Davidson, directeur général par intérim de la Direction générale de l’immigration et Mme Elaine Menard, conseillère juridique.

Je vous cède la parole, monsieur le ministre.

[*Français*]

L’honorable Jason Kenney, C.P., député, ministre, Citoyenneté et Immigration Canada : Merci monsieur le président. Pour commencer, j’aimerais remercier le comité de m’avoir invité à parler du projet de loi C-35, Loi modifiant la Loi sur l’immigration et la protection des réfugiés.

Avec le projet de loi C-35, nous visons les consultants occultes ou fantômes, ainsi que les consultants sans scrupules qui se livrent à des activités inacceptables et souvent frauduleuses. Les fraudes et méfaits en matière d’immigration ébranlent l’intégrité du système d’immigration au Canada et nous en faisons tous les frais.

[*Traduction*]

Une partie de la fraude est perpétrée ici, mais, nous le savons tous, une grande partie est perpétrée à l’étranger dans les principaux pays d’où proviennent nos immigrants. C’est en raison de la portée internationale du problème que, lorsque je me suis rendu en Chine, en Inde et aux Philippines en septembre, j’ai demandé aux gouvernements de ces pays, nos principaux pays sources, de nous aider à lutter contre la fraude. Je dois ajouter que j’ai fait la même chose lors de ma dernière visite au Pakistan, lorsque j’ai rencontré le ministre de l’Intérieur, Rehman Malik, vendredi passé.

Les activités frauduleuses vont de la soumission de faux documents pour obtenir un visa de visiteur jusqu’au paiement de sommes pouvant atteindre 100 000 \$ à des personnes afin

spousal sponsorship application put through our system. Unscrupulous third-party intermediaries can charge exorbitant fees to applicants and promise services that are never delivered.

Let us be clear: Immigration fraud is a crime. It is a crime that raises security concern, wastes tax dollars, adds to the processing time for legitimate applicants, and is unfair to those who do follow the rules.

[*Translation*]

The government is committed to protecting vulnerable would-be immigrants and the integrity of Canada's immigration system. But while the current legislation regulates the activities of immigration representatives from the point of the submission of an application or the commencement of a proceeding, it does not regulate their involvement before a proceeding has begun or in the pre-application period. This is where most of the fraudulent activities of ghost consultants actually take place.

[*English*]

Bill C-35 would amend the Immigration and Refugee Protection Act so that only authorized representatives could provide representation or advice, for a fee, at any stage of a proceeding or application, for a visa to Canada. This includes services provided before an application is submitted to us and before a proceeding begins, for example, at the IRB, Immigration and Refugee Board of Canada, thus closing a loophole in the current framework. This would therefore make it an offence for anyone other than a lawyer, a Quebec notary, a paralegal regulated by a law society, or an authorized immigration consultant to conduct business, even before a proceeding has begun or in the pre-application period.

The bill would also provide the minister with the authority, by regulation, to designate a governing body for immigration consultants and authorize the Governor-in-Council to make regulations to enhance the government's oversight of this body. This would be done by requiring that the body governing immigration consultants provides information to the minister to assist in evaluating whether it is governing its members in accordance with the public interest.

In addition, the bill provides the authority to make regulations to facilitate the disclosure of information concerning the alleged unethical or unprofessional conduct of immigration representatives to the responsible governing body. This will allow the governing body to pursue appropriate disciplinary action where necessary.

d'obtenir, par exemple, qu'une fausse demande de parrainage de conjoint aboutisse. Des intermédiaires sans scrupules peuvent faire payer des frais exorbitants aux demandeurs et leur promettre des services qu'ils n'obtiennent pas.

Soyons clairs : la fraude liée à l'immigration est un crime. C'est un crime qui soulève des préoccupations en matière de sécurité, qui gaspille l'argent des contribuables, qui prolonge les délais de traitement des demandes authentiques et qui est injuste pour ceux qui suivent les règles.

[*Français*]

Le gouvernement est déterminé à protéger les immigrants potentiels vulnérables et l'intégrité du système d'immigration au Canada. Bien que la loi actuelle régleme les activités des représentants en immigration à partir de la soumission de la demande ou du début du processus, elle ne régleme pas leur implication avant que la procédure ne débute ou durant la période précédant le dépôt de la demande. Or, c'est là que se produisent la plupart des activités frauduleuses de consultants fantômes.

[*Traduction*]

Le projet de loi présenté au Sénat modifierait la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés afin que seuls des représentants autorisés puissent offrir des conseils en matière d'immigration ou des services de représentation contre rémunération à tout moment au cours d'une instance ou du processus de demande, pour un visa au Canada. Cela comprendrait les services offerts avant la présentation d'une demande et le début d'une instance, par exemple à la CISR, la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada, et nous nous assurerions ainsi de corriger une des failles du système actuel. Ainsi, commettrait une infraction toute personne qui n'étant pas avocat, notaire du Québec, parajuriste régi par un barreau ou consultant en immigration autorisé monnaierait ses services, même avant le début d'une instance ou durant la période précédant le dépôt de la demande.

Ce projet de loi accorderait au ministre le pouvoir de désigner, par règlement, un organisme pour régir les consultants en immigration et autoriserait le gouverneur en conseil à prendre des règlements pour effectuer une surveillance accrue à l'endroit de l'organisme désigné. Pour cela, on exigerait que l'organisme régissant les consultants en immigration fournisse des renseignements pour aider le ministre à déterminer si l'organisme régît ses membres dans l'intérêt du public.

Par ailleurs, le projet de loi prévoit le pouvoir de prendre des dispositions réglementaires visant à faciliter la divulgation, à l'organisme de réglementation désigné, de renseignements en lien avec le comportement contraire à l'éthique ou non professionnel des représentants en immigration membres de l'organisme en question. Ainsi, l'organisme de réglementation sera en mesure de prendre les mesures disciplinaires qui s'imposent, s'il y a lieu.

[Translation]

Since its introduction last June, Bill C-35 has been positively received by stakeholders, the media and Canadians, all of whom believed change was long overdue. I should add that the bill received unanimous support from all four parties in the House of Commons, once the following amendments were incorporated.

[English]

In the spirit of cooperation and compromise, a number of amendments were incorporated into the bill by the House of Commons standing committee and they were supported by the government. These include amendments to capture both direct and indirect representation and advice; to respect Quebec's jurisdiction while maintaining federal authority over the regulation of immigration consultants — and I should say that we consulted closely with the Government of Quebec in this regard; to specify the minister's authority to revoke the designation of a body through regulations; to increase maximum fines for the offence of providing unauthorized immigration advice or representation from \$50,000, which we proposed originally, up to \$100,000, and for summary convictions, the penalty was increased from \$10,000 to \$20,000. Also, the bill was amended to increase the length of time to institute a proceeding by way of a summary conviction to ten years for certain offences, as opposed to the initially proposed period of five years. Finally, the bill was amended to have all of the bill come into force on the same day.

In addition, government amendments to the bill were introduced at the committee stage to recognize paralegals regulated by a provincial law society as being authorized immigration representatives, and to provide broader authority to government to require information from the designated governing body, which is a key power.

As you will recall, Mr. Chair, at the time that Bill C-35 was introduced, I announced that I would take immediate steps to address a lack of public confidence in the regulation of immigration consultants under the current regime. In the days that followed, Citizenship and Immigration Canada, CIC, launched a transparent public selection process to identify a governing body for recognition as the regulator of immigration consultants, in parallel to the legislative process.

A call for submissions from interested candidates was published in the *Canada Gazette* on August 28, 2010, and interested parties were given until December 29 to deliver their submissions. I can report today that the call for submissions process is now complete and that an expert selection committee, comprised of two officials from my ministry, one from the Canada Border Services Agency, and four external experts, has met to review the several proposals we received.

[Français]

Depuis la présentation du projet de loi C-35 en juin dernier, nous avons reçu des commentaires positifs de la part des intervenants, des médias et des Canadiens, car tous savaient que le changement était depuis longtemps nécessaire. Je dois ajouter qu'à la Chambre des Communes, le projet de loi a reçu l'appui unanime des quatre partis après les modifications dont je vais vous parler.

[Traduction]

Dans un esprit de coopération et de compromis, un certain nombre d'amendements ont été apportés au projet de loi par le Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration de la Chambre des communes et appuyés par le gouvernement de façon à englober à la fois les conseils et les services de représentation directs et indirects; à respecter la compétence du Québec tout en maintenant l'autorité fédérale sur la réglementation des consultants en immigration, et je dois dire que nous avons travaillé en étroite collaboration avec le gouvernement du Québec à cet égard; à préciser que le ministre a le pouvoir de révoquer la désignation d'un organisme par règlement; à augmenter les amendes maximales pour les infractions liées à l'offre de conseils ou de services de représentation non autorisés de 50 000 \$ — ce que nous avons proposé à l'origine —, à 100 000 \$, et de 10 000 à 20 000 \$ pour une déclaration de culpabilité par procédure sommaire; à faire passer de 5 à 10 ans le délai permis pour engager une poursuite par voie de procédure sommaire pour certaines infractions; et à faire entrer en vigueur la totalité du projet de loi le même jour.

De plus, des amendements du gouvernement au projet de loi ont été présentés à l'étape du comité afin de reconnaître les parajuristes régis par un barreau d'une province à titre de représentants en immigration autorisés et de conférer un plus grand pouvoir au gouvernement pour obtenir de l'information de l'organisme de réglementation désigné, qui est un pouvoir clé.

Au moment où le projet de loi C-35 a été présenté, vous vous en souvenez, monsieur le président, j'ai annoncé que je prendrais des mesures immédiates pour régler la question du manque de confiance du public dans la manière dont étaient régis les consultants en immigration, dans le cadre du régime actuel. Au cours des jours qui ont suivi, Citoyenneté et Immigration Canada, CIC, a lancé un processus de sélection public transparent pour désigner un organisme de réglementation chargé de régir les activités des consultants en immigration, parallèlement au processus législatif.

Un avis sollicitant des soumissions a été publié dans la *Gazette du Canada* le 28 août 2010 et les candidats intéressés ont eu jusqu'au 29 décembre pour présenter une soumission. Je peux annoncer aujourd'hui que le processus relatif aux soumissions est maintenant terminé, et qu'un comité de sélection composé de deux représentants de mon ministère, d'un représentant de l'Agence des services frontaliers du Canada et de quatre autres experts externes s'est réuni pour examiner les propositions que nous avons reçues.

The expert committee is providing a recommendation as to which organizations, if any, have demonstrated the necessary competence, integrity, accountability, good governance and viability to effectively regulate the profession so as to preserve the integrity of the immigration system.

Mr. Chair, it is clear that many prospective immigrants and new Canadians are falling victim to unethical immigration consultants and others that I pejoratively refer to as bottom-feeders in the immigration industry, and there are a lot of them. These unscrupulous operators take advantage of would-be immigrants who are frequently charged significant fees, often ranging in the tens of thousands of dollars, and who are often promised high-paying jobs or fast-tracked or guaranteed visas.

On Friday, when I met with the interior minister for Pakistan responsible for law enforcement, he said, "Mr. Kenney, when I open the newspapers, I see all of these ads for immigration agents guaranteeing people visas to go to Canada. Are these people operating with your authority?" I had to inform him that, typically, no, they are not licensed consultants; they are outside the Canadian law, and we would appreciate it if Pakistan would crack down on them.

Driving around in the Punjab region of northern India, I have seen billboards with rip-offs of the Canadian government wordmark promising guaranteed Canadian visas if you call this number. Typically, what happens if you call that number is that you go to someone's office and they say, "I can get you the visa," or they might say, "I know someone in the consulate, and you have to pay me 5 lakh, or \$10,000 or \$15,000." Often a vulnerable young student or a farmer will liquidate their life savings or part of their life savings to make a payment to the consultant, who then will often submit a sloppy application, filled with misrepresentations and often supported by fraudulent counterfeit documents.

That is then opened up by our officials at our consulate or our high commission. We become quite expert at spotting the fraudulent documents. When we see the fake bank transcript, the fake marriage or death certificate, the fake academic transcript or flight itinerary, we stamp "reject" on it and send back a reject letter, and the person is often out their entire life savings. This is a pernicious industry that we must combat. It is difficult for us to do overseas, but it also happens in varying degrees here in Canada, which is why this bill is so important.

If passed by honourable senators, this bill will crack down on unscrupulous third-party intermediaries who undermine the integrity of our immigration system by exploiting prospective immigrants or encouraging them to cheat the system.

As I said to Minister Rehman Malik in Pakistan, if they could help us in enforcing the Pakistani law against unauthorized immigration consultants, for example, it would mean fewer

Le comité d'experts fera une recommandation concernant ceux qui, le cas échéant, auront démontré qu'ils font preuve de la compétence, l'intégrité, la responsabilité, la bonne gouvernance et la viabilité nécessaires pour régir la profession efficacement afin d'assurer l'intégrité du système d'immigration.

Monsieur le président, il est clair que de nombreux immigrants éventuels et de nouveaux Canadiens sont victimes de consultants en immigration et d'autres tierces parties, que je qualifie de profiteurs du secteur de l'immigration, et ils sont nombreux. Ces profiteurs sans scrupules exploitent des immigrants potentiels à qui ils font fréquemment payer des frais élevés, pouvant atteindre des dizaines de milliers de dollars, ou encore promettent des emplois très rémunérateurs ou l'obtention rapide d'un visa.

Vendredi, lorsque j'ai rencontré le ministre de l'Intérieur pakistanais, qui est responsable de l'application de la loi, il m'a dit, « monsieur Kenney, lorsque j'ouvre les journaux, je vois une foule d'annonces d'agents d'immigration qui garantissent des visas canadiens aux gens; ces agents agissent-ils avec votre autorisation? » J'ai dû lui dire qu'en règle générale, non, ce ne sont pas des consultants en immigration autorisés, qu'ils n'agissent pas dans le cadre des lois canadiennes et que nous aimerions que le Pakistan sévisse contre eux.

En circulant dans la région du Panjab, dans le Nord de l'Inde, j'ai vu des panneaux d'affichage arborant un faux mot-symbole du gouvernement du Canada sur lesquels on promettait l'obtention de visas canadiens si les gens appelaient au numéro de téléphone inscrit. Généralement, si l'on compose ce numéro, la personne au bout du fil dira qu'elle peut obtenir le visa ou qu'elle connaît quelqu'un qui travaille au consulat, et qu'il faudra lui payer 500 000 roupies, ou 10 000 ou 15 000 \$. Souvent, un jeune étudiant ou un agriculteur vulnérable vont se servir de toutes leurs économies pour payer le consultant qui, par la suite, soumettra des demandes faites avec négligence, remplies de faux renseignements et souvent appuyées par de faux documents.

Par la suite, les fonctionnaires de notre consulat ou de notre haut-commissariat reçoivent les demandes. Nous sommes de plus en plus des experts pour reconnaître les documents frauduleux. Lorsque nous voyons les faux documents bancaires, les faux certificats de mariage ou de naissance, les faux relevés de notes ou itinéraires de vol, nous rejetons la demande et envoyons un avis de rejet et souvent, la personne n'a plus d'économies du tout. Il s'agit d'une industrie pernicieuse que nous devons combattre. Il est difficile pour nous de le faire à l'étranger, mais cela se produit également dans une certaine mesure ici au Canada; voilà pourquoi le projet de loi est aussi important.

S'il est adopté par les honorables sénateurs, le projet de loi fournira des moyens de lutter contre les intermédiaires sans scrupules qui ébranlent l'intégrité de notre système d'immigration en exploitant les immigrants potentiels ou en les encourageant à frauder.

Comme je l'ai dit au ministre pakistanais Rehman Malik, si le pays pouvait nous aider en appliquant la loi du Pakistan contre les consultants en immigration non autorisés, par exemple, notre

fraudulent applications and counterfeit documents coming into our immigration office in Islamabad. The same applies to offices all around the world. That means faster processing time for the bona fide, legitimate applicants and an overall higher acceptance rate in due course.

For all of the hundreds of thousands of people who want to make honest, legitimate applications, they have an interest in seeing us do what we can to fix the problem. We believe Bill C-35 responds to that.

With respect to the selection of a governing body, it is true that under the current regime there is a recognized governing body for immigration intermediaries, the Canadian Society of Immigration Consultants, CSIC, and it was recognized in 2004 or 2005. I hope the committee is aware that a number of concerns have been expressed about the performance of that body, most particularly by the House of Commons Standing Committee on Citizenship and Immigration, which detailed a number of concerns about accountability and disciplinary measures and financial questions.

It was that which prompted me, as minister, to open up this selection process. We have done so in an objective way without prejudice to any of the applicants. In due course, I will be making an announcement about the governing body that is selected. We have done that in order to respond to concerns that have existed for some time about the current governing body.

[*Translation*]

Mr. Chair, I would be happy to respond to any questions or comments the committee may have.

[*English*]

The Chair: Let me start with a few questions, and then I will go to my colleagues.

The regulatory body that you are about to appoint, when will you be doing that? How soon would that be?

Mr. Kenney: In the fairly near future.

The Chair: I used to use that phrase all the time.

Mr. Kenney: I normally, if anything, say far more than I should about many things, and I give my department heart palpitations for how transparent I am about policy developments and whatnot.

This is a sensitive matter for potential legal reasons, so the less I say the better. All I can say is that we received several applications. We put in place an expert panel that has provided advice to me. In due course, I will make a recommendation to the Governor-in-Council and, in the fairly near future, I will be making an announcement based on that recommendation.

bureau d'immigration à Islamabad recevrait moins de demandes frauduleuses et de faux documents. C'est la même chose pour tous nos bureaux dans le reste du monde. Il en résulterait un temps de traitement plus rapide pour les demandes légitimes qui sont faites de bonne foi et un taux d'acceptation plus élevé.

Pour les centaines de milliers de gens honnêtes qui veulent présenter une demande légitime, il est important que nous fassions ce que nous pouvons pour régler le problème. Nous croyons que le projet de loi C-35 est une solution.

En ce qui concerne le choix d'un organisme de réglementation, il est vrai qu'aux termes du régime actuel, il y en a un pour les intermédiaires en matière d'immigration, la Société canadienne des consultants en immigration, SCCI, qui a été reconnu en 2004 ou en 2005. Le comité sait sans doute qu'un certain nombre de préoccupations ont été exprimées au sujet du rendement de cet organisme, surtout par le Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration de la Chambre des communes en ce qui concerne la responsabilisation, les mesures disciplinaires et les questions financières.

En tant que ministre, c'est ce qui m'a poussé à lancer ce processus de sélection. Nous l'avons fait de façon objective, sans préjugé à l'égard d'aucun des candidats. En temps voulu, je ferai une annonce au sujet de l'organisme choisi. Nous l'avons fait afin de répondre aux préoccupations qui sont exprimées depuis un certain temps au sujet de l'organisme de réglementation actuel.

[*Français*]

Monsieur le président, il me fera plaisir de répondre à vos questions ou commentaires.

[*Traduction*]

Le président : Permettez-moi de commencer par poser quelques questions, et par la suite, je céderai la parole à mes collègues.

En ce qui concerne l'organisme de réglementation que vous êtes sur le point de nommer, quand le ferez-vous? Quand cela aura-t-il lieu?

M. Kenney : Très bientôt.

Le président : J'avais l'habitude d'utiliser cette expression tout le temps.

M. Kenney : En temps normal, j'en dis beaucoup plus que je le devrais au sujet de bien des choses, et je fais tellement preuve de transparence au sujet de l'élaboration des politiques et à bien d'autres égards que les gens de mon ministère en ont des palpitations.

Étant donné que pour des raisons d'ordre juridique, c'est une question délicate, moins j'en dis, mieux c'est. Tout ce que je peux dire, c'est que nous avons reçu plusieurs soumissions. Nous avons mis en place un comité d'experts qui m'a donné des conseils. En temps et lieu, je ferai une recommandation au gouverneur en conseil et, très bientôt, je ferai une annonce conformément à cette recommandation.

The Chair: The purpose of the bill is to deal with unscrupulous or fraudulent operations, et cetera, and I think we all agree with that.

You talked about people who have become victimized, victims of unethical immigrant consultants. What happens to the victims? Maybe some of the victims contribute to their own problem, and maybe they are part of the problem. In some cases, they may engage one of these consultants, not knowing that they are dealing with somebody of that ilk.

If they subsequently get onto the right track, will this be held against them, the fact they were tied to an illegal operator, if they are truly victims?

Mr. Kenney: It depends on the facts of each individual case. Let us be honest, in many cases people willingly engage someone who offers to cut corners for them. If an applicant for a visa or immigration to Canada signs a form that has been prepared by their consultant, and it includes misrepresentations or fraudulent documents, that person must take responsibility. That usually results in what is called an A40 report being written, meaning that they are ineligible to apply for a visa for a period of two years.

Some would say that is not a strong enough sanction. I think that, in considering whether to apply that sanction to the applicant, our officers do look at the context. In some cases, if they see someone has clearly been led down the garden path and that the client acted in good faith, I think they take that into consideration before applying that sanction.

The Chair: Each on its own merits.

You talked about your discussions in Pakistan and other places. You recognize that many of these fraudulent activities start overseas somewhere. Do you have any specific mechanisms in place, any agreements with these countries, other than telling them the things that will lead to that?

Mr. Kenney: What we are seeking to do is to make stronger regulation and enforcement of the immigration industry in the source countries a priority in our bilateral relations.

To give you some examples, in September of last year I met with the minister for non-resident Indians in New Delhi, as well as the minister of public safety and the minister of foreign affairs, and obtained from them an undertaking that the Indian cabinet would recommend to the Lok Sabha a bill to substantially improve the regulation of immigration agents and intermediaries in the current session of the Indian Lok Sabha Parliament. That has not yet happened for domestic political reasons, but we have been lobbying them for some time to move forward on this, and we have a clear commitment, I think, that they will do so at the earliest opportunity. That is good news.

Le président : Le projet de loi a pour objectif de lutter contre les gens sans scrupules qui mènent des activités frauduleuses, entre autres, et je pense que nous sommes tous d'accord.

Vous avez parlé de gens qui sont devenus des victimes de consultants malhonnêtes. Qu'arrive-t-il aux victimes? Certaines victimes contribuent peut-être à leur problème ou font peut-être partie du problème. Dans certains cas, ces gens peuvent embaucher un consultant en ne sachant pas qu'ils traitent avec une personne de cette espèce.

S'ils suivent ensuite la bonne voie, est-ce que le fait qu'ils ont eu affaire à un fraudeur jouera contre eux, s'ils sont vraiment des victimes?

M. Kenney : Cela dépend des faits liés à chacun des cas. Soyons honnêtes, dans bien des cas, les gens sont disposés à engager quelqu'un qui leur offre de prendre des raccourcis pour eux. Si un demandeur de visa ou si une personne qui veut immigrer au Canada signe un formulaire qui a été préparé par son consultant, et que le formulaire contient de faux renseignements et qu'il y a de faux documents, cette personne doit en assumer la responsabilité. Par conséquent, on rédige ce que j'appelle un rapport A40, ce qui veut dire que la personne ne peut pas présenter une demande de visa avant deux ans.

Certains diront que la sanction n'est pas assez lourde. Je crois que, lorsqu'ils déterminent s'ils imposeront cette sanction au demandeur, nos agents examinent la situation. Dans certains cas, s'ils constatent qu'une personne a vraiment été trompée et que le client a agi de bonne foi, je pense qu'ils peuvent en tenir compte avant d'imposer la sanction.

Le président : En toute objectivité.

Vous avez parlé des discussions que vous avez eues au Pakistan et ailleurs. Vous savez que bon nombre des activités frauduleuses partent de l'étranger. À part le fait que vous dites à ces pays ce qui mène à cela, avez-vous des mécanismes en place, des ententes avec ces pays?

M. Kenney : Notre objectif est de faire du renforcement de la réglementation et de l'application de la loi en matière d'immigration dans les pays sources une priorité de nos relations bilatérales.

Voici des exemples : en septembre dernier, à New Delhi, j'ai rencontré le ministre responsable des Indiens non résidents ainsi que les ministres de la Sécurité publique et des Affaires étrangères et nous avons obtenu une promesse selon laquelle le cabinet indien présenterait, au cours de la présente session de la Lok Sabha du Parlement de l'Inde, un projet de loi visant à améliorer considérablement la réglementation sur les agents et les intermédiaires en immigration. Cela n'a pas encore été fait, pour des raisons politiques internes, mais depuis un certain temps, nous exerçons des pressions sur eux pour qu'ils aillent de l'avant; je pense qu'ils se sont clairement engagés à le faire le plus tôt possible. C'est une bonne nouvelle.

Second, law enforcement in India, as here in Canada, is typically the responsibility of the state or regional governments. I visited Chandigarh, and I met the chief minister of the Punjab region, the largest source region for immigrants to Canada in India. Chief Minister Badal Singh agreed to appoint a special representative of the Punjab state police to work directly with our consulate in pursuing charges and prosecutions against people who are clearly, in our view, guilty of facilitating immigration fraud.

I have to be honest with you, when I met with Minister Singh 18 months previous, he made a similar undertaking and not much happened. This time, I said that we are prepared to present to him an absolutely comprehensive package of evidence on one particular consultant who has taken, we believe, at least \$400,000 from applicants for student visas, submitting manifestly false, fraudulent, bogus applications. The students held protests outside this guy's office in Jalandhar in Punjab. I told him that we have the evidence and will give it to him. He said to give it to him, and that he would ensure the state police follow up on it. Fortunately, that man was arrested about two weeks later. There has been a significant increase in enforcement activity.

In Beijing, I met with the minister of public security and raised the same issue, particularly with respect to marriage fraud being facilitated by apparently criminal networks in the Guangzhou and Fujian regions, resulting in thousands of fraudulent marriage applications being submitted to our Hong Kong office. I said we need cooperation with the Chinese police to follow up on these files. They agreed to have a formal, ongoing interface between the relevant police agencies and our CIC office in Beijing.

I think we are making progress, but it is something we will have to stay on top of permanently. These appear to be victimless crimes, and they are certainly non-violent crimes. They are paper crimes, so often they are not an enforcement priority. It will take concerted, continued diplomatic pressure for us to maintain this as a priority issue with some of those countries.

The Chair: Two of the organizations that appeared at our first meeting last week, the Canadian Association of Professional Immigration Consultants and the Canadian Society of Immigration Consultants, both indicated a concern about paralegals. In the current circumstance, apparently it is only Ontario that this applies to, as they come under The Law Society of Upper Canada, but ultimately other provinces could become involved. While they had great respect for the law societies, they were not sure about the training and qualifications of paralegals to deal with immigration services. In fact, in the words of one of them, they believed that allowing paralegals to be recognized as authorized representatives would impugn the Canadian immigration system.

Deuxièmement, en Inde, à l'instar du Canada, l'application de la loi est habituellement une compétence des gouvernements régionaux. J'ai visité Chandigarh et j'ai rencontré le ministre en chef du Panjab, la plus importante région source en Inde pour les immigrants au Canada. Badal Singh, le ministre en chef, a accepté de nommer un représentant spécial auprès de la police du Panjab qui travaillera en étroite collaboration avec notre consulat afin de mettre en accusation et de poursuivre les personnes qui, selon nous, sont de toute évidence coupables d'avoir facilité la fraude dans le domaine de l'immigration.

Je dois être honnête envers vous; il y a 18 mois, quand j'ai rencontré le ministre Singh, il avait pris un engagement semblable, avec peu de résultats. Cette fois, je lui ai dit que nous sommes prêts à lui fournir un dossier très étoffé sur un conseiller précis qui, selon nous, a soutiré au moins 400 000 \$ aux demandeurs de visas d'étudiant, auxquels il a fourni des documents manifestement faux, frauduleux. Les étudiants ont manifesté devant ses bureaux, à Jalandhar, au Panjab. J'ai dit au ministre que nous avions des preuves et que nous allions les lui donner. Il nous a demandé de les lui donner et qu'il s'assurerait que la police ferait un suivi. L'homme a été arrêté deux semaines plus tard, heureusement; on a nettement amélioré l'application de la loi.

À Beijing, J'ai rencontré le ministre de la Sécurité publique et soulevé le même problème, plus précisément par rapport à la fraude des mariages organisée vraisemblablement par des organisations criminelles des régions de Guangzhou et du Fujian, ce qui a pour résultat d'inonder notre bureau de Hong Kong de milliers de demandes frauduleuses liées au mariage. J'ai dit qu'une collaboration avec la police chinoise pour faire le suivi de ces dossiers était nécessaire. Ils ont convenu d'établir des rapports officiels et continus entre les services de police concernés et le bureau de CIC de Beijing.

Je pense que nous progressons, mais nous devons toujours nous tenir au courant de la situation. Ces crimes semblent être des crimes sans victimes, et ce sont sans contredit des crimes non violents. Ce sont des crimes de contrefaçon; souvent, donc, ce n'est pas la priorité des services de police. Pour que cela demeure une question prioritaire dans certains de ces pays, nous devons continuer d'exercer des pressions concertées sur le plan diplomatique.

Le président : La semaine dernière, deux des organismes qui ont témoigné lors de notre première réunion, l'Association canadienne des conseillers professionnels en immigration et la Société canadienne des consultants nous ont fait part de leur préoccupation à l'égard des techniciens juridiques. Dans la situation actuelle, cela s'appliquerait vraisemblablement à l'Ontario seulement, puisqu'ils sont assujettis à la réglementation du Barreau du Haut-Canada, mais en fin de compte, cela pourrait toucher les autres provinces. Bien qu'ils tiennent les barreaux provinciaux en haute estime, ils avaient des réserves par rapport à la formation et aux compétences des techniciens juridiques en matière de services d'immigration. En fait, pour reprendre les paroles de l'un des témoins, ils sont d'avis que permettre aux techniciens juridiques d'être reconnus comme des représentants autorisés minerait le système d'immigration canadien.

They are not trained to offer immigrant consulting services. Law societies do not impose strict standards of practice for immigration law.

What kind of education, training, qualifications, or certification might need to happen?

Mr. Kenney: The amendment added to the bill proposes to recognize, as immigration practitioners, paralegals who are recognized by their respective provincial law societies or l'Association professionnelle des notaires du Québec, because they have recognition from their provincial law society.

That recognizes a significant standard of expertise and training. I am sure the law societies are not licensing untrained paralegals. Essentially, we are putting our confidence in the training regime and the licensing process established by the provincial law societies.

Here is the reason why the House committee adopted this amendment with respect to paralegals. Frequently, law firms will act on behalf of our ministry's applicants for immigration or visas. A common practice in a law firm would be for a partner to delegate either all or part of the work to a paralegal.

Quite frankly, a lot of the immigration work is pretty rote. It is just filling out forms and understanding the process. It is not as complex as court appearances, et cetera.

If a paralegal phones CIC to check on the status of a file, we want to have a legal facility so that person can operate as a licenced immigration intermediary. Is that fair to say?

Les Linklater, Assistant Deputy Minister, Strategic and Program Policy, Citizenship and Immigration Canada: I will add to what the minister has said.

The Chair: It is not that the paralegals are not properly trained and governed. It is how much they know about the immigration area. That was the concern being expressed.

Mark Davidson, Acting Director General, Immigration Branch, Citizenship and Immigration Canada: As the minister correctly pointed out, we are only dealing with paralegals regulated by the Law Society of Ontario.

In Ontario, there is a requirement by the Law Society of Upper Canada that individuals may only practice in a field for which they have expertise. That is how the law societies ensure that individuals do not practice in an area for which they do not have expertise.

Mr. Kenney: I will defer to my officials here.

The Chair: I will move on to my colleagues, who are anxious to get their questions in.

Ils n'ont pas la formation requise pour offrir des services-conseils aux immigrants. Les barreaux n'ont pas de normes sévères pour la pratique du droit de l'immigration.

Quel genre de cours, de formation, de compétences ou de certification devrait-on exiger?

M. Kenney : L'amendement au projet de loi prévoit la reconnaissance, à titre d'agents d'immigration, les techniciens juridiques qui sont reconnus par les barreaux de leur province respective ou par l'Association professionnelle des notaires du Québec, parce qu'ils satisfont aux exigences de ces organismes provinciaux.

Il s'agit de l'établissement d'une norme d'expertise et de formation. Je suis certain que les barreaux n'accordent pas de permis à des techniciens juridiques sans formation. Essentiellement, nous faisons confiance aux programmes de formation et à la procédure d'autorisation établie par les barreaux des provinces.

Voilà pourquoi le comité de la Chambre a adopté cet amendement à l'égard des techniciens juridiques. Souvent, les cabinets d'avocats agissent au nom de personnes qui présentent une demande d'immigration ou de visa au ministère. Une des pratiques courantes des cabinets d'avocats serait que les associés délégueraient, en tout ou en partie, le travail à un technicien juridique.

Honnêtement, en immigration, une bonne partie du travail est assez monotone. Il s'agit simplement de remplir des formulaires et de comprendre le processus. Ce n'est pas aussi complexe que les comparutions devant les tribunaux, et cetera.

Si un technicien juridique appelle CIC pour vérifier l'état d'un dossier, nous voulons avoir qu'il y ait un cadre juridique permettant à cette personne d'agir à titre d'agent en immigration autorisé. Est-ce bien cela?

Les Linklater, sous-ministre adjoint, Politiques stratégiques et de programmes, Citoyenneté et Immigration Canada : Je vais ajouter ma voix à celle du ministre.

Le président : Ce n'est pas que les techniciens juridiques n'ont pas la formation nécessaire ou qu'ils ne sont pas bien encadrés. La question est de savoir ce qu'ils connaissent de l'immigration. Voilà la préoccupation dont on parle.

Mark Davidson, directeur général par intérim, Direction générale de l'immigration, Citoyenneté et Immigration Canada : Comme le ministre l'a fait remarquer, à juste titre, nous nous occupons seulement des techniciens juridiques régis par le Barreau du Haut-Canada.

En Ontario, le Barreau du Haut-Canada oblige les personnes à pratiquer seulement dans les domaines pour lesquels elles ont les compétences. C'est ainsi que les barreaux s'assurent que les gens ne pratiquent pas dans un domaine pour lequel ils ne sont pas qualifiés.

M. Kenney : Je ne suis pas du même avis que mes fonctionnaires.

Le président : Je vais laisser la parole à mes collègues, qui brûlent d'envie de poser des questions.

Senator Cordy: Thank you for appearing before our committee. My colleagues around the table will tell you that it is extremely important that ministers come to speak to bills. We get to speak to the Leader of the Government in the Senate, but this is the only time we get to speak to you. It is nice to have you here in person to discuss Bill C-35.

Regardless of political party, everyone agrees that we want to ensure that consultants are working in the best interests of those who wish to immigrate to Canada and are following the rules.

Minister, since June, there have been a number of troubling events. Most recently, your Parliament Hill office was being used to solicit funds to target ethnic ridings because, in your words, they live where the Conservative Party needs to win.

I find that troubling. The same people who look to your office and to you, as Minister of Citizenship and Immigration, to assist them with difficult immigration issues involving members of their families are now learning that they are perceived as targets for political reasons.

Do you not think, minister, that this impression or perception makes it more difficult for you to fulfill your responsibilities as the Minister of Citizenship, Immigration and Multiculturalism now that your parliamentary office is being used to target these people on behalf of the Conservative Party?

Senator Eaton: What does this have to do with the bill?

Senator Cordy: I am getting to the bill.

The Chair: Order, please. We should stick to the bill.

Senator Cordy: We need to remember that many of these immigrants are arriving from countries like China where there is no distinction made between a party and the government, and where there are no free elections. We are lucky that we live in such a great country.

In these countries, party and government are all one and the same. When we blur this distinction in Canada, in the very office of the minister responsible for immigration, what kind of message —

Senator Eaton: Where is the question dealing with Bill C-35?

The Chair: I take it she is coming to that. Please get to the bill.

Senator Cordy: What kind of message are we sending to the immigrants and to the so-called crooked consultants about the nature of our system of government?

We have heard that the government now wishes to be referred to as the “Harper Government” and not the “Government of Canada.”

Le sénateur Cordy : Je vous remercie d’avoir comparu devant le comité. Mes collègues vous diront qu’il est extrêmement important que les ministres viennent parler des projets de loi. Nous avons l’occasion de parler avec le leader du gouvernement au Sénat, mais c’est la seule fois où nous avons l’occasion de nous entretenir avec vous. Nous sommes heureux de vous accueillir pour discuter du projet de loi C-35.

Indépendamment de l’allégeance politique, nous sommes tous d’accord pour dire que nous voulons faire en sorte que les conseillers travaillent dans le meilleur intérêt de ceux qui veulent immigrer au Canada et qui suivent les règles.

Monsieur le ministre, depuis le mois de juin, il y a eu plusieurs événements troublants. Tout récemment, on a utilisé votre bureau de la Colline du Parlement pour solliciter des fonds afin de cibler les circonscriptions ethniques parce que, selon vos dires, ils vivent dans des collectivités où le Parti conservateur doit gagner.

Je trouve cela troublant. Les mêmes personnes qui se tournent vers votre bureau et vers vous, en votre qualité de ministre de la Citoyenneté et de l’Immigration, pour les aider à régler des problèmes d’immigration difficiles concernant des membres de leur famille apprennent qu’elles sont ciblées pour des raisons politiques.

Ne pensez-vous pas, monsieur le ministre, que cette impression ou cette perception vous empêche de bien remplir votre rôle de ministre de la Citoyenneté, de l’Immigration et du Multiculturalisme, maintenant que votre bureau du Parlement est utilisé pour cibler ces personnes au nom du Parti conservateur?

Le sénateur Eaton : Quel est le rapport avec le projet de loi?

Le sénateur Cordy : Je vais y arriver.

Le président : Silence, s’il vous plaît. Nous devrions nous en tenir au projet de loi.

Le sénateur Cordy : Nous devons nous rappeler que beaucoup de ces immigrants sont venus de pays comme la Chine, où on ne fait aucune distinction entre un parti et le gouvernement et où il n’y a pas d’élections libres. Nous avons la chance de vivre dans un si merveilleux pays.

Dans ces pays, le parti et le gouvernement sont une seule et même chose. Au Canada, lorsqu’on occulte cette distinction, dans le bureau même du ministre responsable de l’immigration, ce genre de message...

Le sénateur Eaton : Je n’ai pas entendu la question sur le projet de loi C-35.

Le président : J’ai cru comprendre qu’elle y vient. Je vous prie de revenir au projet de loi.

Le sénateur Cordy : Quel genre de message envoyons-nous aux immigrants et aux soi-disant conseillers malhonnêtes sur la nature de notre système de gouvernement?

Nous avons entendu dire que le gouvernement souhaite désormais être appelé le « gouvernement Harper » et non « gouvernement du Canada ».

Senator Eaton: This has nothing to do with this committee.

The Chair: Senator Cordy, could you get to Bill C-35, please? Order, please. One chair is all we need.

Senator Cordy: I have no doubt that the minister can handle this.

How do we convey that we are looking at protecting our immigrants from the crooked consultants when there is the blur?

Mr. Kenney: Being from the other place, I have no problem answering political questions.

Senator Cordy: I knew you would not, minister.

Mr. Kenney: I did not realize that politics broke out in the Senate. Thank you, Senator Cordy.

If I could, Mr. Chair, I want to respect your conventions here so I will try to be brief in my response.

You have ascribed words to me that I have never uttered or written about regarding the winning of ridings and so on. I think those comments were drawn from a presentation deck produced as part of a Conservative Party advertising campaign. I do not think it is accurate to attribute those words to me.

I make no apology for the fact that the Conservative Party is deliberately reaching out to new Canadians. We believe, as I hope all parties do, that we need to be responsive to the aspirations, values and priorities of new Canadians.

The Conservative Party has been transparent about that.

The project to which the senator refers is part of a Conservative Party effort to communicate its values to new Canadians. Advertising is a legitimate and normal democratic function that all parties engage in.

When I was heading out of the country last Thursday for an overseas emergency, I asked a member of my office to ensure that my caucus colleagues received a presentation that had been discussed at a caucus meeting. I would normally have sent it myself. I was unable to because of the travel emergency. We have procedures in my office to ensure that partisan fundraising is transmitted on party letterhead or personal letterhead, and those procedures were not followed in this instance. As soon as this came to light, my assistant offered his resignation, which I accepted. I should mention he is a bright, talented young man who regrets this unfortunate error.

As soon as I learned something inappropriate had been done in terms of parliamentary letterhead, my office took appropriate action.

The broader point to Senator Cordy's question is that we live in a Westminster parliamentary democracy. In addition to being the Minister of Citizenship, Immigration and Multiculturalism,

Le sénateur Eaton : Cela n'a rien à voir avec le comité.

Le président : Sénateur Cordy, pourriez-vous parler du projet de loi C-35, s'il vous plaît? Silence, s'il vous plaît. Un seul président suffit.

Le sénateur Cordy : Je ne doute pas que le ministre soit capable d'en prendre.

Dans toute cette confusion, comment pouvons-nous faire passer le message selon lequel notre objectif est de protéger nos immigrants des conseillers malhonnêtes?

M. Kenney : Étant donné que je viens de l'autre Chambre, je n'ai aucun problème à répondre à des questions d'ordre politique.

Le sénateur Cordy : Je n'en doutais pas, monsieur le ministre.

M. Kenney : Je ne savais pas qu'on soulevait des questions politiques au Sénat. Merci, sénateur Cordy.

Si vous le permettez, monsieur le président, j'aimerais respecter vos coutumes, J'essaierai donc d'être bref.

Vous m'avez prêté des propos que je n'ai jamais dits ou écrits par rapport à la conquête de circonscriptions, et cetera. Je pense que ces observations ont été tirées d'un exposé produit dans le cadre d'une campagne de publicité du Parti conservateur. Je ne pense pas que me prêter ces propos soit juste.

Je ne présente pas d'excuses pour le fait que le Parti conservateur tend volontairement la main aux nouveaux Canadiens. Nous croyons, comme tous les partis, j'espère, que nous devons être à l'écoute des aspirations, des valeurs et des priorités des nouveaux Canadiens.

Le Parti conservateur ne s'en est pas caché.

Le projet dont parle le sénateur fait partie d'une campagne du Parti conservateur visant à faire connaître ses valeurs aux nouveaux Canadiens. La publicité est une fonction légitime et démocratique normale à laquelle tous les partis ont recours.

Jeudi dernier, alors que j'allais à l'extérieur du pays pour une situation d'urgence, j'ai demandé à un membre de mon personnel de faire parvenir à mes collègues du caucus un document dont on avait discuté lors d'une réunion du caucus. J'aurais dû normalement l'envoyer moi-même. Je n'ai pas pu le faire en raison des circonstances. Dans mon bureau, il y a des procédures pour s'assurer que lorsqu'on sollicite du financement à des fins partisans, ce soit fait sur du papier à en-tête du parti ou à en-tête personnel; les procédures n'ont pas été respectées cette fois-ci. Dès que cela s'est su, mon adjoint a présenté sa démission, que j'ai acceptée. Je dois mentionner que c'est un jeune homme brillant et talentueux et qui regrette cette malencontreuse erreur.

Dès que j'ai appris qu'on avait fait une mauvaise utilisation du papier à en-tête parlementaire, nous avons pris les mesures appropriées.

Le contexte plus large auquel se rapporte la question du sénateur Cordy est que nous vivons dans une démocratie inspirée du régime de Westminster. En plus d'être le ministre de la

I am still a member of a political party, like you all are. It is a normal function of my role in the Westminster system to support my political party. I make no apologies for that whatsoever.

I would say, however, that in my extensive work across the country to reach out to new Canadians, I would estimate that 85 per cent or 90 per cent of my time is focused on government business as opposed to strictly partisan business.

For example, on Sunday, I participated in eight events with cultural communities in the Greater Toronto area, seven of which were of an exclusively official nature, public, transparent and non-partisan. One was a Conservative Party event. That is the typical balance of how I allocate my time, and I do not think that is unreasonable.

The Chair: Before going on to the next speaker, let us try to get the questioning on Bill C-35. There is always latitude in terms of preamble, and everyone takes that latitude, but let us try to keep the discussion around Bill C-35.

Senator Mercer: Thank you, minister, for being here. The bill itself, I think, is a good bill and one that we can support. I will take a different tact than my colleague, Senator Cordy, although it is tempting to go along that route. This was not an assistant who was new on the Hill; he was not a rookie, so he should have known better.

You mentioned that the unscrupulous third-party intermediaries can charge exorbitant fees, et cetera. You say that during the pre-application is when most of the fraudulent activities of ghost consultants actually take place, and this includes services provided before the application is submitted.

I do not disagree with any of that, but I am a little confused. In the past two weeks — I say “two weeks,” but I may be stretching it; it may have been less than that — your department has bombarded Canadian television with advertisements directed at bad immigration consultants. I have no problem with that. I just have a little problem with the fact that we are advertising here in Ottawa, or in Halifax, where I watch most of my television, or in Toronto, et cetera, where most of these consultants are not present. Most of these consultants are exactly where you said they were, where you said you saw billboards as you drove along the streets of India and Pakistan. I know that exists and I do not doubt that. However, it seems to me that the advertising we are using here in Canada seems to be more self-serving than serving the essence of what the bill is trying to do. Perhaps you could comment on that.

Mr. Kenney: Just a quick rebuttal on the first point. The assistant in question had only worked for me here for six weeks, but he came to me as a bright, highly paid corporate lawyer from New York, and he ought to have known better.

Citoyenneté, de l'Immigration et du Multiculturalisme, je suis toujours un membre d'un parti politique, comme vous tous. Dans notre régime parlementaire britannique, il est tout à fait normal que j'appuie mon parti politique. Je ne présente pas d'excuses pour quoi que ce soit.

Cependant, je dirais que dans le cadre de mes importantes démarches à travers le pays pour tendre la main aux nouveaux Canadiens, 85 ou 90 p. 100 de mon temps est consacré aux affaires du gouvernement plutôt qu'aux tâches purement partisans.

Dimanche, par exemple, j'ai participé à huit événements avec les communautés culturelles dans la région du Grand Toronto; sept étaient à caractère exclusivement officiel, public, transparent et non partisan. L'autre était un événement du Parti conservateur. C'est ainsi que je répartissais habituellement mon temps, et je ne pense pas que ce soit déraisonnable.

Le président : Avant de passer au prochain témoin, essayons de ramener nos questions sur le projet de loi C-35. Il y a toujours de la latitude pour une introduction, et tout le monde s'en prévaut, mais essayons de garder la discussion sur le projet de loi C-35.

Le sénateur Mercer : Merci, monsieur le ministre, d'être des nôtres. Je pense qu'il s'agit en soi d'un bon projet de loi que nous pouvons appuyer. Je vais aborder le sujet sous un angle différent que ma collègue, le sénateur Cordy, bien qu'il soit tentant de poursuivre dans la même veine. Comme l'adjoint n'était pas nouveau sur la Colline et qu'il n'était pas un novice, il aurait dû montrer plus de discernement.

Vous avez mentionné que les intermédiaires sans scrupules peuvent demander des frais exorbitants, et ainsi de suite. Vous dites que la plupart des activités frauduleuses des consultants fantômes surviennent durant la période précédant le dépôt de la demande, ce qui inclut les services offerts avant la présentation de la demande.

Je ne m'oppose à aucune de ces affirmations, mais je suis un peu perplexe. Au cours des deux dernières semaines — j'exagère peut-être un peu, car il est possible que ce soit moins que cela —, votre ministère a bombardé la télévision canadienne de publicités s'adressant aux mauvais consultants en immigration. Je n'y vois aucun problème. Ce qui me dérange un peu, c'est que nous présentons ces annonces ici au Canada, ou à Halifax, où je regarde le plus souvent la télévision, ou à Toronto, et cetera, là où peu de ces consultants se trouvent. La majorité de ces consultants sont exactement là où vous avez dit qu'ils sont, où vous avez aperçu des panneaux en conduisant dans les rues de l'Inde et du Pakistan. Je sais que cette publicité existe et je n'en doute pas. Toutefois, il me semble que la publicité que nous utilisons ici au Canada semble servir davantage nos propres intérêts que l'intention du projet de loi. Vous pourriez peut-être vous prononcer à ce sujet.

M. Kenney : J'aimerais réfuter brièvement le premier point que vous avez soulevé. L'adjoint en question n'avait travaillé pour moi que six semaines, mais il me paraissait être un brillant conseiller juridique d'entreprise grassement rémunéré de New York, et il aurait dû se montrer plus futé.

In any event, in terms of the advertising campaign, this is in response to one of the recommendations of the Standing Committee on Citizenship and Immigration, the report on consultants, which said we had to have better public information campaigns to make people aware — sort of *caveat emptor* — about the risks of using unscrupulous or unregistered immigration consultants. That is really what the campaign is designed to address.

First, there are ghost consultants operating in Canada. For example, the *Toronto Star* has done at least two exposés on unscrupulous, both licensed and unlicensed, immigration consultants, openly encouraging people to file fraudulent asylum applications and the like. It is hard for us to put a number on it, but the senator could open up one of many dozens of ethnic-language newspapers in Canada and see pages of ads of unlicensed immigration consultants offering services in Canada. There is an issue here that we need to address domestically. That is the first point.

Second, often when people overseas are applying for visas or immigration to Canada, they have relatives or friends in Canada with whom they consult. We believe that by raising the awareness of the risk of using an unscrupulous consultant with Canadians, that message will transmit back to source countries in many cases.

Third, the senator will be pleased to learn that we will shortly be launching an overseas dimension to our consultants' advertising campaign. I would be happy to provide you with details in writing, but it will be focused on our primary immigration-source countries on websites with high traffic of potential immigrants to Canada and whatnot.

We are doing what we can overseas, within reason. Can you imagine if we did a big TV buy in India, with a TV market of 1.5 billion people? We cannot do anything that expansive, but we will be doing things in a narrowcast way to try to reach as many prospective visa applicants overseas as we can.

Senator Mercer: Thank you, minister. You skipped the part where I thought the ads, while good ads, seem to be more self-serving. I have lived in Canada's largest city and I have worked with people in various ethnic groups that I am not a member of. I know that there are people in our country who are fraudulent, although I think we have acknowledged that the biggest problems are elsewhere.

You went on to say in your presentation that the amendments in the house give the minister authority to revoke the designation of a body through regulations. I am always concerned when I see the phrase "through regulations" and no one explains to us where the regulations are, how the regulations are developed, who is consulted before the regulations are put in place, and how the

Quoi qu'il en soit, nous avons lancé la campagne de publicité pour donner suite à l'une des recommandations du Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration, du rapport sur les consultants, comme quoi nous devrions avoir de meilleures campagnes d'information publique pour mettre les gens au courant — un peu comme la règle « *caveat emptor* », à savoir que l'acheteur doit prendre garde — au sujet des risques de faire appel à des consultants en immigration sans scrupules ou non accrédités. C'était la raison d'être de la campagne.

Premièrement, il y a des consultants fantômes qui travaillent au Canada. Par exemple, le *Toronto Star* a publié au moins deux articles sur les consultants en immigration sans scrupules accrédités et non accrédités, qui encouragent ouvertement les gens à soumettre des demandes d'asile frauduleuses, entre autres. Il nous est difficile de fixer un nombre, mais le sénateur pourrait ouvrir l'un des nombreuses dizaines de journaux en langues étrangères distribués au Canada et voir des pages de publicités de consultants en immigration non accrédités qui offrent des services au Canada. C'est là un problème que nous devons régler au pays. C'est mon premier point.

Deuxièmement, quand les gens à l'étranger font une demande de visa ou d'immigration au Canada, ils ont souvent des membres de leur famille ou des amis au Canada qu'ils consultent. Nous croyons qu'en sensibilisant les Canadiens aux risques de faire appel à un consultant sans scrupules, dans bien des cas, le message sera communiqué aux pays sources.

Troisièmement, le sénateur sera ravi d'apprendre que nous lancerons très bientôt un volet à l'étranger de notre campagne de publicité sur les consultants. Je serais heureux de vous en fournir les détails par écrit, mais ce volet mettra l'accent sur nos principaux pays sources d'immigration en affichant des renseignements sur les sites Web visités par beaucoup d'immigrants éventuels au Canada.

Nous faisons tout ce que nous pouvons à l'étranger, dans les limites du raisonnable. Pouvez-vous imaginer si nous achetions beaucoup d'espace publicitaire à la télévision en Inde, qui compte un marché de 1,5 milliard d'auditeurs? Nous ne pouvons pas faire quelque chose d'aussi expansif, mais nous prendrons des mesures à plus petite échelle pour essayer de rejoindre le plus de demandeurs de visa éventuels que possible.

Le sénateur Mercer : Merci, monsieur le ministre. Vous avez sauté la partie où j'ai dit que je pensais que les publicités, bien qu'elles soient bonnes, semblent davantage servir nos propres intérêts. J'ai vécu dans la plus grande ville au Canada et j'ai travaillé avec des gens issus de divers groupes ethniques auxquels je n'appartiens pas. Je sais qu'il y a des fraudeurs dans notre pays, même si je pense que nous avons reconnu que les plus gros problèmes sont ailleurs.

Vous avez ensuite dit dans votre exposé que les amendements apportés à la Chambre donnent au ministre le pouvoir de révoquer la désignation d'un organisme par règlement. Je suis très inquiet quand je vois l'expression « par règlement » et que personne ne nous explique où sont les règlements, comment ils sont élaborés, qui l'on consulte avant de les mettre en place et

regulations will be reviewed. What seems good when you come in with the regulations and what actually ends up being good after you administer them for a number of years may be two different things.

Mr. Kenney: I know that is always a concern of Parliament, to ensure that statutory authority to create regulations is limited. The reason for this provision is that under the current statute, under the current regime, we cannot require that the governing body provide us with any information. We recognize them and then just trust that everything they do will be on the up and up. The concern has been raised that that has not always been the case.

We did not think it would be appropriate to specify in the statute all the different items the organization might be required to submit from time to time. I will give you an example.

Let us say that, at some point 10 years down the road, we find the governing body is having financial issues in a particular area that is not covered by the regulations. Rather than going back to Parliament to get an amendment to the statute to seek to enumerate the requirement to furnish that information, it would be faster and more flexible to amend the regulations.

Senator Merchant: I will return to the criteria that you use to find the governing body. Maybe you have said some of these things, but please go over them for us again.

During the process of selecting organizations to be part of the governing body, what criteria were used to determine suitability? How were these criteria determined, and by whom? Could you then tell us the type of applications you have been receiving thus far? Is the Canadian Society of Immigration Consultants still being considered to take part in this new governing body?

Mr. Kenney: In answer to your first question, the criteria for selection were outlined in a public notice that I published in the *Canada Gazette* in August last year. That notice outlines competence, integrity, accountability, viability and good governance. It also indicates what the evaluative process would be for us to assess those criteria in the applications that we received.

There are five pages. I will not bore you with the details, but those are the key factors that we are looking at in the submissions.

We have received four submissions. I am sure it is not a problem if I confirm that the current regulatory body, CSIC, has submitted one of those submissions to be designated as the regulatory body, together with three other submissions that we have received. All of those have been assessed by the expert panel, and that expert panel has made its recommendation to me and we are moving forward in that process.

comment ils sont passés en revue. Ce qui semble être bon quand on arrive avec un nouveau règlement peut ne plus l'être après quelques années.

M. Kenney : Je sais que c'est toujours une source de préoccupation du Parlement, de veiller à ce que le pouvoir législatif de créer des règlements soit limité. Cette disposition vise à ce qu'en vertu de la loi et du régime actuels, nous ne puissions pas exiger que l'organisme de réglementation nous fournisse de l'information. Nous reconnaissons ces organismes et nous espérons ensuite que ce qu'ils feront sera fait dans les règles de l'art. On a soulevé le fait que cela n'a pas toujours été le cas.

Nous n'avons pas jugé approprié de préciser dans la loi tous les différents éléments d'information que l'organisme pourrait être tenu de soumettre de temps à autre. Je vais vous donner un exemple.

Disons qu'à un moment donné, dans 10 ans d'ici, nous découvrons que l'organisme de réglementation est aux prises avec des problèmes financiers dans un secteur particulier qui n'est pas visé par le règlement. Plutôt que de retourner au Parlement pour qu'on apporte une modification à la loi afin qu'on y énonce une obligation de fournir cette information, modifier le règlement serait un moyen plus facile qui offrirait une plus grande flexibilité.

Le sénateur Merchant : Je vais revenir aux critères que vous avez utilisés pour trouver l'organisme de réglementation. Vous en avez peut-être énuméré quelques-uns, mais je vous prierais de les passer en revue une fois de plus.

Pendant le processus de sélection des entités qui feront partie de l'organisme de réglementation, quels critères ont été utilisés pour déterminer celles qui ont les aptitudes voulues? Comment ces critères sont-ils établis, et par qui? Pourriez-vous nous dire le type de soumissions que vous avez reçues jusqu'à présent? La Société canadienne de consultants en immigration est-elle toujours envisagée pour faire partie de ce nouvel organisme de réglementation?

M. Kenney : Pour répondre à votre première question, les critères de sélection ont été énoncés dans un avis public que j'ai publié dans la *Gazette du Canada* en août de l'année dernière. L'avis souligne la compétence, l'intégrité, la responsabilité, la viabilité et la bonne gouvernance. Il précise également le processus à suivre pour évaluer ces critères dans les soumissions que nous recevons.

C'est un document de cinq pages. Je vais vous faire grâce des détails, mais ce sont là les principaux facteurs que nous recherchons.

Nous avons reçu quatre soumissions. Je suis certain que ce n'est pas grave si je confirme que l'organisme de réglementation actuel, la SCCI, a présenté l'une de ces soumissions, et nous en avons également reçu trois autres. Un groupe d'experts les a toutes évaluées et m'a fait part de sa recommandation; nous avançons dans ce processus.

Senator Merchant: You may be able to tell us with the other three, the type of submissions that you are getting, the type of people interested in being part of this body?

Mr. Kenney: I want to add something to my last answer, which is that notwithstanding the fact that concerns had been raised about the performance of CSIC, most notably by the standing committee in the House of Commons, we have always indicated that we will receive and consider submissions from CSIC. We will consider it objectively and fairly on its merits, without prejudice. I want to be clear on that point.

In terms of the other submissions, at this point it would be inappropriate for me to comment publicly on their quality, except to say we did receive a range in quality. There is a range in the submissions in terms of their quality and responsiveness to these criteria; that has been assessed very carefully by the expert panel.

Senator Merchant: I know the purpose of the bill is a good one, but I am wondering how effective it can be because, as some other people said, most of these unscrupulous characters live outside our borders. This law will not apply to them.

People will just go on cheating, frankly, because I do not know what we can do to stop people in other countries, despite our best intentions. Whether this bill will make any difference, I do not know.

I would like to know whether there are other countries that have tried to control these unscrupulous persons and have had some measure of success. I think in Europe, and even the U.S., people have just thrown their hands up. The immigration file is a complex one. It would be better controlling people within our own borders, but most of the activity is outside Canada.

Mr. Kenney: I do not disagree with your assessment. Let me put it this way: It is correct to say that we will never eliminate the facilitation of immigration fraud by agents and intermediaries. It will always be there, and it will be particularly challenging for those who operate overseas.

Having said that, people who have spent a lot of time focusing on this issue, for example my NDP critic, Olivia Chow, in the House of Commons, believes that this legislation will have a meaningful effect on how the industry operates, at least in Canada. There are many unscrupulous people — what we call ghost consultants — in Canada who will now fall under the scope of the legislation.

One of the frustrating things for the legitimate consultants right now is that they pay their dues, they mind their Ps and Qs, and most of them operate ethically. Then they open the newspapers and see dozens of ads for people who are not registered offering services, do not pay their dues and are cutting

Le sénateur Merchant : Vous êtes peut-être en mesure de nous dire qui sont les trois autres, le type de candidatures que vous recevez et le type de personnes qui sont intéressées à faire partie de cet organisme.

M. Kenney : Je veux ajouter quelque chose à ma dernière réponse : malgré le fait que des préoccupations ont été soulevées au sujet du rendement de la SCCI, plus particulièrement par le comité permanent à la Chambre des communes, nous avons toujours soutenu que nous recevrons et envisagerons la soumission de la SCCI. Nous examinerons les options de manière objective et équitable, en fonction du mérite et sans parti pris. Je tiens à apporter cette clarification.

Pour ce qui est des autres soumissions, il serait déplacé pour le moment de commenter publiquement leur qualité, alors je me contenterai de dire que nous avons reçu des soumissions dont la qualité varie. Nous avons obtenu des soumissions dont la qualité et la conformité aux critères varient; le groupe d'experts les a évaluées très attentivement.

Le sénateur Merchant : Je sais que le but du projet de loi est bon, mais je me demande à quel point il est efficace, car, comme d'autres personnes l'ont dit, la plupart de ces consultants sans scrupules vivent à l'extérieur de nos frontières. Cette loi ne s'appliquera pas à eux.

Bien franchement, les gens vont juste enfreindre la loi, car je ne sais pas ce que nous pouvons faire pour arrêter les gens dans d'autres pays, et ce, malgré nos meilleures intentions. Quant à savoir si le projet de loi fera une différence, je l'ignore.

J'aimerais savoir si d'autres pays ont essayé de maîtriser ces personnes sans scrupules et si leurs démarches ont connu un certain succès. Je pense qu'en Europe, et même aux États-Unis, on a tout simplement abandonné la partie. Le dossier de l'immigration est complexe. Il serait préférable de contrôler les gens à l'intérieur de nos propres frontières, mais la majorité des activités sont menées à l'extérieur du Canada.

M. Kenney : Je ne rejette pas votre évaluation. Permettez-moi de présenter les choses comme ceci : il est juste de dire que nous n'éliminerons jamais les moyens de faciliter la fraude dans le domaine de l'immigration utilisés par des agents et des intermédiaires. Il y en aura toujours, et ce sera particulièrement difficile pour ceux qui travaillent à l'étranger.

Cela dit, les gens qui ont consacré beaucoup de temps à ce dossier, par exemple, la porte-parole du NPD, Olivia Chow, à la Chambre des communes, croient que la loi aura des effets significatifs sur la façon de fonctionner de l'industrie, du moins au Canada. Il y a de nombreux individus sans scrupules — que nous appelons des consultants fantômes — au Canada qui seront désormais visés par la loi.

L'une des frustrations des consultants légitimes en ce moment, c'est qu'ils paient ce qu'ils doivent, se conduisent correctement, et la plupart agissent de façon éthique. Ils ouvrent ensuite les journaux et voient des dizaines de publicités de personnes qui ne sont pas accréditées pour offrir des services, ne paient pas ce qu'ils

corners. It creates an uneven playing field, which is why the legitimate, bona fide consultants in Canada are pleased that we will be pushing back the coverage to include all of the activity now being done by ghost consultants. That is salutary and positive.

In terms of the overseas piece, there are Canadian immigration consultants in good standing who operate overseas or set up offices overseas, and they are licensed to work with our offices on behalf of their clients.

In terms of international precedents, I will turn to Mr. Linklater.

Mr. Linklater: There are a couple of examples that I could point to. In Australia, for example, they have used a model whereby the independent consulting industry is regulated heavily by the Australian government. The Commonwealth government takes a hand-on role in terms of the overall regulation of the profession. They have looked two times, I believe, at whether the profession was mature enough to move more toward the Canadian model of an independent body. The conclusion has been, no, the time is not quite right.

In the United States, only licensed members of a state bar can practice, although some states are looking at broadening their approach. I believe New York State, under the previous governor, was looking at some potential changes in that regard. At this point, however, it is strictly lawyers who are allowed to represent clients in the American system.

The Chair: Let us move on. Good answers and good questions.

Senator Eaton: Thank you, minister. Have you had support from within the various immigrant communities in Canada for this bill?

Mr. Kenney: Yes, very much so. The bill, as I mentioned, responds in part to the recommendations of the standing committee in the House of Commons in June of 2008, but it also responds to widespread demands for reform by new Canadians, because they know about people who get exploited all the time by crooked immigration consultants.

We have a long list of ethnocultural organizations that have endorsed Bill C-35. It has been broadly endorsed because so many newcomers know people who have been victimized. Often, as I have said, it is quite grave. We are not talking about small amounts of money here. In India, I understand that people are often paying CAN\$10,000 or more for facilitation on a visitor visa application, and sometimes in the multiple tens of thousands for permanent residency applications, such as spousal-sponsorship applications. For many people, again, this could represent their entire net worth.

They know the stories about people who have been abused and whose chances of coming to Canada have been hindered as a result. Yes, I would say that this is broadly supported among cultural communities.

doivent et tournent les coins ronds. Cette situation crée des règles du jeu injustes, ce qui explique pourquoi les consultants légitimes de bonne foi au Canada sont heureux d'apprendre que nous élargirons la couverture pour inclure toutes les activités menées par les consultants fantômes. C'est une mesure bénéfique et positive.

Pour ce qui est du volet à l'étranger, il y a des consultants en immigration canadiens en règle qui travaillent ou mettent sur pied des bureaux à l'étranger, et ils sont accrédités pour travailler avec nos bureaux au nom de leurs clients.

En ce qui concerne les précédents internationaux, je vais céder la parole à M. Linklater.

M. Linklater : Il y a quelques exemples que je pourrais citer. En Australie, on a utilisé un modèle en vertu duquel l'industrie de la consultation indépendante est lourdement réglementée par le gouvernement australien. Le gouvernement des pays membres du Commonwealth assume un rôle concret pour ce qui est de la réglementation globale de la profession. Je crois qu'il a vérifié à deux reprises si la profession était prête à faire la transition vers le modèle canadien d'un organisme indépendant. Il a conclu que ce n'était pas le bon moment.

Aux États-Unis, seulement les membres accrédités d'un Barreau d'un État peuvent exercer la profession, bien que certains États envisagent d'élargir leur approche. Je crois que l'État de New York, sous l'ancien gouverneur, envisageait quelques changements possibles à cet égard. Pour l'heure cependant, seuls les avocats ont le droit de représenter des clients dans le système américain.

Le président : Poursuivons. On a entendu de bonnes réponses et de bonnes questions.

Le sénateur Eaton : Merci, monsieur le ministre. Avez-vous reçu de l'appui parmi les diverses communautés d'immigrants au Canada pour ce projet de loi?

M. Kenney : Oui, beaucoup. Comme je l'ai mentionné, le projet de loi donne suite en partie aux recommandations du comité permanent à la Chambre des communes formulées en juin 2008, mais aussi à la demande d'une réforme de la part de la majorité des néo-Canadiens, car ils savent que des gens se font sans cesse exploiter par des consultants en immigration véreux.

Nous avons une longue liste d'organismes ethnoculturels qui ont avalisé le projet de loi C-35. Il a bénéficié d'un vaste appui parce qu'un très grand nombre de nouveaux arrivants savent que des gens ont été victimisés. C'est souvent très grave, comme je l'ai dit. Nous ne parlons pas de petites sommes d'argent. En Inde, je crois que les gens paient souvent 10 000 \$ canadiens ou plus pour obtenir de l'aide avec la demande de visa de visiteur, et parfois plusieurs dizaines de milliers de dollars pour des demandes de résidence permanente, telles que des demandes relatives au parrainage d'un époux. Pour bien des gens, ces sommes représentent leurs avoirs nets.

Ils connaissent les histoires de gens dont on a abusé et dont les chances de venir au Canada ont été par conséquent compromises. Je dirais que le projet de loi bénéficie d'un vaste appui parmi les communautés culturelles.

Senator Eaton: Our universities are trying hard to attract foreign students from India and other places. When somebody writes for an application, are our universities equipped to help facilitate student visas or to help them fill out forms so they are not prey to these consultants?

Mr. Kenney: Yes, but one of the problems we have with respect to the quality of student visa applications is often that Canadian post-secondary institutions will hire recruiting agents overseas to attract students. They see the foreign students as a source of revenue, so it is very much a commercial exercise for them. In turn, the recruitment agents get a percentage of, presumably, the tuition that the university or college will receive. They, therefore, have an incentive to often cut corners.

One of the reasons we have had problems in the acceptance rate of student visas in the past, in places like India and China, has been the number of bad applications submitted by unscrupulous recruitment agents. We have found some ways to improve that situation.

For example, we signed an agreement two years ago with the Association of Canadian Community Colleges, ACCC, in India to ensure the quality of the applications. Now, the ACCC essentially vouches for the applications being submitted to their member colleges. They have to have a certain degree of language proficiency.

Under this agreement, the recruitment agents are not paid until the student shows up and enrolls in school. The agents often say to the kids, "I will get you a student visa. You can live with your aunt and uncle in Canada and work and do whatever. You do not have to show up in school."

We have found ways to improve the quality of the applications by getting the colleges to get more scrupulous, ethical and professional recruitment agents.

In China last September, I announced a similar agreement with the ACCC.

Senator Eaton: If I am thinking of immigrating to this country, can I just go to the Citizenship and Immigration Canada website? Is it simple? Is it in several languages? People are getting to be Internet savvy, especially in countries like India and China.

Mr. Kenney: A fair and honest answer to your question is, no; it is not an easy process and is not available in non-official languages.

In June of 2008, the standing committee recommended that we look at ways of simplifying the application process. We are moving in that direction and are in the process of bringing our "Global Case Management System" on stream; it is a new

Le sénateur Eaton : Nos universités s'efforcent d'attirer des étudiants étrangers de l'Inde et d'ailleurs. Quand quelqu'un soumet une demande, nos universités sont-elles équipées pour aider les gens à obtenir un visa d'étudiant ou à remplir les formulaires pour éviter qu'ils ne tombent entre les griffes de ces consultants?

M. Kenney : Oui, mais l'un des problèmes que nous avons quant à la qualité des demandes de visas d'étudiant, c'est souvent que les établissements postsecondaires canadiens vont embaucher des agents de recrutement à l'étranger pour attirer des étudiants. Ils voient les étudiants étrangers comme une source de revenu, si bien que ce n'est pratiquement qu'un exercice commercial pour eux. En contrepartie, les agents de recrutement touchent vraisemblablement un pourcentage des droits de scolarité que l'université ou le collège recevront. Ils ont donc un incitatif pour tourner les coins ronds.

Les problèmes que nous avons connus dans le passé au chapitre du taux d'acceptation des visas d'étudiant dans des pays comme l'Inde ou la Chine s'expliquent en partie par le nombre de mauvaises demandes soumises par des agents de recrutement sans scrupules. Nous avons trouvé des moyens d'améliorer la situation.

Par exemple, nous avons signé une entente il y a deux ans avec l'Association des collèges communautaires du Canada, l'ACCC, en Inde pour assurer la qualité des demandes. Maintenant, l'ACCC se porte essentiellement garante des demandes qui sont soumises à ses collèges membres. Les demandeurs doivent avoir une certaine maîtrise de la langue.

En vertu de cette entente, les agents de recrutement ne sont pas payés avant que l'étudiant se présente et s'inscrive à l'école. Les agents disent souvent aux jeunes, « Je vais te procurer un visa d'étudiant. Tu peux vivre chez ta tante et ton oncle au Canada, travailler ou peu importe. Tu n'as pas à te présenter à l'école ».

Nous avons trouvé des moyens d'améliorer la qualité des demandes en amenant les collèges et les universités à embaucher des agents de recrutement plus scrupuleux, professionnels et moraux.

J'ai annoncé en septembre dernier une entente semblable avec l'ACCC en Chine.

Le sénateur Eaton : Si je songe à immigrer au Canada, est-ce que je peux tout simplement me rendre sur le site web du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration du Canada? Est-ce simple? Le site est-il disponible en plusieurs langues? Les gens commencent à savoir comment utiliser Internet, surtout dans des pays comme l'Inde et la Chine.

M. Kenney : Pour répondre de manière juste et honnête à votre question, je dirai que non; ce n'est pas un processus facile et le site n'est pas disponible dans les langues non officielles.

En juin 2008, le comité permanent a recommandé que nous examinions des façons de simplifier le processus de demande. Nous nous sommes engagés dans cette direction et nous sommes en train de mettre en service notre système global de gestion des

information technology database for all of our visa applications. This will allow us to accept online applications, like the Canada Revenue Agency does now with tax filings.

Once that is fully in place, it will be easier to walk people through the process online.

I have asked the department to look at how we might be able to provide basic tips in non-official languages.

In our missions abroad and on our website, we publish warnings in English, French and the local languages about crooked consultants. I think we have 17 different languages.

We say that they do not need to use an intermediary to apply to Citizenship and Immigration Canada and, if they do, to make sure they are licenced and ethical and have a solid reputation.

[Translation]

Senator Champagne: I will be brief because you answered many of the questions I wanted to ask. I am very glad to hear that, on your many trips abroad, you try to secure the help of the ministers in those countries, in order to remove a large number of the crooked consultants from the market. I think that is an excellent step.

The other issue I wanted to discuss further was what can we do to let people in those countries know that many of the individuals who claim to be consultants are in fact not registered and may take them down a windy and unpleasant path. I was very impressed to learn that Canada's immigration site contains warnings available in the languages of these would-be immigrants, because I find it hard to imagine that anyone wanting to come to Canada to earn a living or attend school, be it a student or someone else, would not know how to use a computer. Those were the two issues I wanted to address. Senator Mercer raised one of them, and Senator Merchant raised the other.

I commend you for using your visits to other countries to try to eliminate as many of these unscrupulous individuals as possible and to make people in our primary immigrant-source countries aware that there are problems and pitfalls and that they need to exercise caution. Once you have this group, you could even tell them to make sure their consultant is duly registered and to ask for their business card. Mind you, anyone can have business cards made up to say whatever they want, but there has to be a way to help people make sure that the person they are relying on and eventually handing over their money to will be someone who can actually provide them with what they want, whether it be a visa or an opportunity to immigrate to Canada.

cas; il s'agit d'une nouvelle base de données en technologie de l'information pour toutes nos demandes de visa. Il nous permet d'accepter des demandes en ligne, tout comme l'Agence du revenu du Canada le fait pour les déclarations de revenus.

Une fois que le système sera complètement en place, il sera plus facile de guider les gens dans le processus en ligne.

J'ai demandé au ministère de voir comment nous pourrions fournir des conseils de base dans des langues non officielles.

Dans nos missions à l'étranger et sur notre site Web, nous publions des mises en garde en anglais, en français et dans les langues locales au sujet des consultants véreux. Je pense que nous en avons dans 17 langues différentes.

Nous disons aux gens qu'ils n'ont pas besoin d'avoir recours à un intermédiaire pour faire une demande auprès de Citoyenneté et Immigration Canada et que, s'ils le font, ils doivent s'assurer qu'ils sont accrédités, agissent conformément à l'éthique et ont une réputation solide.

[Français]

Le sénateur Champagne : Je serai brève parce que vous avez répondu en grande partie aux questions que j'allais poser. Je suis très contente de savoir que, lors de vos nombreux voyages, vous vous assurez, avec les ministres des pays visités, d'obtenir leur aide pour qu'un nombre important de ces consultants sans scrupules soient sortis du marché. Je pense que c'est une excellente chose à faire.

Dans mon autre question, je voulais aborder davantage la question de savoir comment on pouvait faire savoir aux gens de ces différents pays que beaucoup des gens qui se présentent comme étant des consultants, en fait, ne sont pas enregistrés et peuvent les amener dans des détours désagréables. Si vous me dites que, sur le site de Canada immigration, on peut trouver des mises en garde dans les langues de ces pays, je pense que c'est une excellente chose car j'imagine mal qu'une personne, étudiant ou autre, voulant venir ici pour gagner sa vie ou étudier ne sache pas utiliser un ordinateur. C'était les deux points que je voulais aborder. Le sénateur Mercer en a abordé un et le sénateur Merchant a abordé l'autre.

Je vous dis bravo d'utiliser vos voyages pour qu'on se débarrasse le plus possible de ces gens sans scrupules et qu'on laisse savoir aux gens, dans les pays d'où nous viennent la majorité de ces immigrants, qu'il y a des problèmes et des embûches, et qu'il faut se méfier. Une fois que vous aurez ce groupe, on pourra même leur dire : assurez-vous que votre consultant a été dûment enregistré, demandez à voir sa carte d'affaire. Remarquez, on peut s'en faire imprimer avec n'importe quoi dessus, mais il doit y avoir une façon d'aider les gens à s'assurer que la personne à qui ils font confiance et à qui ils vont éventuellement donner de l'argent sera celle qui pourra vraiment obtenir ce qu'ils veulent, que ce soit un visa ou une possibilité d'immigrer dans notre pays.

Mr. Kenney: Thank you, Senator. I should add that we have also been posting TV ads on YouTube for two years now in some 17 different languages, I believe, to warn people about crooked consultants. That is in addition to the written warnings that appear on our Web site and in our offices overseas. We have made every effort to warn people of the risks associated with this industry.

Senator Champagne: The purpose is to counter those other ads that are out there, in newspapers and so forth, is it not?

Mr. Kenney: Precisely. That is why we launched the ad campaign Senator Mercer mentioned. I assure you that these TV ads will be available — in other words, dubbed — in non-official languages and posted on the Internet for our clients overseas.

The last thing I want to say is that during my travels abroad, I meet with the ministers of those countries to stress the importance of a properly regulated domestic industry, but I also address the media there; I use the existing tools to draw media attention to the issue. Frankly, when Canada's immigration minister visits Punjab, it makes the headlines. So I use the interest in our immigration program to drive home the message that it is neither necessary nor mandatory to use a consultant and that, if you do, you must make sure to use a registered consultant with an ethical track record. I reinforce that message every chance I get.

Senator Champagne: I am glad that Bill C-35 allows you to build on that momentum. I think you are on the right track.

Mr. Linklater: I just want to add to what the minister said and tell you that, at the international level, we are beginning to work more closely with foreign affairs so that we can educate and train our heads of mission around the world on the matter of crooked consultants and so that they, in turn, can raise the issue in their interactions with their counterparts in the source countries. That is being done by public servants, above and beyond the steps taken by the minister.

We are also endeavouring to work with our partners in friendly nations, including the U.S., Great Britain, Australia and New Zealand, to determine how all five host countries can take a more streamlined and coordinated approach to establishing campaigns or initiatives involving local authorities on the ground in source countries, such as China, with the goal of making people in those countries fully aware that the host countries will not tolerate fraud.

Senator Champagne: Thank you very much, and I commend you for that.

Elaine Menard, Legal Counsel, Citizenship and Immigration Canada: Very quickly, I would just like to add one more thing. It is something simple but incredibly important, in my view. On the application form to immigrate to Canada, there is a field that asks

M. Kenney : Merci, madame le sénateur. Je dois ajouter que nous avons diffusé des publicités télévisées via YouTube depuis deux ans dans 17 langues différentes, je crois, qui sont des mises en garde vis-à-vis de consultants sans scrupules, en plus des mises en garde écrites qui se trouvent sur notre site web et dans les bureaux d'Immigration Canada outre-mer. On en a fait autant que possible pour avertir les gens des menaces de cette industrie.

Le sénateur Champagne : C'est pour contrecarrer la publicité que les autres font dans les journaux et ainsi de suite, n'est-ce pas?

M. Kenney : Exactement. C'est la raison pour laquelle nous avons lancé la campagne de publicité à laquelle le sénateur Mercer a fait référence. Je vous assure que ces publicités télévisées seront disponibles — c'est-à-dire doublées — dans les langues non officielles et disponibles sur Internet pour cette clientèle d'outre-mer.

La dernière chose que je veux dire c'est que, quand je suis à l'étranger, je rencontre les ministres de ces pays pour insister sur l'importance d'une bonne réglementation de l'industrie dans leur propre pays, mais également je parle aux médias, j'utilise les outils existant pour médiatiser le problème. Franchement, quand le ministre de l'immigration du Canada vient au Punjab, cela fait les manchettes. Donc, j'utilise l'intérêt de notre programme d'immigration pour renforcer le message qu'il n'est ni nécessaire ni obligatoire d'utiliser un consultant et que, si on utilise un consultant, il faut s'assurer que c'est un consultant enregistré avec une feuille de route éthique. Je renforce ce message à chaque occasion.

Le sénateur Champagne : Je suis contente que projet de loi C-35 vous permette de continuer dans cette veine. Je pense que vous êtes sur la bonne voie.

M. Linklater : Pour ajouter à ce que le ministre vient de vous dire, à l'échelle internationale on commence à travailler de façon plus étroite avec Affaires étrangères également pour que nos chefs de mission autour du monde soient sensibilisés et formés sur ces questions de consultants sans scrupules, et pour qu'ils puissent soulever la question dans leurs interactions avec leurs vis-à-vis dans les pays sources. Ça c'est au niveau des fonctionnaires, au-delà des initiatives prises par le ministre.

Nous cherchons également à travailler avec nos partenaires des pays « amis » comme les États-Unis, la Grande-Bretagne, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, pour déterminer comment on peut collaborer de façon plus étroite et plus facile pour mettre sur le terrain dans des pays sources, comme la Chine par exemple, des campagnes ou initiatives avec les autorités locales, d'une façon uniforme de la part de ces cinq pays d'accueil, pour que les gens sur le terrain sachent très bien que la fraude n'est pas tolérée par les pays de destination.

Le sénateur Champagne : Merci beaucoup et bravo de cette initiative.

Elaine Menard, conseillère juridique, Citoyenneté et Immigration Canada : J'ai juste une petite chose à ajouter. C'est une idée simple mais vraiment importante, je crois. Quand vous regardez le formulaire de candidature pour immigrer au Canada, il y a une

whether you have a consultant or not, and if you do, you must provide not only the person's name but also their professional identification.

As a lawyer, I have an identification number. Consultants have one as well, and that allows us to conduct checks. So if someone in India or elsewhere says they are a consultant, they must provide their number, and that way we can check whether they are legitimate or not.

[English]

Senator Peterson: Thank you, minister, for your presentation.

I noticed in your presentation that there was no reference to unscrupulous shipowners and captains who load up their vessels with refugees and set sail for Canada. Is this an oversight or is this a matter for another day?

Mr. Kenney: It is a matter for another piece of legislation that we have. We seek, in Bill C-49, to give the Minister of Public Safety the capacity to designate a mass arrival in a human smuggling operation. That is addressed in Bill C-49, which is before the house.

Senator Peterson: You intend to get them at the source rather than when they are halfway here?

Mr. Kenney: Yes. The best approach to preventing those mass smuggling operations is operationally in the transit countries, primarily. In the case of Canada, the primary transit country has been Thailand. Since those vessels arrived in 2009 and 2010, we significantly increased the presence of Canadian security and police agencies working in Thailand and other Southeast Asian countries, working with the local police and our Australian partners in trying to interdict and interrupt the activities of the smuggling rings. In that particular stream, it tends to be for smuggling rings that used to be focused on the contraband smuggling of arms into the Sri Lankan civil war, and now they have moved on to people as their commodity. In the last few months, we have had considerable success in interrupting their operations, thanks to local police cooperation. However, we also believe that there is a need for greater legislative powers so that we can take away the incentive for those people in targeting Canada.

Senator Martin: Thank you, minister. We heard at our last session from consultants and lawyers about the closing of the loophole and what this bill addresses and why it is needed. Thank you for your work on that, and to the officials.

petite case où on demande « est-ce que vous avez un consultant », et si oui on demande de fournir non seulement son nom mais aussi son identification.

Comme avocate, j'ai un numéro d'identification; les consultants aussi ont un numéro, on peut ainsi faire des vérifications. Donc, si quelqu'un en Inde ou ailleurs dit qu'il est consultant, on lui demande son numéro et on peut vérifier.

[Traduction]

Le sénateur Peterson : Merci, monsieur le ministre, de votre exposé.

J'ai remarqué que vous n'avez pas fait mention dans votre déclaration des propriétaires de navires et des capitaines qui remplissent leur bateau de réfugiés et mettent le cap sur le Canada. S'agit-il d'un oubli ou est-ce un sujet de discussion pour un autre jour?

M. Kenney : Cette question est liée à une autre mesure législative que nous avons présentée. Dans le cadre du projet de loi C-49, nous cherchons à accorder au ministre de la Sécurité publique la capacité de désigner les opérations de passage de clandestins qui entraînent une arrivée massive de réfugiés. Le projet de loi C-49 dont la Chambre est saisie s'attaque à ce problème.

Le sénateur Peterson : Vous avez l'intention de les empêcher de partir plutôt que d'attendre qu'ils soient à mi-chemin?

M. Kenney : Oui. Le meilleur moyen de prévenir les arrivées massives de migrants clandestins consiste à mener des activités dans les pays de transit. Dans le cas du Canada, le principal pays de transit est la Thaïlande. Depuis l'arrivée de ces navires en 2009 et 2010, nous avons augmenté considérablement le nombre d'agents canadiens de sécurité et de police qui travaillent en Thaïlande et dans d'autres pays d'Asie du Sud et qui collaborent avec la police locale et nos partenaires australiens afin d'essayer d'interdire et d'interrompre les activités des réseaux de migration clandestine. En l'occurrence, ils ont tendance à surveiller les sociétés noires qui avaient l'habitude de se livrer surtout à la contrebande d'armes pendant la guerre civile au Sri Lanka, mais dont les produits de base sont maintenant les clandestins. Au cours des derniers mois, nous avons réussi dans un grand nombre de cas à interrompre leurs opérations grâce à la coopération de la police locale. Toutefois, nous croyons également qu'il est nécessaire de confier au ministre des pouvoirs législatifs plus étendus afin que nous puissions éliminer les conditions qui incitent ces gens à cibler le Canada.

Le sénateur Martin : Merci, monsieur le ministre. Au cours de notre dernière séance, les consultants et les avocats nous ont parlé de la faille à combler, et nous ont expliqué les objectifs de ce projet de loi et la raison pour laquelle il est nécessaire de l'adopter. Je vous remercie, vous et vos fonctionnaires, de votre travail à cet égard.

I want to say that I have witnessed you first-hand in the town halls and cross-country consultations that you have done with the immigrant communities, hearing about these issues. I am sure these issues have been raised, such as the one we are addressing in this bill, whether it is marriage fraud, live-in caregivers and so on. I know about the kind of work you have done and I have also read about you in the Korean media from when you were in Toronto.

You said the message will be transmitted to source countries. *The Korea Times Daily* in Toronto is a franchise that is international. Not only is it getting to Koreans across Canada, but also in Korea and around the world. The media piece is a key point.

I want to ask you specifically about your communications strategy. I think we all agree that the bill does address the loophole and that it is needed. However, in rolling out the new regulations and enforcement, et cetera, the media, especially the ethnic media, is important.

In Korea, for instance, there is a 98-per-cent literacy rate so farmers are reading it as well. Information will get to individuals. I often get calls and emails from Korea asking about things they have read about. This is very global, and we need a key media strategy. I want to ask you about the communications strategy that you have been thinking about for this.

Mr. Kenney: As I mentioned, two years ago we launched YouTube ads, or Internet video ads, in 17 different languages, on this theme. We also started our postings in 17 different languages on the websites at our CIC offices and visa application centres, which are contract offices that we use for temporary resident visa applications. This is on the paid media side.

We have also, as I mentioned, launched the TV campaign to which Senator Mercer referred, which will have an overseas dimension. I think you will understand, senator, that there are families in Canada who often invite people to immigrate or to visit here, and if they get the clear sense about who is an appropriate licensed immigration consultant and who is not, they can help to coach people back home in a positive way.

We will be rolling out focused Internet ads in online media in our principal immigration-source countries. I do not know whether Korea will be on the list. Frankly, Korea is one of the countries from which we have fewer integrity problems. Not to say that all the applications are perfect, but I have not heard of

Je tiens à mentionner que je vous ai vu de mes propres yeux écouter les gens qui parlaient de ces problèmes au cours des séances de discussion ouverte et des consultations que vous avez menées à l'échelle nationale auprès des communautés d'immigrants. Je suis certaine que les gens ont soulevé les questions auxquelles s'attaque le projet de loi, que ce soit les mariages contractés à des fins frauduleuses, les aides familiaux résidents, et cetera. Je sais quel genre de travail vous avez accompli, et j'ai également lu des articles à votre sujet qui ont été publiés par les médias coréens lors de votre passage à Toronto.

Vous avez dit que le message serait transmis aux pays sources. Le journal de Toronto intitulé *The Korea Times Daily* est international. Il est vendu non seulement aux Coréens des quatre coins du pays, mais aussi en Corée et partout dans le monde. La coopération des médias est un élément essentiel.

Je veux vous poser des questions précisément au sujet de votre stratégie de communication. Je pense que nous nous entendons tous pour dire que le projet de loi comble la faille du système et qu'il est nécessaire de l'adopter. Cependant, pour entre autres mettre en vigueur les nouveaux règlements et contrôler leur application, il est important de faire participer les médias, en particulier ceux d'origine ethnique.

En Corée, par exemple, le taux d'alphabétisation s'élève à 98 p. 100. Par conséquent, les agriculteurs lisent aussi les journaux. Les renseignements parviendront aux gens. Je reçois souvent des appels ou des courriels de la Corée dans le cadre desquels on m'interroge sur des nouvelles qu'on a lues dans les médias. Cet enjeu est d'envergure mondiale, et il nous faut élaborer une stratégie médiatique clé. Je tiens donc à vous poser des questions à propos de la stratégie de communication que vous songez à adopter dans le cadre de ce projet de loi.

M. Kenney : Comme je l'ai mentionné, il y a deux ans, nous avons lancé sur YouTube et sur Internet des publicités vidéo traduites dans 17 langues qui abordaient ce thème. Nous avons aussi commencé à afficher dans 17 langues des renseignements sur les sites Web de nos bureaux de CIC et de nos centres de réception des demandes de visa. Ces derniers sont des bureaux contractuels que nous utilisons pour traiter les demandes de visa de résident temporaire. Voilà toutes les publicités que nous avons achetées dans les médias.

Comme je l'ai indiqué, nous avons aussi lancé la campagne télévisée à laquelle le sénateur Mercer a fait allusion. Elle sera bientôt étendue à l'étranger. Je pense que vous comprendrez, sénateur, que les familles canadiennes invitent souvent des gens à immigrer ici ou à visiter notre pays et que, si elles comprennent qui sont les véritables consultants en immigration autorisés et qui sont les imposteurs, elles pourront prodiguer de bons conseils aux citoyens de leur pays d'origine.

Nous allons bientôt lancer des publicités ciblées dans les médias en ligne des pays d'où proviennent la majeure partie de nos immigrants. J'ignore si la Corée figurera sur la liste. Pour être honnête, la Corée est l'un des pays où nous rencontrons beaucoup moins de problèmes d'intégrité. Cela ne veut pas dire que toutes

any significant integrity problems coming out of Korea. That is the paid media portion, and the current ad campaign is in the range of \$2 million.

Then there is the earned media aspect that I responded to Senator Champagne about, where basically I take every opportunity I can, whether it is with domestic ethnic media or media overseas, to keep hammering away this message. Usually, the first question is: Why is it so difficult in our country — fill in the blank — for people to get visas? I will explain the legal framework, how we assess visas and whether someone is likely to go back.

Then I will say: However, the big problem that we have are all the unscrupulous immigration agents and consultants who are submitting fraudulent applications and counterfeit documents, exploiting people, and taking their money. Those are the people who are doing the most damage to people's chances of getting a positive answer on their application.

I try to tie it back to their own interest, if you will. If they want a visa to come to Canada to visit family, do not go to a crooked consultant. That does get play in the media.

We have limited resources. What we are doing now is more than the government has ever done to raise awareness about the issue, and we will continue to do so, both through paid media, as budgets permit, and through earned media as much as possible.

Senator Martin: In the source countries themselves, I know that the Canadian embassies play an integral role and often employ the nationals, the locals who are there. Another area could be these partners that will be helping convey the information clearly to the public. I have had experience with embassies in terms of help that I have received, as well as with some of the emergencies, the kind of work they are doing on the ground.

Mr. Kenney: That brings forward an interesting aspect to the issue, which is that often participants in this underground industry of unscrupulous immigration agents will claim or pretend to have a special contact in the Canadian mission. This is how the rumour starts to circulate in many of these communities. I am sure you have heard this, that in that mission or in that Canadian mission abroad, you can buy a visa out of the back door if you just know the right person. There is corruption going on. The locally engaged staff are all on the take.

We have done everything we can to review these allegations. There is never any proof or names. It is always a generalized accusation. What is really going on is that consultants pretend they know someone on the inside and they are selling that

les demandes sont parfaites, mais je n'ai pas entendu dire qu'on avait observé des problèmes majeurs d'intégrité en provenance de la Corée. Voilà les publicités que nous avons achetées dans les médias. Notre budget pour la campagne publicitaire est actuellement de l'ordre de deux millions de dollars.

Puis il y a l'aspect médiatique que j'ai évoqué pour répondre à la question du sénateur Champagne. Je capte l'attention des médias en profitant essentiellement de chaque occasion où je peux m'adresser à eux pour marteler mon message, qu'il s'agisse de médias ethniques nationaux ou de médias étrangers. Habituellement, leur première question est la suivante : pourquoi les gens de notre pays — substituer le nom du pays qui convient — ont-ils autant de mal à obtenir des visas? Je leur explique le cadre juridique ainsi que la façon dont nous évaluons les demandes de visa et la probabilité que les demandeurs rentrent dans leur pays.

Puis je leur dis ce qui suit : toutefois, notre principal problème découle des consultants en immigration et des intermédiaires sans scrupules qui présentent des demandes frauduleuses et de faux documents, et qui exploitent les gens et leur soutirent leur argent. Voilà les gens qui compromettent le plus les chances des demandeurs d'obtenir un visa.

J'essaie de leur démontrer que ces conseils sont, en quelque sorte, dans leur propre intérêt. Si vous voulez un visa pour entrer au Canada et visiter votre famille, évitez de vous adresser à des consultants malhonnêtes. Les médias diffusent effectivement ce message.

Nos ressources sont limitées. Nous en faisons davantage aujourd'hui que le gouvernement n'en a jamais fait pour sensibiliser les gens au problème, et nous allons continuer de le faire en achetant des publicités dans les médias, dans la mesure où notre budget nous le permet, et en captant l'attention des médias autant que possible.

Le sénateur Martin : Dans les pays sources mêmes, je sais que les ambassades canadiennes jouent un rôle fondamental et emploient souvent des travailleurs locaux. On pourrait aussi faire appel à ces partenaires qui contribueraient à communiquer clairement les renseignements au public. J'ai déjà reçu de l'aide de la part des ambassades et, dans certaines situations d'urgence, j'ai vu le genre de travail qu'ils accomplissaient sur le terrain.

M. Kenney : Cela soulève un aspect intéressant de la question, à savoir que les intermédiaires sans scrupules qui participent à cette industrie clandestine prétendent souvent connaître une personne-ressource à la mission canadienne. C'est ainsi que les rumeurs se répandent dans bon nombre de ces collectivités. Je suis certain que vous déjà avez entendu dire que, dans telle ou telle mission canadienne à l'étranger, on peut acheter un visa par des moyens détournés si l'on connaît la bonne personne, que le système est corrompu et qu'on peut soudoyer tout le personnel engagé localement.

Nous avons fait tout en notre pouvoir pour enquêter sur ces allégations. Nous n'obtenons jamais de preuves ou de noms. C'est toujours une accusation généralisée. En fait, ce sont les consultants qui prétendent connaître quelqu'un à l'intérieur et

purported access, which does not really exist. People too often fall for that. Let us face it; in many countries in which we operate, paying officials is a way to get things done. People naturally think: If that is how it works with my domestic government, maybe that is how it works with the Canadian government. People too often fall for that.

The second thing is that, in most cases, our locally engaged staff are not empowered to make decisions on visa applications. They do administrative work. Very few of our locally engaged staff actually have the power to say “yea” or “nay” on a visa application. We try to take measures to ensure that that kind of corruption does not happen.

We started to see the classic example of this phenomenon in our Chandigarh office in Punjab a couple of years ago, where people were coming in off the street saying, “Why did you reject my application? Here is my rejection letter.” Our officials would look up the application referenced on the rejection letter and say, “Well, there is no such application. We never received such an application.” What happened is that the consultants were now actually taking the money, not submitting an application, but two weeks later generating a fake counterfeit rejection letter and sending it on bogus Government-of-Canada stationery to the applicant. That is how bad it has become in some places.

Senator Ogilvie: Thank you, minister. First, as an observation, I think your domestic advertising on the issue of immigration consultants is very valuable. There is considerable evidence that, as you have pointed out, a great deal of communication goes between communities from within the country back to the countries of origin. Often, it is one of the first lines of contact and, therefore, the awareness here is an important issue.

The question I wanted to ask you relates back to Senator Mercer’s question with regard to the development of regulations. Is it not correct that there is a joint committee of the House of Commons and the Senate called Scrutiny of Regulations, and that when regulations are developed for any piece of legislation which receives Royal Assent, they must pass through that committee to ensure their conformity to the various existing Canadian laws and the language, such that it meets legal requirements in both official languages?

Mr. Kenney: Yes, there is. That is a great leading question. I will refer to Mr. Linklater.

Mr. Linklater: I would refer to my counsel, Ms. Menard. Essentially, all regulations are pre-published in the *Canada Gazette*. Following a comment and republication, we move to final publication.

qui vendent ce soi-disant accès qui n’existe pas vraiment. Trop souvent, les gens se laissent abuser par ces mensonges. Soyons honnêtes : dans bon nombre de pays où nous exerçons nos activités, on paie les fonctionnaires pour obtenir des résultats. Naturellement, les gens pensent que, si les choses fonctionnent ainsi dans leur pays, elles fonctionnent peut-être ainsi au gouvernement du Canada. Trop souvent, les gens se laissent tromper par cette logique.

Deuxièmement, dans la plupart des cas, nos employés embauchés localement n’ont pas le pouvoir de prendre des décisions au sujet des demandes de visa. Ils font du travail administratif. Très peu de nos employés locaux ont le pouvoir d’approuver ou de refuser une demande de visa. Nous nous efforçons de prendre des mesures pour veiller à enrayer ce genre de corruption.

Il y a quelques années, nous avons commencé à observer un exemple classique de ce phénomène à notre bureau de Chandigarh, au Pendjab. Les gens arrivaient au bureau et demandaient : « Pourquoi avez-vous refusé ma demande? Voici ma lettre de refus. » Nos représentants officiels vérifiaient la demande mentionnée dans la lettre de refus et déclaraient : « Eh bien, cette demande n’existe pas. Nous ne l’avons jamais reçu. » En fait, les consultants touchaient leurs honoraires, mais n’envoyaient pas la demande. Deux semaines plus tard, ils produisaient une fausse lettre de refus qu’ils imprimaient sur du faux papier à en-tête du gouvernement du Canada, et ils l’envoyaient au demandeur. Voilà à quel point la situation est devenue déplorable à certains endroits.

Le sénateur Ogilvie : Merci, monsieur le ministre. Premièrement, j’aimerais mentionner qu’à mon avis, votre publicité nationale sur la question des consultants en immigration est extrêmement utile. Comme vous l’avez signalé, les faits démontrent amplement que les communautés du Canada communiquent fréquemment avec les gens de leur pays d’origine. Souvent, elles représentent leur premier lien de communication. Par conséquent, il est important qu’elles soient sensibilisées au problème.

La question que je voulais vous poser est liée à la question du sénateur Mercer concernant l’établissement des règlements. N’est-il pas vrai qu’il existe un comité mixte de la Chambre des communes et du Sénat qui porte le nom d’examen de la réglementation et qui doit examiner tout règlement établi dans le cadre de toute mesure législative ayant reçu la sanction royale afin de s’assurer qu’il respecte les diverses lois canadiennes actuellement en vigueur et que son libellé satisfait aux exigences juridiques dans les deux langues officielles?

M. Kenney : Oui, il y en a un. Voilà une excellente question suggestive. Je vais la renvoyer à M. Linklater.

M. Linklater : J’aimerais consulter ma conseillère juridique, Mme Menard. Essentiellement, tous les règlements sont publiés au préalable dans la *Gazette du Canada*. Après la formulation de commentaires et la publication préalable, nous passons à la publication finale.

The process to get to prepublication is quite involved and involves a lot of consultation with the Department of Justice, in particular, and departmental legal services to help with the drafting to ensure conformity with the Charter of Rights and Freedoms, and other statutes to ensure that the policy directions are captured accurately in the legal language.

There is the Standing Joint Committee on Scrutiny of Regulations which does, from time to time, review regulatory schemes to look for any inconsistencies or gaps between the English and the French, between the policy intent, and whether the regulations are ultra vires.

In terms of the technicalities, I would ask Ms. Menard to explain.

Ms. Menard: As clarification, the Standing Joint Committee on Scrutiny of Regulations will often look at the regulations after they have been passed. They then come back to the department and seek clarification or ask them to basically justify why it is written in such a way. Sometimes, regulations have to be amended because they are either ultra vires or not in conformity with the rules of statutory interpretation.

Senator Ogilvie: Thank you very much. Having served on the committee, I am aware of the process and the fact that, indeed, often the issues are caught through the process that you have outlined. It is a very thorough review once that occurs, and the committee has considerable power to deal with these issues so that regulations are not just willy-nilly laid upon society. Thank you.

The Chair: Looking at who is on the joint committee from the Senate, Senator Martin is on it, Senator Harb, Senator Moore and Senator Hervieux-Payette.

Senator Martin: As well as Senator Boisvenu.

As a co-chair of that committee, I can definitely speak to the kind of scrutiny that all of the regulations go through. I am sure others who have served on the committee could as well. There are files that can be many years old because a point will not be let go until addressed. It is a very thorough committee.

Senator Mercer: My follow-up on the question of regulations was really the fact that regulations coming into effect can pass the sniff test, if you will, at the committee level. As you use the regulations, there is a time period that goes by where you say, it does not matter whether they passed the sniff test and the department liked them, but how do they work and are they any damn good? Is there a process to review those so we do not end up with regulations that are cumbersome to you, as minister, or your successors, or to the people trying to operate within the confines of the laws that we pass?

Le processus qui précède la publication préalable est très compliqué et exige de nombreuses consultations auprès du ministère de la Justice, en particulier, et des services juridiques du ministère afin de faire en sorte que le libellé respecte la Charte des droits et libertés et d'autres textes législatifs et que le langage juridique rende bien compte des orientations stratégiques.

De temps en temps, le Comité mixte permanent d'examen de la réglementation examine les systèmes de réglementation afin de repérer toute incohérence entre le texte anglais et le texte français ainsi qu'entre ces derniers et l'objet de la loi, et de déterminer si les règlements sont ultra vires.

Pour ce qui est des détails techniques, je demanderais à Mme Menard de vous les expliquer.

Mme Menard : À titre de précision, le Comité mixte permanent d'examen de la réglementation examine souvent les règlements après leur adoption. Ensuite, les membres du comité communiquent avec le ministère et demandent à ses employés de leur apporter des précisions ou de justifier la raison pour laquelle les règlements sont formulés d'une certaine manière. Parfois, les règlements doivent être modifiés parce qu'ils sont soit ultra vires, soit non conformes aux règles d'interprétation des lois.

Le sénateur Ogilvie : Merci beaucoup. Comme j'ai déjà siégé à ce comité, je suis au courant du processus que vous avez décrit et du fait qu'il permet souvent de déceler des problèmes. Une fois le processus enclenché, le Règlement fait l'objet d'un examen très approfondi, et le comité jouit d'un pouvoir considérable qui lui permet de régler ces problèmes. Ainsi, ces règlements ne sont pas imposés à la société bon gré mal gré. Merci.

Le président : Si j'examine les membres du Sénat qui composent le comité mixte, je constate que les sénateurs Martin, Harb, Moore et Hervieux-Payette en font partie.

Le sénateur Martin : En plus du sénateur Boisvenu.

En tant que coprésidente du comité, je peux certainement en dire long sur le genre d'examen dont tous les règlements font l'objet. Je suis certaine que les personnes qui ont déjà siégé au comité peuvent en faire autant. Il y a des dossiers qui remontent à plusieurs années parce que le comité n'abandonne pas une question tant qu'elle n'a pas été réglée. Ce comité est très méthodique.

Le sénateur Mercer : Ma question complémentaire sur les règlements avait vraiment trait au fait qu'il se peut que les règlements qui entrent en vigueur remplissent, si l'on veut, le critère d'intuition judiciaire appliqué par le comité. Toutefois, après avoir utilisé les règlements pendant un certain temps, on en vient à se demander s'ils fonctionnent bien et s'ils sont utiles, même s'ils ont rempli le critère d'intuition judiciaire et même s'ils plaisaient au ministère. Y a-t-il un processus qui permet de réviser ces règlements afin que nous évitions d'en avoir qui sont encombrants pour vous, monsieur le ministre, pour vos successeurs, ou pour les gens qui s'efforcent de respecter les lois que nous adoptons?

That was my concern. We need to have a process where we go back and say, now that we have done this work and we have been doing it for some time, is it working? If not, how do we fix it?

Mr. Kenney: In a sense, that is what we are doing. The current regime was put in place about six years ago, and there was pretty broad recognition that it was not working optimally. This comes from learned experience in the past few years, both the statutory amendments we proposed and the consequential regulatory changes. It is an ongoing learning process. If, in the future, we find that this regime is not optimal, certainly a future government will be open to changing it.

Senator Seidman: Thank you, minister. I wanted to ask a question about the teeth of the bill in pursuing the unscrupulous consultants. You do, in fact, talk about the authority to make regulations, which we have been talking about, and to facilitate disclosure of information concerning the alleged unethical or unprofessional conduct of immigration representatives to the responsible governing body. You say this would allow the governing body to pursue appropriate disciplinary action.

I am thinking specifically of protection for complainants who might be applicants and feeling vulnerable and threatened. Could you talk a bit about that?

Mr. Kenney: Protection in what respect?

Senator Seidman: I refer to your comment that the governing body will be able to pursue appropriate disciplinary actions.

Mr. Kenney: Every professional governing body has the power to impose disciplinary action on its members who have been found to violate professional or ethical practice. We anticipate that the governing body here will have to conform to the Canada Not-for-profit Corporations Act. If a member of the body has a complaint to make against their governing body, they could do so under the recent amendments to the Canada Not-for-profit Corporations Act.

Every professional licensing body in the country, whether they are national or provincial, must govern themselves according to the established principles of administrative fairness of natural justice. They have legal recourse, ultimately, to the courts if those principles are violated.

I think our entire body of administrative law will be accessible to members of the governing body. If they find the governing body is unfairly disciplining them, for example, they can seek relief from the courts, particularly here, as it will likely conform to the Canada Not-for-profit Corporations Act.

Voilà ce qui me préoccupait. Il faut que nous nous dotions d'un processus qui nous permet de revenir sur nos pas et de dire : maintenant que nous avons appliqué ce Règlement, et ce, pendant un certain temps, fonctionne-t-il? Sinon, comment pouvons-nous le rectifier?

M. Kenney : En un sens, c'est ce que nous faisons à l'heure actuelle. Le régime actuel a été instauré il y a environ six ans, et bon nombre de gens s'entendaient pour dire qu'il n'était pas optimal. Les modifications législatives que nous proposons et les modifications réglementaires corrélatives sont le résultat de l'expérience que nous avons acquise au cours des dernières années. C'est un processus d'apprentissage continu. Si, dans les années à venir, nous constatons que le régime n'est pas optimal, je suis certain qu'un gouvernement futur sera prêt à le modifier.

Le sénateur Seidman : Merci, monsieur le ministre. Je voulais vous poser une question à propos de l'efficacité du projet de loi pour ce qui est de pourchasser les consultants sans scrupules. Vous avez effectivement parlé du pouvoir d'établir des règlements, dont nous avons discuté, et de celui de faciliter la divulgation de renseignements concernant la présumée conduite non professionnelle et contraire à l'éthique des représentants en immigration à l'organisme de réglementation responsable. Vous dites que cela permettrait à l'organisme de réglementation de prendre à leur égard les mesures disciplinaires qui s'imposent.

Je songe surtout à la protection des plaignants qui pourraient être des demandeurs et qui pourraient se sentir vulnérables et menacés. Pourriez-vous parler brièvement de cette question?

M. Kenney : Une protection en quel sens?

Le sénateur Seidman : Je fais allusion à vos observations selon lesquelles l'organisme de réglementation sera en mesure de prendre les mesures disciplinaires qui s'imposent.

M. Kenney : Tout organisme de réglementation professionnelle a le pouvoir d'imposer des mesures disciplinaires à ses membres, s'ils ont été reconnus coupables d'avoir enfreint une pratique professionnelle ou éthique. Nous prévoyons que l'organisme de réglementation canadien devra se conformer à la Loi sur les sociétés canadiennes à but non lucratif. Si un membre souhaite déposer une plainte contre l'organisme de réglementation, il pourra le faire en vertu des récentes modifications apportées à la Loi sur les sociétés canadiennes à but non lucratif.

Tout organisme de réglementation professionnelle du Canada, qu'il soit établi à l'échelle nationale ou provinciale, doit se conduire selon les principes établis d'équité dans les mesures administratives et de justice naturelle. Si ces principes sont violés, les membres pourront en fin de compte avoir recours aux tribunaux.

Je pense que les membres de l'organisme de réglementation pourront faire appel à tous nos règlements administratifs. Si, par exemple, ils trouvent que l'organisme de réglementation les punit injustement, ils pourront obtenir un redressement auprès des tribunaux, en particulier ici, car il est probable que l'organisme satisfera à la Loi sur les sociétés canadiennes à but non lucratif.

Mr. Linklater: The only thing I would add would be in terms of current practice, when our officers overseas discover an unauthorized consultant acting for an individual, the only recourse really is for us to refuse the application using misrepresentation provisions, as the minister outlined, in section 40 of the act.

With the changes in Bill C-35, we are creating a new offence as well that will allow CBSA, Canada Border Services Agency, to investigate and prosecute cases where someone is actually holding themselves out as an authorized consultant when, in fact, they are not. We will then be able to penalize the perpetrator as opposed to the victim of the fraud.

Senator Seidman: That is the key, thank you. I appreciate hearing that.

Mr. Kenney: I should always let my officials answer all the questions.

The Chair: You have done very well. You have answered a lot.

Senator Cordy: Last week, we heard from Richard Kurland who is from Vancouver. He talked about following the Quebec model for those coming in on the investor program.

The Quebec agreement indicates that you have to make the investment with a broker or a trust company. He told us that people are sometimes coming in under the investor program and giving huge amounts of money to someone. They do not end up getting value for money. That would be a nice way of saying it. I suggested to Mr. Kurland that we put this in as an observation from our committee, so when the regulation is developed, it would red flag it as a possibility for a regulation. That is so that the person coming in has their money safeguarded in a program.

Mr. Linklater: It was interesting to see what Mr. Kurland said last week.

The way the federal immigrant investor program works is we work with a number of financial institutions, primarily, that are members of CDIC, Canada Deposit Insurance Corporation. They are insured and airtight. We designate those institutions to act as what we call facilitators.

Those facilitators work to recruit individuals who apply under the immigrant protection program and to assist them with financing their investment and that sort of thing.

For the integrity of the process, the way the money passes from them to us and then back to the applicant is airtight. We do not understand how the Quebec model would make a difference in the federal system.

Senator Cordy: So it would not be a benefit?

Mr. Linklater: No.

M. Linklater : La seule chose que j'ajouterais à cela serait une description de la pratique actuelle. En ce moment, lorsque l'un de nos agents à l'étranger découvre qu'un consultant non autorisé représente un demandeur, son seul recours est de refuser la demande en invoquant les dispositions portant sur les fausses déclarations que le ministre a exposées et qui sont prévues à l'article 40 de la loi.

Grâce aux changements apportés par le projet de loi C-35, nous créerons une nouvelle infraction. De plus, ces modifications permettront à l'ASFC, l'Agence des services frontaliers du Canada, d'enquêter sur les gens qui prétendent être des consultants autorisés alors qu'ils n'en sont pas et d'engager des poursuites contre eux. Ainsi, nous serons en mesure de punir l'auteur de l'infraction plutôt que la victime de la fraude.

Le sénateur Seidman : C'est l'essentiel, merci. Je suis heureux de l'entendre.

M. Kenney : Je devrais toujours laisser mes fonctionnaires répondre à toutes les questions.

Le président : Vous vous en êtes très bien tiré. Vous avez répondu à de nombreuses questions.

Le sénateur Cordy : La semaine dernière, nous avons entendu Richard Kurland qui vient de Vancouver. Il a parlé de suivre le modèle québécois pour ceux qui présentent une demande dans le cadre du Programme d'immigration des investisseurs.

Selon l'entente exigée par le Québec, la personne doit investir la somme auprès d'un courtier ou d'une société de fiducie. Il nous a dit que, parfois, des gens immigreraient dans le cadre de ce programme et donnaient d'énormes sommes d'argent à quelqu'un. Alors, le Canada n'en a pas pour son argent. Ce serait une bonne façon de formuler la chose. J'ai suggéré à M. Kurland que notre comité consigne cette observation dans le rapport de sorte qu'elle soit signalée à titre de règlement possible lorsque le Règlement sera établi. Ainsi, l'argent de l'immigrant sera protégé dans le cadre du programme.

M. Linklater : Il a été intéressant de prendre connaissance de ce qu'a dit M. Kurland la semaine dernière.

Suivant le fonctionnement du programme fédéral d'immigration des investisseurs, nous collaborons avec un certain nombre d'institutions financières, principalement, qui sont membres de la SADC, la Société d'assurance-dépôt du Canada. Ces institutions sont assurées et irréprochables. Nous les désignons pour agir en tant que « facilitateurs », comme nous les appelons.

Ces facilitateurs travaillent pour attirer des individus qui présentent une demande au titre du programme de protection des immigrants et les aider notamment à financer leur investissement.

Pour garantir l'intégrité du processus, le transfert de l'argent d'eux à nous, puis de nous au demandeur se fait de façon étanche. Nous ne comprenons pas en quoi le modèle québécois changerait quoi que ce soit au système fédéral.

Le sénateur Cordy : Donc, ce ne serait pas avantageux?

M. Linklater : Non.

Senator Cordy: As the system is set up now, there is protection for the investment money?

Mr. Linklater: Absolutely, as well as for the commissions paid to the facilitators.

Senator Cordy: That would not have to be put in a regulation?

Mr. Linklater: It should not be, no.

The Chair: The bells will start ringing any moment for the house vote. We will adjourn this portion of it.

Let me say thank you very much, minister, to you and to your officials for being here today and helping us better understand Bill C-35.

We will continue with clause-by-clause consideration.

A possible draft observation for our discussion has been circulated. When I get to that point, we can talk about what we want to do about it.

In the normal procedure of considering a bill clause by clause, I will ask, is it agreed the committee proceed to clause-by-clause consideration of Bill C-35, An Act to amend the Immigration and Refugee Protection Act?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall the title stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Carried. Shall clause 1 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Carried. Shall clause 2 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Carried. Shall clause 3 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Carried. Shall clause 4 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Carried. Shall clause 5 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Carried. Shall clause 6 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Carried. Shall clause 7 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Carried. Shall the title carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall the bill carry?

Hon. Senators: Agreed.

Le sénateur Cordy : Sous sa forme actuelle, le système prévoit une protection pour les investissements?

M. Linklater : Absolument, tout comme pour les commissions versées aux facilitateurs.

Le sénateur Cordy : Il ne serait pas nécessaire de l'inscrire dans un règlement?

M. Linklater : Ce ne devrait pas être le cas, non.

Le président : Le timbre annonçant le vote à la Chambre devrait commencer à retentir d'un moment à l'autre. Nous allons mettre fin à cette partie de la séance.

Monsieur le ministre, je voudrais vous remercier, vous et vos fonctionnaires, pour votre comparution d'aujourd'hui et pour nous avoir aidés à mieux comprendre le projet de loi C-35.

Nous allons poursuivre en procédant à l'étude article par article du projet de loi.

On a distribué un projet d'observation pour fins de discussion. Lorsque j'aborderai ce point, nous pourrions discuter de ce que nous souhaitons en faire.

Selon la procédure normale, je demanderais au comité s'il est d'accord pour passer à l'étude article par article du projet de loi C-35, Loi modifiant la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés?

Des voix : D'accord.

Le président : L'étude du titre est-elle reportée?

Des voix : D'accord.

Le président : Adoptée. L'article 1 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le président : Adopté. L'article 2 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le président : Adopté. L'article 3 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le président : Adopté. L'article 4 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le président : Adopté. L'article 5 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le président : Adopté. L'article 6 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le président : Adopté. L'article 7 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le président : Adopté. Le titre est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le président : Le projet de loi est-il adopté?

Des voix : D'accord.

The Chair: Does the committee wish to append observations to the report?

There is one possible observation that arises from the organizations that were here a week ago, and it says that paralegals should be getting proper education to get into this area.

Do you have any thoughts on that? Does that seem reasonable? It is an observation; it does not change anything. Does everyone agree to that?

Senator Cordy: Should we put a little preamble in front of it, such as the committee heard representation from?

The Chair: We could say that.

Senator Cordy: I have no problem with the premise behind the observation, but it should be a little more explanatory to someone reading it.

Senator Ogilvie: I have no problem with the observation at all. I think it is useful to put it forward. I thought the minister gave a very good response today with regard to this issue, indicating that the law society does require training in the paralegal area. Nevertheless, the confidence level of pointing this out is valuable and useful.

With regard to Senator Cordy's comment, it seems that we do not need a large preamble.

Senator Cordy: I mean a sentence or two. Sorry. When I said "preamble," I did not mean a page.

Senator Ogilvie: I am wondering if we might simply have an indication that the committee notes that paralegals have been brought into the categories that have the authority to deal with this and adds the following observation.

The Chair: Is that agreed?

Senator Eaton: I think it would make people more confident that paralegals, despite what the minister and the other person said, are not to operate outside their area of jurisdiction, according to the Law Society of Upper Canada. If it gives people confidence, why not?

The Chair: That is what it does.

Senator Cordy: Our witnesses will realize that we have recognized the validity of what they have said.

The Chair: What we normally do is a preamble along the lines of what Senator Ogilvie described.

Are the observation and steering committee agreed to?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: That is carried.

Is it agreed that I report this bill with the one observation to the Senate?

Hon. Senators: Agreed.

Le président : Le comité désire-t-il annexer des observations au rapport?

Il y a une observation possible découlant des organisations qui ont comparu ici il y a une semaine, où l'on déclare que les parajuristes devraient recevoir une formation adéquate pour œuvrer dans le domaine.

Avez-vous des idées là-dessus? Cela semble-t-il raisonnable? Il s'agit d'une observation; elle ne change rien. Tout le monde l'approuve-t-il?

Le sénateur Cordy : Devrions-nous précéder cette observation d'un bref préambule indiquant les témoins entendus par le comité?

Le président : Nous pourrions le préciser.

Le sénateur Cordy : Je n'ai rien contre la prémisse à la base de l'observation, mais celle-ci devrait fournir un peu plus d'explications à ceux qui la liront.

Le sénateur Ogilvie : L'observation ne me pose aucun problème. Je juge utile de la présenter. J'ai trouvé que le ministre a fourni une excellente réponse aujourd'hui en ce qui a trait à cette question, en indiquant que le barreau provincial exige une formation dans le domaine parajuridique. Néanmoins, sur le plan du niveau de confiance, le fait d'apporter cette précision est valable et utile.

En ce qui a trait au commentaire du sénateur Cordy, il me semble que nous n'avons pas besoin d'un long préambule.

Le sénateur Cordy : Je parlais d'une phrase ou deux. Désolée. Lorsque j'ai parlé d'un préambule, je ne voulais pas dire une page.

Le sénateur Ogilvie : Je me demande s'il serait possible d'indiquer simplement que le comité souligne que les parajuristes ont été intégrés aux catégories de personnes autorisées à traiter ces dossiers, après quoi suivrait l'observation.

Le président : Tout le monde est-il d'accord?

Le sénateur Eaton : Je pense que cela rendra les gens plus confiants quant au fait que les parajuristes, malgré les dires du ministre et de l'autre personne, n'agissent pas à l'extérieur de leur domaine de compétence, selon le Barreau du Haut-Canada. Si cela peut donner confiance aux gens, pourquoi pas?

Le président : C'est l'effet qu'a cette observation.

Le sénateur Cordy : Nos témoins verront que nous avons reconnu la validité de leurs déclarations.

Le président : Normalement, nous optons pour un préambule ressemblant à ce que le sénateur Ogilvie a décrit.

Êtes-vous d'accord avec l'observation, et en ce qui concerne le comité de direction?

Des voix : D'accord.

Le président : C'est adopté.

Vous plaît-il que je fasse rapport au Sénat de ce projet de loi avec observation?

Des voix : D'accord.

The Chair: Carried.

Will I introduce it tomorrow? I do not see why not.

The steering committee meets tomorrow after the main committee meeting.

Tomorrow, the main committee hearing formally starts the health accord.

We will have two of the entities that have been involved in monitoring it and were set up relevant to it. We will also have Statistics Canada.

This meeting is now adjourned.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Thursday, March 10, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:28 a.m. to examine the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

Senator Art Eggleton (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

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

[*English*]

Today we begin our examination of the 2004 health accord, or the 10-year plan to strengthen health care in Canada. This is the second review that has been conducted, which is a requirement every three years. The last review was done by the House of Commons Standing Committee on Health, and we are doing this one. This committee has a long history of dealing with health issues, going back to 2002, perhaps even before, when my predecessor Michael Kirby was chair of this committee. It produced a significant report that came out at the same time as the Romanow committee report. We have before us what are referred to as the Romanow report and the Kirby report. The Kirby report, of course, is a product of this very committee.

We will go through numerous meetings between now and the middle of June, before the summer recess. We have a dozen planned at this point. That is all conditional on there not being another kind of recess that might be imposed upon us at any time, called an election. In the fall, we will then complete our report and submit it. This requires, obviously, an extension in time from what was originally envisioned in order to complete the study. We just got the request from the Minister of Health to conduct this report at the end of January.

Le président : Adopté.

Vais-je le présenter demain? Je ne vois pas ce qui m'en empêcherait.

Le comité de direction se réunira demain, après la séance du comité plénier.

Au cours de la séance de demain, le comité principal commencera officiellement l'étude concernant l'accord sur les soins de santé.

Nous recevrons deux des entités qui veillent au suivi de l'accord, et qui ont été mises sur pied en lien avec ce dernier. Nous recevons aussi Statistique Canada.

La séance est levée.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le jeudi 10 mars 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 28, pour étudier les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé 2004.

Le sénateur Art Eggleton (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

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

[*Traduction*]

Nous entamons aujourd'hui notre examen de l'Accord de 2004 sur la santé, appelé également plan décennal pour consolider les soins de santé au Canada. C'est le second examen auquel nous procédons, puisque nous sommes tenus de le faire tous les trois ans. Le dernier a été fait par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, et nous prenons soin de celui-ci. Ce comité est habitué de longue date à traiter des questions de santé, au moins depuis 2002, et même peut-être auparavant, alors que mon prédécesseur, Michael Kirby, présidait ce comité. Il a produit un rapport important qui a été publié en même temps que le rapport Romanow. Nous avons d'ailleurs en main les documents appelés Rapport Romanow et Rapport Kirby. Ce dernier a été, comme il se doit, produit par ce comité.

Nous allons tenir de nombreuses réunions d'ici la mi-juin, avant le congé d'été. Une douzaine sont prévues pour l'instant. Il faudra bien évidemment pour cela que rien ne vienne stopper nos travaux à un moment quelconque, comme le déclenchement d'une élection. Nous terminerons et présenterons notre rapport à l'automne. Cela nécessitera, sans surprise, un prolongement du délai que nous avons prévu au départ pour terminer cette étude. Ce n'est qu'à la fin janvier que le ministre de la Santé nous a demandé de produire ce rapport.

Today we will start with four key entities to bring us up to date. Two of them were created out of the previous health accord; there was one in 2003 as well. We have with us, from the Health Council of Canada, Dr. Jack Kitts, Chair, and John Abbott, Chief Executive Officer. The Health Council of Canada was established in the 2003 Accord on Health Care Renewal and their role was enhanced further in the 2004 10-year plan. They report on the progress of health care renewal, on the health status of Canadians, and on health outcomes of our system. Their goal is to provide a system-wide perspective on health care reform for the Canadian public, with particular attention to accountability and transparency.

The Canadian Institute for Health Information — and, I remember the former deputy chair of this committee, Dr. Keon, referred to it as CIHI, so I will as well — is an independent, not-for-profit corporation that provides essential information on Canada's health system and the health of Canadians. Their goal is to help improve Canada's health system and well-being of Canadians by being leading a source of unbiased, credible and comparable information to enable health leaders to make better informed decisions.

Health Canada is responsible for the Canada Health Act. Abby Hoffman, Associate Assistant Deputy Minister; and Gigi Mandy, Director, Canada Health Act Division, are with us today.

Statistics Canada is always here. They give us lots of charts, every time. Gary Catlin is Director General, Health, Justice and Special Surveys Branch; and Claudia Sanmartin is Senior Analyst, Health Analysis Division.

Welcome to all of you.

I might add that James Gauthier and Karin Phillips are here as analysts from the Library of Parliament.

Dr. Jack Kitts, Chair, Health Council of Canada: Thank you for the opportunity to comment on the progress made on the 10-year plan to strengthen health care. The more voices that weigh in on this review, particularly as we get closer to 2013-14, the better equipped we will be to make proper decisions in the future.

Reporting on progress is what the Health Council of Canada does and what we have been doing since we were formed seven years ago. Our voice is unique because we provide an independent pan-Canadian assessment and insight on health reform. More and more, our focus is on identifying best practices and innovations so that planners, providers, administrators and the public can know who is doing it right and how.

Nous allons commencer aujourd'hui en entendant les représentants de quatre organismes pour mettre à jour les informations dont nous disposons. Deux de ceux-ci ont été créés dans le prolongement de l'accord précédent sur la santé, et un autre l'a été en 2003. Nous avons donc parmi nous le président, le Dr Jack Kitts, et le chef de la direction, M. John Abbott, du Conseil canadien de la santé. La création de cet organisme a été prévue dans l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé et son rôle a été élargi dans le plan décennal de 2004. Ils vont nous faire rapport sur les progrès du renouvellement des soins de santé, sur l'état de santé des Canadiens et sur les résultats de notre système sur la santé. Leur objectif est d'éclairer le public canadien sur la réforme des soins de santé dans l'ensemble du système, en accordant une attention particulière à la responsabilisation et à la transparence.

L'Institut canadien d'information sur la santé, ou ICIS comme je l'appelle en m'inspirant du Dr Keon, l'ancien vice-président de ce comité, est un organisme indépendant et sans but lucratif qui fournit des renseignements essentiels sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il a pour objectif de contribuer à l'amélioration du système de santé de notre pays et du bien-être de ses habitants en étant une source de tout premier choix de renseignements impartiaux, crédibles et comparables pour permettre aux responsables de la santé de prendre leurs décisions dans les meilleures conditions possibles.

Santé Canada est le ministère responsable de l'administration de la Loi canadienne sur la santé. Abby Hoffman, sous-ministre adjointe déléguée, et Gigi Mandy, directrice de la Division de la Loi canadienne sur la santé, sont parmi nous aujourd'hui.

Des représentants de Statistique Canada sont également ici, comme toujours. À chaque fois, ils nous remettent quantité de graphiques. Gary Catlin est directeur général de la Direction de la santé, de la justice et des enquêtes spéciales alors que Claudia Sanmartin est analyste principale à la Division de l'analyse de la santé.

Bienvenue à vous tous.

J'ajoute que James Gauthier et Karin Phillips sont présents à titre d'analystes de la Bibliothèque du Parlement.

Dr Jack Kitts, président, Conseil canadien de la santé : Merci de m'accorder cette occasion de formuler des observations sur les progrès du plan décennal pour consolider les soins de santé. Plus seront nombreuses les voix qui interviendront dans ce bilan, particulièrement alors que nous nous rapprochons de 2013-2014, plus nous pourrions prendre des décisions opportunes à l'avenir.

Faire rapport des progrès est notre fonction, et c'est ce que nous faisons systématiquement depuis la création du conseil, il y a sept ans. Nous sommes uniques en cela que nous formulons une évaluation et un éclairage pancanadiens indépendants sur la réforme de la santé. De plus en plus, nous ciblons l'identification des pratiques exemplaires et des innovations, afin que les planificateurs, les prestataires, les administrateurs et le public puissent savoir qui fait ce qu'il faut, et comment il le fait.

Though we often call it the Canadian health care system, it is really a collection of 14 individual systems that are well served by learning best practices from one another. Our health care system has come a long way since 2004, but there is still a lot of work to do to achieve the first minister's vision — indeed, the vision of all Canadians: a more accessible, higher quality and sustainable health care system.

In 2008, we released a progress report on all the commitments in the 2003 Accord on Health Care Renewal, and the 10-year plan to strengthen health care. We found much to celebrate and much that fell short of what could and should have been achieved. This spring, three years later, we will be releasing a follow-up report on five of the health accord commitments.

Where do we stand now? The answer is not a simple one. Over the next five minutes, I will try to give you a brief overview of some of the highlights as the Health Council of Canada sees it. We have made progress on wait times because governments set targets and provided the funding to tackle them. Buoyed by success in the initial five priority areas, governments have moved to address other wait times now. For example, in response to the Patients First review, the Saskatchewan government has promised that by 2014, no patient will wait longer than three months for any surgery. Wait times are a good example that progress can be made and sustained when health care leaders develop an action plan and stick with it. This approach also serves to gain the confidence of the public.

Primary health care is critical to the sustainability of our health care system. Despite that, we are not measuring for results nearly as much as we should be. More Canadians have chronic health conditions than ever, and they need a strong primary health care system to support them. Recent surveys show that Canada has catching up to do compared to other OECD countries. Canadians have difficulty accessing primary care, particularly after hours and on weekends, and are more likely to use emergency rooms.

The 10-year plan called for half of Canadians to have access to a primary health care team by 2011. In 2009, we reported that only 32 per cent of Canadians had access to more than one primary health care provider. The benefits of teams are well known. They improve access, quality of care, and reduce pressures and costs on the acute care system. In Peterborough, Ontario, for example, a region-wide shift to team-based care dropped emergency department visits by 15,000 patients annually and gave 17,000 more access to primary health care.

Nous parlons souvent du système canadien de soins de santé, mais, en réalité, il s'agit d'un ensemble de 14 systèmes particuliers, qui profitent du partage de leurs connaissances. Notre système de soins de santé a largement évolué depuis 2004, mais il reste beaucoup à faire pour réaliser la vision des premiers ministres — en fait, la vision de tous les Canadiens : un système de soins de santé plus accessible, de plus haute qualité et durable.

En 2008, nous avons publié un rapport d'étape sur tous les engagements pris dans l'Accord sur le renouvellement des soins de santé de 2003 et dans le plan décennal pour consolider les soins de santé. Si nous avons relevé beaucoup de raisons de nous réjouir, bien des choses restaient en deçà de ce qui aurait pu — et aurait dû — s'accomplir. Ce printemps, trois ans plus tard, nous allons publier un rapport de suivi sur cinq des engagements des accords sur la santé.

Où en sommes-nous actuellement? La réponse n'est pas simple. Je vais prendre cinq minutes pour vous présenter certains points saillants, selon la perception du conseil. Nous avons fait des progrès dans les temps d'attente, parce que les gouvernements ont fixé des objectifs et fourni le financement permettant de s'y attaquer. Dynamisés par leur succès dans les cinq premiers domaines prioritaires, les gouvernements ont décidé d'agir maintenant sur les temps d'attente d'autres secteurs. Ainsi, pour donner suite à son étude Patient First, le gouvernement de la Saskatchewan a promis que d'ici à 2014, aucun patient ne devra attendre plus de trois mois pour une intervention chirurgicale, quelle qu'elle soit. Les temps d'attente offrent un bon exemple des progrès que l'on peut accomplir et pérenniser quand les chefs de file des soins de santé élaborent un plan d'action et l'appliquent. Cette approche permet aussi de gagner la confiance du public.

Les soins de santé primaires sont d'une énorme importance pour la durabilité de notre système de soins de santé. Malgré cela, nous sommes loin de mesurer les résultats comme il le faudrait. Le nombre de Canadiens atteints de maladies chroniques est plus élevé que jamais et ils ont besoin du soutien d'un solide système de soins de santé primaires. Des enquêtes récentes montrent que le Canada a un retard à rattraper par rapport aux autres pays de l'OCDE : les Canadiens ont de la difficulté à obtenir des soins de santé primaires après les heures normales de travail et pendant les fins de semaine, et ont plus tendance à utiliser les salles d'urgence.

Le plan décennal prévoyait que la moitié des Canadiens aurait accès à une équipe de soins primaires en 2011. En 2009, nous avons signalé que seulement 32 p. 100 des Canadiens avaient accès à plus d'un prestataire de soins de santé primaires. Les avantages des équipes sont bien connus : elles améliorent l'accès et la qualité des services et réduisent à la fois les pressions exercées sur le système de soins de courte durée et les coûts de celui-ci. C'est ainsi que, à Peterborough, en Ontario, un virage au niveau de la région vers des soins dispensés en équipe a permis de faire baisser les visites au service des urgences de 15 000 par année, ce qui a permis d'offrir 17 000 accès de plus à des soins de santé primaires.

We believe that jurisdictions are now turning the corner on primary health care and are reinvesting in finding pathways to improve the service delivery. With the support of our provider organizations, we believe we can expect much more progress in the coming years.

By the end of 2010, an electronic health record was available for nearly half of all Canadians. Many physicians still rely on paper records and until they go digital, electronic health records cannot reach their full potential. Sustained federal funding and strong jurisdictional direction will be critical to ensuring that we can accelerate the update of electronic health records across the country.

The creation of a national pharmaceutical strategy was a critical part of the 10-year plan. In 2011, today, unfortunately, progress is slow. That being said, individual jurisdictions across Canada are taking steps to expand coverage and address the growing costs of publicly funded drug programs by controlling the costs of generic drugs. At the same time, pharmacists' scopes of practice are expanding, although through different approaches across Canada. Another promising strategy is joint tendering. The premiers have called for a national alliance to consolidate public sector procurement of common drugs and medical supplies and equipment.

While addressed in the 10-year plan, health prevention and promotion, and their role in improving the health of Canadians, are only now gaining momentum across the country. For example, we are encouraged that several governments such as Yukon, Ontario, Newfoundland and Labrador, have developed poverty reduction strategies that will go a long way in addressing the underlying health needs of their vulnerable citizens.

Your committee has produced landmark reports on the importance of determinants of health and whole-of-government approaches. Likewise, the Health Council of Canada recently issued a report on taking a whole-of-government approach to health promotion. We cannot and should not expect health ministries alone to be able to solve all of Canada's health issues, including the state of Aboriginal health.

On top of the progress I have mentioned so far, there have also been improvements on our capacity to collect, interpret and use health information, and I expect the CIHI people will expand on that. This work is absolutely essential to allow us to address the issues of providing appropriate care, patient engagement and improving the quality of care overall.

Nous estimons que les secteurs de compétence commencent à remonter la pente en matière de soins de santé primaires et se sont mis à réinvestir et à chercher des pistes pour améliorer la prestation des services. Avec le soutien des organisations de prestataires, nous pouvons nous attendre à de plus nombreuses avancées dans les années à venir.

À la fin de 2010, près de la moitié des Canadiens disposait d'un dossier de santé électronique. Beaucoup de médecins continuent de s'en remettre à des dossiers papier, et tant qu'ils ne passeront pas au numérique, nous ne parviendrons pas à exploiter le plein potentiel des dossiers de santé électroniques. Il sera essentiel de pouvoir compter sur un financement fédéral à long terme et sur de solides orientations des divers paliers de gouvernement pour accélérer l'adoption des dossiers de santé électroniques à l'échelle du pays.

La création d'une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques constituait un élément critique du plan décennal. Malheureusement, force est de constater qu'aujourd'hui, en 2011, les progrès sont lents. Cela dit, des instances particulières partout au Canada prennent des mesures visant à étendre la couverture des programmes publics d'assurance-médicaments et à faire face à leurs coûts croissants en limitant le coût des médicaments génériques. Parallèlement, la portée de la pratique des pharmaciens s'élargit, bien que cela se fasse selon des approches différentes de part et d'autre du pays. Une autre stratégie prometteuse est celle des appels d'offres communs. Les premiers ministres provinciaux préconisent une alliance nationale pour unifier l'approvisionnement du secteur public en médicaments courants et en fournitures et équipements médicaux.

Bien que le plan décennal ait abordé les thèmes de la prévention et de la promotion de la santé et de leur rôle dans l'amélioration de la santé des Canadiens, c'est maintenant seulement qu'ils prennent de l'ampleur au Canada. Par exemple, nous nous sentons encouragés par le fait que plusieurs gouvernements, dont ceux du Yukon, de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador, ont créé des stratégies de réduction de la pauvreté qui devraient faire beaucoup pour répondre aux besoins de santé fondamentaux de leurs citoyens vulnérables.

Votre comité a produit des rapports décisifs sur l'importance des approches fondées sur les déterminants de la santé et sur une démarche pangouvernementale. De même, le Conseil canadien de la santé a publié récemment un rapport sur l'application d'une approche pangouvernementale à la promotion de la santé. Nous ne pouvons pas, et ne devrions pas, nous attendre à ce que les ministères de la Santé puissent résoudre tous les problèmes de santé du Canada, y compris celui de l'état de santé des Autochtones.

Outre les progrès que je viens de citer, nous avons aussi vu des améliorations dans notre capacité à rassembler, interpréter et utiliser des données sur la santé. Ces activités sont absolument essentielles pour résoudre les problèmes touchant la prestation de soins appropriés, la participation des patients et l'amélioration de la qualité.

Leading up to the next review, governments need to focus on health human resources planning, expanding and integrating home care, improved public reporting, and a continued focus on quality across the entire system.

Finally, we need continued leadership from governments. While much of the progress since the 10-year plan has been generated by individual jurisdictions, real progress lies in having all governments work together in the interest of all Canadians. We are optimistic that these Senate committee hearings will inspire our leaders to re-engage on the heralded commitments made in 2004.

John Wright, President and CEO, Canadian Institute for Health Information: CIHI is a pan-Canadian, independent and not-for-profit entity. We focus on providing data for sound health policy, health management and public awareness of the issues surrounding health and health care.

As part of the 10-year plan, CIHI's role was to reduce wait times in priority areas and improve access. The five priority areas are cancer, heart, diagnostic imaging, joint replacement and sight restoration. Since 2006, we have been publishing annual reports. Later this month, we will come out with our sixth annual report on wait times. This forthcoming report is much clearer as there are more data and information available.

The question is: Is care provided within the benchmark time frames? As shown on slide 4, with respect to bypass surgery and radiation therapy, they are within benchmark time frames that were established.

Slide 5 shows how each of the provinces are doing relative to the benchmarks. The check mark means that it is meeting target. Ninety per cent is a practical target. One hundred would be perfection; however, 90 per cent recognizes the realities of surgery. From time to time, the patient maybe ill and not be able to attend the surgery. Alternatively, the patient may want a change or be on vacation when surgery is scheduled.

Across the country, the wait time benchmark for bypass surgery and radiation therapy has been met at the 90 per cent level. Certain provinces, such as Quebec, show a dash in the bypass surgery category. That is because the data are still collected in a different manner than the other provinces. In the case of P.E.I., there is a dash in bypass surgery because they do not do it there.

On slide 6 are more check marks across the piece. These checkmarks represent a target of 75 per cent being met. Due to the size in population of B.C., Ontario and Quebec, these

En préparation du prochain bilan, les gouvernements doivent privilégier la planification des ressources humaines de la santé, le développement et l'intégration des soins à domicile, l'amélioration de la présentation de rapports au public et continuer d'accorder la priorité à la qualité de l'ensemble du système.

Finalement, nous avons besoin que les gouvernements conservent leur rôle moteur. Une grande partie des progrès accomplis depuis le plan décennal a été le fait de secteurs de compétence particuliers, mais pour que les progrès soient réels, il faut que tous les gouvernements collaborent dans l'intérêt de tous les Canadiens. Nous avons bon espoir que ces audiences du comité sénatorial vont inciter nos responsables à se mobiliser de nouveau en faveur des engagements annoncés haut et fort en 2004.

John Wright, président et directeur général, Institut canadien d'information sur la santé : L'ICIS est un organisme pancanadien, autonome et sans but lucratif. Nous nous efforçons avant tout de fournir des données permettant d'élaborer des politiques de santé avisées, de gérer efficacement le système de santé et de sensibiliser le public aux facteurs qui influent sur la santé.

Le rôle confié à l'ICIS, dans le cadre du plan décennal, était de réduire les temps d'attente dans les domaines prioritaires et d'améliorer l'accès aux soins. Les cinq domaines prioritaires sont le cancer, le coeur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulation et la restauration de la vue. Nous publions depuis 2006 des rapports annuels. Plus tard ce mois-ci, ce sera le sixième qui sera consacré aux temps d'attente. Comme nous avons disposé pour sa préparation de plus de données et d'informations que pour les précédents, il donnera une vision plus claire de la situation.

La question qui se pose est de savoir si les soins sont dispensés dans les délais prescrits. Comme on le voit à la diapositive n° 4, ils le sont pour les pontages et pour la radiothérapie.

La diapositive n° 5 montre si les délais prescrits sont bien respectés dans chacune des provinces. Le signe de pointage signifie que la cible est atteinte pour l'objectif correspondant. Si 100 p. 100 constitueraient une cible parfaite, nous avons retenu, à des fins pratiques, un seuil de 90 p. 100. C'est une façon de prendre en compte les réalités du domaine de la chirurgie. Il arrive qu'un patient soit malade à la date prévue et ne puisse subir la chirurgie, ou qu'il veuille être opéré à une autre date, ou encore qu'il soit en vacance à cette date.

Dans l'ensemble du pays, les délais prescrits pour les pontages et la radiothérapie ont été respectés dans 90 p. 100 des cas. Dans certaines provinces, comme le Québec, le signe de pointage est remplacé par un tiret pour les pontages. Cela signifie que les données ne sont pas comparables parce que leurs modalités de cueillette sont différentes de celles des autres provinces. Dans le cas de l'Île-du-Prince-Édouard, le tiret pour les pontages signifie qu'on n'en pratique pas dans cette province.

Il y a davantage de signes de pointage sur la diapositive n° 6. Ceux-ci correspondent à l'atteinte d'une cible de 75 p. 100. Étant donné la taille des populations de la Colombie-Britannique, de

provinces carry the pan-Canadian statistics. In Ontario and B.C., there are check marks across the piece. This means that patients are being taken care of at 75 per cent of the benchmark. Other provinces are not doing quite as well.

We will turn to slide 7. In summary of the wait time initiative, the three largest provinces generally drive the national data. There is significant variation among the provinces and within each of the priority areas as well.

The provinces and territories were charged to look at the area of diagnostic imaging. There is no evidence-based benchmark for diagnostic imaging as yet. As a consequence, we do not report it. In 2009, there were two provinces reporting on diagnostic imaging. In 2010, there were five provinces reporting on diagnostic imaging and their wait times. We continue to work with other provinces to bring them on board.

The numbers are extremely good in terms of bypass surgery. There is a number of urgency rating scores within that category. Not everyone is perfectly aligned; therefore, we have gone to the easiest priority, meaning that patients within the easiest priority are all being seen. We still have work to do with the provinces on fine tuning the data to ensure comparability across the piece.

Slide 8 shows the distribution of funds. From 2004 to 2010, the total health expenditures in Canada increased by 45.6 per cent. From that, we have isolated the provincial and territorial numbers. In 2010, the provinces and territories spent \$125 billion. The overall increase is almost 48 per cent over that time period.

What did Canadians buy with the infusion of the federal funds? Slide 9 shows the significant increase in the number of surgeries, let alone the improvements in wait times that I spoke to earlier. For hip, knee and cataract surgery, the increases from 2004 through to 2010 are quite substantive. The category of revascularization does not include Quebec. We still have some data issues. However, year by year, we are making improvements with the territories and provinces. It is a cooperative exercise with them.

Slide 10 shows that the money bought an awful lot more diagnostic imaging scans and services. From 2003 to 2004, CAT scans increased by almost 50 per cent. More MRI and CAT scan machines have been purchased. The provinces are becoming more efficient in the utilization of these machines. Canada runs them harder and longer compared to other countries.

l'Ontario et du Québec, ces provinces déterminent dans une large mesure le portrait pancanadien. En Ontario et en Colombie-Britannique, toutes les cases comportent des signes de pointage. Cela signifie que 75 p. 100 des patients sont pris en charge dans les délais prescrits. Les autres provinces n'obtiennent pas de si bons résultats.

Passons maintenant à la diapositive n° 7. En résumé, pour l'initiative des temps d'attente, les trois provinces les plus peuplées déterminent dans une large mesure le résultat à l'échelle nationale. On observe des variations importantes entre les provinces et, également, au sein de chacun des domaines prioritaires.

Les provinces et les territoires devaient étudier le domaine de l'imagerie diagnostique. On n'a pas encore de repères probants pour l'imagerie diagnostique. C'est pourquoi nous ne faisons pas rapport sur ce domaine, même si, en 2009, deux provinces l'ont fait. En 2010, elles étaient cinq à le faire, ainsi que sur leurs temps d'attente. Nous continuons à travailler avec les autres provinces pour les amener à produire ces données.

Les chiffres obtenus sont très bons pour les pontages. Nous avons une cote de classement pour les urgences au sein de cette catégorie. Les données de toutes les provinces ne sont pas parfaitement compatibles et nous avons dû utiliser la priorité la plus facile, signifiant que tous les patients ayant cette priorité ont été vus. Nous devons encore travailler avec les provinces pour harmoniser les données afin d'assurer la compatibilité de toutes.

La diapositive n° 8 traite de la répartition des fonds. De 2004 à 2010, le total des dépenses de santé du Canada a augmenté de 45,6 p. 100. À partir de là, nous avons isolé les chiffres des provinces et des territoires. En 2010, les provinces et les territoires ont dépensé 125 milliards de dollars. La hausse globale atteint presque 48 p. 100 au cours de cette période.

Voyons maintenant les services que les Canadiens ont pu se procurer grâce à l'injection des fonds fédéraux. La diapositive n° 9 montre une hausse importante des chirurgies, sans parler des améliorations des temps d'attente dont j'ai parlé précédemment. Dans le cas des chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte, les augmentations entre 2004 et 2010 sont passablement marquées. Le Québec n'est pas comptabilisé dans la catégorie de la revascularisation parce que ses données nous posent encore quelques problèmes. Toutefois, année après année, nous enregistrons des progrès avec les provinces et avec les territoires grâce à leur coopération.

On constate à l'examen de la diapositive n° 10 que les fonds fédéraux ont permis de réaliser beaucoup plus de scintigrammes et d'examen d'imagerie diagnostique. De 2003 à 2004, le nombre de tomographies a augmenté de près de 50 p. 100. Davantage d'appareils d'IRM et de tomographies ont été achetés. Les provinces utilisent ces machines de façon plus efficiente. Au Canada, on les utilise de façon plus intensive et plus longtemps que dans d'autres pays.

Slide 11 shows the number of physicians that have been added. From 2008 to 2009, there was 4.1 per cent increase in the number of physicians. A record number of medical degrees were granted in 2009: a little over 2,300. There has been a 47 per cent increase of medical graduates since 1999.

The overall outlay on physicians has increased dramatically. While drugs were one of the fastest growing areas and expenditures, physicians now are. As well, the number of regulated nurses has gone up shortly since 2004. These numbers, per capita, are not what they were in 1992. In 1992, there were 824 nurses per 100,000 patients and in 2009, there were 789. There has been a decrease. I speak of registered nurses, registered psychiatric nurses in the Western provinces, licensed practical nurses and nurse practitioners.

Slide 12 shows that the total expenditure for drugs has increased dramatically. The public sector has increased substantially in terms of the billions of dollars. This is tending to flatten out more. Drugs are the second fastest growing category next to physicians.

Many patent drugs, such as Lipitor and Crestor, will be coming off patent, about \$8.3 billion worth. There should be savings into the future as the generics step in from there.

What about performance measures? With Statistics Canada, we produce an annual report with over 40 different health indicators. This year, we will develop some new indicators in the area of mental health. We have developed a Canadian Hospital Reporting Project. It is not public as yet. We are still trying to clarify and ensure comparability. There are 33 indicators. A substantive number of them are quality, financial and patient satisfaction indicators.

The “big dot” indicator was developed in 2007: the hospital standardized mortality ratio or HSMR. That is a big dot indicator of equality. We are pleased to report that, since 2007, 80 per cent of hospitals have reduced their mortality rates.

Abby Hoffman, Associate Assistant Deputy Minister, Health Canada: My remarks are directed to the Canada Health Act. I will note at the outset that the Canada Health Act, as you may know, is referred to in two places in the 2004 accord, once implicitly and once quite explicitly.

Near the beginning, at page 2 of the 10-page accord document, first ministers indicated that they had agreed on an action plan based on a number of principles. The first set of principles cited is the five principles of the Canada Health Act: universality, accessibility, portability, comprehensiveness and public administration principles embedded in the CHA.

La diapositive n° 11 montre la hausse du nombre de médecins. De 2008 à 2009, celle-ci a été de 4,1 p. 100. Un nombre record de diplômes de médecine ont été accordés en 2009, soit un peu plus de 2 300. On a enregistré une hausse de 47 p. 100 des diplômés en médecine depuis 1999.

L'ensemble des dépenses consacrées aux médecins a augmenté de façon marquée. Si le secteur enregistrant la hausse la plus rapide des dépenses était celui des médicaments, c'est maintenant celui des médecins. Le nombre d'infirmières réglementées a également augmenté brusquement depuis 2004. Ces chiffres, ramenés par habitant, ne sont plus ce qu'ils étaient en 1992. Il y avait alors 824 infirmières pour 100 000 patients et, en 2009, elles n'étaient plus que 789. Il y a donc eu une diminution. Je parle ici des infirmières autorisées, des infirmières psychiatriques autorisées dans les provinces de l'Ouest, des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières praticiennes.

La diapositive n° 12 montre que les dépenses totales en médicaments ont augmenté de façon très importante. Dans le secteur public, cette hausse s'est chiffrée en milliards de dollars. On observe cependant une tendance au ralentissement de cette croissance. Pour la croissance des dépenses, la seconde place va à la catégorie des médicaments, juste après celle des médecins.

De nombreux médicaments brevetés, comme le Lipitor et le Crestor, ne seront plus protégés par des brevets. Ils représentent des dépenses de 8,3 milliards de dollars et il se peut donc que l'arrivée de médicaments génériques pour les remplacer permette de réaliser des économies à l'avenir.

Qu'en est-il maintenant de la mesure du rendement? Avec Statistique Canada, nous publions un rapport annuel traitant de plus de 40 indicateurs différents de la santé. Nous en avons élaboré quelques nouveaux cette année dans le domaine de la santé mentale. Nous avons élaboré un Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens. Il n'est pas encore public. Nous travaillons encore à préciser un certain nombre de points et nous nous efforçons de vérifier le caractère comparable des données. Il comporte 33 indicateurs dont bon nombre portent sur la qualité des soins, sur la dimension financière et sur le niveau de satisfaction des patients.

L'indicateur au « gros point » a été élaboré en 2007 : c'est le Ratio normalisé de mortalité hospitalière ou RNMH. C'est un indicateur d'égalité. Nous sommes ravis de vous dire que, depuis 2007, 80 p. 100 des hôpitaux ont réduit leurs taux de mortalité.

Abby Hoffman, sous-ministre adjointe déléguée, Santé Canada : Mes commentaires portent sur la Loi canadienne sur la santé. Je me permets de vous rappeler dès le début que cette loi est mentionnée deux fois dans l'Accord de 2004 — une fois implicitement, et une autre fois, explicitement.

Au début, à la page 2, les premiers ministres ont précisé qu'ils s'étaient entendus sur un plan d'action fondé sur un certain nombre de principes. La première série de principes cités est celle des principes de la Loi canadienne sur la santé, soit l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité, l'intégralité et la gestion publique qui sont inscrits dans la LCS.

The second instance is at the end of the accord document, on page 10. The final commitment that first ministers made under the accord also concerns the Canada Health Act, and that section effectively states:

By inclusion in this communiqué, governments formalize the agreement reached on dispute avoidance and resolution with regard to the Canada Health Act in an exchange of letters in April 2002.

This was a kind of formalization of that process that had been codified earlier in an exchange of letters.

Our understanding is that you have asked for some information specifically about the Canada Health Act dispute avoidance and resolution process. That is the commitment in the accord, and I will speak to that subject.

The Canada Health Act dispute avoidance and resolution mechanism in place today was developed initially as a follow-up to a commitment made in the Social Union Framework Agreement in February 1999. All governments, except Quebec, signed that agreement, which included a set of principles for social policy and collaborative approaches to the use of the federal spending power. It set out broadly ground rules for intergovernmental cooperation, including mechanisms for resolving disputes between governments.

Quite specifically, the agreement committed federal, provincial, territorial jurisdictions to a dispute avoidance and resolution process specifically for the interpretation of the Canada Health Act principles. Work among officials on the design of a dispute avoidance and resolution mechanism ensued. Health Canada and Alberta co-chaired this work that ultimately culminated in an exchange of letters initially between the federal and Alberta health ministers, and then between the Premier of Alberta and Prime Minister Chrétien in April 2002.

Premier Klein's letter, which basically pulled that process to conclusion on behalf of all premiers except Quebec, expressed support for the dispute avoidance and resolution process, as written. The acceptance of that process was formalized in the 2004 accord.

To speak to the process itself, there are three sections: dispute avoidance, dispute resolution and public reporting. Each year in an annex to the Canada Health Act annual report tabled in Parliament, the details of the dispute avoidance and resolution process are written up at some length. The 2009-10 report was recently tabled in Parliament.

I will speak to the three elements quickly. In practical terms, dispute avoidance is the most frequently used, because the aspiration is to avoid disputes and not have to move on to a formal resolution process. Basically, the dispute avoidance

La seconde mention se trouve près de la fin du texte de l'accord, à la page 10. C'est l'engagement définitif des premiers ministres dans le cadre de l'accord qui porte également sur la Loi canadienne sur la santé et qui se lit comme suit :

En l'incluant dans ce communiqué, les gouvernements officialisent l'entente sur la prévention et la résolution des différends relevant de la Loi canadienne sur la santé qui a été conclue dans un échange de correspondance en avril 2002.

C'est une forme d'officialisation de ce processus qui a été codifiée auparavant dans un échange de lettres.

Nous avons cru comprendre que vous vouliez de l'information au sujet du Processus de prévention et de règlement des différends de la Loi canadienne sur la santé qui a été officialisé dans l'accord. C'est un engagement qui a été pris dans l'accord, et je vais vous en parler.

Le mécanisme de prévention et de règlement des différends de la Loi canadienne sur la santé, en vigueur aujourd'hui, a été élaboré à la suite d'un engagement pris en février 1999 à la suite de l'Entente-cadre sur l'union sociale. L'Entente-cadre sur l'union sociale, qui a été signée par tous les gouvernements à l'exception du Québec, comprenait un ensemble de principes sur les politiques sociales et les approches de collaboration quant à l'utilisation du pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral. Elle établissait des règles de base pour la collaboration intergouvernementale, y compris des mécanismes de règlement des différends entre les gouvernements.

Plus précisément, l'entente-cadre engageait les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à se soumettre à un processus de prévention et de règlement des différends conçu précisément pour l'« interprétation des principes de la Loi canadienne sur la santé ». Les fonctionnaires ont ensuite entrepris de concevoir un mécanisme de prévention et de règlement des différends. Santé Canada et l'Alberta ont coprésidé les travaux qui ont abouti à un échange de lettres entre le ministre fédéral de la Santé et le ministre de la Santé de l'Alberta, et ensuite entre le premier ministre de l'Alberta et le premier ministre Chrétien en avril 2002.

Dans sa lettre, rédigée au nom de tous les premiers ministres, sauf celui du Québec, le premier ministre Ralph Klein signifiait l'appui de ceux-ci au processus fédéral proposé de prévention et de règlement des différends relatifs à la Loi canadienne sur la santé. L'acceptation de ce processus a été officialisée dans l'Accord de 2004.

Quant au processus lui-même, trois sections y sont consacrées. Elles traitent de la prévention des différends, du règlement des différends et des rapports publics. Chaque année, en annexe au rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé déposé au Parlement, les détails des processus de prévention et règlement des différends sont décrits en détail. Le rapport de 2009-2010 a récemment été présenté au Parlement.

Je vais aborder rapidement ces trois éléments. Concrètement, la prévention des différends est le mécanisme le plus fréquemment utilisé. C'est que toutes les parties aspirent à éviter les différends et qu'elles ne tiennent pas à devoir s'en remettre aux modalités

process formalizes how federal, provincial and territorial governments will work together to avoid disputes concerning the administration and interpretation of the act.

There are three elements to that. The first is the active participation of governments in ad hoc committees on Canada Health Act issues. Those are issues that would be of interest to all governments. The second is government-to-government information exchange, discussion and clarification of specific issues as they arise with the government in question, where the issue is in play. Finally, if requested by a province or territory, we would provide an advance assessment of a proposal or initiative in order to advise the province or territory whether a plan they have would fall into compliance with the act. This governs most of the normal business we do as related to the Canada Health Act.

Then there is the dispute resolution mechanism itself. If the dispute avoidance activities have been unsuccessful, either the federal or the particular provincial or territorial minister of health directly involved in the issue, may initiate or trigger a dispute resolution process. This needs to be done in writing by the minister of the respective jurisdiction to his or her counterpart, clearly articulating the issue in dispute.

It is important to understand that, if this process is initiated, the dispute resolution process will precede any action that might otherwise be taken related to the non-compliance provisions of the act. In other words, neither mandatory nor discretionary penalties under the act would be imposed while the dispute resolution process is under way.

The initial stage of dispute resolution begins with a government-to-government process. Within 60 days from the date of the letter that I mentioned a moment ago that initiates the process, governments involved will jointly collect and share all of the relevant facts regarding the issue, they will prepare a fact-finding report and they will enter into negotiations to attempt to resolve the issue in dispute. If the issue is resolved, they will prepare a report on how the matter at hand was resolved.

However, if there is no agreement on the facts or if the negotiations were to fail to resolve the issue, then either of the ministers of health involved in the dispute may initiate the next step, which is a referral to a third-party panel. This, too, must be done in writing.

The panel must be struck within 30 days of the formal letters being received. A panel comprises one appointee from the province or territory and one federal appointee. Those two appointees together select a chairperson. The panel's role is to assess the issue under dispute in accordance with the provisions of the act, undertake fact finding and provide advice. At the end of its work, the panel must provide a report to the governments involved within 60 days of their appointment.

officielles de règlement. Le processus de prévention des différends officialise la façon dont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent pour éviter les différends dans l'administration et l'interprétation de la Loi canadienne sur la santé.

Cela implique trois volets. Le premier est celui de la participation active des gouvernements à des comités sur les questions relatives à la Loi canadienne sur la santé. Ce sont là des questions qui présenteraient un intérêt pour tous les gouvernements. Le second est celui de l'échange d'informations de gouvernement à gouvernement, de discussions et de clarification des questions à mesure qui se posent avec le gouvernement concerné par la question. Enfin, sur demande d'une province ou d'un territoire, nous procéderions à une évaluation préalable d'une proposition ou d'une initiative afin d'indiquer à cette province ou à ce territoire si, à notre avis, un tel projet serait conforme à la loi. Cela régit la plupart de nos activités normales concernant la Loi canadienne sur la santé.

Vient ensuite le mécanisme même de résolution des différends. Si les activités de prévention des différends sont infructueuses, le ministre fédéral, ou le ministre provincial ou territorial de la Santé concerné, peut lancer le processus de résolution du différend. Le ministre de la province ou du territoire concerné doit alors écrire à son homologue pour l'informer clairement de la question qui fait l'objet du différend.

Il est important de comprendre que, s'il est utilisé, le processus de règlement des différends prévaudra sur toute autre mesure prise en vertu des dispositions de non-conformité de la Loi canadienne sur la santé. En d'autres termes, aucune pénalité, qu'elle soit obligatoire ou discrétionnaire en vertu de la loi, ne sera imposée pendant le processus de règlement du différend.

L'étape initiale de règlement des différends n'engage que les gouvernements concernés. Dans les 60 jours suivants la date de la lettre que j'ai évoquée il y a un moment, qui lance le processus, les gouvernements concernés recueillent conjointement et échangent tous les faits pertinents sur la question, préparent un rapport établissant les faits et entament des négociations pour tenter de résoudre l'objet du différend. Si la question est résolue, ils vont préparer un rapport sur la manière dont cela a été fait.

Toutefois, s'il n'y a pas d'accord sur les faits, ou si les négociations visant à résoudre la question échouent, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés peut choisir de passer à l'étape suivante, soit de porter l'affaire devant un comité tiers. Cela aussi doit se faire par écrit.

Le comité doit être mis sur pied dans les 30 jours suivant la réception des lettres officielles. Il est composé d'une personne nommée par la province ou le territoire et d'une autre nommée par le gouvernement fédéral. Ces deux personnes désignent ensemble un président. Le rôle du comité est d'examiner la question conformément à la Loi canadienne sur la santé, d'établir les faits et de fournir des avis. Cela fait, le comité doit présenter un rapport aux gouvernements concernés dans les 60 jours suivant sa constitution.

The federal minister would take the panel's report into consideration when deciding whether to invoke non-compliance provisions under the act. However, the federal minister retains the final authority to interpret and enforce the act.

Finally, the third piece of this dispute avoidance and resolution process is public reporting. When a dispute resolution process has been completed, governments will publicly report on the Canada Health Act dispute resolution process, including any panel report.

This concludes my formal remarks.

Gary Catlin, Director General, Health, Justice and Special Surveys Branch, Statistics Canada: Statistics Canada was not specifically mandated in the accord to monitor any aspects of the accord; however, we do have data to present to you that we hope will be relevant to your deliberations today and into the future.

The second slide provides two areas on which we will try to present some information today. The first is around the primary care reform area and the second is around the aspects of prevention and promotion.

We move on to the next slide. For many Canadians, the first point of contact for medical care is their doctor. Being without a regular medical doctor is associated with fewer visits to general practitioners or specialists who can play a role in early screening and treating of medical conditions.

The slide presents the percentage of Canadians across all the provinces and territories who report not having a regular family physician. In 2009 about 84 per cent of Canadians aged 12 and over reported having a regular medical doctor. In 2009, the most common reason respondents gave for not having a regular doctor was that they had not looked for one, and that was mostly among young Canadians. Another 44 per cent, however, or nearly 1.9 million people, reported they could not find a doctor. The reasons they gave were "no doctors available in their area," "doctors in their area not taking new patients," or their "doctor had left or retired."

Of the 4.3 million Canadians without a regular doctor in 2009, about 82 per cent reported having a place they usually went when they needed health care or advice. When they needed medical care, most went to a walk-in clinic. Another 13 per cent went to emergency rooms, and about 10 per cent went to community health centres or, in Quebec, CLSCs.

The next slide is based on a Canadian survey of experiences with primary health care. Actually, it is a good collaboration between the groups we have at the table here today. It was funded through both the Health Council of Canada and CIHI, and was conducted by Statistics Canada in 2007 and 2008. One of the

Même si le ministre fédéral de la Santé tiendra compte du rapport du comité dans sa décision d'invoquer ou non les dispositions de non-conformité de la loi, lui seul a en définitive le pouvoir d'interpréter et d'appliquer la Loi canadienne sur la santé.

Enfin, le troisième élément de ce processus de prévention et de règlement des différends est celui des rapports publics. À la fin du processus, les gouvernements rendront publiques les activités de prévention et de règlement des différends en vertu de la Loi canadienne sur la santé, y compris tout rapport de comité spécial.

Cela met fin à mes commentaires formels.

Gary Catlin, directeur général, Direction de la santé, de la justice et des enquêtes spéciales, Statistique Canada : Bien que l'accord n'ait confié aucun mandat particulier de surveillance à Statistique Canada, nous avons des données à vous présenter qui, nous l'espérons, contribueront à alimenter vos délibérations, aussi bien aujourd'hui qu'à l'avenir.

La seconde diapositive traite de deux domaines que nous allons essayer d'aborder plus en détail aujourd'hui. Le premier est celui de la réforme des soins primaires et le second celui de la prévention et de la promotion.

Passons maintenant à la diapositive suivante. Pour obtenir des soins médicaux, la première personne à laquelle s'adressent de nombreux Canadiens est leur médecin. Le fait de ne pas avoir de médecin régulier amène à se rendre moins souvent chez des généralistes ou des spécialistes en mesure de diagnostiquer et de traiter dès le début des états pathologiques.

Cette diapositive donne les pourcentages de Canadiens, de toutes les provinces et de tous les territoires, qui déclarent ne pas avoir de médecin de famille régulier. En 2009, quelque 84 p. 100 des Canadiens âgés de 12 ans et plus signalaient avoir un médecin régulier. Le motif le plus souvent évoqué par les répondants qui n'avaient pas de médecin régulier était qu'ils n'en avaient pas cherché. Cette réponse venait surtout de jeunes Canadiens. Toutefois, 44 p. 100 des répondants, soit près de 1,9 million de personnes, indiquaient aussi ne pouvoir trouver un médecin aux motifs qu'il n'y avait pas de médecin disponible dans leur région, que les médecins de leur région n'acceptaient pas de nouveaux patients ou encore que leur médecin était parti ou avait pris sa retraite.

Sur les 4,3 millions de Canadiens sans médecin régulier en 2009, environ 82 p. 100 déclaraient savoir où se rendre quand ils avaient besoin de soins de santé ou de conseils en la matière. Quand ils avaient besoin de soins médicaux, la plupart se rendaient à une clinique sans rendez-vous. S'ajoutait à cela 13 p. 100 qui se rendaient dans des salles d'urgence, et environ 10 p. 100 allant dans des centres de santé communautaires ou, au Québec, dans des CLSC.

La diapositive suivante a été préparée à partir des données de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires. En vérité, cette enquête est le fruit d'une excellente collaboration entre les groupes présents ici aujourd'hui. En 2007 et 2008, elle a été financée à la fois par le Conseil canadien de la

things we tried to look at with that survey is the objective that was mentioned earlier on, that 50 per cent of Canadians have access to 24/7 multidisciplinary care.

We are not able to measure this directly with the survey, but we have tried to pull together a composite from the various questions in the survey to look at this. As you can see, over 30 per cent of the population has some access to additional health professionals in the office, in addition to the physician who would be the primary care provider.

The next slide looks at difficulties accessing health services. The detailed analysis we have on these data was based on an early survey. However, as you can see, not much change in this particular aspect has occurred over the time period we collected information.

The study focused on two types of first contact services: first, in the blue bar, immediate care for minor non-life-threatening problems such as a fever, cuts or burns; and second, routine care provided by a family or general practitioner, such as annual examinations or prevention or ongoing care of an illness.

The study showed the respondents with a regular family doctor were just as likely to face some of these difficulties for minor health problems as those without a family doctor. Canadians who did not have a regular family physician were more than twice as likely to report difficulties accessing routine health care compared with those who had a regular family doctor.

One of the good findings out of that report was that income was not associated with difficulties accessing care. The chief reason cited for difficulties in accessing routine care was the availability of physician services; and in terms of immediate care for minor health problems, the primary barrier was longer wait times.

On the next slide, we show the percentage not getting colorectal cancer screening in the time period that is recommended. The differences among the provinces and territories in the percentage of people who were up to date with colorectal cancer testing were substantial. In general, the likelihood of testing was lower in provinces east of Ontario and in the territories than elsewhere, and markedly higher in two provinces — Manitoba and Ontario.

In 2007, Ontario initiated a province-wide, organized colorectal cancer screening program. Manitoba launched a similar pilot program in Winnipeg in the Assiniboine Regional Health Authority that same year.

santé et par l'ICIS, et réalisée par Statistique Canada. Elle était destinée à mesurer, entre autres, dans quelle mesure l'objectif mentionné précédemment, selon lequel 50 p. 100 des Canadiens devraient avoir accès à des soins multidisciplinaires 24 heures par jour et sept jours par semaine, est atteint.

Nous n'avons pu mesurer ce résultat directement au moyen de cette étude, mais nous avons tenté de le déduire au moyen des réponses à une série de questions posées dans l'étude. Comme vous pouvez le voir, plus de 30 p. 100 de la population dispose d'un certain accès à d'autres professionnels de la santé dans le cabinet, outre le médecin qui fournit les soins primaires.

La diapositive suivante porte sur les difficultés d'accès aux services de santé. L'analyse détaillée a été faite à partir des données d'une enquête antérieure. Toutefois, comme vous pouvez le voir, nous n'avons pas constaté beaucoup d'évolution dans ce domaine précis au cours de la période pendant laquelle nous avons recueilli de l'information.

L'étude s'intéressait avant tout à deux types de services lors de la première rencontre, soit, et c'est la barre bleue, les soins immédiats pour un problème de santé mineur, ne présentant pas de danger de mort, comme la fièvre, une coupure ou une brûlure, et ensuite les soins de routine ou de suivi fournis par un médecin de famille ou un généraliste, comme les examens annuels ou de prévention, et les soins constants en cas de maladie.

L'étude a permis d'observer que les répondants qui avaient un médecin de famille régulier étaient tout aussi exposés que ceux qui n'en avaient pas à éprouver quelques difficultés dans le cas de problèmes de santé mineurs. Les Canadiens sans médecin de famille régulier risquaient d'éprouver deux fois plus de difficultés à accéder à des soins de santé de routine que ceux qui avaient un médecin de famille régulier.

L'un des résultats encourageants de ce rapport était que la difficulté à accéder à des soins était sans lien avec les revenus. Le principal motif de difficulté à accéder à des soins de routine mentionné par les répondants était la disponibilité de médecins et, pour les soins immédiats pour un problème de santé mineur, des temps d'attente plus longs.

La diapositive suivante donne, par province, les pourcentages de personnes qui ne subissent pas de test de dépistage du cancer colorectal au cours de la période recommandée. Les écarts entre les pourcentages obtenus dans les diverses provinces et territoires sont importants. En règle générale, la probabilité d'avoir suivi un test de dépistage est plus faible à l'Est de l'Ontario et dans les territoires et nettement plus élevée au Manitoba et en Ontario.

En 2007, l'Ontario a lancé sur toute l'étendue de son territoire un programme de dépistage du cancer colorectal. Le Manitoba a lancé la même année un programme pilote comparable à Winnipeg sous la direction de l'autorité régionale de la santé Assiniboine.

For colorectal cancer, the likelihood of up-to-date testing was greater among people who lived in high-income households, had a regular family doctor, did not smoke and were active in their leisure time. Higher percentages of seniors aged 65 and older had been tested compared with individuals 50 to 64.

Up-to-date testing for colorectal cancer was related to the presence of other health risk factors. About 30 per cent of daily smokers had been tested, compared with 42 per cent of non-smokers. Physically active people were more likely to get tested than those who were inactive.

The next slide looks at screening mammography. Again, it is the percentage of women not achieving the guidelines in the age group where it is recommended. In 2008, 72 per cent of women aged 50 to 69 reported having a mammogram in the previous two years, which is up from 40 per cent in 1990. The increase occurred in the decade between 1990 and 2000-2001, when use peaked. Rates subsequently stabilized. Since then, provincial rates have become much more similar.

The next slide looks at perceived health. According to the results of the Canadian Community Health Survey on Healthy Aging, 76 per cent of Canadians in midlife, those 45 to 64, and 56 per cent of seniors reported good health in 2009. This was based on a definition of “good health” that comprised self-perceived health, both general and mental, functional ability and independence in activities of daily living. Good health existed even in the presence of chronic conditions such as high blood pressure, arthritis and back problems, all of which were common among those people 45 years of age and over.

The eight modifiable factors that were associated with good health were smoking status, body mass index, physical activity, diet, sleep, oral health, stress and social participation. Eighty-four per cent of the younger age group and 91 per cent of seniors reported positive tendencies on four or more of these factors. The factors were definitely associated with the likelihood of reporting good health.

The final slide gives an indication of other indicators that are available that might be relevant to of your deliberations as you move forward.

The Chair: Let me start with the Health Council, Dr. Kitts or Mr. Abbott. You were mandated in the accord to report yearly, but you have not reported since 2008. Why is that?

Dans le cas du cancer colorectal, la probabilité d’avoir suivi un test de dépistage en temps voulu était plus importante chez les personnes appartenant à des ménages à revenus élevés, ayant un médecin de famille régulier, ne fumant pas et pratiquant des activités pendant leurs loisirs. Les pourcentages de personnes âgées de 65 ans et plus ayant suivi un test de dépistage étaient plus élevés que ceux des personnes âgées de 50 à 64 ans.

La réalisation de tests de dépistage du cancer colorectal en temps voulu était liée à la présence d’autres facteurs de risque pour la santé. Environ 30 p. 100 des personnes fumant tous les jours avaient subi le test alors que ce n’était le cas que de 42 p. 100 des non-fumeurs. Les personnes faisant de l’activité physique avaient plus de chances d’avoir subi le test que celles qui n’en faisaient pas.

La diapositive suivante est consacrée aux mammographies de dépistage. Elle aussi présente le pourcentage de femmes qui n’ont pas suivi les directives s’appliquant à leur groupe d’âge. En 2008, 72 p. 100 des femmes âgées de 50 à 69 ans déclaraient avoir subi une mammographie au cours des deux dernières années, alors que ce pourcentage était de 40 p. 100 en 1990. La hausse s’est produite au cours de la décennie écoulée entre 1990 et 2000-2001, où leur nombre a atteint un sommet. Les taux se sont par la suite stabilisés. Depuis cette époque, les taux des diverses provinces sont devenus beaucoup plus proches.

La diapositive suivante traite de la santé perçue. D’après les résultats de l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Vieillessement en santé, 76 p. 100 des Canadiens ayant entre 45 et 64 ans, et 56 p. 100 des personnes âgées, se déclaraient en bonne santé en 2009. La définition de « bonne santé » utilisée ici intégrait l’état de santé perçue par la personne, aussi bien physique que mentale, ses capacités fonctionnelles et son indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Une personne peut être en bonne santé même si elle souffre d’un problème chronique comme l’hypertension artérielle, l’arthrite et des problèmes de dos, qui sont tous des problèmes courants chez les personnes âgées de 45 ans et plus.

Les huit facteurs associés à la bonne santé sur lesquels nous pouvons agir sont le fait de fumer ou non, l’indice de masse corporelle, l’activité physique, le régime alimentaire, le sommeil, la santé bucco-dentaire, le stress et la participation sociale. Quarante-quatre pour cent du groupe d’âge plus jeune et 91 p. 100 des personnes âgées faisaient état de tendances favorables pour quatre ou plus de ces facteurs. Il y avait manifestement une corrélation entre la probabilité de se dire en bonne santé et ces facteurs.

La dernière diapositive fait état d’autres indicateurs disponibles qui pourraient présenter un intérêt pour vos délibérations ultérieures.

Le président : Permettez-moi de m’adresser en premier au Dr Kitts ou à M. Abbott du Conseil canadien de la santé. L’accord vous confiait le mandat de faire rapport chaque année, mais vous n’avez produit aucun rapport depuis 2008. Pourquoi?

Second, when you read the report from the House of Commons standing committee on health from 2008, they are quite critical of the attempts to analyze what is going on here. Because of the different benchmarks being different in different provinces, there is very uneven reporting. They are critical of both the federal government and the provincial governments in this regard. They say one of the organizations or committees that was set up — a federal-provincial committee — ended up being disbanded. That has to create some problems in terms of getting the information that you need.

In addition to saying why have you not produced a report since 2008, which priorities have made the most progress since that last report from the health committee and which priorities have made the least and need attention?

John Abbott, Chief Executive Officer, Health Council of Canada: Since 2008, rather than repeat annual reporting on the whole, the Health Council has delved into specific topic areas under the 2003 accord and the 10-year plan to provide a more thorough analysis and reporting.

At the same time — as we are at the present time — every three years, we would look at overall progress. On a go-forward basis, we are now working with the provinces on doing annual reporting on different components of the accords.

One thing we found is the issue of where the data is and how best to access and use it. As you have heard in the other presentation, we are improving quite markedly in terms of having better data on which to report.

One of the observations that the council made back in 2008-09 is that on an annual basis, it does not have a lot of new data to report on and therefore would end up saying much the same as other sources. It was in that context that we went into specific elements. We have looked at issues around pharmaceuticals, primary health care and wait times. Currently, we are looking at the issues around home care. We feel that will provide better information to the public and to governments as they are dealing with the issues.

With regard to the House of Commons standing committee report in 2008, we were at the table then saying that there is an issue around data, that it is difficult to report on some of the things we would like to. That was true for each of the jurisdictions.

With the advent of the quality councils at the provincial level and in Quebec, they have built their capacity. Having built their capacity to report, we are then able to take their data and do

Ensuite, lorsqu'on lit le rapport du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes de 2008, on découvre que ses auteurs sont assez critiques sur les tentatives d'analyse de ce qui se passe dans ce domaine. Les repères étant différents d'une province à l'autre, les rapports s'en ressentent. Les auteurs critiquent à la fois le gouvernement fédéral et ceux des provinces dans ce domaine. Ils rappellent que l'un des organismes ou des comités qui ont été mis sur pied, un comité fédéral-provincial, a fini par être démantelé. Cela doit vous compliquer la tâche pour recueillir l'information dont vous avez besoin.

Bien que vous n'avez pas produit de rapport depuis 2008, quelles sont les priorités qui ont enregistré le plus de progrès depuis le dernier rapport du comité de la santé, et quelles sont celles qui ont le moins progressé et justifient qu'on y accorde une attention particulière?

John Abbott, chef de la direction, Conseil canadien de la santé : Depuis 2008, au lieu de faire rapport chaque année sur l'ensemble du système, le Conseil canadien de la santé a étudié des domaines précis couverts par l'Accord de 2003 et le plan décennal afin de permettre une analyse et des rapports plus détaillés.

En même temps, puisque nous sommes maintenant rendus à l'expiration de la période de trois ans, nous allons nous pencher sur l'ensemble des progrès enregistrés. Pour l'avenir, nous collaborons maintenant avec les provinces pour préparer des rapports annuels sur les divers éléments traités dans les accords.

L'une des difficultés auxquelles nous nous sommes heurtés a été de localiser les données et de déterminer la meilleure façon d'y accéder et de les utiliser. Comme on vous l'a dit dans l'autre exposé, nous réussissons à améliorer nettement les données qui nous servent à produire nos rapports.

En 2008-2009, le conseil a déjà signalé que les nouvelles données justifiant de produire des rapports sur une base annuelle ne sont pas nombreuses et que nous ne ferions alors que répéter ce que d'autres sources ont déjà dit. C'est dans ce contexte que nous avons concentré nos travaux sur des points précis. Nous nous sommes penchés sur des sujets précis comme les produits pharmaceutiques, les soins de santé primaires et les temps d'attente. Actuellement, nous travaillons sur les soins à domicile. Nous sommes d'avis que ces travaux permettront de mieux éclairer le public et les gouvernements quand ils auront à traiter de ces questions.

Quant au rapport produit par le comité permanent de la Chambre des communes en 2008, nous avons déjà indiqué, lors des audiences qu'il a tenues, que nous avons des problèmes de données, qu'il était difficile de faire rapport sur certains des sujets que nous aimerions traiter. Ce commentaire visait toutes les provinces et tous les territoires.

Avec la mise en place de conseils de la qualité au niveau provincial, y compris au Québec, les administrations provinciales se sont dotées de moyens. Elles sont maintenant en mesure de

further analysis at the national level. We needed that series of building blocks. We are finally coming to the stage where we can do much better reporting, though we are not there yet.

The Chair: Dr. Kitts, is that because what was set down in the accord was not realistic at the time, to be able to achieve and make all these progress reports every year? Are you having to adjust to really get at what is happening? There are 14 different entities among the provinces and the federal government. Are they just not living up to their obligations?

Dr. Kitts: That is an excellent question. What is in the accord is 100 per cent the right direction. The items listed are things we must accomplish in order to improve health, sustainability, access for Canadians and quality.

In 2004, we had very little knowledge in terms of performance measures with respect to how we were doing and, therefore, it was difficult to measure progress.

I have been a practicing physician for 23 years and a CEO for 10 years, and I would say, probably since 2005, people have been starting to get their heads around the fact that this is not sustainable and it is not good quality. The number one thing we have to do is be able to measure how we are doing.

Today, I run one of the biggest academic health science centres in the country, and I can tell you that we provide high-quality care. If you are wondering how I know that, I do not have the data yet.

Since 2005 — I am sure Stats Canada and CIHI can confirm this — there has been tremendous work and focus on trying to gain the ability to measure performance — get the data, make sure it is right, make sure it is timely, accurate and comparable and make sure we can benchmark across the country — but we are not there yet. We are on the cusp of getting closer, but we are not there yet.

Much of the data you hear today is probably 18 months to two years old. It is aggregate data and it is looking at high levels. We need to get down to the health service provider level. I feel strongly that we are setting the building blocks to get there, but I think the Health Council of Canada's job to report accurately annually, reflective of the reality that is going on, is a difficult job. In 2004, we anticipated it would be easier by now.

The Chair: You had a federal-provincial-territorial advisory committee on guidance and accountability that has been disbanded. Why was it disbanded? How much of a problem did

faire rapport et nous pouvons dorénavant utiliser leurs données et réaliser des analyses plus poussées au niveau national. Nous avons besoin de ces séries de données de base. Nous sommes enfin en mesure de produire de bien meilleurs rapports, même si ce n'est pas encore la perfection.

Le président : Docteur Kitts, est-ce à dire que le mandat que vous donnait à l'époque l'accord, soit de produire chaque année tous ces rapports sur les progrès réalisés, n'était pas réaliste? N'avez-vous d'autre choix que de vous adapter aux nouvelles réalités? En tenant compte des provinces et du fédéral, cela donne 14 entités différentes. Est-ce tout simplement qu'elles ne respectent pas leurs obligations?

Dr Kitts : C'est une question tout à fait pertinente. Il ne fait aucun doute que les orientations traduites par les dispositions de l'accord sont les bonnes. Nous devons effectivement faire ce qui y est énuméré pour améliorer la santé, la durabilité des services de santé, l'accès des Canadiens à ceux-ci et leur qualité.

En 2004, nous ne savions que très peu de choses sur l'efficacité de notre façon de procéder et il était donc très difficile de mesurer les progrès réalisés.

J'ai pratiqué la médecine pendant 23 ans et suis administrateur depuis 10 ans. Je dirais que c'est probablement à compter de 2005 que les gens ont commencé à réaliser l'état de la situation, que celle-ci n'était pas durable et que les résultats obtenus n'étaient pas de bonne qualité. La priorité pour nous est de mesurer les résultats que nous obtenons.

Je dirige aujourd'hui l'un des plus importants centres universitaires de soins de la santé au pays, et je peux vous assurer que nous fournissons des soins de grande qualité. Si vous vous demandez d'où je tiens cette information, sachez que je ne peux pas encore vous communiquer ces données.

Depuis 2005, nous avons tous fait énormément d'efforts, ce que Statistique Canada et l'ICIS peuvent vous confirmer, j'en suis sûr, pour nous doter des moyens de mesurer le rendement, de nous procurer les données, de nous assurer qu'elles sont bonnes, opportunes, précises et comparables et pour nous permettre de procéder à des analyses comparatives à travers le pays, mais nous n'en sommes pas encore là. Nous nous approchons de ce point, mais nous n'y sommes pas encore.

La plupart des données citées aujourd'hui datent probablement de 18 mois à deux ans. Il s'agit de données agrégées donnant une vision d'ensemble. Nous devons être capables d'examiner la situation au niveau des prestataires de services de santé. Je suis convaincu que nous mettons en place les composants de base pour y parvenir, mais je pense aussi que la tâche du Conseil canadien de la santé, qui est de faire rapport tous les ans de façon précise, en décrivant la réalité de ce qui se passe, est une tâche difficile. En 2004, nous espérions que ce serait plus facile maintenant.

Le président : Vous aviez un comité fédéral-provincial-territorial qui devait vous donner des orientations et travailler sur la responsabilisation, mais qui a été démantelé. Pourquoi l'a-t-il

that create? It must be a setback if you do not have an advisory committee for the very people you are trying to get information from.

Dr. Kitts: I have taken over the chair in the last six weeks, so I can claim innocence for the next few months, but I will defer to Mr. Abbott.

Mr. Abbott: From the Health Council perspective, there is no control over that piece. The strength of our ability to report is on the data that CIHI and Stats Canada has available, what the research community has completed and what the provinces, territories and Health Canada can provide to us. We are reliant on all of those players to help us do our work. We take that and put context around it to report.

We have a very good working relationship with the jurisdictions, and that has improved over time. As Dr. Kitts said, there is an acceptance and willingness now to get to better measurement and better reporting. One of the strengths in the country is that at the provincial level we are seeing these quality councils taking on significant roles in their jurisdictions. We are able to work with them to pull this up to a national level.

The Chair: The accord talks about the wait time priority areas being cancer, heart diagnosis, imaging, joint replacements and site restoration. You have those factors listed here.

Is radiation therapy the only cancer-related measurement you have?

Mr. Wright: Yes. Subsequent to the signing of the accord, the provinces, territories and the federal government were charged with the duty to come forward with evidence-based benchmarks. There are very few evidence-based benchmarks out there. This was one that by December 2005, the provinces and territories could report on, on an evidence basis.

The Chair: The only one on heart is bypass?

Mr. Wright: That is correct.

The Chair: What others are you working on in those two areas?

Senator Martin: CIHR, the Canadian Institutes for Health Research, were charged with the task of looking at alternative benchmark indicators. They looked and looked. It must be based on evidence, not on consensus or how you feel on a particular day, and other evidence-based benchmarks have not been developed.

The Chair: Ms. Hoffman, you have given details on how the avoidance structure and the dispute resolution would work. Has it ever been invoked? Do you have any examples? Did you ever use the third party panel?

été? Quelle est l'ampleur du problème qui en a découlé? Je suppose que ce fut perçu comme un recul par les gens mêmes de qui vous tentez d'obtenir l'information.

Dr Kitts : Cela fait six semaines que j'occupe la présidence, ce qui m'autorise à faire preuve d'innocence pour les quelques mois à venir, mais je vais demander à M. Abbott de vous répondre.

M. Abbott : C'est un élément sur lequel le Conseil de la santé n'exerce aucun contrôle. Notre capacité à faire rapport vient essentiellement des données dont disposent l'ICIS et Statistique Canada, des recherches réalisées par la collectivité et des données que les provinces, les territoires et Santé Canada peuvent nous fournir. Nous dépendons de tous ces intervenants pour faire notre travail. Nous prenons tous ces éléments d'information et les situons dans leur contexte pour préparer nos rapports.

Nous entretenons d'excellentes relations de travail avec les diverses autorités en la matière et la situation s'est améliorée avec le temps. Comme vous l'a dit le Dr Kitts, tous reconnaissent maintenant la nécessité d'obtenir de meilleures mesures et de préparer de meilleurs rapports, et sont désireux d'y participer. Nous constatons d'ailleurs que les conseils de la qualité qui ont été mis sur pied dans les provinces commencent à jouer un rôle important dans celles-ci et c'est là une très bonne chose. Nous pouvons collaborer avec eux pour permettre à tous d'atteindre un niveau national.

Le président : L'accord parle des temps d'attente dans les domaines prioritaires que sont le cancer, le coeur, l'imagerie, le remplacement d'articulations et la restauration de la vue. Ils sont énumérés ici.

Les mesures sur la radiothérapie sont-elles les seules dont vous disposez pour le cancer?

M. Wright : Oui. À la suite de la signature de l'accord, les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral ont dû s'entendre sur des points de repère fondés sur des preuves. Il y en a très peu. La radiothérapie en est un sur lequel les provinces et les territoires étaient en mesure, en décembre 2005, de produire des rapports fondés sur des preuves.

Le président : Dans le domaine du coeur, il n'y en a qu'un, les pontages?

M. Wright : C'est exact.

Le président : Quels sont les autres points de repère sur lesquels vous travaillez dans ces deux domaines?

Le sénateur Martin : Les Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC, se sont vu confier la recherche d'indicateurs comparatifs de remplacement. Ils ont cherché et cherché. Ceux-ci devaient reposer sur des preuves, et non pas sur un consensus ou sur la perception de la situation un jour donné. Ce fut un échec.

Le président : Madame Hoffman, vous nous avez détaillé les modalités de prévention et de règlement des différends. N'y a-t-on jamais fait appel? Avez-vous des exemples? N'avez-vous jamais eu recours à ce comité tiers?

Ms. Hoffman: As I indicated in my remarks, dispute avoidance activity occurs all the time. That is the daily activity of the Canada Health Act division. We are constantly in communication with provinces and territories on issues that come to our attention. They may be raised by the province or territory, they may be raised in the form of a letter to the minister and they may be raised through the media. There are all kinds of occasions where issues come to our attention. As per our normal practice, that leads to a quite extensive interaction with the province or territory concerned. The dispute avoidance part is basically our daily work.

There has never actually been a formal panel convened that has led to a report. You could regard that to a degree as a success, not to pass judgment here necessarily. If the dispute avoidance approach works, then the idea was to have that safety valve of a formal panel process if necessary, with a view to employing that mechanism on as few occasions as possible, and that has been the case to date.

The Chair: I have one final question, and it is about whether or not the provinces and territories have lived up to their obligations. If they have not, what is the penalty? What is done about that? Has the federal government ever said, "You are not doing this, so we will freeze the funds until you live up to this obligation?"

Ms. Hoffman: Absolutely. In fact, each year in the Canada Health Act annual report, is a report on deductions that have been made from the Canada Health Transfer payments to provinces in respect of the conditions, particularly those conditions related to extra billing and user fees set out in the act. That is an ongoing activity.

As far as the compliance of jurisdictions is concerned with their reporting obligations, the fact that they have that obligation to report is what allows us to actually prepare and deliver a Canada Health Act annual report. We would say we are in the ongoing business of compliance and enforcement. We try to do that in conjunction and collaboration with the provinces and territories.

Senator Demers: We talk about the review of the accord in 2004 and in 2008. How many government programs have been created as a result of the accord?

Mr. Abbott: I cannot answer that question. It is within the context of each of the elements, and each province and territory has then taken those and developed programs and services around them.

Senator Demers: Would you say there has been progress?

Mme Hoffman : Comme je l'ai indiqué dans mes commentaires, nous travaillons en permanence à la prévention des différends. C'est ce que fait la Division de la Loi canadienne sur la santé au quotidien. Nous communiquons constamment avec les provinces et les territoires sur les questions qui sont portées à notre attention. Elles peuvent être soulevées par une province ou par un territoire, prendre la forme de lettres adressées au ministre ou être abordées dans les médias. Des problèmes sont portés à notre attention dans quantité d'occasions diverses. Comme c'est pratique courante chez nous, cela nous amène à beaucoup interagir avec les provinces ou les territoires concernés. Le volet de la prévention des différends constitue l'essentiel de notre travail au jour le jour.

Aucun comité n'a été convoqué officiellement jusqu'à maintenant pour produire un rapport. Dans une certaine mesure, vous pouvez y voir un succès et non pas un échec. Pour que l'approche à la prévention des différends donne de bons résultats, il fallait néanmoins disposer d'une soupape de sûreté sous forme de comité officiel, tout en souhaitant n'avoir à y recourir que le moins souvent possible. Cela a effectivement été le cas jusqu'à maintenant.

Le président : Pour terminer cette série de questions, j'aimerais vous demander si les provinces et les territoires ont respecté leurs obligations. S'ils ne l'ont pas fait, quelle a été la pénalité? Qu'est-ce qui est prévu dans ce domaine? Le gouvernement fédéral n'a-t-il jamais dit « Vous n'avez pas fait ceci ou cela et nous allons donc geler les fonds jusqu'à ce que vous respectiez vos obligations? »

Mme Hoffman : Tout à fait. En vérité, le rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé, publié chaque année, est un rapport sur les déductions imposées aux provinces à même les versements du Transfert canadien en matière de santé pour le non-respect de ces conditions, en particulier celles touchant la surfacturation et les frais d'utilisation dont il est question dans la loi. C'est une activité permanente.

Quant à savoir si les provinces et les territoires se conforment à leurs obligations de rapport, ce sont précisément ces obligations qui nous permettent de préparer et de présenter le rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé. Nous pouvons dire que nous nous occupons en permanence des questions de conformité et d'application de la loi. Nous essayons de le faire conjointement avec les provinces et les territoires, dans un esprit de collaboration.

Le sénateur Demers : Nous avons parlé des examens de l'accord réalisés en 2004 et en 2008. Combien de programmes gouvernementaux ont été mis en place à la suite de l'entrée en vigueur de cet accord?

M. Abbott : Je ne peux répondre à cette question. De tels programmes s'inscrivent éventuellement dans le contexte de chacun des éléments, et toutes les provinces et tous les territoires ont élaboré des programmes et des services adaptés à leurs contextes.

Le sénateur Demers : Diriez-vous que des progrès ont été réalisés?

Mr. Abbott: As we say in our written submission, throughout the whole process there has been progress. In some cases, there has been much more than in others.

Senator Eaton: Mr. Wright, the wait for bypass surgery is 26 weeks or 6 months. That is a long time.

Mr. Wright: Yes.

Senator Eaton: Should we not be striving for fewer, different and higher benchmarks in the next accord?

Mr. Wright: There are actually three benchmarks for bypass surgery; we only show one here. The three benchmarks range from 2 weeks through to 26 weeks. Unfortunately, the provinces do not collect all the data consistently, so for presentation purposes, we are showing you only one benchmark, the 26 weeks.

Senator Eaton: In other words, you cannot say whether 10 per cent or 50 per cent of people who need bypass surgery are seen in two weeks. Because of the inconsistency of the reporting, you cannot give us any kind of indication?

Mr. Wright: That is correct. The only indication we can give you is to roll everyone up into the 26 weeks.

Senator Eaton: Would I not be dead after 26 weeks if I needed bypass surgery?

Mr. Wright: You would be in the lowest priority ranking of the three. Hopefully you would not be dead.

Senator Eaton: Dr. Kitts, I do not know whether you read the health report by this committee published last year. In your presentation you said that Canadians have difficulty accessing primary care after hours and on weekends and that emergency rooms are clogged.

I am a director of the foundation of St. Michael's Hospital in Toronto, and I know something of what a big tertiary hospital has to go through.

What about encouraging more community-based clinics; in other words, taking care out of hospitals? Is that within your bailiwick? Could that be pushed in the next accord?

Dr. Kitts: I think it is starting now. The introduction of family health teams is a huge step in the right direction. Not everyone needs to have a family doctor; they need access to a family health team. We need to fundamentally change the service delivery model and, as you all know, change in health care is almost impossible without sound performance measures and data to ensure that we are doing the right thing.

M. Abbott : Comme nous l'avons indiqué dans notre mémoire, des progrès ont été réalisés dans tout le processus. Ils ont été plus marqués dans certains domaines que dans d'autres.

Le sénateur Eaton : Monsieur Wright, le délai d'attente pour les pontages est de 26 semaines, ou six mois. C'est très long.

M. Wright : Oui.

Le sénateur Eaton : Dans le prochain accord, ne devrions-nous pas nous efforcer d'avoir un moins grand nombre de repères qui seraient en même temps différents et plus exigeants?

M. Wright : Il y a en vérité trois repères pour les pontages. Nous n'en montrons qu'un ici. Ces trois repères s'étalent de deux semaines à 26 semaines. Malheureusement, les provinces ne recueillent pas toutes les données de la même façon et, à des fins de présentation, nous ne vous montrons qu'un seul repère, celui des 26 semaines.

Le sénateur Eaton : En d'autres termes, vous ne pouvez nous dire si 10 ou 50 p. 100 des gens qui ont besoin de pontages sont vus dans les deux semaines. Étant donné l'incohérence des modalités de rapport d'une province à l'autre, vous ne pouvez nous fournir aucune indication.

M. Wright : C'est exact. La seule indication que nous pouvons vous donner est une synthèse à 26 semaines.

Le sénateur Eaton : Ne serais-je pas décédée au bout de 26 semaines si j'ai besoin d'un pontage?

M. Wright : Vous vous seriez vue attribuer la priorité la plus faible des trois. Nous espérons que vous ne seriez pas décédée.

Le sénateur Eaton : Docteur Kitts, j'ignore si vous avez lu le rapport sur la santé produit par ce comité l'an dernier. Dans votre exposé, vous dites que les Canadiens éprouvent de la difficulté à accéder à des soins primaires en dehors des heures normales et pendant les fins de semaine et que les salles d'urgence sont embouteillées.

Je suis la directrice de la fondation de l'Hôpital St. Michael de Toronto, et j'ai une bonne idée de la façon dont les choses se passent dans un grand hôpital tertiaire.

Y aurait-il avantage à favoriser la mise sur pied d'un plus grand nombre de cliniques communautaires ou, en d'autres termes, de donner des soins en dehors des hôpitaux? Cela relève-t-il de votre domaine? Cela pourrait-il être inscrit dans le prochain accord?

Dr Kitts : Je crois que cela commence déjà à se faire. L'apparition d'équipes de santé familiale est une étape très importante dans la bonne direction. Tout le monde n'a pas besoin d'un médecin de famille. Les gens ont besoin d'avoir accès à une équipe de santé familiale. Nous devons modifier en profondeur le modèle de prestations de service et, comme vous le savez tous, apporter des changements aux soins de la santé est pratiquement impossible sans bonnes données et sans mesures du rendement pour nous assurer que nous mettons en oeuvre les bonnes solutions.

With all the family doctors we have now after a 47-per-cent-increase in medical school enrolment, we just need to change the way we do it. We need leadership in all sectors and we need to reform primary care. We must not focus only on the primary care physician but on the team you are talking about. It would be immensely important, not only for getting hospitalized patients out, but also for preventing hospitalization.

As I said in the report, more and more Canadians have chronic diseases. Chronic diseases should not end up in hospital if we are doing the right thing. If they do end up in hospital, they should move back out after the acute phase is over. That is our primary care system — full stop. We can do much better.

The good news is that in the Ottawa Hospital we are now recruiting family physicians jointly with the rural areas. Medical residents and family doctors are now on call once a week. They have the protection of the whole big environment; they have access to CT scans and other things. When they get into rural Canada, they feel completely isolated and lost.

It is the responsibility of the big ivory tower academic centres to do joint recruitment and to ensure that the doctors get the support and connections they need. I suspect that if we can do that, many young physicians will want to work in rural Canada because they will be part of a team.

Senator Eaton: Is there a possibility of changing the status of a so-called family care physician? Young people seem to want to be specialists, and we do need specialists. Is it a matter of money or status? Could someone who provides complete care as a family physician not be given the same status as a heart surgeon, for instance?

Dr. Kitts: You read it right. The family doctors in our hospital feel like second-class citizens, and they should not. Unfortunately, although 25 years ago the family doctor was everything to everybody, today family doctors are being pushed into more of a triage role, and they are losing their ability.

The family health care team should have strong family physicians who are focused on diagnosing, treating and controlling chronic disease. They should not have to deal with promotion, prevention and diet. Other health providers should provide all of that care and family doctors should get back to focus.

Avec tous les médecins de famille dont nous disposons maintenant, avec une hausse de 47 p. 100 des inscriptions en faculté de médecine, nous n'avons d'autre choix que de modifier la façon dont nous procédons. Il faut du leadership dans tous les secteurs et nous devons réformer les soins primaires. Nous ne devons pas nous occuper uniquement des médecins dispensant des soins primaires, mais aussi de l'équipe dont vous parlez. Il faut non seulement faire sortir les patients hospitalisés, mais également réduire les hospitalisations. C'est de la plus haute importance.

Comme je l'ai dit dans le rapport, de plus en plus de Canadiens souffrent de maladies chroniques. Ceux-ci ne devraient pas séjourner longtemps dans des hôpitaux si nous procédons de la bonne façon. S'ils doivent être hospitalisés pendant la phase aiguë, ils doivent ensuite quitter l'hôpital. L'hôpital est le lieu où nous dispensons les soins primaires, et c'est tout! Nous pouvons faire beaucoup mieux.

La bonne nouvelle est que, maintenant, à l'Hôpital d'Ottawa, nous recrutons des médecins de famille conjointement avec les régions rurales. Les résidents en médecine et les médecins de famille sont maintenant sur appel une fois par semaine. Ils bénéficient de la protection de l'environnement d'un grand hôpital, ont accès aux tomodensitogrammes et aux autres appareils et services. Quand ils vont pratiquer la médecine dans les régions rurales du pays, ils se sentent complètement isolés et perdus.

Il incombe aux grands centres académiques, les tours d'ivoire, de faire du recrutement conjoint et de s'assurer que les médecins obtiennent l'aide et les services dont ils ont besoin. Je crois que si nous pouvions procéder de cette façon, un grand nombre de jeunes médecins voudraient s'installer dans les régions rurales du Canada parce qu'ils feraient partie d'une équipe.

Le sénateur Eaton : Est-il possible de modifier le statut de celui qu'on appelle le médecin de famille? Les étudiants en médecine semblent vouloir devenir des spécialistes, et nous avons besoin de spécialistes. Est-ce une question d'argent ou de statut? Quelqu'un qui fournit des soins complets, comme médecin de famille, ne pourrait-il pas avoir le même statut qu'un chirurgien cardiaque, par exemple?

Dr Kitts : Vous avez bien saisi. Dans nos hôpitaux, les médecins de famille ont le sentiment d'être des citoyens de seconde classe, et cela ne devrait pas être le cas. Malheureusement, alors que, il y a 25 ans, le médecin de famille était un Dieu pour tout le monde, aujourd'hui, il est de plus en plus cantonné à un rôle de triage et il perd ses capacités.

Une équipe de santé familiale devrait avoir des médecins très compétents mettant l'accent sur le diagnostic, le traitement et le contrôle des maladies chroniques. Ils ne devraient pas avoir à s'occuper de promotion, de prévention et de régime alimentaire. Les autres prestataires de services de santé devraient s'occuper de toutes ces questions alors que les médecins de famille se concentreraient sur leurs tâches premières.

The problem is that the family doctor is doing everything for everybody, and probably most of their work is on the social end as opposed to diagnostics. There needs to be a fundamental change in the team and in who is responsible for what.

Senator Eaton: Are there countries we can learn from?

Dr. Kitts: I have visited a few countries. People come here because they say Canada is doing something really well. I suspect that there are now pockets of excellence in every country. Peterborough is a good example of that. At a time when all our emergency departments are facing 15,000 increases annually, Peterborough has gone down 15,000, so people can learn from that experience.

I do not think any country has it all right, but there are pockets of excellence, even in our own country. I think that is why the mandate of the Health Council of Canada has been adjusted to focus more on best practices and innovation and getting that word across. What has happened in Peterborough is profound.

[Translation]

Senator Champagne: I can personally attest to the quality of care that we receive in Quebec and to the availability and quality of home care offered to us by the CLSCs. However, where there has not really been any improvement is in the availability of family physicians.

In January, I tried to make an appointment. The earliest date I could get was in mid-June. It should not come as a surprise that emergency hospital departments are full. Since people are unable to see their doctors, they go to hospital emergency departments.

There is a family physicians group, but until all records have been digitized, we will always have to start over again by providing our life history, medical history, and that takes an enormous amount of time for the physician and for the people waiting.

Could we make the digitization of records one of the priorities? I know the Government of Quebec wanted to do its share by admitting larger numbers of students to the faculties of medicine. We should therefore have more doctors, but, as Senator Eaton said, an incredible number of those students go in for specialties. It is very hard to get a family doctor, and if you are lucky enough to have one, you have to wait four and a half months for an appointment, which is hardly any better.

If any funding were available in our new agreement for the digitization of records, that would facilitate matters and then, if there were five or six other physicians that I could consult at the

Le problème est que le médecin de famille essaie de tout faire pour tout le monde, et il est probable que l'essentiel de son travail est consacré au volet social plutôt qu'à celui du diagnostic. Il faut apporter des changements fondamentaux dans l'équipe et dans l'attribution des responsabilités.

Le sénateur Eaton : Aurions-nous des leçons à apprendre dans d'autres pays?

Dr Kitts : J'ai visité quelques pays. Des gens viennent nous visiter parce qu'ils estiment que nous obtenons de très bons résultats. Je suppose qu'il y a maintenant des domaines d'excellence dans tous les pays. Ce qui se fait à Peterborough en est un bon exemple. À une époque où tous nos services d'urgence font face à des hausses annuelles de 15 000 visites, Peterborough a fait baisser les siennes de 15 000. Il y a donc là une expérience riche d'enseignement.

Je ne crois pas qu'un seul pays ait tout bon, mais il y a des centres d'excellence, même dans notre pays. Je crois que c'est pour cela que le mandat du Conseil canadien de la santé a été adapté pour mettre davantage l'accent sur les pratiques exemplaires et sur l'innovation, et pour le faire savoir. Ce qui s'est fait à Peterborough est important.

[Traduction]

Le sénateur Champagne : Je peux personnellement témoigner de la qualité des soins que nous recevons au Québec ainsi que de la disponibilité et de la qualité des soins à domicile qui nous sont offerts par les CLSC. Mais où il n'y a vraiment pas d'amélioration, c'est dans la disponibilité des médecins de famille.

En janvier dernier, j'ai essayé d'avoir un rendez-vous. La date la plus proche qu'on a pu m'offrir était à la mi-juin. Il ne faut pas se surprendre que les urgences d'hôpitaux soient remplies. Les gens ne peuvent pas voir leur médecin, ils vont donc à l'urgence de l'hôpital.

Il y a un groupe de médecins de famille qui existe, mais tant et aussi longtemps qu'on n'aura pas informatisé tous les dossiers, il faudra toujours recommencer à donner l'histoire de notre vie, notre histoire médicale, et cela prend un temps énorme, et pour le médecin et pour les gens qui attendent.

Est-ce qu'on pourrait faire de l'informatisation des dossiers une des priorités? Je sais que le gouvernement du Québec a voulu faire sa part en admettant un nombre plus important d'étudiants dans les facultés de médecine. On devrait donc avoir davantage de médecins, mais comme le disait le sénateur Eaton, un nombre invraisemblable de ces jeunes s'en vont en spécialité. Il est très difficile d'avoir un médecin de famille, et si on a la chance d'en avoir un, il faut attendre quatre mois et demi afin d'avoir un rendez-vous, ce qui n'est guère mieux.

S'il y avait des sommes disponibles dans notre nouvel accord pour l'informatisation des dossiers, cela faciliterait les choses, et à ce moment-là, si dans la clinique où se trouve normalement mon

clinic where my doctor normally is, and they had access to my file on their computers, that would vastly facilitate matters and we would waste less time.

[English]

Dr. Kitts: I agree entirely with your comments and concerns. You have hit on two essential things that need significant improvement going forward. One is the primary care availability and the electronic health record. It comes back to the same thing: Why can you not get an appointment with a family doctor? If you come to the hospital, you get to see the doctor. It should be the same for primary health care. If we are to prevent you from coming to emergency departments or being admitted to hospital, you have to be able to phone up your doctor when you have an earache and be seen that day.

Senator Champagne: I have to be able to reach my doctor by phone.

Dr. Kitts: That is right. Therefore, what are they busy doing? They are busy doing all of the other things that, in my mind, can be done well by a team. If we truly are to change primary care reform, we cannot have a family doctor lining up 12 healthy physicals and having no room for a patient who needs to see him or her. We need to change fundamentally, and there will be changes in incentives and changes in the way they work. Change is difficult in health care, but I believe strongly that we have the family doctors; they are just not doing the right thing.

That is up to us to change. It takes alignment at the federal, provincial and rock face health service providers level, the CMA and so forth. Everyone needs to agree. We have many family doctors; they are not doing the right thing. They need to be able to see patients when patients need to see them.

The electronic health record is another issue. Today, as we speak, we are finalizing the liabilities around privacy, confidentiality and so forth. I expect that in the next six weeks all the family doctors in Ottawa will have access to the electronic health record at the Ottawa Hospital so they can see their patients' information as it is happening. A lot is happening there, but if we are to move the yardsticks on improvement, sustainability and quality, we need that alignment right from the federal government to the provincial government to the front line providers and to the health service providers to say, "We will do this." I think we can.

médecin, il y a cinq ou six autres médecins que je peux consulter, et qu'ils ont accès à mon dossier sur leur ordinateur, cela faciliterait beaucoup les choses et on perdrait moins de temps.

[Traduction]

Dr Kitts : Je suis tout à fait d'accord avec vous. Vous avez touché à deux choses essentielles auxquelles il va falloir apporter des modifications importantes à l'avenir. L'une est la disponibilité des soins primaires, et du dossier de santé électronique. Cela revient à la même chose. Pourquoi ne pouvez-vous pas obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille? Si vous vous présentez à l'hôpital, vous voyez un médecin. Ça devrait être la même chose pour les soins de santé primaires. Si nous voulons vous empêcher de vous rendre à l'urgence ou d'être admis dans un hôpital, il faut que vous puissiez téléphoner à votre médecin quand vous avez mal à l'oreille et que vous soyez vu le même jour.

Le sénateur Champagne : Il faut que je puisse joindre mon médecin par téléphone.

Dr Kitts : C'est exact. Mais que font-ils alors? Ils sont occupés à quantité d'autres choses qui, à mon avis, pourraient fort bien être prises en charge par une équipe. Si nous voulons vraiment réformer les soins primaires, nous ne pouvons pas nous satisfaire d'un médecin de famille ayant à examiner 12 personnes en bonne santé et n'ayant pas de places pour un patient qui doit le voir rapidement. Nous devons apporter des changements fondamentaux, et ceux-ci toucheront les mesures incitatives et leurs modalités de travail. Il est difficile d'apporter des changements dans le domaine des soins de la santé, mais je suis convaincu que nous avons les médecins de famille dont nous avons besoin, mais tout simplement qu'ils ne font pas les bonnes choses.

C'est à nous qu'il incombe d'apporter des changements. Il faut harmoniser les modalités au niveau du fédéral, des provinces et des prestataires des services de santé qui sont sur la brèche, de l'Association médicale canadienne, et cetera. Tout le monde doit être d'accord. Nous avons beaucoup de médecins de famille, mais ils ne font pas les bonnes choses. Ils doivent être en mesure de voir les patients quand les patients ont besoin de les voir.

Un autre problème est celui du dossier de santé électronique. En ce moment même, nous sommes en train de finaliser les responsabilités en matière de protection des renseignements personnels, de caractère confidentiel, et cetera. J'espère que, dans les six semaines qui viennent, tous les médecins de famille d'Ottawa pourront consulter le dossier de santé électronique de leurs patients à l'Hôpital d'Ottawa, pour se tenir informés des développements concernant ces patients. Beaucoup de choses se passent dans ce domaine, mais si nous voulons relever la barre dans le domaine des améliorations, de la durabilité et de la qualité, il faut à tout prix avoir cette harmonisation du gouvernement fédéral jusqu'aux prestataires de service de première ligne et aux prestataires de soins de la santé, en passant par les gouvernements provinciaux, pour affirmer « Voici ce que nous allons faire. » Je crois que nous pouvons le faire.

[Translation]

Senator Champagne: I hope that digitization of records is an important point when we redo this agreement because, otherwise, if you are very sick and go to our hospital emergency departments, triage will move you up much more quickly than a person suffering from an ear infection.

It is not that an ear infection is painless, but meningococcal disease will make you sicker. I hope we can digitize records and that, within a year or two, we will be able to get appointments without having to wait three or four months.

[English]

Senator Seidman: It is such an excellent beginning because you have given us a series of presentations so rich in information. Being someone who is always very excited by data, I will begin with Dr. Kitts.

Dr. Kitts, you said that your focus is on identifying best practices in innovations. Is there a willingness to share best practices across this country? Is there a depository as such or will there be?

Dr. Kitts: That is an excellent question. If you talk to any senior executive, chief of medical staff or chief nursing officer, 100 per cent of them will say there is absolute willingness. We want to share best practices.

You could also ask them whether there should be an atlas of best practices, and they will say absolutely. It never happens because it has never risen to the top of the priority list at any of those areas. It is a 100 per cent good idea that is 100 per cent possible, but it is not likely to happen without strong direction from above.

I will give you the example that is happening now in Ontario, namely, the Excellent Care for All Act. Some of the hospitals have had quality plans for some time. Those are plans with actual strategies, investments, tactics, targets and outcomes around a number of things. Most of the hospitals have no quality plan. There is a best practice. On April 1 of this year, 150 hospitals in Ontario will have a quality plan posted on the website with performance measures, targets and how they are doing. That is because an act of legislation made it happen. Everyone agreed that it should and could happen, but it did not.

CIHI, Statistics Canada and the Health Council of Canada can only report on what we have. More and more at the rock face and the frontlines, I am seeing individual health care providers creating national collaboratives, saying, "We know we can do better and are wondering if you are," and pushing that forward.

[Français]

Le sénateur Champagne : J'espère que l'informatisation des dossiers deviendra quelque chose d'important lorsqu'on refera cette entente. Parce que, autrement, si vous arrivez très malade dans les urgences de nos hôpitaux, le triage va vous amener à l'avant beaucoup plus rapidement qu'une personne qui souffre d'otite.

Ce n'est pas que l'otite ne fait pas mal, mais une méningococcémie vous rendra plus malade. J'ose espérer que nous pourrons informatiser les dossiers et que, d'ici un an ou deux, on nous offrira des rendez-vous à moins de trois ou quatre mois d'attente.

[Traduction]

Le sénateur Seidman : Les choses débutent vraiment très bien parce que vous nous avez fait une série d'exposés très riches en information. Comme je suis toujours très intéressée par les données, je vais commencer avec le Dr Kitts.

Docteur, vous dites vous concentrer sur l'identification des pratiques exemplaires en innovation. Avez-vous observé la volonté d'échanger les pratiques exemplaires à travers le pays? Y a-t-il un endroit où celles-ci sont regroupées ou y en aura-t-il un?

Dr Kitts : C'est une question très pertinente. Si vous parlez à n'importe quel cadre supérieur, médecin en chef ou infirmière en chef, tous vous diront qu'ils tiennent absolument à échanger ces pratiques. Nous voulons faire connaître les pratiques exemplaires.

Vous pouvez également leur demander s'il devrait y avoir une forme de recueil ordonné des pratiques exemplaires, et tous vous diront « Absolument ». Cela ne s'est jamais fait parce que le sujet n'est jamais devenu prioritaire dans n'importe lequel de ces domaines. C'est une idée tout à fait bonne et tout à fait possible, mais dont la réalisation est peu probable sans directive énergique venant d'en haut.

Je vais vous donner l'exemple de ce qui se passe maintenant en Ontario, avec la Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous. Certains des hôpitaux se sont dotés depuis un certain temps de plans de qualité. Il s'agit de plans accompagnés de stratégies concrètes, d'investissements, de tactiques, de cibles et de résultats sur un certain nombre de choses. La plupart des hôpitaux n'ont pas de plan de qualité. Il y a une pratique exemplaire. Le 1^{er} avril de cette année, 150 hôpitaux ontariens auront affiché un plan de qualité sur leurs sites web avec des mesures de rendement, des cibles et les résultats qu'ils obtiennent. Ce résultat est imputable au fait qu'une législation a été adoptée. Tout le monde convenait que cela devrait et pourrait se faire, mais ça n'a pas été le cas auparavant.

L'ICIS, Statistique Canada et le Conseil canadien de la santé ne peuvent faire rapport que sur les données dont ils disposent. J'observe de plus en plus en première ligne des prestataires individuels de soins de la santé qui mettent en place des collaborations à l'échelle nationale en déclarant qu'ils savent pouvoir faire mieux et qu'ils se demandent si d'autres le font. Ils poussent cette idée de l'avant.

Your idea and suggestion is 100 per cent right, but it does not happen until someone elevates it to an important priority. An act of legislation may be as far as you can go, but it does work.

Senator Seidman: Your response leads me naturally to CIHI.

Your mandate is so critical. Stated objectives must be measurable, have hard data and be comparable if we are to understand how our health system gives us value for money, which is the bottom line.

Do we have hospital-specific and physician-specific data being collected? Dr. Kitts has already begun to answer that question. Specifically, I am interested in outcome-based data to measure objectives and quality of care. If we do not have it, will we have it? Are we moving in that direction?

Mr. Wright: With respect to acute care institutions, namely, hospitals, I mentioned the "Canadian Hospital Reporting Project." That is 547 hospitals from across the country in 10 jurisdictions. It started out as a pilot project. We hoped to get two or three provinces onside, and they have flocked to this project. We had discussions with the jurisdictions that are not involved, and they are looking forward to coming on board.

As part of that project, there are 33 indicators in three basic categories. One focuses on clinical indicators, which are measures of outcomes in many circumstances, for example, 30-day in-hospital mortality rates, readmissions after asthma and so on. We also have patient safety indicators, which are also an outcome of sorts, and we have some financial data.

We will be adding other indicators. It is not public at this time because we are still working on it, and, as I mentioned, by March of next year we hope to make it public. It provides an opportunity for someone to compare his or her hospital in that mythical town in Saskatchewan, Podunk, with that mythical town in Nova Scotia, Oddsock, on the basis of performance, outcomes, quality and financials.

With respect to physicians, it is a different story, and that ties into the electronic medical record. From CIHI's perspective, we collect simple data on physicians: age, place of graduation, how long they have been in the field, retirement practices, or when they will retire. It is just a simple database of the number, specialty, family physicians, how much they are paid, whether they are fee for service or alternative. We do not collect data on outcomes associated with treatments.

Votre idée et votre suggestion sont tout à fait valides, mais cela ne se fera pas tant que quelqu'un n'en fera pas une priorité. L'adoption d'une loi est peut-être la solution la plus énergique, mais elle donne des résultats.

Le sénateur Seidman : Votre réponse m'amène à me tourner naturellement vers l'ICIS.

Votre mandat est si important. Les objectifs déclarés doivent être mesurables, disposer de données objectives et être comparables si nous voulons comprendre comment notre système de santé s'y prend pour nous en donner pour notre argent, ce qui est le résultat final recherché.

Des données spécifiques sur les hôpitaux et les médecins sont-elles recueillies? Le Dr Kitts a déjà commencé à répondre à cette question. De façon plus précise, je m'intéresse aux données basées sur les résultats pour mesurer les objectifs et la qualité des soins. Si nous n'avons pas ces données, les aurons-nous bientôt? Allons-nous dans cette direction?

M. Wright : En ce qui concerne les établissements de soins de courte durée, soit les hôpitaux, j'ai parlé du « Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens ». Celui-ci concerne 547 hôpitaux de tout le pays situés dans 10 provinces ou territoires. Il a commencé sous forme de projet-pilote. Nous espérons amener deux ou trois provinces à y participer et il y a eu affluence. Nous avons eu des discussions avec les provinces et les territoires qui ne sont pas impliqués, et ils envisagent d'adhérer à ce projet.

Ce projet fait appel à 33 indicateurs répartis en trois grandes catégories. L'une met l'accent sur les indicateurs cliniques, qui sont des mesures de résultats dans de nombreux cas avec, par exemple, les taux de mortalité au bout d'un séjour de 30 jours dans les hôpitaux, les taux de réadmission après une crise d'asthme, et cetera. Nous avons également des indicateurs de la sécurité des patients, qui constituent aussi des résultats, et des données financières.

Nous allons ajouter d'autres indicateurs. Ces données ne sont pas publiques pour l'instant parce que nous y travaillons encore et, comme je l'ai indiqué, nous espérons rendre le tout public d'ici mars de l'an prochain. C'est un projet qui permet à une personne de la célèbre ville de Podunk, en Saskatchewan, de comparer le rendement, les résultats, la qualité des soins et la situation financière de son hôpital à ceux de l'hôpital de l'autre ville bien connue d'Oddsock, en Nouvelle-Écosse.

Pour les médecins, la situation est différente et c'est dû au dossier médical électronique. L'ICIS ne recueille que des données simples sur les médecins comme leur âge, l'endroit où ils ont obtenu leur diplôme, leur nombre d'années de pratique, les conditions dans lesquelles ils prennent leur retraite ou le moment où ils la prennent. C'est une base de données simple de chiffres, indiquant les spécialités, qui pratiquent la médecine de famille, le montant de la rémunération, précisant si des frais de service sont facturés ou s'il y a d'autres solutions. Nous ne recueillons pas de données sur les résultats imputés aux traitements.

Dr. Kitts: To follow up on the physician data, today, the outcome measures are an aggregate at a hospital level. Members of the public want to know how he or she will do with that doctor. That is the ultimate goal we need to get to. Substantive change in how we deliver health care will only be realized to its full extent when we are able to measure the cost and outcome at the individual patient and the individual physician levels.

In the absence of that, medicine remains very much an art. You do what you were taught to do in the best interests of your patient. In the absence of any objective real time data that shows another way is better, we will still be practicing the art of medicine, which may not always be the most cost effective and have the better outcome.

Senator Seidman: I appreciate that, and if we are trying to look at best practices and establish norms, can we then look at, for example, surgeons and their specific outcomes in their surgical interventions?

Dr. Kitts: Yes, if we have those outcomes.

Mr. Wright: We simply do not have that data. With the introduction of the electronic health record and the electronic medical record, it is hoped that data will flow off that for clinical purposes, but data for health system use to assist in the overall management, though very important, is privacy sensitive.

I will add one more quick point on quality. Dr. Kitts and I worked together on a project dealing with the academic health science centres across this country. We are looking at developing quality indicators that are not old data so that we can turn the results around within a month. This is a major project for both Dr. Kitts, who heads up this collaboration, and CIHI. There is good stuff in the mix.

Senator Seidman: It is important if we are trying to measure value for money to have this kind of data. You talked about comparable data and said that there was no comparable data for Quebec on several things. What are the issues around that situation?

Mr. Wright: The data not available in a comparable way is hip fracture surgery repairs. That being said, they collect data slightly differently. We have a publication coming out in April that we worked closely on with Quebec, Alberta and Ontario to enable the comparisons on an apples-to-apples basis. We are working with them to do that.

Dr Kitts : Pour poursuivre avec les données sur les médecins, il faut savoir que, aujourd'hui, les mesures des résultats sont agrégées au niveau de l'hôpital. Les gens veulent savoir comment les choses se passeront pour eux avec ce médecin. C'est l'objectif ultime que nous devons atteindre. Nous ne parviendrons à apporter réellement les importantes modifications nécessaires à nos modalités de prestation des services de santé que lorsque nous serons capables de mesurer les coûts et les résultats, aussi bien au niveau d'un patient que d'un médecin en particulier.

Sans cette information, la pratique de la médecine restera pour beaucoup approximative. Le médecin continuera à appliquer ce qu'il aura appris, dans le meilleur intérêt de son patient. Sans données objectives en temps réel prouvant qu'une autre méthode est meilleure, nous continuerons à pratiquer l'art de la médecine, ce qui pourrait fort bien ne pas être toujours la solution la plus rentable, ni celle donnant les meilleurs résultats.

Le sénateur Seidman : J'en conviens et, si nous essayons de cerner les pratiques exemplaires et de définir des normes, pouvons-nous étudier, par exemple, ce que font les chirurgiens et les résultats qu'ils obtiennent lorsqu'ils opèrent?

Dr Kitts : Oui, si nous avons ces résultats.

M. Wright : Malheureusement, nous n'avons pas ces données. On espère, avec la mise en place du dossier de santé électronique et du dossier médical électronique, que ces données seront disponibles à des fins cliniques. Cependant, la gestion du volet de la protection des renseignements personnels des données destinées à la gestion d'ensemble du système de santé est délicate, même si ces données sont très importantes.

J'aimerais vous faire rapidement part d'un autre point sur la qualité. Le Dr Kitts et moi-même travaillons sur un projet consacré aux centres universitaires de sciences de la santé à travers le pays. Nous tentons d'élaborer des indicateurs de qualité qui n'utilisent pas d'anciennes données afin de pouvoir obtenir les résultats en moins d'un mois. C'est un projet tout aussi important pour le Dr Kitts, qui dirige cette collaboration, que pour l'ICIS. Cette collaboration va donner de bons résultats.

Le sénateur Seidman : Si nous voulons parvenir à quantifier l'optimisation des ressources, il est important que nous disposions de ce genre de données. Vous nous avez parlé du caractère comparable des données en précisant que, dans le cas du Québec, celles-ci ne sont pas comparables dans plusieurs domaines. Quels sont les problèmes que cela pose?

M. Wright : Les données dont nous ne disposons pas dans une forme comparable sont celles concernant les réparations de la fracture de la hanche. Cela dit, ils s'y prennent de façon sensiblement différente pour recueillir leurs données. Nous allons publier un document en avril sur lequel nous avons collaboré étroitement avec le Québec, l'Alberta et l'Ontario pour permettre de procéder réellement à des comparaisons. Nous travaillons avec ces provinces dans ce sens.

The other data set is on bypass surgery that is collected differently in Quebec. We have made great strides collectively, including Quebec, in developing the databases, but it takes longer because of the nature and the way in which they administer their systems.

Senator Cordy: I will go back to Senator Eaton's comments about benchmarks. In reading about the benchmarks, I learned that provincial and territorial benchmarks were longer than the benchmarks established by the medical community. Is that true?

Mr. Wright: There are different types of benchmarks. For example, there is an evidence-based benchmark, which is a research of the academic literature where evidence prevails and a benchmark is established. The provinces and territories reported on that in December 2005. They could not find one for MRIs or CT scans. Another type of benchmark coming from the medical community might be a consensus-based benchmark. For example, the medical community might establish that no one should wait longer than a specified time for an MRI. Within the medical community there are many different views that are not evidence-based on how long someone should wait for various surgeries.

Dr. Kitts: Perhaps I could provide a concrete example that might typify our struggle. Mr. Wright is absolutely right in saying that we truly need evidence-based benchmarks. We need to know that if we set a benchmark of a four-week wait for prostate cancer, the patient will not have a bad outcome. The argument can be for two weeks, four weeks or six weeks. Certainly, if I needed the surgery, I would want it done tomorrow. For the vast majority of quality benchmarks, we do not have the evidence. A group of experts get together and say it should be done in four weeks or six weeks, but we cannot measure the outcome for the vast majority.

I will provide an example of an internationally renowned best practice. A few years ago, an emergency physician at The Ottawa Hospital asked the question: Does every patient who twists their ankle and arrives at emergency with a swollen ankle need to have it X-rayed? To find the answer he applied to CIHR and received a grant. He developed an algorithm to diagnose the ankle by touching here, here, here and here. If the patient answers, yes, yes, yes, no, the patient does not need an X-ray; the ankle is not broken; and you can send them on their way. It was scientifically studied and 100 per cent proven that you do not need the X-ray, and you are not sending someone home with a broken ankle. It was published in the *New England Journal of Medicine*, disseminated across Canada and found in every emergency department around the world. It has saved billions of dollars in health care and has saved people from long waits in emergency for an X-ray for a

L'autre série de données est celle sur les pontages, car elles sont recueillies de façon différente au Québec. Nous avons réalisé collectivement des progrès importants, y compris avec le Québec, pour élaborer les bases de données, mais cela prend plus de temps étant donné les modalités utilisées dans cette province pour administrer ses systèmes.

Le sénateur Cordy : Je reviens aux commentaires du sénateur Eaton sur les repères. En lisant à ce sujet, j'ai découvert que les repères utilisés par les provinces et les territoires ne sont plus ceux définis par la collectivité médicale. Est-ce vrai?

M. Wright : Il y a divers types de repères. Il y a par exemple les repères probants, soit le cas dans lequel une étude de la littérature universitaire a permis de constater une preuve manifeste de résultats et de définir un repère. Les provinces et les territoires ont fait rapport sur cette question en décembre 2005. Ils n'ont pu en trouver pour les examens par IRM ni pour les tomodensitogrammes. Un autre type de repères émanant de la collectivité médicale serait celui d'un repère reposant sur un consensus. C'est ainsi que la collectivité médicale pourrait convenir que toute personne devant passer un examen par IRM devrait le faire dans un délai précis. Il faut convenir que les points de vue divergent au sein de la collectivité médicale sur les temps d'attente des diverses chirurgies quand on ne dispose pas de repères probants.

Dr Kitts : Je peux vous donner un exemple concret pour illustrer cette problématique. M. Wright a tout à fait raison de dire que nous avons réellement besoin de points de repère fondés sur des preuves. Il faut que nous sachions que, si nous définissions un repère de quatre semaines pour le cancer de la prostate, le patient n'aura pas à en souffrir. On peut prétendre que ce temps d'attente ne devrait pas dépasser deux, quatre ou six semaines. Il est certain que si je dois subir une opération, je vais vouloir qu'elle ait lieu demain. Pour la vaste majorité des repères de qualité, nous n'avons pas les éléments probants que nous voudrions avoir. Un groupe de spécialistes se réunit et affirme que la chirurgie devrait intervenir dans un délai de quatre ou six semaines, mais nous ne pouvons mesurer les résultats dans la vaste majorité des cas.

Voici l'exemple d'une pratique exemplaire bien connue à l'échelle internationale. Il y a quelques années, un urgentiste de l'Hôpital d'Ottawa a posé la question suivante : est-ce que tous les patients qui se sont foulé la cheville et se présentent à l'urgence avec une cheville enflée doivent subir des rayons x? Pour être en mesure de trouver la réponse, il a présenté une demande à l'IRSC et a reçu une subvention pour étudier la question. Il a élaboré un algorithme pour diagnostiquer l'état de la cheville en procédant à des palpations à divers endroits. Si le patient répond, oui, oui, oui, non, il n'est pas nécessaire de lui faire subir des rayons x car la cheville n'est pas cassée. Vous pouvez alors le renvoyer chez lui. La question a été étudiée de façon scientifique et la preuve a été faite à 100 p. 100 que le patient n'a pas besoin de passer de rayons x et que vous n'envoyez pas chez lui quelqu'un ayant la cheville brisée. Cette étude a été publiée dans le *New England*

swollen ankle. That evidence-based benchmark is in the *New England Journal of Medicine*. Everyone who applies it knows that they are not sending someone home with a broken ankle.

A couple of years ago, my infection control people said that MRSA, the superbug, is a big problem. They were no longer able to identify who is at risk of bringing it into the hospital based on where they came from and who they are. It is in the community, so we have to do universal screening. Everyone has to have a universal screen that comes into the hospital. All the infection control experts — my great doctors who are among best in the country, if not North America — said that it was a good idea — best practice, leading edge. The University Health Network in Toronto said the same thing.

A year and a half later, we did an evaluation based on the data. Increased costs were \$400 per patient — \$1 million in my hospital. There was no reduction in outbreaks and no measurable effect. It was not cost effective so we stopped doing it. Good thing it was not adopted as best practice across the country at \$1 million per hospital simply based on consensus. We have to be careful when we start implementing best practices because if they are not based on evidence and outcomes, we might do more harm than good. That is the struggle we face all the time. The absolute key to a better system is the data coming out of CIHI that reflects the reality of what is happening at the individual patient level.

Senator Cordy: Are we looking at evidence-based benchmarks for diagnostic imaging? That was part of the accord in 2004 seven years ago. How far have we come in seven years?

Mr. Wright: In 2005 Canadian Institutes for Health Research was charged by the provinces with the task of finding suitable evidence. A thorough research of the literature simply found that there are no evidence-based benchmarks for CT scans, MRIs or PET scans. I do not believe that anyone is looking at that currently. Some general guidelines have been developed, though not adopted by all.

Dr. Kitts: The good news with these types of benchmarks is that everyone knows when you need an MRI within five minutes: after you have an acute stroke or are hit by a car. There is no issue, even with an urgent MRI that must be done in less than a week. We have no idea how long you can wait on an MRI wait list

Journal of Medicine, diffusée partout au Canada et adoptée dans tous les services d'urgence à travers le monde. Elle a permis d'économiser des milliards de dollars en soins de la santé et a évité à des gens d'attendre longtemps aux urgences pour faire radiographier une cheville foulée. Dans ce cas, le repère probant est le *New England Journal of Medicine*. Toute personne appliquant cette méthode sait qu'elle ne renvoie pas chez elle une personne à la cheville brisée.

Il y a quelques années, mes spécialistes de la prévention des infections m'ont informé que le staphylocoque doré résistant à la méthicilline, la super bactérie, posait un problème important. Ils n'étaient plus en mesure de définir qui pouvait amener cette bactérie à l'hôpital en fonction de l'endroit d'où la personne venait et de qui elle était. La bactérie est présente dans la collectivité et nous n'avons d'autre choix que de procéder à un dépistage universel. Toute personne se rendant à l'hôpital doit subir un tel dépistage. Tous les spécialistes de la prévention des infections, d'excellents médecins parmi les meilleurs au pays, sinon en Amérique du Nord, ont déclaré que c'était une bonne idée, une pratique exemplaire de pointe. Le Réseau universitaire de santé de Toronto a été du même avis.

Un an et demi plus tard, nous avons réalisé une évaluation à partir des données. Les coûts avaient augmenté de 400 \$ par patient, soit un million de dollars pour mon hôpital. Il n'y avait pas de réduction du nombre de cas et pas d'effet mesurable. La solution n'était donc pas rentable et nous avons cessé de l'appliquer. C'est une bonne chose qu'elle n'ait pas été adoptée comme une pratique exemplaire à travers le pays, en s'appuyant sur un consensus, à ce coût d'un million de dollars par hôpital. Nous devons être prudents lorsque nous commençons à mettre en oeuvre des pratiques exemplaires parce que, si elles ne reposent pas sur des éléments probants et sur des résultats, il se pourrait que nous fassions plus de mal que de bien. C'est la difficulté à laquelle nous sommes toujours confrontés. L'élément absolument indispensable pour élaborer un meilleur système est celui des données produites par l'ICIS tenant compte de ce qui se passe réellement au niveau de chaque patient.

Le sénateur Cordy : Étudions-nous des points de repère fondés sur des preuves par l'imagerie diagnostique? Cela était inscrit dans l'Accord de 2004, il y a sept ans. Quel progrès avons-nous fait en sept ans?

M. Wright : En 2005, les provinces ont demandé aux Instituts de recherche en santé du Canada de trouver des preuves qui conviennent. Une analyse détaillée de la littérature n'a pu constater qu'il n'y a pas de points de repère fondés sur des preuves pour les tomographies, les IRM et les TEP. Je crois que personne n'étudie cette question actuellement. Certaines lignes directrices de nature générale ont été préparées, mais elles ne sont pas adoptées par tous.

Dr Kitts : Ce qui est bien avec ces types de repères est que chacun sait en cinq minutes si vous avez besoin d'un examen par IRM lorsque vous avez subi un grave accident vasculaire cérébral ou que vous avez été heurté par une voiture. La question ne se pose pas, même si un examen par IRM doit être réalisé en moins d'une

without sustaining harm. The sequence is: Your acuity jumps, and you jump the queue based on acuity. We had long MRI wait lists, so I asked the question to all our best health service researchers: What is the harm being done to people who wait eight months for a CT scan? The answer is: They move to the front of the line as the acuity changes, which is not a good system. In the end, I do not know what the right wait time is for an MRI.

Senator Cordy: Private diagnostic imaging clinics are springing up across all provinces; and public reaction is favourable. The public in Nova Scotia have accepted that if you want an MRI the next day, they will have to pay \$500 at a private clinic. It was part of the accord, but it seems to be the area where we are veering into two-tiered health care.

Dr. Kitts: Like in most wait times for surgery, MRIs or cardiac bypass, priority one means you cannot wait; you have to go to the front of the line immediately. Priority two means that you can wait two weeks, and priority three means that you can wait six weeks. I hate to say it, but priority four waits so long that it eventually becomes a priority three.

When we talk about benchmarks, we have to talk about acuity levels of patients. The evidence is pretty clear for the high acuity; however, for the lower acuity, I do not think we know what a reasonable wait time is for someone with chronic low back pain.

Senator Cordy: It depends on whether or not you are the patient.

Dr. Kitts: Exactly. If you are told by an orthopaedic surgeon that there is a 99.5 per cent chance that that lump is not cancer, and the only way you will know for sure is through an MRI, how long will you wait for that?

Senator Ogilvie: What we are looking at, as you know, because you deal with it more often, is the accord, which is the agreement between a body that gives out a great deal of money and a group of bodies that receive the money to deliver; and the success of the accord is ultimately determined by how people benefit from that transfer of money.

We spent some time talking about benchmarks, which are absolutely essential. However, as you have, in my opinion, so correctly outlined, what we choose as benchmarks is perhaps as

semaine. Nous ignorons complètement combien de temps vous pouvez attendre sur la liste d'attente des examens par IRM sans avoir à en souffrir. Votre priorité augmente et cela vous fait avancer sur la liste d'attente. Nous avons de longues listes d'attente pour ces examens et c'est pourquoi j'ai posé la question à tous nos meilleurs chercheurs sur les services de santé : quels sont les risques pour les personnes qui doivent attendre huit mois pour passer un tomodensitogrammes? La réponse est qu'on les déplace vers le haut de la liste d'attente quand leur niveau de priorité change, ce qui ne constitue pas un bon système. Au bout du compte, j'ignore quel est le bon temps d'attente pour un examen par IRM.

Le sénateur Cordy : Des cliniques privées d'imagerie diagnostique apparaissent dans toutes les provinces, et la réaction du public y est favorable. En Nouvelle-Écosse, les gens ont accepté de payer 500 \$ à une clinique privée pour passer un examen par IRM le lendemain. Si l'accord le prévoyait, il semble néanmoins que ce genre de pratique nous mène vers un système de soins de santé à deux vitesses.

Dr Kitts : Comme pour la plupart des temps d'attente pour des chirurgies, pour les examens par IRM ou pour les pontages, les priorités attribuées sont de un quand vous ne pouvez pas attendre et que vous devez passer en tête de liste immédiatement. La priorité numéro deux signifie que vous pouvez attendre deux semaines et la priorité numéro trois que vous pouvez attendre six semaines. Je déteste avoir à le dire, mais les gens à qui on a attribué la priorité numéro quatre doivent attendre si longtemps qu'on va devoir finir éventuellement par leur accorder la priorité numéro trois.

Lorsque nous parlons de repères, nous devons parler du niveau d'acuité de l'état des patients. Les preuves sont passablement claires quand cette acuité est élevée, mais, quand ce n'est pas le cas, je ne crois pas que nous sachions ce qui constitue un temps d'attente raisonnable pour une personne souffrant d'une douleur chronique au bas du dos.

Le sénateur Cordy : La réponse variera selon qu'elle est donnée par le patient ou par quelqu'un d'autre.

Dr Kitts : C'est exact. Si un chirurgien orthopédique vous prévient qu'il y a 99,5 chances sur 100 que cette grosseur ne soit pas cancéreuse, et que la seule façon d'en avoir la certitude est de passer un examen par IRM, combien de temps allez-vous devoir attendre pour le savoir?

Le sénateur Ogilvie : Ce que nous cherchons à savoir, comme vous le savez fort bien, parce que vous vous occupez plus souvent que nous de ces questions, est si l'accord, c'est-à-dire l'entente conclue entre un organisme qui verse beaucoup d'argent et un groupe d'organismes qui reçoivent cet argent pour fournir des services, donc si la réussite de cet accord est au bout du compte fonction de la mesure dans laquelle les gens tirent profit de ce transfert de fonds.

Nous avons consacré un certain temps à parler des repères, qui sont absolument essentiels. Toutefois, comme vous l'avez fort bien dit à mon avis, le choix de ces repères est peut-être tout aussi

critical. We know that there are certain areas where delay, such as for hip or knee replacement, is a much more obvious and direct measure, as opposed to access to other kinds of issues.

For example, if we take colorectal screening, and to use the sprained ankle example of Dr. Kitts, my understanding is that there are four principal indicators that the family physician will look at in terms of whether the patient is high risk when first coming in. One of those indicators is family history. However, it will take two or three generations before there is enough history, in other words, for people to live long enough for that to be a real indicator. Yet, here is a situation where early screening completely eliminates a life-threatening situation. I would say that the results we have across the country with regard to that illness are disappointing.

I assume that the numbers are beginning to get better in the last three to five years. They remained really very poor in Canada up until about three to five years ago. Can either you or Mr. Catlin indicate whether you see an improvement in the percentage of people over 50 getting colorectal screening?

Dr. Kitts: I can comment. I believe the next time they do the statistics, there will be a tremendous improvement, because there is a federal-provincial cancer care and front-line provider, as well as public alignment that it is the thing to do and it should be done. When you get that, you can hit 100 per cent and there is no question. Up until the last few years, for the most part everyone was paying lip service. I think everyone gets it now, and I expect the statistics will be much better.

Senator Ogilvie: That was my assumption. I looked at the results from the review in 2008, and I felt that it did not show tremendous cooperation among the provinces in terms of developing indicators and reporting appropriately. In the end, I am hopeful that in the areas we have touched on this morning, such as cancer reporting — whether it is radiography, chemotherapy, doses, et cetera — the real indicator will be the percentage of people with the issue of certain cancers. In my view, the job of Health Canada is to identify the performance of the deliverers of health care to ensure that the real indicators are changing through an overall effort.

I do have one question for you, and it is not really a fair question to the group of you. I will direct it to Dr. Kitts and Mr. Wright. My question deals with the issue of pharmaceuticals. I realize that you are largely reporting figures, but some of you have medical and scientific training, so I want to ask the question.

important. Nous savons qu'il y a des domaines, comme ceux des remplacements des articulations de la hanche et du genou, dans lesquels les temps d'attente sont beaucoup plus manifestes et peuvent constituer une mesure directe, alors que ce n'est pas le cas pour l'accès aux services dans d'autres domaines.

C'est ainsi que si nous prenons le dépistage du cancer colorectal, et l'exemple de la cheville enflée du Dr Kitts, je crois savoir qu'il y a quatre indicateurs essentiels dont le médecin de famille va tenir compte pour déterminer si le patient présente des risques importants quand il se présente la première fois. L'un de ces indicateurs est l'historique familial. Toutefois, il va falloir deux ou trois générations avant de disposer d'assez de données chronologiques. En d'autres termes, il faut que les gens vivent assez longtemps pour que cela puisse devenir réellement un indicateur. Il y a aussi la situation dans laquelle un dépistage hâtif permet d'éliminer complètement une situation dans laquelle la survie est en cause. Je dirais que les résultats que nous obtenons au pays avec cette maladie sont décevants.

Je suppose que les résultats ont commencé à s'améliorer au cours des trois à cinq dernières années. Ils étaient réellement très médiocres au Canada jusqu'à il y a trois à cinq ans. Pouvez-vous, vous ou M. Catlin, nous dire si vous enregistrez une amélioration des résultats chez les personnes de plus de 50 ans subissant un dépistage du cancer colorectal.

Dr Kitts : Je peux vous dire que je crois que la prochaine fois qu'ils publieront des statistiques, on verra une amélioration marquée, parce qu'il y a un programme fédéral-provincial de traitement du cancer et un prestataire de soins intervenant en première ligne, ainsi qu'une harmonisation des méthodes. C'est ce qu'il faut faire et cela devrait être fait. Lorsque vous le ferez, vous obtiendrez un taux de 100 p. 100. Cela ne fait aucun doute. Il y a quelques années, les gens se contentaient pour l'essentiel de paroles. Je crois que tout le monde a bien compris maintenant et j'espère que les statistiques vont beaucoup s'améliorer.

Le sénateur Ogilvie : C'était bien mon hypothèse. J'ai étudié les résultats de l'examen de 2008, et il m'a semblé que la coopération entre les provinces n'était pas extraordinaire pour élaborer des indicateurs et faire rapport comme il convient. J'espère qu'enfin, dans les domaines que nous avons abordés ce matin, comme les rapports sur le cancer, qu'il s'agisse de la radiographie, de la chimiothérapie, des doses de traitement, et cetera, l'indicateur réel sera le pourcentage de gens survivant à certains types de cancer. Il me semble que la tâche de Santé Canada est de prendre connaissance du rendement des prestataires de soins de la santé pour nous assurer que les résultats des indicateurs réels évoluent grâce à un effort global.

J'ai une question à vous poser qui conviendrait mieux, j'en conviens, à un autre groupe que le vôtre. Je m'adresse au Dr Kitts et à M. Wright. Il s'agit des produits pharmaceutiques. Je sais fort bien que, pour l'essentiel, vous produisez des rapports de chiffres, mais certains d'entre vous ont une formation médicale et scientifique. C'est pourquoi je tiens à vous la poser.

When I look at the data, what I see in a number of different reports is that adverse drug effects are either the fourth or fifth leading cause of death. We know, as well, that there is enormous over-prescribing of pharmaceuticals. This is an enormously costly area, simply in terms of dollars; and when there are adverse impacts, this has an enormous adverse health impact, from something that is supposed to be bringing treatment, not the reverse.

By the way, I want to make it clear that I believe that the electronic record issue is critical to making progress in most of the areas we have talked about so far today, and in this area I think it is absolutely essential.

As you survey the potential impacts of genetic screening and the individual health record identity, using measures as advanced as genetic screening, do you see an opportunity to, first, improve the health of Canadians through such directions; and second, do you see a significant reduction in the overall cost to the health care system? I will direct my question to the two of you first, but anyone who wishes to answer may.

Dr. Kitts: The answer is yes, absolutely, 100 per cent. I think we are a long way from there. I think the theory of personalized medicine is very sound. Every one of us has an entirely different genetic make-up. Therefore, if I give you a drug, you could have a 400 per cent different response from that of the chair, for example, and we do not know. There is no drug without an adverse effect.

In the future, I think drugs can be made to deal with the genetic makeup of the individual by way of personalized medicine. However, I think we are a long way from that. In the meantime, every time someone gets a drug, the risk-benefit analysis goes on in the physician's head, and maybe in the team's head, if it is a particularly toxic drug. In the end, it is a judgment by your health professionals as to whether the benefit outweighs the risk. If it does, you may get the benefits, but you also get some of the adverse effects. It is a Catch-22. There are no drugs without a risk, but the benefits far outweigh the risks in most cases.

Mr. Wright: I do not have much to add. In some cases, expensive drugs for rare diseases are manifested in the identification of a particular disease and a particular molecule that can be used. These drugs can be very expensive, and I suspect the provinces are extremely concerned about this going into the future. That is about all I can add.

Claudia Sanmartin, Senior Analyst, Health Analysis Division, Statistics Canada: I want to touch on one important point, which is the role of multiple medications. We came up with a finding in the primary health care survey when we questioned individuals, particularly those with chronic conditions and multi-co-morbidity,

Quand j'examine les données, j'observe dans un certain nombre de rapports que les effets indésirables des médicaments sont la quatrième ou la cinquième cause de décès. Nous savons également que l'on prescrit beaucoup trop de produits pharmaceutiques. C'est une pratique qui s'avère très coûteuse, qui ponctionne énormément les budgets alors que nous savons qu'il y a des effets indésirables sur la santé et qu'il s'agit de produits destinés à traiter les patients et non pas le contraire.

À propos, je tiens à dire clairement que je suis convaincu que les dossiers électroniques vont jouer un rôle déterminant pour enregistrer des progrès dans la plupart des domaines dont nous avons parlé aujourd'hui, et ils me paraissent absolument essentiels dans ce domaine-ci.

Alors que vous étudiez les effets éventuels du dépistage génétique, et en particulier ses conséquences sur le dossier de santé individuel, vous semble-t-il que nous pourrions améliorer la santé des Canadiens grâce à de telles orientations et, ensuite, réduire sensiblement le coût global du système de soins de santé? Si c'est à vous deux que je pose cette question, toute personne qui le désire peut aussi me répondre.

Dr Kitts : La réponse est oui, tout à fait, à 100 p. 100. Je crois toutefois que nous en sommes encore loin. La théorie de la médecine personnalisée me paraît excellente. Chacun de nous a un bagage génétique complètement différent. Donc, si je vous donne un médicament, vous pourriez avoir une réaction différente quatre fois plus importante que celle du président, par exemple, et c'est une chose que nous ignorons. Il n'y a pas de médicament sans effets indésirables.

Je crois que, à l'avenir, les médicaments pourront être fabriqués en fonction du bagage génétique de la personne grâce à la médecine personnalisée. Toutefois, nous en sommes encore loin. D'ici là, à chaque fois qu'une personne se fait prescrire un médicament, le médecin fait implicitement une analyse risques-avantages. Le chef d'équipe en fait peut-être une aussi s'il s'agit d'un médicament particulièrement toxique. Au bout du compte, ce sont vos professionnels de la santé qui jugent si les avantages l'emportent sur les risques. Si c'est le cas, vous aurez peut-être les avantages, mais vous subirez également certains des effets indésirables. C'est une situation sans issue. Il n'y a pas de médicament sans risque, mais les avantages l'emportent de beaucoup sur les risques dans la plupart des cas.

M. Wright : Je n'ai pas grand-chose à ajouter. Dans certains cas, des médicaments coûteux pour traiter des maladies rares se manifestent lors de l'identification d'une maladie particulière et il s'avère alors qu'on peut utiliser une molécule donnée. De tels médicaments peuvent être très coûteux et j'imagine que les provinces sont très préoccupées par ce type de développement. C'est tout ce que j'avais à ajouter.

Claudia Sanmartin, analyste principale, Division de l'analyse de la santé, Statistique Canada : Je souhaite aborder un point important, qui est celui des médicaments multiples. Lorsque nous avons réalisé l'enquête sur les soins de santé primaires, nous avons enregistré un résultat déterminant chez les répondants, et en

which is the key. It is not just people with hypertension, diabetes or arthritis, but having three or more of those conditions catapults you into an area of risk in terms of disability.

We found that even though there is a low risk of having an adverse event due to drug reactions, when you are in the world of having five or six more drugs, this places you at higher risk. The ability to track that information for the individual doctor who is describing that at that time, to know what else that person is taking, is critical. Having coordinated care for those people, those with chronic conditions and co-morbidity, is essential.

Senator Ogilvie: I do not disagree with your observation that this is on the horizon. I think it is closer than we think. My final observation is that I believe the electronic health record is absolutely critical in dealing with these multiple dose issues. The evidence is beginning to show that roughly 30 to 40 per cent of prescriptions have no positive impact, so there is enormous opportunity for health benefit as we move forward.

Senator Dyck: In the media we have seen examples, and one in particular comes to my mind of patients with rare diseases. I cannot remember whether it was a baby or a young child who had some rare metabolic disease, but there was a specific drug that would treat it. This would be catastrophic drug coverage.

Has there been any progress achieved in developing some kind of coverage for catastrophic drug coverage? Have there been reports on what sort of plans are coming? What sort of progress has been made to help the families in situations like that, when they are in a unique and terrible situation faced with bills not covered by medical care, which can be enormously high?

Dr. Kitts: I will defer to Mr. Abbott.

Mr. Abbott: In terms of catastrophic drug coverage across the country, it varies by province. Most of the provinces now have some kind of coverage in place for the situations you describe. The National Pharmaceutical Strategy talked about having a plan or an approach in place across the country. In terms of these high-cost situations, certain provinces have put in place some policies to ensure they can address those issues, particularly for rare diseases. There has been a lot of discussion at the federal-provincial level around that issue as well and also working with the drug manufacturers, because they are a critical part as well as the research community.

particulier chez ceux souffrant de maladies chroniques et de comorbidité multiples. Il y a des gens qui font de l'hypertension, d'autres qui ont du diabète ou qui font de l'arthrite, mais le fait de réunir trois de ces conditions, ou plus, augmente sensiblement votre risque de devenir handicapé.

Nous avons constaté que, même si les risques de subir des effets indésirables à la suite de l'ingestion d'un médicament sont faibles, lorsque vous devez en prendre cinq ou six de plus, le risque augmente beaucoup. La capacité du médecin à bien connaître cette information à ce moment-là, à savoir quels autres médicaments la personne prend, est essentielle. Il est essentiel d'assurer des soins coordonnés à ces personnes, à celles souffrant de maladies chroniques ou de comorbidités.

Le sénateur Ogilvie : Je conviens avec vous que ce n'est pas pour tout de suite. Cela risque cependant de se produire plus rapidement que nous l'imaginons, à mon avis. Mon dernier commentaire est pour rappeler que je suis convaincu que le dossier de santé électronique est de la plus haute importance pour faire face aux problèmes dus à la prise de doses multiples. Nous commençons à avoir des preuves qu'environ 30 à 40 p. 100 des médicaments qui nous sont prescrits n'ont pas d'effets favorables, et cela laisse entrevoir d'énormes retombées très avantageuses pour la santé dans l'avenir.

Le sénateur Dyck : La presse a fait état de quelques cas, et je me souviens en particulier d'un dans lequel un patient souffrant d'une maladie rare, et je ne me souviens pas s'il s'agissait d'un bébé ou d'un jeune enfant ayant une rare maladie métabolique, mais il y avait un médicament précis qui aurait permis de le traiter. Cela relèverait alors de la couverture des médicaments onéreux.

A-t-on enregistré des progrès dans l'élaboration d'une couverture des médicaments onéreux? Avez-vous entendu parler des types de plans qui pourraient être proposés? Quels progrès ont été faits pour aider des familles se trouvant dans des situations comme celle-ci, qui sont confrontées à une situation unique et terrible avec des factures qui ne sont pas prises en charge par les régimes d'assurance-maladie, et qui peuvent être très élevées?

Dr Kitts : Je laisse M. Abbott vous répondre.

M. Abbott : La couverture des médicaments onéreux varie d'une province à l'autre. La plupart d'entre elles ont adopté une forme quelconque de couverture pour les cas tels que celui que vous avez décrit. La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques envisage de se doter d'un plan ou d'une approche dans tout le pays. Face à ces cas entraînant des coûts très élevés, certaines provinces ont mis en oeuvre des politiques pour s'assurer qu'elles peuvent y faire face, en particulier dans les cas de maladies rares. Il y a eu beaucoup de discussions au niveau fédéral-provincial de ces questions, tout comme avec les fabricants de médicaments, parce qu'ils jouent un rôle tout aussi essentiel que la collectivité des chercheurs.

We have a bit of a patchwork across the country. It is not consistent. Depending on which province you are in, the coverage will and does change. That tends to get played out from time to time.

Senator Dyck: I am from Saskatchewan. When I was looking at the data that Mr. Wright presented with respect to wait times, I thought, "Oh, I am in the wrong province. I should move to B.C. or to Ontario." I think I will choose B.C. because the weather is better.

Within the data that is collected, is there any indication of why it is worse in Saskatchewan? Having lived there most of my life, I suspect that a big part of it might just be due to shortage of doctors. We are continually facing a shortage in northern communities and rural areas. Rural hospitals are being closed and there is a lot of competition for doctors. Would that be part of it?

Can the provinces use this accord in some way? Does it help them overcome these types of situations? Is there a mechanism whereby we can take advantage of the accord to solve a provincial problem?

Mr. Wright: I, too, am from Saskatchewan originally. I was also the deputy minister of health there for a while.

The interesting thing about Saskatchewan is that, on a three-year trending basis, it is showing positive improvement in each of the areas. It would be fair to say that Saskatchewan was a bit behind some of the other jurisdictions around 2004, but the trending data — and this will come out later this month — shows Saskatchewan making strides in all the areas.

There are a whole series of reasons that can relate to population health characteristics, the First Nations community in Saskatchewan. A whole series of factors are behind that characterization, all of which are quite legitimate.

In terms of the accord itself, the additional funds that were part of the accord for wait-times reduction were welcomed by all jurisdictions and resulted in improvements in wait times, certainly within the five areas that were identified as well as in other surgical areas.

Senator Dyck: You answered one other small question that I had, namely, whether or not the data included Aboriginal people. It sounds like it does.

Mr. Wright: Yes, it does include Aboriginal people. Unfortunately, we cannot identify them as Aboriginal people because there are no clear identifiers across the country. We are working with the First Nations, Statistics Canada, and others to see what we can do in the future about identifiers.

La diversité des mesures en vigueur à travers le pays me fait penser à une courte pointe. Il n'y a pas de cohérence. Selon la province dans laquelle vous résidez, la couverture offerte ne sera pas la même. Il arrive, quand un tel cas se présente, que des mesures particulières soient prises.

Le sénateur Dyck : Je suis originaire de la Saskatchewan. Quand j'ai regardé les données que nous a présentées M. Wright sur les temps d'attente, je me suis dit, « Je ne suis pas dans la bonne province, je devrais déménager en Colombie-Britannique ou en Ontario. » Je crois que je choisirais la Colombie-Britannique parce que le climat y est plus agréable.

Avez-vous constaté, dans les données recueillies, une indication quelconque de la raison pour laquelle les résultats sont moins bons en Saskatchewan? Y ayant vécu la plus grande partie de ma vie, j'imagine que cela tient dans une large mesure à la pénurie de médecins. Nous en manquons continuellement dans les collectivités du Nord et dans les régions rurales. Les hôpitaux ruraux ferment et il y a beaucoup de concurrence pour trouver des médecins. Est-ce une des raisons?

Les provinces peuvent-elles tirer parti d'une façon quelconque de cet accord? Est-ce qu'il les aide à venir à bout de ce genre de situations? Y a-t-il un mécanisme nous permettant de tirer parti de l'accord pour résoudre un problème au niveau d'une province?

M. Wright : Je viens moi aussi de la Saskatchewan. J'y ai été sous-ministre de la Santé pendant un certain temps.

Ce qu'il y a d'intéressant avec la Saskatchewan est que, en prenant la tendance sur trois ans, on enregistre une amélioration dans chacun des domaines. On pourrait donc dire que la Saskatchewan avait du retard sur d'autres provinces et territoires aux alentours de 2004, mais, en nous fiant aux tendances récentes, et celles-ci seront confirmées plus tard ce mois-ci, on peut dire que les résultats de la Saskatchewan s'améliorent dans tous les secteurs.

On peut invoquer quantité de raisons pour expliquer une telle situation, comme les caractéristiques de santé de la population, la présence de collectivités des Premières nations dans la province. Ces caractéristiques peuvent sous-tendre toute une série d'autres facteurs, qui sont tous légitimes à leur façon.

En ce qui concerne l'accord lui-même, les fonds additionnels prévus par celui-ci pour réduire les temps d'attente ont été bienvenus dans toutes les provinces et dans tous les territoires et ont permis de réduire ces temps d'attente, et très certainement dans les cinq domaines identifiés et dans d'autres secteurs de la chirurgie.

Le sénateur Dyck : Vous avez répondu à une autre question moins importante que je m'apprêtais à vous poser, en vous demandant si les données prenaient ou non en compte les peuples autochtones. Il semble donc qu'elles le fassent.

M. Wright : Oui. Elles couvrent les peuples autochtones. Malheureusement, nous ne pouvons pas les identifier comme peuples autochtones parce qu'il n'y a pas d'identificateurs bien définis dans tout le pays. Nous travaillons avec les Premières nations, Statistique Canada et avec d'autres pour déterminer ce que nous pourrions faire à l'avenir au sujet des identificateurs.

Senator Dyck: Mr. Catlin, regarding your graph on page 8 on perceived health, has this type of information been transmitted to the general public? As an individual, I might look at this and say, “Well, there are eight factors that help me improve my health, but it looks like I only need to do five or six.” What are those five or six? When you have grouped them together, if you have six of them, can they be any six or can you predict from this which is the factor that helps you the most? My guess might be physical activity.

Mr. Catlin: I do not have that before me, but I think the evidence was that as soon as people got to four or more attributes, that was very predictive as being in good health, both perceived health and functional health.

I will go out on a limb and say that smoking is probably the most important of those, but physical activity and the body mass index were also critical.

Senator Dyck: Do you think it is possible to look at these items and come up with a general edict for health promotion ideas? Although this is perceived health, it is not actually a measure of health that these are the things we should concentrate on.

Mr. Catlin: Yes. This was published in a report that Statistics Canada put out last year, based on the survey of healthy aging. There will be more reports coming out in the next few months.

Senator Martin: I am having a struggle trying to wrap my head around all of this information. I can only imagine being you for a day — or for a year, for that matter. This is something that I feel personally committed to because health is something that touches every single one of us. I have had to care for aging parents and a father who went through the system, so the e-records between health jurisdictions really could have saved a lot of trouble for my father.

I go back to the question about the accord itself. Senator Demers asked: “Have we made progress? What programs have been created?” You answered yes in general terms, but not in specifics. I can imagine how every jurisdiction would have different kinds of programs that have been created and the roll-out would be different, depending on the provinces and territories. However, who has that information? Who would collect it? Whose responsibility is it?

We talk about the stats and the data, but for this accord to be more effective now than it was eight years ago, or when it was established, we must know what that progress has been. Is the data in existence out there? If so, who has collected it?

Le sénateur Dyck : Monsieur Catlin, j’aimerais vous demander, au sujet de votre graphique de la page 8 sur la santé perçue, si ce type d’information a été communiqué au grand public. Je pourrais l’interpréter en me disant « Eh bien, il y a huit facteurs qui m’aident à améliorer ma santé, mais il semble que je n’ai besoin d’en avoir que cinq ou six ». Quels sont ces cinq ou six facteurs? Quand vous les avez groupés, s’il y en a qui en ont six, peut-il s’agir de n’importe quelle combinaison ou êtes-vous en mesure de prédire, à partir de ces données, quel est le facteur qui joue le rôle le plus déterminant? J’imagine que c’est l’activité physique.

M. Catlin : Je n’ai pas les détails ici, mais je crois me souvenir que nous avons constaté que, aussitôt que les gens disposent de quatre attributs ou plus, cela permet de s’attendre à ce qu’ils soient en bonne santé, et nous entendons par là, aussi bien la santé perçue que la santé fonctionnelle.

Je vais prendre le risque de dire que le tabagisme est probablement le facteur le plus important, mais que l’activité physique et l’indice de masse corporelle jouent aussi des rôles déterminants.

Le sénateur Dyck : Vous paraît-il possible d’analyser ces facteurs et de parvenir à une affirmation de nature générale à utiliser pour la promotion de la santé? Bien qu’il s’agisse ici de la santé perçue, ce n’est pas réellement une mesure de la santé, mais ce sont des facteurs sur lesquels nous pourrions nous concentrer.

M. Catlin : Oui. Cela a déjà été publié l’an dernier dans un rapport de Statistique Canada qui s’appuyait sur l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Vieillesse en santé. D’autres rapports seront publiés au cours des mois à venir.

Le sénateur Martin : J’ai dû mal à faire le point sur toutes ces informations. J’ai dû mal à m’imaginer à votre place pendant une journée, ou encore pendant une année. Je me sens personnellement concernée parce que les questions de santé touchent chacun de nous. J’ai eu à prendre soin de parents vieillissants et d’un père qui a dû avoir recours au système. J’ai pu constater que le transfert de son dossier électronique entre les intervenants aurait permis à mon père d’éviter beaucoup de difficultés.

Je reviens à la question sur l’accord lui-même. Le sénateur Demers vous a demandé si nous avons fait des progrès et quels programmes ont été créés. Vous avez répondu par l’affirmative en termes généraux, mais sans donner de précisions. J’imagine bien que chaque secteur de responsabilité peut élaborer divers types de programmes dont la mise en oeuvre varie, selon la province ou le territoire. Mais qui dispose de cette information? Qui la recueille et qui en est responsable?

Nous parlons de statistiques et de données, mais, pour que cet accord soit plus efficace qu’il l’était il y a huit ans, ou quand il a été conclu, nous devons savoir quels progrès ont été enregistrés. Les données se trouvent-elles quelque part? Si oui, qui les a recueillies?

Dr. Kitts: I do not think we have the data to accurately answer the question. We can talk about proxies for data and proxies for outcome: Is it high on the government's agenda? Is it a directive? Is there alignment between the provincial government and the local health service providers? Is it a priority? Is it an act of legislation?

The best way to answer, in my opinion, is that because of the accord, a lot of attention and focus has been put on trying to achieve it, or at least understanding that we need to achieve it. A lot of building blocks are being put in place. I cannot tell you exactly, but I can give you snippets of where it is happening. The Excellent Care For All Act in Ontario is the ultimate building block.

The notion is that everyone, from the federal, to the provincial government, to the health service providers and to the CMA has rallied around a better health system. We are not far from giving you hard data which will show that we have moved yardsticks and that the quality is improving.

For the most part, hundreds of thousands more Canadians have had at least one of the big five procedures since the accord. I cannot tell you if the outcomes were all good. However, volumes are up.

Over the last six years, everybody has rallied around a focal point. It will continue to move from here on.

Senator Martin: CIHI is one of the best positioned entities to do that kind of coordination. Speaking as a former teacher, curriculums have learning outcomes.

There are provinces that have fallen behind for various reasons that we may not fully understand. If a province has fallen behind, how do we bring them up to the other provinces? How do we identify the need and how best to bring them up?

The coordination piece is the biggest challenge for all of us involved because we live in a vast country where every jurisdiction has its specific needs. The transfer money is a huge sum. The provinces and territories are using the funds to roll out their programs and as they best see fit. To what extent are the provinces and territories accountable to not just the federal government but also Canadians in terms of how effectively they are using that money?

Dr Kitts : Je ne crois pas que nous ayons de données permettant de répondre précisément à votre question. Nous pouvons parler dans l'approximation des données et des résultats. Est-ce une priorité dans les programmes de gouvernement? Est-ce une directive? Est-on parvenu à l'harmonisation entre les gouvernements provinciaux et les prestataires locaux de services de santé? Est-ce une priorité? Est-ce une loi?

À mon avis, la meilleure façon de répondre est de dire que, du fait de l'existence de l'accord, on y a accordé beaucoup d'attention et on a fait beaucoup d'efforts pour tenter d'y parvenir, ou au moins pour comprendre que nous devons y parvenir. Beaucoup de composantes de base sont mises en place. Je ne peux tout vous décrire en détail, mais je peux vous donner des bribes d'information sur les endroits où cela se produit. La Loi ontarienne de 2010 sur l'excellence des soins pour tous en est la composante finale.

Ce qui importe est que tous les intervenants, aussi bien le gouvernement fédéral que les gouvernements provinciaux, les prestataires de services de santé que l'Association médicale canadienne, se sont ralliés aux efforts pour élaborer un meilleur système de santé. Nous ne sommes pas loin du moment où nous pourrions vous communiquer des données précises qui vous montreraient que nous avons relevé les critères et que la qualité s'améliore.

Pour l'essentiel, sachez que des centaines de milliers de Canadiens ont bénéficié d'au moins une des cinq procédures importantes depuis l'entrée en vigueur de l'accord. Je ne suis pas en mesure de vous dire si les résultats ont tous été bons. Sachez cependant que les volumes ont augmenté.

Au cours des six dernières années, tous se sont ralliés à un objectif central. Les choses continueront à aller de l'avant à partir de là.

Le sénateur Martin : L'ICIS est l'un des organismes les mieux positionnés pour assurer ce genre de coordination. Pour parler comme un ancien enseignant, les curriculums ont des résultats d'apprentissage.

Il y a des provinces qui ont accusé des retards pour diverses raisons, qui peuvent nous échapper en partie. Si c'est le cas d'une province donnée, comment la ramener au niveau des autres? Comment nous y prenons-nous pour identifier le besoin et quelle est la meilleure façon de ramener cette province au niveau des autres?

Le volet de la coordination est celui qui présente le défi le plus important pour nous tous qui sommes concernés parce que nous vivons dans un pays très étendu dans lequel chaque administration a des besoins qui lui sont propres. Le montant du transfert en santé est énorme. Les provinces et les territoires s'en servent pour mettre en oeuvre les programmes qui conviennent le mieux à leurs yeux. Dans quelle mesure les provinces et les territoires sont-ils responsables, pas uniquement devant le gouvernement fédéral, mais également devant les Canadiens quant à l'emploi qu'ils font de ces fonds?

In the accord, is there an opportunity to strengthen the accountability piece so that we can ensure that the progress is clear? I can appreciate the complexity of this task.

Dr. Kitts: The more we provide measures that accurately reflect the reality of what is happening; the more individual jurisdictions will focus and move their yardsticks. It is an incredibly complex question. The whole health system is complex. It could be that one area is lagging in the wait times for hips but is accelerating in cardiac surgery. There is that push and pull in the whole thing.

In health care, the good news is that you do not have to incent people to do anything. I do not know of any professionals more competitive than doctors or executives more competitive than executives of hospitals. Give us the data on how we are performing; make sure it is accurate, reliable, and reflective, and we will move mountains to jump over the next guy.

We do not have that data yet. We have some volumes. The Saskatchewan government has promised that, by 2014, it will be a three month wait for everybody.

That is an example of what data and transparency can do.

Mr. Wright: There have been tremendous developments in data collection. The accord played a key role in that, around wait times and other forms of data such as historic, home care, long term care and drug data that are comparable across the country. Without question, there are gaps. It is CIHI's job to fill in those gaps as resources permit. Across the system, people are asking for data, indicators and comparable reports. We are working with some cardiovascular surgeons around some quality outcome indicators. There is a lot to be done.

Senator Martin: As we are doing this review, do we need to do anything to ensure we are collecting that data?

Dr. Kitts: The Health Council of Canada will give you the data as we get it from the service providers. There are many building blocks right now and not a lot of substance.

Senator Martin: In terms of the accord as it stands, is there anything we need to tighten up?

Mr. Abbott: I do not think so. We need to stay focused on and improve public reporting. We need to be committed to it at the political and delivery end.

Senator Braley: I seek clarification on a couple of points. Dr. Kitts, you talked about how primary care can be improved by including nurses, nurse practitioners, physiotherapists, and social

L'accord prévoit-il la possibilité de renforcer la responsabilisation pour nous assurer que les progrès sont clairs? Je réalise fort bien la complexité d'une telle tâche.

Dr Kitts : Plus nous produisons de mesures décrivant précisément la réalité de ce qui se passe, et plus chacun des secteurs de responsabilité définira ses priorités et relèvera ses cibles. C'est une question fort complexe. Tout le système de santé est complexe. Il se peut qu'un secteur accuse du retard dans les temps d'attente pour les chirurgies de la hanche et de l'avance en chirurgie cardiaque. Dans l'ensemble du système, il y a des évolutions dans les deux sens.

Ce qu'il y a de bien dans le domaine des soins de la santé est que vous n'avez pas à pousser les gens à faire quelque chose. Je ne connais aucun professionnel qui soit plus concurrentiel que les médecins ou cadres qui soient plus concurrentiels que les cadres d'hôpitaux. Donnez-nous les données sur notre performance, assurez-vous qu'elles soient précises, fiables et réalistes, et nous déplacerons des montagnes pour franchir le prochain gué.

Nous n'avons pas encore ces données. Nous en avons certaines sur les volumes. Le gouvernement de la Saskatchewan a promis que, d'ici 2014, le délai d'attente maximal sera de trois mois pour tout le monde.

C'est là un exemple de ce que les données et la transparence peuvent faire.

M. Wright : Il y a eu des développements très importants dans la collecte des données. Les effets de l'accord s'y sont fait sentir sur des données comme celles concernant les temps d'attente, et d'autres formes de données, comme des données chronologiques, celles sur les soins à domicile et à long terme et celles sur les médicaments, qui sont comparables partout au pays. Il est vrai qu'il y a des lacunes. C'est le travail de l'ICIS de les combler lorsque les ressources disponibles le permettent. Dans tout le système, des gens demandent des données, des indicateurs et des rapports comparables. Nous travaillons avec certains chirurgiens cardiovasculaires à élaborer des indicateurs de résultats de la qualité. Il reste encore beaucoup de travail à faire.

Le sénateur Martin : Y a-t-il autre chose que nous devons faire, pendant que nous nous livrons à cet examen, pour nous assurer de bien recueillir ces données?

Dr Kitts : Le Conseil canadien de la santé vous transmettra les données au fur et à mesure que nous les obtiendrons des prestataires de service. Il y a maintenant beaucoup de composantes et pas beaucoup de substances.

Le sénateur Martin : Dans la formulation actuelle de l'accord, y a-t-il des éléments que nous devrions resserrer?

M. Abbott : Je ne le crois pas. Nous devons rester concentrés et améliorer les rapports publics. Nous devons nous y consacrer à la fois dans la dimension politique et dans celle des prestations.

Le sénateur Braley : J'aimerais obtenir des précisions sur quelques points. Docteur Kitts, vous avez parlé de la façon dont les soins primaires peuvent être améliorés en intégrant les

workers in a team. That might free up the time to 50 per cent on the family practitioners. Am I right in hearing that? Is the scope of their practice what we are talking about?

Dr. Kitts: Yes, it is.

Senator Braley: The 2008 report mentions concerns about provinces going in different directions. Has that been fixed or does it still need fixing? Please do not point out a province; just say “yes” or “no.”

Dr. Kitts: It is more complex because, again, we do not have one system. We have 14 systems each designed to work for that province or territory. We are not sharing best practices. Therefore, we need to ensure that whatever is being done is based on the best evidence outcomes and practices. I would not try to fit it all into one system; however, I would certainly use the 14 to improve everybody.

Senator Braley: Suppose one of my employees needed an MRI tomorrow. Knowing that the wait would be three or four months, we would cancel the appointment and send him or her to the States. Are you including in the data the percentage of people who are getting their work done elsewhere and paying for it? I imagine not.

Ms. Sanmartin: When we started to collect wait time data years back, we looked at the possibility of getting that number. It is difficult to do that in a survey sampling the population. It is, in fact, quite rare that that happens.

Senator Braley: In Hamilton and southern Ontario, if employees are told they have to have an MRI, we as a company would send them and pay for it. We want them to know they can be well or be fixed fast. We work on making sure that the diagnostics are done so we can get proper medical care to our employees. This happens far more often than you think. It is done by most of the companies and people in southern Ontario.

That is something for you to look at. Suppose that I am trying to run my company and saying, “He is doing this and he is doing that.” Do we have a leader in charge of this health accord? Do we have a business plan that is reviewed quarterly and weekly so that we are sure that the things we want worked on are being worked on? Is somebody in charge of the coordination of it in a proper fashion? Perhaps there are ten different items that are being managed and monitored to the extent that adjustments are made. When you reach blocks in the wall, corrective action must be taken. I do not see most of these things. I see pieces of information here and there which are not consistent. Have I missed something?

Dr. Kitts: No, you have not.

infirmières, les infirmières praticiennes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux à une équipe. Cela pourrait libérer jusqu’à 50 p. 100 du temps des médecins de famille. Vous ai-je bien entendu? Parlons-nous bien ici de l’étendue de leur pratique?

Dr Kitts : Oui, c’est bien ça.

Le sénateur Braley : Le rapport de 2008 indique que le choix d’orientations différentes par les provinces est un sujet de préoccupation. Cela a-t-il été réglé ou a-t-il encore besoin de l’être? S’il vous plaît, ne pointez pas du doigt une province, mais répondez-moi simplement par oui ou par non.

Dr Kitts : La réponse est plus complexe parce que, une fois encore, nous n’avons pas un seul système. Nous avons 14 systèmes qui sont tous conçus pour une province ou pour un territoire. Nous ne partageons pas les pratiques exemplaires. Nous devons donc nous assurer que, quoi que nous fassions, cela repose sur les meilleures preuves de résultats et sur les pratiques exemplaires. Je n’essayerai pas de tout combiner en un seul système, mais j’utiliserai certainement ce qui se fait dans les 14 pour améliorer chacun d’eux.

Le sénateur Braley : Imaginons que l’un de mes employés doive subir un examen par IRM demain. Sachant qu’il devrait attendre trois ou quatre mois, nous allons annuler le rendez-vous et l’envoyer aux États-Unis. Tenez-vous compte dans les données du pourcentage de gens qui vont subir leurs examens ailleurs en les payant? J’imagine que non.

Mme Sanmartin : Lorsque nous avons commencé à recueillir les données sur les temps d’attente, il y a plusieurs années, nous avons envisagé la possibilité de nous procurer ces données. C’est difficile à faire dans une enquête qui repose sur un échantillon de la population. En réalité, il est assez rare que cela se produise.

Le sénateur Braley : À Hamilton et dans le sud de l’Ontario, si on dit à un de nos employés qu’il doit passer un examen par IRM, nous, comme entreprise, l’envoyons le passer et payons la facture. Nous voulons qu’il sache qu’il va bien ou qu’on le traite rapidement. Nous tenons à ce que le diagnostic soit posé pour offrir les soins médicaux qui conviennent à nos employés. Cela se produit beaucoup plus souvent que vous ne l’imaginez. C’est ce que font la plupart des entreprises et des gens dans le Sud de l’Ontario.

C’est quelque chose que vous devriez étudier. Imaginez que j’essaie de gérer mon entreprise et que je dise « Il fait ceci et il fait cela. » Avons-nous un responsable de cet accord sur la santé? Avons-nous un plan d’affaires qui est étudié tous les trimestres et toutes les semaines pour nous assurer que les choses auxquelles nous voulons nous consacrer sont bien faites? Quelqu’un est-il tenu de veiller à ce que la coordination soit bien faite? Il y a peut-être dix éléments qui sont gérés et contrôlés dans la mesure où des ajustements sont apportés. Lorsque vous vous heurtez à un mur, vous devez prendre des mesures correctrices. Je ne vois pas la plupart de ces éléments. Je vois des morceaux d’information ici et là qui ne sont pas cohérents. Y a-t-il quelque chose qui m’a échappé?

Dr Kitts : Non, rien ne vous a échappé.

Senator Braley: Maybe we need a business plan.

Dr. Kitts: We are without a leader.

The Chair: Does anybody want to respond to that?

Dr. Kitts: He articulated it very well.

Senator Braley: We end up with this recommendation. I am sorry to be so direct.

The Chair: There is the problem of the 14 jurisdictions.

Senator Braley: There are federal dollars, too, if you put them in the business plan.

Mr. Abbott: Governments came together and laid out a plan. That was good. Then they identified having a pharmaceutical strategy or a series of commitments to move forward. The system was working together. When the ministers and governments are joined, progress is made. When that starts to dissipate for whatever reason, then we are 14 individual organization systems, moving at our own pace.

Senator Braley: Put somebody or something in charge of the whole works and reorient the priorities as per what needs to be done.

I will give you an example. McMaster was tenth in research. I took over chairing all the research with Dr. John Kelton. We are now second in Canada. We will be first, and then we will be in the top five in the world. It is just something we decided we will do. The reputation of the school is built up in that way.

You need a business plan to get there. I do not know how you do it any other way. You can have ideas, visions and things in place but how do you get there? You need somebody to manage it.

Dr. Kitts: I think you have hit the nail on the head.

The Chair: If we had one company, we would not have needed an accord. However, we have 14 companies.

Mr. Wright, you said at the beginning that there was some information you were not giving us today. I cannot remember in what context you said that. Can you provide that information to us?

Mr. Wright: It is under embargo and it will be out on March 21. It is good stuff.

The Chair: There was an objective of ensuring that 50 per cent of Canadians have 24/7 access to multidisciplinary teams by 2010. Dr. Kitts, in your submission in 2009, you talked about it being at 32 per cent. You were about to report further.

Le sénateur Braley : Nous avons peut-être besoin d'un plan d'affaires.

Dr Kitts : Nous n'avons pas de leader.

Le président : Quelqu'un veut-il répondre à cela?

Dr Kitts : Il l'a très bien expliqué.

Le sénateur Braley : Nous aboutissons à cette recommandation. Je suis navré d'être si direct.

Le président : Il y a le problème des 14 secteurs de responsabilité.

Le sénateur Braley : Il y a aussi les fonds fédéraux, si vous les mettez dans le plan d'affaires.

M. Abbott : Les gouvernements se sont entendus et ont préparé un plan. C'était une bonne chose. Ils ont ensuite identifié la nécessité d'une stratégie sur les produits pharmaceutiques ou une série d'engagements pour aller de l'avant. Le système fonctionnait comme un tout. Lorsque les ministres et les gouvernements joignent leurs efforts, on enregistre des progrès. Quand ces efforts commencent à se dissiper, pour quelque raison que ce soit, on se retrouve avec 14 systèmes organisationnels individuels évoluant chacun à son rythme.

Le sénateur Braley : Désignez une personne ou un organisme responsable de tout le travail à faire et réorientez les priorités en fonction de ce qui doit être fait.

Je vous donne un exemple. Dans le domaine de la recherche, l'Université McMaster était classée au dixième rang. J'ai pris la présidence de la recherche avec le Dr John Kelton. Nous sommes maintenant les seconds au Canada. Nous serons bientôt les premiers et nous nous retrouverons alors dans le groupe des cinq premiers à travers le monde. C'est tout simplement quelque chose que nous avons décidé de faire. C'est ainsi que nous avons amélioré la réputation de l'université.

Vous avez besoin d'un plan d'affaires pour aller là où vous le voulez. Je ne connais pas d'autre façon de procéder. Vous pouvez avoir des idées, des visions et des choses en place, mais comment vous rendre là? Vous avez besoin de quelqu'un pour gérer le tout.

Dr Kitts : Vous avez bien enfoncé le clou.

Le président : S'il n'y avait eu qu'une organisation, nous n'aurions pas eu besoin d'un accord, mais il y en a 14.

Monsieur Wright, vous nous avez dit au début que vous avez des informations que vous ne nous donnerez pas aujourd'hui. Je ne me souviens plus à quel propos vous l'avez dit. Pouvez-vous nous donner des précisions?

M. Wright : Elles font l'objet d'un embargo jusqu'au 21 mars. Ce sont des informations intéressantes.

Le président : L'un des objectifs était de s'assurer que la moitié des Canadiens aurait accès à des équipes multidisciplinaires 24 heures par jour et sept jours par semaine d'ici 2010. Dans votre exposé de 2009, docteur Kitts, vous avez dit que nous en étions à 32 p. 100. Vous deviez continuer à faire rapport sur cette question.

One issue raised previously was the definition of “multidisciplinary team,” and the term “primary health care team” has also crept into this. I do not think they are necessarily the same thing.

Is the definition continuing to be a problem? Will we reach that 50 per cent?

Dr. Kitts: I know there has been a tremendous focus for Ontario on creating family health teams, which are multidisciplinary primary health care teams. I believe that is the case in the other jurisdictions. I will let Mr. Abbott respond regarding what we know so far for the upcoming report.

Mr. Abbott: We have identified Peterborough as an example. We know it works. There are quite a number of examples, both in Ontario and across the country, where this is working in practice. The challenge seems to be for the community next door to embrace and learn how to develop and use these teams. The primary health care teams, family health care teams, and inter-professional practice are all essentially talking about the same thing.

We are seeing a lot of progress. Canadian Health Services Research Foundation is doing a lot of work in this area to help the various systems to embrace it and move forward.

In our report in April 2009, we looked at this in more detail and went across the country to see what was in place and how things were working to find out what was working best. The question then came up about whether 50 per cent of the population is the appropriate target, or whether it is the population itself to be served. That gets us back to those with chronic diseases. They will benefit most by having teams working for their care. Supplementing that are the telemedicine, tele-triage and other clinic services. If you see, for instance, what the Ontario government promotes in terms of needing access, they give quite a comprehensive list of points of entry for service. Therefore, in terms of actual service, we are seeing that points of service have increased. Teams and professionals working together have increased.

We are working to see whether we have hit that 50 per cent magical number.

The Chair: I have one final question, for the Health Council and to CIHI.

This is our first meeting and our first encounter with the Health Council and CIHI. Hopefully, we will have more. What do you think are the two or three of most useful things this committee could do in its examination of this issue to move the yardsticks and the agenda forward?

L'une des questions soulevées précédemment était la définition de « équipe multidisciplinaire », et celle de « soins de santé primaires » a également été abordée. Je ne crois pas qu'il s'agisse nécessairement de la même chose.

La définition continue-t-elle à poser problème? Allons-nous atteindre ce seuil de 50 p. 100?

Dr Kitts : Je sais que l'Ontario a accordé beaucoup d'importance à la mise sur pied d'équipes de santé familiale, qui sont des équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires. Je crois que c'est aussi le cas dans d'autres secteurs de responsabilité. Je vais laisser M. Abbott vous répondre sur ce que nous savons jusqu'à maintenant concernant le rapport à venir.

M. Abbott : Nous avons sélectionné comme exemple le cas de Peterborough. Nous savons qu'il fonctionne. Il y a un bon nombre d'autres exemples, aussi bien en Ontario qu'ailleurs au pays, où cela fonctionne concrètement. Il semble que ce qui s'avère difficile soit l'adoption par les collectivités voisines de ce type de modèle. Elles ont du mal à apprendre comment mettre en place et utiliser ces équipes. Les équipes de soins de santé primaires, les équipes de santé familiale et les groupes interprofessionnels de pratique sont, pour l'essentiel, des solutions assez proches les unes des autres.

Nous enregistrons beaucoup de progrès. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé travaille beaucoup dans ce domaine pour aider les divers systèmes à adopter ce modèle et à aller de l'avant.

Dans notre rapport d'avril 2009, nous avons étudié cette question plus en détail et avons parcouru le pays pour voir ce qui a été mis en oeuvre, découvrir comment les choses fonctionnaient afin de déterminer ce qui donnait les meilleurs résultats. La question qui s'est alors posée était de savoir si la cible de 50 p. 100 de la population était bien la cible adaptée, ou si c'était la population même à desservir. Cela nous ramène aux personnes souffrant de maladies chroniques. Ce sont elles qui tireront le plus parti de soins assurés en équipe. S'ajoutent à cela la télémédecine, le triage téléphonique et d'autres services cliniques. Si vous prenez, par exemple, les éléments dont le gouvernement ontarien fait la promotion pour y assurer l'accès, cela constitue une liste assez complète de points d'accès aux services. Donc, pour les services réellement donnés, nous constatons que le nombre de ces points de service a augmenté. Le nombre d'équipes et de professionnels collaborant a augmenté.

Nous essayons de déterminer si nous avons atteint ce chiffre magique de 50 p. 100.

Le président : J'ai une dernière question qui s'adresse au Conseil de la santé et à l'ICIS.

Ceci est notre première réunion et c'est aussi la première fois que nous entendons le Conseil de la santé et l'ICIS. J'espère que nous aurons d'autres occasions de nous rencontrer. Quelles sont, à votre avis, les deux ou trois choses les plus utiles que ce comité pourrait faire dans son examen de cette question pour relever les attentes et permettre de progresser davantage?

I am sorry to hit with you. It is a big question. It would be helpful to know as we go through the future meetings on those ten areas.

What is the most useful thing you think we can do?

Dr. Kitts: No one can argue the ten areas. You will not get pushed back by people saying that they are not important. The key thing is how to get alignment from this accord in the jurisdictions, the agencies, the frontline health service providers and the docs. If you get that alignment, amazing things will happen.

Right now, every one of those key stakeholders can opt out. They should not be allowed to opt out. You need to move the yardsticks in those ten areas.

The Chair: Mr. Wright?

Mr. Wright: Mr. Chair, it is not in my nature to duck and run on questions, but with your indulgence may I duck and run on this one, please?

The Chair: You can send me a note on it, if you have one.

Mr. Wright: Perhaps.

Senator Cordy: I would like to come back to the national pharmaceutical strategy. It was a key part of the accord in 2004. The Romanow Commission had catastrophic drug coverage as a major part of its report. It was a major part of this committee's report under Senator Kirby. I was a part of that committee. Our committee said you would pay a percentage on pharmaceuticals, but no more than \$1,500. Yet, in your presentation to us today, Dr. Kitts, you said it has stalled. I have read that costing was done and a few minor things have been achieved, but really nothing is coming forward.

The coverage on pharmaceuticals Canada is about 90 per cent. It might be a little more or a little less. However, when you break it down by provinces, the Atlantic provinces' numbers are different: Over 20 per cent of people have no coverage for whatever reason. When you look more closely at my province of Nova Scotia, or Prince Edward Island, a higher percentage of people have little or no coverage. Has the issue fallen off the table?

Very little has been done, from what I have read. Is that the case?

Je vous prie de m'excuser de m'en prendre ainsi à vous, mais c'est une question importante. Votre réponse nous serait utile lorsque nous tiendrons d'autres réunions sur ces 10 secteurs.

À votre avis, dans l'éventail des choses que nous pouvons faire, quelle serait la plus utile?

Dr Kitts : Personne ne peut s'en prendre aux priorités accordées aux 10 secteurs. Personne ne va s'opposer à vous en disant qu'ils ne sont pas importants. Ce qui importe est la façon de parvenir à une mise en oeuvre harmonisée de cet accord dans tous les secteurs de compétence, dans toutes les agences, chez les prestataires de service de santé de première ligne et chez les médecins. Si vous parvenez à cette harmonisation, vous allez voir des choses extraordinaires se produire.

Actuellement, chacun de ces intervenants importants peut se retirer. Il ne devrait pas en avoir le droit. Il faut relever la barre dans ces 10 secteurs.

Le président : Monsieur Wright?

M. Wright : Monsieur le président, je n'ai pas pour habitude d'esquiver les questions, mais, avec votre permission, je vais m'abstenir de répondre à celle-ci.

Le président : Pouvez-vous m'adresser une note à ce sujet si vous avez quelque chose à dire?

M. Wright : Peut-être.

Le sénateur Cordy : J'aimerais maintenant revenir à la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. C'était un élément important de l'accord en 2004. Une partie importante du rapport de la Commission Romanow traitait de la couverture des médicaments onéreux. Ce fut également un volet important du rapport de ce comité rédigé sous la présidence du sénateur Kirby. J'ai fait partie de ce comité. Il proposait que les patients versent un pourcentage du coût des produits pharmaceutiques, mais plafonné à 1 500 \$. Dans votre exposé d'aujourd'hui, Dr Kitts, vous nous dites que les choses n'ont pas bougé. J'ai lu que le calcul des coûts a été fait, tout comme le travail sur quelques éléments mineurs, mais que, concrètement, rien n'en est sorti.

Au Canada, le coût des produits pharmaceutiques est couvert à environ 90 p. 100. Cela peut être un peu plus ou un peu moins. Toutefois, quand vous procédez à la décomposition par province, les chiffres des provinces Atlantique sont différents. Quelles qu'en soient les raisons, plus de 20 p. 100 des gens n'ont aucune couverture. Quand vous vous penchez plus attentivement sur les chiffres de ma province, la Nouvelle-Écosse, ou de l'Île-du-Prince-Édouard, vous constatez qu'un pourcentage plus élevé de personnes n'a qu'une faible couverture ou aucune couverture. Cette question a-t-elle été laissée de côté?

À ce que j'ai lu, très peu de travail a été fait dans ce domaine. Est-ce bien le cas?

Dr. Kitts: I do not know if I can accurately reflect what is being done because I do not think we know. Things described in the report are being done but getting to where I think the intent of the accord was will take a lot more effort on behalf of the jurisdictions.

Back to the chair's question: What can we do? Perhaps we can put a spotlight on that.

Senator Cordy: It was your report that I read, and it said things like costing was done.

Dr. Kitts: Yes.

Senator Cordy: They were superficial kinds of things.

Dr. Kitts: The pharmacists' role in health care was good. Procurement and tendering are all good. However, I am not sure if it will positively impact the person on the front line who is paying for their drugs.

Mr. Abbott: There is a good example of what happened around generic drug pricing. The national pharmaceutical strategy had identified costing around drugs and generics as an issue they wanted to tackle. Subsequently, Ontario tackled it and then other provinces followed suit.

The question to ask is: Knowing that was an issue up front, why would not they, could not they, should not they have acted together sooner? That was the promise of the national pharmaceutical strategy, or NPS.

I would say it was an opportunity lost, but I do not think it is lost forever. Governments are working on the issues. Ideally, from working together, we would be that much further ahead.

Senator Cordy: It is one area we have to consider in our report, I would think.

Mr. Abbott: Yes.

The Chair: Thank you for getting us off on this good start. We have much to think about.

(The committee adjourned.)

Dr Kitts : Je ne crois pas pouvoir vous dire avec précision ce qui se fait parce que, à ma connaissance, nous l'ignorons. Des choses décrites dans le rapport sont réalisées, mais je crois qu'il faudrait beaucoup plus d'efforts des centres de responsabilité pour parvenir à concrétiser ce qui était prévu dans l'accord.

Cela nous ramène à la question du président : que pouvons-nous faire? Nous pourrions peut-être mettre cette question sous les projecteurs?

Le sénateur Cordy : C'est dans votre rapport que j'ai lu que le calcul des coûts avait été fait.

Dr Kitts : Oui.

Le sénateur Cordy : Il s'agissait de genres de choses superficielles.

Dr Kitts : Le rôle joué par les pharmaciens dans les soins de la santé était bon. Il en allait de même pour les approvisionnements et les appels d'offres. Je ne suis toutefois pas sûr que cela ait des effets favorables sur la personne qui paie ses médicaments.

M. Abbott : On peut citer un bon exemple de ce qui se passe avec les prix des médicaments génériques. La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques avait relevé que les coûts des médicaments et des médicaments génériques posaient un problème auquel elle voulait s'attaquer. Par la suite, l'Ontario s'est attaqué à cette tâche et les autres provinces l'ont alors suivie.

La question qui se pose alors est de savoir pourquoi, puisque tous savaient dès le départ qu'il y avait là un problème, ils n'ont pas pu, n'ont pas voulu ou n'ont tout simplement pas agi ensemble plus rapidement? C'était pourtant ce que promettait la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques.

Je dirais que ce fut une occasion perdue, sans croire pour autant que ce soit définitif. Les gouvernements travaillent sur ces questions. Dans l'idéal, nous serions rendus beaucoup plus loin si tous avaient collaboré.

Le sénateur Cordy : Il me semble que c'est un secteur dont nous devons tenir compte dans notre rapport.

M. Abbott : Oui.

Le président : Je vous remercie de nous avoir permis de démarrer d'un si bon pied. Nous avons beaucoup de sujets de réflexion.

(La séance est levée.)

APPEARING

Wednesday, March 9, 2011

Citizenship and Immigration Canada:

The Honourable Jason Kenney, P.C., M.P., Minister.

WITNESSES

Wednesday, March 9, 2011

Citizenship and Immigration Canada:

Les Linklater, Assistant Deputy Minister, Strategic and Program Policy;

Mark Davidson, Acting Director General, Immigration Branch;

Elaine Menard, Legal Counsel.

Thursday, March 10, 2011

Health Council of Canada:

Dr. Jack Kitts, Chair;

John Abbott, Chief Executive Officer.

Canadian Institute for Health Information:

John Wright, President and CEO.

Health Canada:

Abby Hoffman, Associate Assistant Deputy Minister;

Gigi Mandy, Director, Canada Health Act Division.

Statistics Canada:

Gary Catlin, Director General, Health, Justice and Special Surveys Branch;

Claudia Sanmartin, Senior Analyst, Health Analysis Division.

COMPARAÎT

Le mercredi 9 mars 2011

Citoyenneté et Immigration Canada :

L'honorable Jason Kenney, c.p., député, ministre.

TÉMOINS

Le mercredi 9 mars 2011

Citoyenneté et Immigration Canada :

Les Linklater, sous-ministre adjoint, Politiques stratégiques et de programmes;

Mark Davidson, directeur général par intérim, Direction générale de l'Immigration;

Elaine Menard, conseillère juridique.

Le jeudi 10 mars 2011

Conseil canadien de la santé :

Dr Jack Kitts, président;

John Abbott, chef de la direction.

Institut canadien d'information sur la santé :

John Wright, président et directeur général.

Santé Canada :

Abby Hoffman, sous-ministre adjointe déléguée;

Gigi Mandy, directrice, Division de la loi canadienne sur la santé.

Statistique Canada :

Gary Catlin, directeur général, Direction de la santé, de la justice et des enquêtes spéciales;

Claudia Sanmartin, analyste principale, Division de l'analyse de la santé.