

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session  
Forty-first Parliament, 2011

---

Première session de la  
quarante et unième législature, 2011

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

SOCIAL AFFAIRS,  
SCIENCE AND  
TECHNOLOGY

AFFAIRES SOCIALES,  
DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Chair:*

The Honourable KELVIN KENNETH OGILVIE

---

*Président :*

L'honorable KELVIN KENNETH OGILVIE

---

Thursday, September 29, 2011  
Wednesday, October 5, 2011  
Thursday, October 6, 2011

---

Le jeudi 29 septembre 2011  
Le mercredi 5 octobre 2011  
Le jeudi 6 octobre 2011

---

Issue No. 3

Fascicule n° 3

*First, second and third meetings on:*

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

---

*Première, deuxième et troisième réunions concernant :*

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

---

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS :  
(Voir à l'endos)

STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

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

The Honourable Senators:

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

\*Ex officio members  
(Quorum 4)

*Change in membership of the committee:*

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

The Honourable Senator Rivard, replaced the Honourable Senator Demers (*October 5, 2011*).

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

*Président* : L'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie  
*Vice-président* : L'honorable Art Eggleton, C.P.  
et

Les honorables sénateurs :

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

\* Membres d'office  
(Quorum 4)

*Modifications de la composition du comité :*

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

L'honorable sénateur Rivard a remplacé l'honorable sénateur Demers (*le 5 octobre 2011*).

**ORDER OF REFERENCE**

Extract from the *Journals of the Senate*, Thursday, June 23, 2011:

With leave of the Senate,

The Honourable Senator Ogilvie moved, seconded by the Honourable Senator Frum:

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;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the committee on this subject during the Fortieth Parliament be referred to the committee; and

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

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 jeudi 23 juin 2011 :

Avec la permission du Sénat,

L'honorable sénateur Ogilvie propose, appuyé par l'honorable sénateur Frum,

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 œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004 et à faire rapport sur la question;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet au cours de la quarantième législature soient renvoyés au comité;

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

La motion, mise aux voix, est adoptée.

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Thursday, September 29, 2011  
(3)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:29 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

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

*In attendance:* Karin Phillips and Michel-Ange Pantal, 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 Thursday, June 23, 2011, the committee began its study on the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

**WITNESSES:**

*Association of Canadian Academic Healthcare Organizations:*

Christine Power, Chair, Board of Directors;

Glenn Brimacombe, President and Chief Executive Officer.

*Wait Time Alliance:*

Dr. Chris Simpson, Chair;

Stephen Vail, Director, Policy and Research.

*Institute for Clinical Evaluative Sciences:*

Dr. Michael Schull, Senior Scientist.

*As an individual:*

Dr. Brian Postl, Dean of Medicine, University of Manitoba.

The chair made a statement.

Ms. Power, Dr. Simpson, Dr. Schull and Dr. Postl each made a statement and, together with Mr. Brimacombe and Mr. Vail, answered questions.

At 12:22 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

**ATTEST:**

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le jeudi 29 septembre 2011  
(3)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 29, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

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

*Également présents :* Karin Phillips et Michel-Ange Pantal, 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 jeudi 23 juin 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 :**

*Association canadienne des institutions de santé universitaires :*

Christine Power, présidente, conseil d'administration;

Glenn Brimacombe, président-directeur général.

*Alliance sur les temps d'attente :*

Dr Chris Simpson, président;

Stephen Vail, directeur, Politiques et recherches.

*Institut de recherche en services de santé :*

Dr Michael Schull, scientifique principal.

*À titre personnel :*

Dr Brian Postl, doyen, faculté de médecine, Université du Manitoba.

Le président fait une déclaration.

Mme Power, le Dr Simpson, le Dr Schull et le Dr Postl font chacun une déclaration, puis, aidés de MM. Brimacombe et Vail, répondent aux questions.

À 12 h 22, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ :**

OTTAWA, Wednesday, October 5, 2011  
(4)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:11 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

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

*In attendance:* Karin Phillips and Michel-Ange Pantal, 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 Thursday, June 23, 2011, the committee continued its study on the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

*WITNESSES:*

*Royal College of Physicians and Surgeons of Canada:*

Dr. Andrew Padmos, Chief Executive Officer;  
Danielle Fréchette, Director, Office of Health Policy.

*Human Resources and Skills Development Canada:*

Jean-François LaRue, Director General, Labour Market Integration;  
Marc LeBrun, Director General, Canada Student Loans.

*Health Canada:*

Robert Shearer, Acting Director General, Health Care Programs and Policy Directorate, Strategic Policy Branch;  
Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch.

*Société Santé en français:*

Dr. Brian Conway, President.  
The chair made a statement.

It was agreed to allow the witnesses to make their statements and allow senators to put all their questions on the record, and that if any questions are not answered in the time remaining for the meeting today that witnesses be permitted to respond in writing, subsequent to the meeting.

Dr. Padmos, Ms. Fréchette, Mr. LaRue, Mr. LeBrun, Mr. Shearer, Ms. Woods and Dr. Conway each made a statement.

OTTAWA, le mercredi 5 octobre 2011  
(4)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 11, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

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

*Également présents :* Karin Phillips and Michel-Ange Pantal, 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 jeudi 23 juin 2011, le comité poursuit son étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

*TÉMOINS :*

*Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada :*

Dr Andrew Padmos, directeur général;  
Danielle Fréchette, directrice, Bureau des politiques de la santé.

*Ressources humaines et Développement des compétences Canada :*

Jean-François LaRue, directeur général, Intégration au marché du travail;  
Marc LeBrun, directeur général, Programme canadien de prêts aux étudiants.

*Santé Canada :*

Robert Shearer, directeur général par intérim, Direction des programmes et des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique stratégique;  
Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

*Société Santé en français :*

Dr Brian Conway, président.  
Le président fait une déclaration.

Il est convenu de permettre aux témoins de faire leurs déclarations, de permettre aux sénateurs de poser toutes leurs questions aux fins du compte rendu et, s'il manque de temps pour répondre à des questions dans la séance d'aujourd'hui, de permettre aux témoins de répondre par écrit, après la séance.

Le Dr Padmos, Mme Fréchette, M. LaRue, M. LeBrun, M. Shearer, Mme Woods et le Dr Conway font chacun une déclaration.

At 5:05 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:*

OTTAWA, Thursday, October 6, 2011

(5)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:29 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, Chair, presiding.

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

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

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

The committee considered a draft special study budget application.

The Honourable Senator Eggleton, P.C., moved:

That the following special study budget application (to examine and report on the accessibility of post-secondary education in Canada,) for the fiscal year ending March 31, 2012, in the amount of \$ 21,500, be approved for submission to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration

**Summary of Expenditures**

Professional and Other Services	\$ 6,100
Transportation and Communications	0
All Other Expenditures	\$ 15,500
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 21,500</b>

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

At 10:30 a.m., pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, June 23, 2011, the committee continued its study on the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

*WITNESSES:*

*Canadian Healthcare Association:*

Pamela Fralick, President and Chief Executive Officer.

*Canadian Cancer Society:*

Daniel Demers, Director, National Public Issues.

*Canadian Home Care Association:*

Nadine Henningsen, Executive Director.

À 17 h 5, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

OTTAWA, le jeudi 6 octobre 2011

(5)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 29, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

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

*Également présents :* Karin Phillips et Michel-Ange Pantal, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Le comité examine une ébauche de budget pour une étude spéciale.

L'honorable sénateur Eggleton, C.P., propose :

Que le budget suivant pour l'étude spéciale (examen et rapport sur l'accessibilité à l'éducation postsecondaire au Canada) pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2012, au montant de 21 500 \$, soit approuvé et soumis au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration.

**Sommaire des dépenses**

Services professionnels et autres	6 100 \$
Transports et communications	0 \$
Autres dépenses	15 500 \$
<b>TOTAL</b>	<b>21 500 \$</b>

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 10 h 30, conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 23 juin 2011, le comité poursuit son étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

*TÉMOINS :*

*Association canadienne des soins de santé :*

Pamela Fralick, présidente et chef de la direction.

*Société canadienne du cancer :*

Daniel Demers, directeur, Questions publiques nationales.

*Association canadienne des soins et services à domicile :*

Nadine Henningsen, directrice exécutive;

*Canadian Hospice Palliative Care Association:*

Sharon Baxter, Executive Director.

The chair made a statement.

Ms. Fralick, Mr. Demers, Ms. Henningsen, and Ms. Baxter each made a statement and, together, answered questions.

At 12:21 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:*

*Association canadienne des soins palliatifs :*

Sharon Baxter, directrice générale.

Le président fait une déclaration.

Mme Fralick, M. Demers, Mme Henningsen et Mme Baxter font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

À 12 h 21, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

*La greffière du comité,*

Jessica Richardson

*Clerk of the Committee*

**EVIDENCE**

OTTAWA, Thursday, September 29, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:29 a.m. to examine the progress in implementing the 2004 10-year plan to strengthen health care.

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

[*Translation*]

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

[*English*]

I am Kelvin Ogilvie from Nova Scotia, chair of the committee, and I will ask my colleagues to introduce themselves to you by starting on my right.

**Senator Seidman:** Judith Seidman from Montreal, Quebec.

**Senator Martin:** Yonah Martin from Vancouver, British Columbia.

**Senator Demers:** Jacques Demers from the beautiful province of Quebec.

**Senator Merchant:** Pana Merchant from sunny Saskatchewan, Regina.

[*Translation*]

**Senator Verner:** I am Josée Verner, and not only do I come from the beautiful province of Quebec, but I come from the beautiful city of Quebec.

[*English*]

**Senator Callbeck:** Catherine Callbeck, Prince Edward Island.

**Senator Eggleton:** Art Eggleton, Toronto, and deputy chair of the committee.

**The Chair:** Thank you, and welcome to our witnesses today and to the audience.

This committee is charged with examining under this current study the progress in implementing the 2004 10-year plan to strengthen health care. I will take just a minute to review, since this is our first meeting of the new session here. I remind everyone that this is an ongoing study, which we actually began with our first meeting on March 10. The theme of that particular meeting was accountability and reporting on progress, where we heard from the Health Council of Canada, the Canadian Institute for Health Information, Health Canada and Statistics Canada.

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le jeudi 29 septembre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 29, pour faire une étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

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

[*Français*]

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

[*Traduction*]

Je suis Kelvin Ogilvie, sénateur de la Nouvelle-Écosse et président du comité. Je vais demander à mes collègues de se présenter, en commençant par ceux qui se trouvent à ma droite.

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

**Le sénateur Martin :** Yonah Martin, de Vancouver, en Colombie-Britannique.

**Le sénateur Demers :** Jacques Demers, de la belle province de Québec.

**Le sénateur Merchant :** Pana Merchant, de Régina, en Saskatchewan.

[*Français*]

**Le sénateur Verner :** Je suis Josée Verner, et je viens non seulement de la belle province de Québec, mais aussi de la belle ville de Québec.

[*Traduction*]

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

**Le sénateur Eggleton :** Art Eggleton, sénateur de Toronto et vice-président du comité.

**Le président :** Je vous remercie. Je souhaite la bienvenue aux témoins qui comparaissent aujourd'hui, ainsi qu'à notre auditoire.

Dans le cadre de la présente étude, le comité est chargé d'examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. Étant donné qu'il s'agit de la première séance que nous tenons durant cette nouvelle session, je vais passer une minute à revoir les faits. Je rappelle à tous que cette étude est en cours et qu'en fait, notre première séance à ce sujet a eu lieu le 10 mars. Elle portait sur la responsabilisation et le rapport des progrès, et nous avons entendu des représentants du Conseil canadien de la santé, de l'Institut canadien d'information sur la santé, de Santé Canada et de Statistique Canada.



I should also inform everyone so they are aware that all documents received from our first meeting and the first act of this committee have been referred to us as continuing with regard to our study under our continued order of reference, under which we are operating today.

Today's meeting will deal largely with reduced wait times and improving access. We have four different groups presenting today. From the Association of Canadian Academic Healthcare Organizations, we have Christine Power and Glenn Brimacombe. I understand, Ms. Power, that you will be making the presentation.

**Christine Power, Chair, Board of Directors, Association of Canadian Academic Healthcare Organizations:** That is right.

**The Chair:** From the Wait Time Alliance, we have Dr. Chris Simpson, chair, and Stephen Vail. I understand, Dr. Simpson, you will be making the presentation.

**Dr. Chris Simpson, Chair, Wait Time Alliance:** That is correct.

**The Chair:** Welcome also to the Institute for Clinical Evaluative Sciences and Dr. Michael Schull. Appearing as an individual is Dr. Brian Postl. Welcome to all of you. With that, I will ask Ms. Power to begin her presentation.

**Ms. Power:** Good morning and thank you for the invitation to be here with you today.

I have the privilege to serve as the president and CEO of the Capital District Health Authority in Halifax, Nova Scotia, but today I am here as the board chair of the Association of Canadian Academic Healthcare Organizations. ACAHO is the national voice of the country's research hospitals, academic regional health authorities and their research institutes. Members of ACAHO are leaders of innovative and transformational organizations with overall responsibility for the provision of timely access to a range of services, from specialized care to prevention of disease, educating the next generation of health providers and leading in research discovery and the early adoption of innovation in the health system.

For purposes of my remarks, I will speak to three areas: our assessment on progress related to the wait times since the 2004 health accord, what factors are critical to build on our progress to date and what promise could 2014 hold for us.

ACAHO has been and remains a strong supporter of the 2004 health accord. At that time, the accord was an important step forward in terms of focusing attention, resources and an

Je me dois également d'informer tous les membres du comité que tous les documents que nous avons reçus pour notre première séance nous ont été renvoyés pour que nous continuions de les étudier conformément à l'ordre de renvoi qui a été reconduit par le Sénat et qui s'applique à nos travaux d'aujourd'hui.

La séance d'aujourd'hui portera principalement sur la réduction des temps d'attente et l'amélioration de l'accès. Nous accueillons aujourd'hui les représentants de quatre différents groupes, dont Christine Power et Glenn Brimacombe, de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires. Je crois comprendre, madame Power, que c'est vous qui donnerez l'exposé.

**Christine Power, présidente, conseil d'administration, Association canadienne des institutions de santé universitaires :** C'est exact.

**Le président :** L'Alliance sur les temps d'attente est représentée par le Dr Chris Simpson, son président, et Stephen Vail. Je crois comprendre, docteur Simpson, que c'est vous qui donnerez l'exposé.

**Dr Chris Simpson, président, Alliance sur les temps d'attente :** C'est exact.

**Le président :** Je souhaite également la bienvenue à l'Institut de recherche en services de santé et à son représentant, le Dr Michael Schull. Quant au Dr Brian Postl, il témoigne à titre personnel. Bienvenue à tous. Sur ce, je vais demander à Mme Power de commencer son exposé.

**Mme Power :** Bonjour et merci de m'avoir invitée à comparaître devant vous aujourd'hui.

J'ai le privilège d'être la présidente et première dirigeante du Capital District Health Authority d'Halifax, en Nouvelle-Écosse, mais, aujourd'hui, je suis ici en tant que présidente du conseil d'administration de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires. L'ACISU est le porte-parole national des hôpitaux de recherche et des offices régionaux de la santé universitaires du Canada, ainsi que de leurs instituts de recherche. Les membres de l'ACISU sont des chefs de file en matière d'organisations novatrices et transformatives qui sont chargés globalement d'assurer la prestation opportune de toute une gamme de services, comme prodiguer des soins spécialisés, prévenir les maladies, instruire la prochaine génération de fournisseurs de services de santé et montrer la voie à suivre en matière de découvertes en santé et d'intégration des innovations dans le système de santé.

Dans le cadre de ma déclaration, je vais aborder trois sujets : notre évaluation des progrès accomplis depuis 2004 en matière de réduction des temps d'attente, les facteurs qu'il est essentiel de prendre en considération pour tirer parti des progrès réalisés jusqu'à maintenant, et la promesse que 2014 pourrait remplir pour nous.

L'ACISU a été et demeure un ardent défenseur de l'accord de 2004 sur la santé. À l'époque, l'accord représentait un pas important dans la bonne direction pour ce qui est d'attirer

accountability framework on five priority areas related to access to care. The accord has not been an unqualified success or an unmitigated failure. Our brief notes a number of areas where progress is being achieved to improve patient flow and system performance across the continuum of care. However, there continues to be more work required to improve access to care, overall system performance and its measurement. Real-time innovations are occurring at the local level and are making a difference in the manner in which patients are prioritized, the speed at which they are moving through the system, and they underscore the need for different parts of the system to be integrated.

While ACAHO members have demonstrated progress in a number of areas related to access to care and wait times, we have identified eight policy challenges that can be grouped across the headers of community-based and primary health care, health system capacity building and research and applied health system innovation. Given that we are seven plus years into the 2004 health accord, we believe it is time to open a dialogue on what a 2014 health accord might look like. Noting the recent comments by the Prime Minister and Minister of Health, how can we improve accountability in overall system performance in terms of value for money? Are we making a difference? How do we know?

While the views of the association are still forming, we have identified a series of policy options where the federal government can play an integral leadership role in working collaboratively with the provinces and territories in facilitating health system renewal. When it comes to accountability and system performance, we believe that it is essential to continue to advance the ongoing dialogue when it comes to comparable national indicators for wait times and benchmarks across all jurisdictions, and that public reporting on all defined priority areas occur.

While the access agenda has been the central focal point of the 2004 health accord, it is time to have the 2014 health accord focus on quality, of which access is one important dimension, with the others being effectiveness, safety, efficiency, appropriateness, provider competence and acceptability.

Given the important work that has been advanced across the country by provincial quality health councils, is there an opportunity to consider how we can develop a set of national quality-based health indicators that are comparable across all jurisdictions? For example, the Canadian Collaborative for Excellence in Healthcare Quality, comprised of 11 academic health science centres, has agreed to 16 indicators across five domains, which will be released later this year. Furthermore, there

l'attention sur cinq champs d'activité prioritaires liés à l'accès aux soins, de leur octroyer des ressources et de leur appliquer un cadre de responsabilisation. L'accord n'a été ni un franc succès, ni un échec complet. Dans notre mémoire, nous soulignons un certain nombre de secteurs où la succession des patients et le rendement du système s'améliorent pour toute la gamme des soins. Cependant, il est nécessaire de déployer des efforts supplémentaires en vue d'améliorer l'accès aux soins, le rendement général du système et son évaluation. Des innovations sont introduites en temps réel à l'échelle locale, et elles ont un effet positif sur la façon dont les patients sont classés par ordre de priorité et sur la vitesse à laquelle ils franchissent les étapes du système. Les innovations font également ressortir la nécessité d'intégrer les différentes parties du système.

Bien que les membres de l'ACISU aient accompli des progrès dans un certain nombre de domaines liés à l'accès aux soins et aux temps d'attente, nous avons relevé huit défis politiques qui peuvent être groupés avec les rubriques suivantes : les soins de santé communautaires et primaires, le développement des capacités du système de santé, la recherche et les innovations appliquées au système de santé. Étant donné que l'accord de 2004 sur la santé a plus de sept ans, nous croyons qu'il est temps d'entamer un dialogue afin de déterminer à quoi ressemblera l'accord de 2014. Compte tenu des observations formulées récemment par le premier ministre et la ministre de la Santé, comment pouvons-nous améliorer la responsabilisation en matière de rendement global du système et d'optimisation des ressources? Les mesures que nous prenons ont-elles un effet bénéfique? Comment pouvons-nous en être sûrs?

Bien que l'association ne se soit pas encore forgé une opinion, nous avons formulé une série de choix politiques dans le cadre desquelles le gouvernement fédéral peut assumer un rôle clé en collaborant avec les provinces et les territoires et en facilitant le renouvellement du système de santé. Pour ce qui est de la responsabilisation et du rendement du système, nous pensons qu'il est indispensable que nous fassions progresser le dialogue en cours, en ce qui concerne l'utilisation à l'échelle nationale d'indicateurs des temps d'attente et de points de repère qui peuvent être comparés d'une administration à l'autre, et que nous rendions compte publiquement de tous les champs d'activité qui ont été déclarés prioritaires.

Bien que l'accès ait été le point central de l'accord de 2004 sur la santé, il est temps que, dans l'accord de 2014, nous mettions l'accent sur la qualité, dont l'une des composantes importantes est l'accès, les autres étant l'efficacité, la sécurité, l'efficacité, la pertinence, la compétence du fournisseur et son acceptabilité.

Étant donné l'importance des travaux qui ont été effectués dans tout le pays par les conseils provinciaux de la qualité des services de santé, devrions-nous envisager d'élaborer un ensemble d'indicateurs de la santé nationaux fondés sur la qualité qui pourraient être comparés d'une administration à l'autre? Par exemple, le projet intitulé « Canadian Collaborative for Excellence in Healthcare Quality », auquel participent 11 centres universitaires spécialisés dans les sciences de la santé,

are a number of federally funded agencies that focus on select dimensions of quality that can make an important contribution in this area.

In addition to the un-earmarked federal cash that will undoubtedly be part of the 2014 health accord, we also propose three specific funds that are strategically focused in areas that can contribute to improved access and wait time.

While we talk about reducing the impact of overcrowded emergency departments, this is only the symptom of a system under considerable stress due to an insatiable demand for services. The real issue is the lack of capacity to move people appropriately through the continuum of care because of insufficient post-hospital care resources and poor attention to preventive and supportive measures. Can the 2014 health accord act as a catalyst to ensure appropriate post-hospital supportive and preventive care strategies, facilitate integration of primary health care with the rest of the health care system and enable innovative approaches to health care delivery? Is there an opportunity to move forward with new models of primary health care that focus on personal accountability for health, encouraging citizens to work in partnership with their primary care providers and thereby alleviating some of the stress on emergency departments?

Given that one in five hospital beds are being occupied by those who do not require hospital care — these are known as alternative level of care patients, or ALC patients — we must find innovative solutions so that 20 per cent of hospital beds occupied by ALC patients can be used more effectively. In both instances, perhaps part of the solution lies with the creation of an issue-specific strategically targeted fund designed to move beyond pilot projects and accelerate the creation of primary health care teams — for example, team-based primary health care funds could be established — and the creation of an infrastructure fund, which we call a community-based health infrastructure fund to assist in the development of post-hospital care capacity, coupled with tax policies designed to defray expenses associated with home care.

Finally, a challenge that has been addressed earlier in our brief is the recognition that there are a significant number of pockets of excellence when it comes to innovative ways in which high-quality, cost-effective care is delivered to Canadians. That said,

a permis aux participants de s'entendre sur 16 indicateurs touchant cinq domaines qui seront rendus publics plus tard cette année. De plus, il existe un certain nombre d'organismes financés par le gouvernement fédéral qui portent leur attention sur certaines facettes de la qualité triées sur le volet et qui peuvent fournir un apport important dans ce domaine.

En plus des fonds non encore réservés que le gouvernement fédéral affectera sans aucun doute à la mise en œuvre de l'accord de 2014 sur la santé, nous suggérons l'établissement de trois fonds particuliers qui seront axés de manière stratégique sur des champs d'activité qui peuvent contribuer à améliorer l'accès et à réduire les temps d'attente.

Pendant que nous parlons de réduire l'incidence que les services d'urgence engorgés ont sur le système de santé, nous oublions de mentionner que cette situation est seulement l'un des symptômes d'un système mis à rude épreuve par une demande de services insatiable. Ce qui est véritablement problématique, c'est le fait qu'on soit incapable de permettre aux gens de se prévaloir de toute la gamme de soins parce que les ressources disponibles pour offrir des soins post-hospitaliers sont insuffisantes et qu'on ne prête pas assez attention aux mesures de prévention ou de soutien. L'accord de 2014 sur la santé pourra-t-il jouer un rôle de catalyseur qui assure la mise en œuvre de stratégies appropriées en matière de soins de soutien post-hospitaliers et de soins préventifs, qui facilite l'intégration des soins de santé primaires dans le reste du système de santé et qui permet l'adoption d'approches novatrices pour assurer la prestation des soins de santé? Avons-nous l'occasion d'aller de l'avant en adoptant de nouveaux modèles de soins de santé primaires qui mettent l'accent sur la responsabilité personnelle en matière de santé et encouragent les citoyens à travailler en collaboration avec leurs fournisseurs de soins de santé primaires, atténuant ainsi certaines des pressions exercées sur les services d'urgence?

Étant donné qu'un lit d'hôpital sur cinq est occupé par une personne qui n'a pas besoin de recevoir des soins hospitaliers — qui requiert ce qu'on appelle un autre niveau de soins, ou ANS —, nous devons trouver des solutions novatrices au problème de sorte que 20 p. 100 des lits d'hôpital occupés par des patients qui ont besoin d'un ANS puissent être utilisés de manière plus efficace. Dans les deux cas, la solution réside peut-être dans l'établissement d'un fonds ciblé de manière stratégique et conçu pour dépasser les projets pilotes et accélérer la création d'équipes chargées des soins de santé primaires — on pourrait créer des fonds visant à prodiguer des soins de santé primaires par équipe — et l'établissement d'un fonds d'infrastructure, que nous appelons un fonds d'infrastructure de soins de santé communautaires. Celui-ci viserait à faciliter le développement de capacités de soins de santé post-hospitaliers et serait jumelé à des politiques fiscales conçues pour assurer le remboursement des dépenses associées aux soins à domicile.

Enfin, dans notre mémoire, nous avons abordé plus tôt un défi, à savoir la capacité de reconnaître l'existence de nombreux centres d'excellence qui ont recours à des méthodes novatrices pour offrir aux Canadiens des soins de haute qualité à des prix rentables.

one of our ongoing challenges is to find more effective ways in which we can share these applied health system innovations from coast to coast to coast in real time. In other words, these innovations need to be driven horizontally across the country.

One way to do so is to consider establishing a national health innovation fund, of which one of its stated objectives would be to promote the sharing of applied health system innovations across the country with the goal of improving the delivery of quality health services. This concept would be closely aligned with the work of the Canadian Institutes of Health Research in developing a strategy on patient oriented research.

Combined, we believe our recommendations focus on strengthening the structure of the health system, the process by which we improve the cost-effectiveness of delivering care, and improving overall health outcomes by focusing on a system performance through the prism of quality.

These are our preliminary thoughts as we move closer to 2014. We hope that they will contribute to the policy thinking about what is the role of the federal government when it comes to health and health care and, more important, look to focus the discussion on what is needed to ensure that Canada is a high performing system with an unshakable focus on quality.

That concludes my remarks and I look forward to our discussion.

**The Chair:** Thank you very much. Now proceeding through the agenda, I will invite Dr. Simpson to present on behalf of the Wait Time Alliance.

**Dr. Simpson:** I am very pleased to be here today on behalf of the Wait Time Alliance in support of this committee's review of the 10-year plan to strengthen health care.

The Wait Time Alliance, or WTA, is comprised of 14 national medical organizations concerned about Canadians' access to necessary care. In addition to developing evidence-based wait time benchmarks and targets in the five priority areas identified in the 10-year plan, the WTA grades provinces' performances against both the pan-Canadian benchmarks adopted by provincial governments and the WTA's own medically determined benchmarks. It issues these grades in an annual report card, the most recent having been issued in June.

My remarks will focus on two areas. First, I will talk about the progress that has been achieved to date against the commitments set in 2004, and second, I will describe what we believe are the key areas requiring attention in any future health accord.

Cela étant dit, nous avons du mal à trouver des moyens plus efficaces de communiquer en temps réel ces innovations appliquées au système de santé d'un bout à l'autre du pays. En d'autres termes, il faut que le secret de ces innovations soit diffusé dans tout le pays.

Pour ce faire, nous pourrions envisager d'établir un fonds national pour les innovations dans le domaine de la santé dont l'un des objectifs déclarés serait de promouvoir la mise en commun partout au pays d'innovations appliquées au système de santé, dans le but d'améliorer la prestation de services de santé de qualité. Ce concept coïnciderait énormément avec les travaux effectués par les Instituts de recherche en santé du Canada, qui élaborent une stratégie de recherche axée sur les patients.

Nous pensons que nos recommandations, considérées dans leur ensemble, mettent l'accent sur le renforcement de la structure du système de santé, un processus par lequel nous améliorons la rentabilité des soins que nous prodiguons, et nous rehaussons les résultats généraux pour la santé en envisageant le rendement du système en fonction de sa qualité.

Voici les pensées préliminaires qui nous viennent à l'esprit au fur et à mesure que 2014 se rapproche. J'espère qu'elles nourriront votre réflexion concernant le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé et qu'elles vous aideront à limiter la discussion à ce qu'il faut faire pour s'assurer que le système de santé canadien donne un excellent rendement et qu'il est toujours axé sur la qualité.

Je conclus mon exposé par ces propos, et je me réjouis à la perspective d'avoir une discussion avec vous.

**Le président :** Merci beaucoup. Conformément à l'ordre du jour, j'invite maintenant le Dr Simpson à donner un exposé au nom de l'Alliance sur les temps d'attente.

**Dr Simpson :** Je suis heureux d'être ici aujourd'hui au nom de l'Alliance sur les temps d'attente pour appuyer l'examen effectué par votre comité du Plan décennal pour consolider les soins de santé.

L'Alliance sur les temps d'attente, ou ATA, réunit 14 organisations médicales nationales qui se préoccupent de l'accès aux soins nécessaires pour les Canadiens. Outre l'établissement de cibles et de points de repère basés sur des données probantes pour les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires identifiés dans le Plan décennal, l'ATA cote le rendement des provinces par rapport aux points de repère pancanadiens adoptés par les gouvernements provinciaux et à ceux de l'ATA établis par des médecins. Les résultats sont publiés dans un bulletin annuel dont le plus récent a été diffusé en juin.

Je m'attarderai à deux secteurs. Premièrement, je parlerai des progrès réalisés jusqu'à maintenant par rapport aux engagements pris en 2004, et deuxièmement, je décrirai les principaux domaines qui auront besoin d'attention, à notre avis, dans tout accord futur sur la santé.

First, about the progress to date, I will say point-blank that the commitment of governments to improve timely access to care is far from being fulfilled. Canadians are still waiting too long to access necessary medical care.

Table 1 of our 2011 report card shows how provinces have performed in addressing wait times in the 10-year plan's five priority areas. Of note is the fact that we found no overall change in letter grades this year over last. Wait times for both cataract surgery and hip replacement increased over 2010, albeit not by enough to affect the letter grades. Those for knee replacement continue to receive the poorest grades. Diagnostic imaging wait times, however, improved over last year in several provinces, although some provinces still do not measure their performance at all in this area.

The progress that has been made varies by province and by region within provinces. Smaller provinces often experience longer wait times than the larger provinces do. Within a generally high performing province such as Ontario, the median wait time for a hip replacement in the Ottawa area is 125 days, almost double the Ontario provincial average of 65 days. The median wait time for cataract surgery in British Columbia's Fraser Health Authority is 12.1 weeks, more than 70 per cent longer than the provincial median of 7 weeks.

An appendix to our brief highlights several issues raised by the WTA during the 2008 review of the accord, many of which have yet to be addressed. One such issue is the lack of attention given to timely access to care beyond the initial five priority areas. The WTA has developed benchmarks and targets for an additional seven specialties and uses them to grade progress. These data can be found in Table 3 of the 2011 report card.

Notwithstanding a lack of data, all indications are that wait times for most specialty areas beyond the five priority areas are well beyond the WTA benchmarks. On the other hand, we are somewhat encouraged by the progress towards standardized measuring and public reporting on wait times. All provinces, for example, now have a wait time website, some of which report on a wider array of treatments and in greater detail, but this is something that simply did not exist back in 2004. Leading the way is Nova Scotia, which reports on a range of diagnostic services, including nuclear medicine and consultation wait times for some specialties.

I would now like to look ahead and discuss how the wait times agenda could be supported by a new health accord. With a better understanding of the causes of wait times and how to address them, we believe it is now time to raise the bar in our efforts to meet patient needs appropriately. This means there must be a

Premièrement, au sujet des progrès réalisés à ce jour, je dirai d'emblée que les engagements des gouvernements à améliorer l'accès aux soins en temps opportun sont loin d'avoir été respectés : les Canadiens attendent toujours trop longtemps avant d'avoir accès aux soins médicaux nécessaires.

Le tableau 1 de notre bulletin de 2011 affiche le rendement des provinces en regard des temps d'attente établis dans les cinq domaines prioritaires du Plan décennal. Nous constatons dans l'ensemble que les notes alphabétiques de cette année se comparent à celles de l'an dernier. La durée de l'attente pour la chirurgie de la cataracte et l'arthroplastie de la hanche a augmenté par rapport à 2010, mais pas suffisamment pour modifier les notes, et l'arthroplastie du genou obtient toujours les pires notes. Les temps d'attente en imagerie diagnostique se sont toutefois améliorés comparativement à l'an dernier dans plusieurs provinces, mais quelques-unes ne mesurent toujours pas leur rendement dans ce domaine.

Les progrès réalisés varient par province et par région dans les provinces. Les provinces plus petites ont souvent des temps d'attente plus longs que les plus grandes. Dans une province dont le rendement est généralement élevé comme l'Ontario, la médiane des temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche dans le secteur d'Ottawa est de 125 jours, presque le double de la moyenne provinciale de 65 jours. La médiane des temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte dans la région de santé du Fraser, en Colombie-Britannique, est de 12,1 semaines, soit plus de 70 p. 100 de plus que la médiane provinciale de sept semaines.

L'annexe de notre mémoire met en évidence plusieurs problèmes que l'ATA a signalés à l'occasion de l'examen de l'accord effectué en 2008, et nombre d'entre eux n'ont toujours pas été réglés. L'un de ces problèmes est le manque d'attention accordée à l'accès en temps opportun aux soins dans les autres domaines que les cinq secteurs prioritaires établis à l'origine. L'ATA a établi des cibles et des points de repère pour sept spécialités supplémentaires et les utilise pour mesurer le progrès. Les données sont présentées au tableau 3 du bulletin de 2011.

Malgré le manque de données, tout indique que les temps d'attente dans la majorité des domaines de spécialité autre que les cinq secteurs prioritaires dépassent largement les points de repère de l'ATA. D'autre part, les progrès réalisés vers la mesure normalisée et les rapports publics sur les temps d'attente nous encouragent relativement. Toutes les provinces ont maintenant un site web sur les temps d'attente et certains font rapport sur un plus large éventail de traitements et donnent davantage de détails, mais cela n'existait tout simplement pas en 2004. La Nouvelle-Écosse est au premier rang : elle fait rapport sur un éventail de services diagnostiques, y compris la médecine nucléaire, et sur les temps d'attente pour consulter certains spécialistes.

Je parlerai maintenant de l'avenir et de la façon dont un nouvel accord sur la santé pourrait soutenir le programme des temps d'attente. Étant donné que nous comprenons mieux les causes des temps d'attente et la façon de les aborder, nous sommes convaincus qu'il est temps d'accroître nos efforts pour répondre

commitment on the part of governments to continue the work that has been done so far. We have three recommendations for supporting such a commitment.

The first is that governments must improve timely access to care beyond the initial five priority areas, as a start, by adopting benchmarks for all areas of specialty care. Further, an approach that centres on patients requires us to look at the total wait time experience. The measurements we use now do not include the time it takes to see a family physician, which is a significant omission given that millions of Canadians do not have access to a family doctor.

Second, we believe stronger accountability measures must be a key element in any new health accord. These would allow patients and providers the means to assess progress on wait times and help them navigate the health care system more effectively. These should include appropriateness guidelines, comprehensive wait time websites and a patient charter with access commitments.

Third, while the WTA believes the targeted funding under the 10-year plan has helped improve timely access, we equally believe that money is only part of the solution. Efficiency strategies, such as the use of referral guidelines and computerized clinical support systems, can contribute significantly to improving access and a transformed health care system. In particular, we note the significant impact of alternate levels of care, or ALC stays, on wait times. ALC, of course, refers to hospital patients who no longer require acute care but who are waiting for more appropriate placement elsewhere. In Ontario, for example, ALC patients occupy one in six hospital beds, creating damaging backlogs in areas such as emergency departments and elective surgery.

We believe that addressing the gap in long-term care is the single more important action that could be taken to improve timely access to specialty care for Canadians.

Our biggest fear is government complacency in the mistaken belief that wait times in Canada largely have been addressed. It is time for our country to catch up to the other OECD countries with universal, publicly funded health care systems that have much timelier access to medical care than we do.

The next accord represents an important opportunity for positive and lasting change for Canadians. We therefore are following this committee's study with great interest and extend an offer to help you in any way that we can.

adéquatement aux besoins des patients. Les gouvernements doivent donc s'engager à poursuivre le travail accompli jusqu'à maintenant. Nous avons trois recommandations pour soutenir cet engagement.

Premièrement, les gouvernements doivent améliorer l'accès aux soins en temps opportun dans les domaines autres que les cinq domaines prioritaires établis à l'origine, en adoptant d'abord des points de repère dans tous les domaines des soins spécialisés. Une approche axée sur les patients exige de plus que nous examinions les temps d'attente dans leur ensemble. Les mesures que nous utilisons actuellement ne tiennent pas compte de l'attente pour consulter un médecin de famille, une omission d'importance parce que des millions de Canadiens n'ont pas accès à un médecin de famille.

Deuxièmement, nous sommes d'avis que des mesures de responsabilité plus strictes doivent être un élément clé d'un nouvel accord sur la santé. Elles permettraient aux patients et aux fournisseurs d'évaluer les progrès en matière de temps d'attente, ce qui les aiderait à cheminer plus efficacement dans le système de santé. Ces mesures devraient comprendre des lignes directrices sur la pertinence des soins, des sites web détaillés et complets sur les temps d'attente, une charte des patients, ainsi que des engagements en matière d'accès.

Troisièmement, l'ATA est d'avis que le financement ciblé dans le Plan décennal a aidé à améliorer l'accès en temps opportun, mais nous considérons aussi que l'argent ne constitue qu'un volet de la solution. Des stratégies d'amélioration de l'efficacité, comme l'application de lignes directrices sur les références et la mise en place de systèmes informatiques de soutien clinique, peuvent contribuer énormément à améliorer l'accès et à transformer le système de santé. Nous remarquons en particulier les répercussions importantes des séjours à d'autres niveaux de soins (ANS) sur les temps d'attente. Les ANS font référence aux patients hospitalisés qui n'ont plus besoin de soins actifs et qui attendent d'être mieux placés ailleurs. En Ontario, par exemple, les patients en attente d'un ANS occupent un lit d'hôpital sur six, créant ainsi des arriérés dommageables aux services d'urgence et à la chirurgie électorale, notamment.

Corriger les lacunes dans les soins de longue durée est à notre avis la mesure la plus importante à appliquer pour améliorer l'accès en temps opportun aux soins spécialisés pour la population canadienne.

Nous craignons surtout la complaisance des gouvernements qui peuvent être convaincus à tort que le problème des temps d'attente a été réglé dans l'ensemble du Canada. Il est temps que notre pays accélère le pas pour se mettre au niveau des autres pays de l'OCDE dotés de systèmes universels de soins de santé financés par le secteur public et qui donnent un accès aux soins médicaux beaucoup plus rapidement que nous.

Le prochain accord est une occasion importante de changements positifs et durables pour les Canadiens. Nous surveillons donc avec grand intérêt l'étude de ce comité et vous offrons notre aide sans réserve.

**The Chair:** Thank you very much. I will now invite Dr. Schull to present.

**Dr. Michael Schull, Senior Scientist, Institute for Clinical Evaluative Sciences:** It is a pleasure to be here. I appreciate the opportunity to represent the Institute for Clinical Evaluative Sciences in Toronto. ICES is an independent non-profit corporation that uses information derived from health administrative records to assess the performance of the Ontario health system. We receive funding from the Ontario Ministry of Health, but we are independent from the ministry and we have our own board. The board does not have a ministry of health representative on it.

ICES conducts extensive evaluation and research into the delivery and outcomes of health care in Ontario and elsewhere. Much of the work is done in collaboration with major health agencies, including Cancer Care Ontario, Health Quality Ontario and Public Health Ontario. The outputs include atlases, technical reports and scientific peer-reviewed papers. In the slides that are attached to my notes, most of that work is from ICES scientists — not all but most of it — and they are all attributed.

Since 1992, scientists at ICES have carried out extensive analysis and research into access and wait times. After pioneering work on access to cardiac surgery in the 1990s, this has extended to a range of surgical procedures, emergency department utilization and primary care.

Many provinces in Canada, and Ontario in particular, have made progress since the 2004 health accord following large investments in health system performance that targeted the following: linking more people with family doctors; organizational changes in primary care, such as the creation of inter-professional teams and important changes to remuneration models for physicians, for example, having a roster of patients; access to select key procedures like total hip replacement and better access to diagnostic tests like computer tomography. As well, we have seen progress in reducing waiting times in emergency departments in some jurisdictions in Canada and improving access to community-based alternatives like home care for seniors in place of long-term care. These have been achieved through new investments such as pay for performance incentives and policy change. They have had some important successes, but the work is incomplete.

Examples of the ongoing challenges that we face include substantial proportions of the population who do not have easy access to a family doctor when needed, even if they have a family doctor; little progress on improving rates of eligible patients

**Le président :** Merci beaucoup. J'invite maintenant le Dr Schull à nous présenter son exposé.

**Dr Michael Schull, scientifique principal, Institut de recherche en services de santé :** Je suis heureux d'être ici aujourd'hui. Je vous remercie de me donner l'occasion de représenter l'Institut de recherche en services de santé de Toronto. L'IRSS est une société indépendante sans but lucratif qui utilise l'information contenue dans les dossiers administratifs sur la santé pour évaluer le rendement du système de santé de l'Ontario. L'Institut reçoit du financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, mais est indépendant du ministère et possède son propre conseil d'administration. Le conseil d'administration ne compte pas de représentant du ministère.

L'IRSS réalise des évaluations et des recherches poussées en rapport avec la prestation des soins de santé et leurs résultats en Ontario et ailleurs. En grande partie, ces travaux sont effectués en collaboration avec les grandes agences de santé, comme Action Cancer Ontario, Qualité des services de santé Ontario et Santé publique Ontario. Ces travaux ont donné lieu à des atlas, à des rapports techniques et à des articles scientifiques avec comité de lecture. La plupart des travaux de recherche mentionnés dans les diapositives données en annexe ont été effectués par des chercheurs de l'IRSS. Les sources sont d'ailleurs toutes indiquées.

Depuis 1992, les scientifiques de l'IRSS réalisent des analyses et des recherches approfondies sur l'accès aux soins de santé et les temps d'attente. Après avoir réalisé des travaux d'avant-garde sur l'accès à la chirurgie cardiaque dans les années 1990, l'Institut a décidé d'élargir son mandat pour englober toute une gamme d'interventions chirurgicales, de services d'urgence et de soins primaires.

Plusieurs provinces canadiennes, et tout particulièrement l'Ontario, ont fait des progrès depuis 2004, année où d'importants investissements ont été effectués pour améliorer le rendement du système de santé, notamment grâce aux mesures suivantes : attribution d'un médecin de famille à un plus grand nombre de patients; changement organisationnel dans les soins primaires, notamment la création d'équipes interdisciplinaires, et modification des modèles de rémunération, par exemple l'établissement de listes de patients; accès à des interventions prioritaires choisies (par exemple arthroplastie totale de la hanche) et à des tests diagnostiques (par exemple tomographie par ordinateur). Certaines provinces canadiennes ont également réussi à réduire les temps d'attente dans les services d'urgence et à améliorer l'accès aux services communautaires, comme les soins à domicile pour les personnes âgées placées sous soins de longue durée. Ces progrès ont été réalisés grâce à de nouveaux investissements, notamment dans la rémunération au rendement, ainsi qu'à des changements des politiques. Ces mesures ont permis de réaliser d'importants progrès, mais le travail n'est pas terminé.

Il demeure des obstacles persistants. En effet, une grande proportion de la population n'a pas facilement accès à un médecin de famille lorsqu'elle en a besoin, même quand elle en a un. Il y a également eu peu d'amélioration en ce qui a trait au taux de

receiving important preventive care measures such as pap smears and mammograms; continued high utilization of emergency departments and walk-in clinics compared to other countries; long waits, which remain a problem for many types of care. For example, in emergency departments, long waits have been shown to result in poor patient experience and increased risk of adverse outcomes, including deaths.

Another example is unclear accountability and antiquated mechanisms to ensure smooth transitions in care between providers and provider organizations. An example of a care transition problem is the frequent lack of adequate follow-up with a family doctor or a specialist after an emergency department visit because of exacerbation of a chronic disease. There is good evidence in Canada showing the prompt follow-up can save lives in some diseases, such as congestive heart failure.

A similar problem exists following discharge from hospital. Who is responsible for follow-up? How is information to be transferred? Who is accountable among community-based organizations to provide rapid access to home care? Poorly integrated and coordinated care leads to readmission to hospital, which is a revolving-door-phenomenon. This happens despite having tools to predict which patients are at higher risk and could benefit from more intensive follow-up.

Perverse incentives and disincentives exist, such as no adjustment in primary care remuneration to care for the sickest patients, thereby disincenting doctors to roster patients with chronic illnesses. Penalties when rostered primary care patients visit walk-in clinics but not emergency departments might incent doctors to direct patients to ERs when they cannot see them promptly.

Providing high-quality patient care requires that health care providers within one part of the system, for example, primary care, can effectively communicate and efficiently share information with providers in other parts, such as the hospital or community-based agencies. This is especially important at critical moments, such as when a change in health status results in an individual transitioning from one part of health care system to another. The examples I mentioned include after an exacerbation resulting in a visit to an emergency department or after discharge from hospital.

Making these changes requires integration across different parts of the health care system, which currently function in silos. So what is needed? Critical reforms needed to achieve health system integration include governance, information enablers and

patientes admissibles à d'importants soins préventifs, notamment au test Pap et aux mammographies. Il y a toujours une grande fréquentation des services d'urgence et des cliniques sans rendez-vous comparativement à d'autres pays. Les longs temps d'attente demeurent un problème pour de nombreux types de soins, comme les services d'urgence, qui laissent un goût amer aux patients et augmentent les risques de résultats indésirables, dont des décès.

Notons également que les mécanismes de responsabilisation, étant obscurs et désuets, ne permettent pas d'assurer une transition fluide entre les soins prodigués par les divers prestataires ou organismes. Les problèmes de transition se manifestent par l'absence fréquente d'un suivi adéquat des patients par les médecins de famille ou les spécialistes à la suite d'une visite aux services d'urgence, ce qui accroît les risques d'exacerbation des maladies chroniques. Des faits probants au Canada indiquent pourtant que le suivi avec le prestataire de soins familiaux et le spécialiste peut parfois sauver des vies, notamment dans les cas d'insuffisance cardiaque congestive.

Un problème semblable se pose après le congé de l'hôpital : qui est responsable du suivi? Comment l'information sera-t-elle communiquée? Les organismes communautaires ont-ils la responsabilité d'offrir un accès rapide aux services comme les soins à domicile? Des soins non intégrés et mal coordonnés mènent à une réadmission à l'hôpital, ce qu'on appelle le phénomène de la porte tournante. Pourtant, il existe des outils permettant de déterminer quels sont les patients à risque élevé et nécessitant un suivi plus intensif.

Soulignons également les effets pervers de certaines mesures incitatives et dissuasives, comme l'absence de rajustement de la rémunération versée pour la prestation de soins primaires aux patients gravement malades, dissuadant ainsi les médecins d'établir des listes de patients souffrant de maladies chroniques. Il y a aussi des pénalités lorsque les patients de soins primaires inscrits sur une liste visitent les cliniques sans rendez-vous plutôt que les services d'urgence, ce qui peut inciter les médecins à aiguiller les patients vers les services d'urgence lorsqu'ils ne peuvent les rencontrer rapidement.

Pour assurer une prestation de soins de qualité, il faut que la communication et l'échange d'information se fassent efficacement entre les prestataires de soins de santé des différents segments du système, par exemple entre les intervenants des soins primaires et ceux des hôpitaux ou des services communautaires. C'est particulièrement important dans des moments critiques, par exemple lorsqu'un changement dans l'état de santé mène à la transition du patient d'un segment du système à un autre. La transition en question se fait notamment lorsqu'un patient doit se rendre à l'urgence en raison de l'exacerbation d'une maladie chronique ou lorsqu'un patient reçoit son congé de l'hôpital.

Ces changements exigent l'intégration des divers segments du système de soins de santé, actuellement compartimenté. Alors, que faut-il faire? Il faut instaurer des réformes importantes pour l'intégration du système de santé sur les plans de la gouvernance,



incentives. Achieving them will require political engagement at all levels.

We need reforms in governance and accountability. We need formal accountability and governance structures at population and local levels for patient care and outcomes that include providers and health care organizations. Such accountability and governance structures need to include primary care providers, regardless of practice or provider organization.

We need key information enablers. We need electronic information systems that provide meaningful real-time patient data to facilitate clinical decision making and measurement of local health system performance, including patient experience. Electronic information must be efficiently and securely shared between relevant providers and organizations across the local health care system. Data must also feed into administrative health datasets in a timely manner to allow for public reporting and a rigorous, independent evaluation of the health system at local, provincial and national levels.

We need appropriate incentive structures. We need reforms to incentive structures for providers and organizations in order to remove perverse incentives and disincentives and encourage coordination of care across sectors to achieve better patient outcomes.

Finally, we need an engaged federal government investing in the development and implementation of a national health system integration agenda in collaboration with provincial and territorial governments.

About eight months ago I attended an international health policy forum in Washington, D.C. It was sponsored by the Commonwealth Fund in the United States. The meeting focused on innovative reforms to health care delivery and financing that were occurring in OECD countries. Numerous health ministers and leading health system leaders were present. No Canadian health minister attended, despite invitations. The only official Canadian delegate was a Health Canada representative.

By the third day of the conference, what was most striking to me was the complete absence of any mention of Canada as a place where innovative health system reform was happening. The reforms happening in Canada in the last few years happened years ago in other countries. The only places I saw the word "Canada" was in graphs that generally showed us performing poorly

des mécanismes d'information et des mesures incitatives. Pour y arriver, il nous faudra l'engagement politique de tous les ordres de gouvernement.

Nous devons revoir les structures de gouvernance et de responsabilisation. Il nous faut des structures officielles de responsabilisation et de gouvernance à l'échelle de la population et des collectivités en ce qui concerne les soins des patients et les résultats des soins prodigués. Ces structures doivent intégrer les prestataires de soins et les organismes de soins médicaux, mais aussi les prestataires de soins primaires, peu importe leur champ de pratique ou le service où ils travaillent.

Nous avons besoin de mécanismes qui facilitent la communication de l'information. Il faut mettre en place des systèmes d'information électroniques qui fournissent des données significatives en temps réel sur les patients afin de faciliter la prise de décisions cliniques et la mesure du rendement du système de santé local, y compris l'expérience du patient. L'information électronique doit être échangée avec efficacité et en toute sécurité entre les prestataires et les services pertinents de tout l'ensemble du système de soins de santé locale. Les données doivent également alimenter les ensembles de données administratives sur la santé en temps opportun afin de permettre la présentation de rapports destinés au public et l'évaluation rigoureuse et indépendante du système de santé à l'échelle locale, provinciale et nationale.

Nous avons besoin d'une structure incitative appropriée. Des réformes sont donc nécessaires dans les structures incitatives destinées aux prestataires et aux services, afin d'éliminer les mesures incitatives et dissuasives aux effets pervers et d'encourager la coordination des soins entre les secteurs, pour ainsi parvenir à de meilleurs résultats pour les patients.

Finalement, le gouvernement fédéral doit s'engager à investir dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet d'intégration du système de santé à l'échelle nationale, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Il y a environ huit mois, j'ai assisté à un forum sur les politiques de santé internationales à Washington, D.C. La rencontre était organisée par le Fonds du Commonwealth aux États-Unis. Elle portait sur des réformes innovatrices de la prestation et du financement des soins de santé dans des pays de l'OCDE. De nombreux ministres de la Santé y étaient, de même que les dirigeants de quelques-uns des meilleurs systèmes de santé au monde. Malgré les invitations, aucun ministre de la Santé canadien n'y a participé. Seul un délégué de Santé Canada y était pour représenter officiellement le pays.

Au troisième jour de la conférence, ce qui m'a le plus marqué, c'est de constater que jamais il n'était question du Canada lorsqu'on donnait des exemples de réforme innovatrice du système de santé. Les réformes qui s'opèrent au Canada depuis quelques années ont eu lieu il y a des années déjà ailleurs dans le monde. Je n'ai vu le mot « Canada » que dans les tableaux

compared with regard other OECD countries on many important indicators, including the United States.

At the break I asked Uwe Reinhardt, the renowned health economist from Stanford, who had just moderated a session, about this fact. I will never forget his comment. He said, "Forty years ago, Canada had the best health care system in the world and was a model for the world. Since then, you have sat on your hands, and many other countries have passed you by."

Perhaps the key question for this committee is whether the federal government will sit on its hands for the next four years. Thank you very much.

**Dr. Brian Postl, Dean of Medicine, University of Manitoba, as an individual:** It is a pleasure to be here. I am presently the Dean of Medicine at the University of Manitoba. I spent the previous 11 years as the CEO of the Winnipeg Health Region. I had the honour of authoring a report on wait times for the Prime Minister in 2005 at the beginning of this process. I also serve as the chair of the Canadian Institute for Health Information and the chair of the Canadian Health Services Research Foundation.

I thought I would give you a little background. Clearly, the five key areas of interest were hips and knees, radiology, cancer care, cataracts and cardiac. They were of grave interest to ministers coming into the accord. It is fascinating that no one is quite sure where those five areas came from, in view of the many other options that were available. There was no evidence that these were the most in need, but clearly the public impression was these areas were key for intervention. That was, of course, transmitted into the political process.

As part of the accord, benchmarks were required. As we began the process it became clear there were no benchmarks available. There was no scientific base or evidence to support any of the benchmarks that were put in place. At best, they were a guess based on some consensus building, or a review of literature. The Canadian Institutes of Health Research came to the table with some research based on contracts with the collection of provinces. Once again they were not able to produce evidence in that short period of time to support the benchmarks that exist. I think there is much less than meets the eye when we talk about what appropriate benchmarks are.

Benchmarks were set once again without evidence. Perhaps the best evidence was in curative radiotherapy, where there was some evidence that if you waited beyond four weeks, both morbidity and mortality increased. The rest were based on consensus efforts of physician groups, administrative groups and whatever could be gleaned from the literature.

qui faisaient état de notre piètre rendement comparativement à d'autres pays de l'OCDE, y compris les États-Unis, en ce qui a trait à de nombreux indicateurs importants.

À la pause, j'ai posé quelques questions à ce sujet à Uwe Reinhardt, économiste de renom de Standford dans le domaine de la santé. Je n'oublierai jamais sa réponse : « Il y a 40 ans, le Canada avait le meilleur système de santé d'entre tous et était un modèle pour le reste du monde. Depuis, vous vous êtes croisé les bras et plusieurs pays en ont profité pour prendre de l'avance. »

La question que devrait peut-être se poser le comité, c'est si le gouvernement fédéral a l'intention de se croiser les bras pendant les quatre prochaines années. Merci beaucoup.

**Dr Brian Postl, doyen, faculté de médecine, Université du Manitoba, à titre personnel :** Je suis heureux d'être ici. Je suis le doyen de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Juste avant, j'ai été le PDG de la région sanitaire de Winnipeg pendant 11 ans. J'ai eu l'honneur de produire un rapport sur les temps d'attente pour le premier ministre en 2005, au début du processus. J'ai également été président de l'Institut canadien d'information sur la santé et de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

J'ai pensé vous donner un peu de contexte. Les cinq secteurs d'intérêt étaient les chirurgies aux hanches et aux genoux, la radiologie, l'oncologie, le traitement des cataractes et les soins cardiaques. Il s'agissait d'éléments hautement prioritaires pour les ministres parties à l'accord. Il est fascinant de voir que personne ne sait exactement comment ont été choisis ces éléments, compte tenu des nombreuses autres options offertes. Rien ne démontrait qu'il s'agissait des plus pressants, mais la population avait clairement l'impression que c'était là qu'il fallait intervenir en premier. Et bien sûr cela a teinté le processus politique.

Dans le cadre de l'accord, des points de repère étaient nécessaires. Lorsque nous avons débuté le processus, il est devenu clair qu'il n'y avait pas de points de repère disponibles. Il n'y avait pas de fondements ou de données scientifiques à l'appui des points de repère qui étaient en place. Au mieux, il s'agissait d'une supposition fondée sur une certaine recherche de consensus ou sur l'étude de la documentation scientifique. Les Instituts de recherche en santé du Canada se sont présentés à la table avec certaines données de recherche fondées sur des contrats avec un certain nombre de provinces. Encore une fois, il n'était pas possible de produire des données en un délai aussi court pour appuyer les points de repère qui existaient. Je pense que lorsque nous parlons de ce que sont les points de repère appropriés, cela en dit beaucoup moins que l'on pense.

Encore une fois, les points de repère ont été fixés sans données à l'appui. Peut-être que les meilleures données concernaient la radiothérapie curative, où, en effet, certaines données indiquaient que si vous attendiez plus de quatre semaines, il y avait augmentation à la fois de la morbidité et de la mortalité. Le reste était fondé sur des efforts de recherche de consensus par des groupes de médecins, des groupes administratifs et sur tout ce qu'on pouvait trouver dans la documentation scientifique.

The one issue that was added was hip fractures in the process, not just hip and knee replacement. This was partly because there was evidence that prolonged waits for hip fracture repairs did lead to significant increases in morbidity. The evidence at that time was that there were long waits for hip fracture repairs, with long waits in emergency rooms and long waits prior to surgery. That was the second area where there was some evidence.

I think the other myth that we began with is that there were actually waiting lists that existed. In most jurisdictions, the system was blissfully unaware of what the waiting lists were. Waiting lists historically resided in physician pockets. They may have been at a desk, in an office or in a file, but the health system did not have access in many ways in most jurisdictions to the actual waiting lists. It is of some interest that as this process moved forward, with variable effectiveness, in some areas, when wait-lists were centralized and grasped systematically, the list was reduced by 30 per cent by the act of going through it with any rigour.

I think the physician role in this was, and is, enormous. I think there has been considerable progress in role and attitude of physicians in the last five or six years. When we started, wait-lists were used by most physicians as evidence that they were best of breed, thinking, "If I have the longest wait-list, it must mean I am the best physician."

That was a widespread use of the information, which was then levered into more OR time or more patients being convinced that if you have the longest wait-list you must be the best, because everyone else was waiting. That phenomenon made it difficult to this day to move into a single wait-list phenomenon, where the next in order in line gets the next surgeon availability. That continues, not in all areas, but in many areas, to be a key issue.

The capacity of physicians to give up waiting lists into more of a pool was difficult because they saw it very much, understandably, as their future income. It was how they would make the mortgage and other payments for the next 10 years: "If you erode my wait-list or if you share it with others, my income capacity would be more limited." This failed to recognize, of course, the phenomenon of which we are all aware — the wait-list keeps filling up. It is not as if it is static or that if your wait-list gets any shorter you will run out of patients.

La seule question qui a été ajoutée au cours de ce processus a été la question des fractures de la hanche, non pas seulement le remplacement de la hanche et du genou. Cela a été fait en partie parce qu'il y avait des données indiquant que des attentes prolongées pour la réparation chirurgicale des fractures de la hanche entraînaient des augmentations importantes de la morbidité. Les données, à ce moment-là, indiquaient qu'il y avait de longues périodes d'attente pour la réparation des fractures de la hanche, c'est-à-dire des temps d'attente longs dans les salles d'urgence et des temps d'attente longs avant la chirurgie. C'était le second domaine où l'on disposait de certaines données.

Je pense que l'autre mythe qui existait au tout début, c'est qu'il y avait des listes d'attente réelles. Dans la plupart des administrations, le système ignorait totalement l'existence des listes d'attente. Historiquement, les listes d'attente se trouvent dans les poches des médecins. Elles pouvaient se trouver sur un bureau, dans un cabinet ou dans un dossier, mais dans la plupart des administrations, le système de santé n'avait pas beaucoup accès aux listes d'attente réelles. Il est intéressant de noter qu'au fur et à mesure que ce processus se déroulait, avec une efficacité variable, dans certains endroits, lorsque les listes d'attente ont été centralisées et étudiées de manière systématique, on pouvait les réduire de 30 p. 100 simplement en en faisant un examen d'une certaine rigueur.

Je pense que le rôle du médecin dans cette situation était énorme et continue de l'être. Je pense qu'il y a eu des progrès considérables en ce qui concerne le rôle et l'attitude des médecins au cours des cinq ou six dernières années. Lorsque nous avons commencé, les listes d'attente étaient utilisées par la plupart des médecins comme une preuve qu'ils étaient les meilleurs de la race, en se disant : « Si j'ai la liste d'attente la plus longue, cela doit vouloir dire que je suis le meilleur médecin. »

Il s'agissait là d'une utilisation répandue de l'information, qui se traduisait alors par plus de temps de salle d'opération ou plus de patients qui sont convaincus que si vous avez la liste d'attente la plus longue, vous devez être le meilleur, parce que tous les autres acceptent d'attendre. Ce phénomène a fait que même aujourd'hui, il est difficile de passer à une liste d'attente unique, où le suivant sur la liste obtient la première place disponible en chirurgie. Cela continue d'être un problème important, non pas dans tous les domaines, mais dans de nombreux domaines.

Il a été difficile pour les médecins d'abandonner leur liste d'attente pour la mettre davantage en commun parce qu'ils la voyaient, et on peut le comprendre, comme leur source de revenus futurs. C'est de cette façon qu'ils allaient payer leur hypothèque et les autres factures au cours des 10 prochaines années : « Si vous rognez ma liste d'attente ou si vous la partagez avec d'autres, ma capacité de gagner un revenu sera plus limitée. » Évidemment, ce raisonnement néglige de prendre en compte un phénomène dont nous sommes tous conscients : la liste d'attente continue de se remplir. Ce n'est pas comme si elle était statique ou que si votre liste d'attente devenait plus courte, vous alliez manquer de patients.

There were almost no efforts in the country at the time to use basic queuing theory, which in simplest terms is what Disneyland uses. When you stand in line it is a single line. You go to the next wicket when it is available, and you are always moving. These are very basic techniques in queuing that have not been part of the health system until very recently.

We made a series of recommendations, including much more work on the research about benchmarks. Can we actually define a legitimate benchmark where, if missed, the evidence would be that morbidity or mortality is increasing? There remains very little work done in that area, and that becomes a major problem in moving forward into other benchmarks.

We thought the whole process needed to be much more multidisciplinary in its focus and nature, much more team-based. Care had to be part of this because it is the only way of moving issues forward.

Lots of education of health care providers and the public is needed. Most importantly, the use of single lists is needed. This is still not in place in most jurisdictions. Each physician continues to keep, in most areas though not all, their own lists. Therefore, there is huge variability among surgeons in most areas about how long their lists are. If pooled, lists would be shorter. We have to be much more patient-focused. The system around wait-time management, historically and to this day to some extent, is much more professionally focused. How you serve the hospital and physicians and fit into their schedules is not as coordinated around the patient focus as it needs to be.

One word that was mentioned, but that we continue to pay far too little attention to, is the issue of appropriateness. How do we know all the surgeries being done are in fact needed? There is, once again, very little evidence that we know that material well. Some research suggests the number of cataracts being performed in some jurisdictions is way beyond what would be expected to be needed, but we need more research in that area to either confirm or refute that. That is clearly a disputable point, certainly if surgeons do not acknowledge that there are too many cataracts being performed in any jurisdiction.

The real issue was not what we do but how we do it. How do we rebuild systems to improve patient access, patient flows and appropriateness of care and to be more patient-centred? I think, ultimately, the accord did a very good job with what we do, but a much poorer job around how we do it.

À ce moment-là, il n'y avait pratiquement pas d'efforts au pays pour appliquer la théorie fondamentale des files d'attente, ce qui, en termes simples, est ce qu'utilise Disneyland. Lorsque vous êtes dans une file d'attente, il s'agit d'une file unique. Vous allez au guichet suivant lorsqu'il est disponible et vous êtes toujours en mouvement. Ce sont des techniques très fondamentales de la file d'attente qui, jusqu'à très récemment, ne faisaient pas partie du système de santé.

Nous avons fait une série de recommandations, dont une qui demandait beaucoup plus de travail de recherche sur les points de repère. Pouvons-nous effectivement définir un point de repère légitime qui, lorsqu'on ne la respecte pas, se traduit dans les données par une augmentation de la morbidité ou de la mortalité? Il s'est fait encore très peu de travail dans ce domaine et cela devient un problème important lorsque nous passons à d'autres points de repère.

Nous pensions que tout le processus devait être beaucoup plus multidisciplinaire dans sa concentration et sa nature, fondé beaucoup plus sur une approche d'équipe. Les soins doivent faire partie de cette équation parce que c'est la seule façon de faire avancer les questions.

Il faut faire beaucoup d'éducation auprès des fournisseurs de soins de santé et du public. Cela n'est toujours pas en place dans la plupart des administrations. Chaque médecin continue de garder, dans la plupart des endroits, mais pas dans tous, sa propre liste. Par conséquent, il y a une très grande variabilité dans la longueur des listes d'attente des chirurgiens dans de nombreux endroits. Si les listes étaient mises en commun, elles seraient plus courtes. Nous devons être beaucoup plus centrés sur le patient. Le système entourant la gestion du temps d'attente, historiquement et jusqu'à aujourd'hui, dans une certaine mesure, est beaucoup plus centré sur les professionnels. Comment vous desservez l'hôpital et les médecins et comment vous vous insérez dans leur horaire n'est pas aussi coordonné autour du patient que cela devrait l'être.

Un mot qui a été mentionné, mais auquel nous continuons de ne pas accorder suffisamment d'attention, c'est la question du caractère approprié. Comment savons-nous si toutes les interventions chirurgicales pratiquées sont, dans les faits, nécessaires? Encore une fois, il existe très peu de données indiquant que nous le savons. Certains travaux de recherche donnent à entendre que le nombre d'opérations de la cataracte dans certaines administrations est bien plus élevé que ce à quoi on pourrait s'attendre, mais nous avons besoin de plus de recherche dans ce domaine pour confirmer ou réfuter cette affirmation. Il s'agit clairement d'un point discuté, certainement si les chirurgiens ne reconnaissent pas que l'on pratique trop d'opérations de la cataracte dans aucune des administrations.

Le véritable problème n'est pas ce que nous faisons, mais comment nous le faisons. Comment rebâtir les systèmes pour améliorer l'accès des patients, le débit des patients et le caractère approprié des soins et être davantage centré sur le patient? Je pense qu'en fin de compte, l'accord a fait un très bon travail pour

In essence, the accord has bought a large amount of volume and a little bit of change. I think any future accords need to lever any purchase of volume or anything else with some capacity to purchase change.

The data would suggest that, for the most part, we have managed, in most provinces, to function reasonably within the wait-times that were set. We have seen volumes increase substantially across all provinces, without major detriment to other surgical or health care areas. I think it is a mediocre performance. Volume has increased, but we have not changed how we do business very much. I think that has to be the focus of any future change.

**Senator Merchant:** Thank you for your presentations. You presented us with a plethora of ideas and areas and problems to deal with, but we are here as federal government. Because the powers are split between the federal government and the provincial governments, if you are helping us to have a report for the federal government, what is the most important thing to do in sitting down with the provinces? Is money the main issue, or is that, in your mind, no longer the issue? Can someone start us off?

**Ms. Power:** Perhaps I could start. There are some resources that are required, but I think it is more about focus. You can pour lots of money into the provinces, and we could be going towards the wrong things. In our brief, we have been trying to get across what I think has been common to everything we have heard today: strengthening of the primary health care, the appropriateness of care, what we are doing and how we are doing it. I think if any dialogue were to happen, it should be along those lines. Any monies that are transferred to provinces around specific funds, for instance to make things happen, should have some metrics and accountabilities attached. We have seen that happen with the last accord. Monies have gone into provinces and there has not really been accountability. Has it made a difference? We have not always been able to tell that.

Areas of focus like appropriateness, the strengthening of primary health care, and transitions of care, about which I think we are seeing a lot of work being done around the country, are where we are focusing our attention for the future.

**Dr. Postl:** I think it is important that the federal government needs to continue to be a partner. I think, failing that, we will see enormous fragmentation of the many health systems we now have into more disparate health systems with less and less connection.

ce qui est de ce que nous faisons, mais qu'il a fait un travail beaucoup moins bon sur la question de savoir comment nous le faisons.

Essentiellement, l'accord a acheté une grande quantité de volume et un petit peu de changement. Je pense que tout accord futur devra en contrepartie de tout achat de volume ou de quoi que ce soit d'autre produire une certaine capacité d'acheter du changement.

Les données indiquent qu'en majeure partie, la plupart des provinces ont réussi à respecter raisonnablement bien les temps d'attente qui ont été fixés. Nous avons vu que les volumes ont augmenté de manière substantielle dans toutes les provinces, sans inconvénient majeur pour les autres domaines de soins de santé ou chirurgicaux. Je crois qu'il s'agit d'un rendement médiocre. Le volume a augmenté, mais nous n'avons pas changé grand-chose à notre façon de travailler. Je crois que cette question doit être au centre de tout changement futur.

**Le sénateur Merchant :** Merci de vos exposés. Vous nous avez présenté une pléthore d'idées, de domaines et de problèmes sur lesquels il faut se pencher, mais nous sommes ici le gouvernement fédéral. Étant donné que les compétences sont partagées entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux, si vous nous aidez à produire un rapport pour le gouvernement fédéral, quelle est la chose la plus importante à mettre de l'avant dans nos discussions avec les provinces? Est-ce que l'argent est le principal problème ou est-ce que, à votre avis, cela n'est plus le problème? Quelqu'un veut-il commencer?

**Mme Power :** Je pourrais commencer. Certaines ressources sont nécessaires, mais je pense qu'il s'agit davantage d'une question de concentration. Vous pouvez inonder les provinces d'argent et nous pourrions faire fausse route. Dans notre mémoire, nous avons essayé de faire comprendre ce qui, je pense, constitue un élément commun dans tout ce que nous avons entendu aujourd'hui : renforcer les soins de santé primaires, le caractère approprié des soins, ce que nous faisons et comment nous le faisons. Je pense que s'il doit y avoir un dialogue, il faut qu'il porte sur ces questions. Tout transfert d'argent aux provinces dans le cadre de fonds précis, par exemple, pour faire que des choses arrivent, devrait comporter des éléments de mesure et une reddition de comptes. Nous avons vu cela dans le cas du dernier accord. De l'argent a été transféré aux provinces et ces dernières n'ont pas vraiment eu à rendre de comptes. Est-ce que cela a changé des choses? Nous n'avons pas toujours été en mesure de le dire.

Les domaines de concentration, comme le caractère approprié, le renforcement des soins de santé primaires et les transitions dans les soins, sur lesquels, je pense, il se fait beaucoup de travail au pays, sont les domaines où nous allons concentrer notre attention dans l'avenir.

**Dr Postl :** Je pense qu'il est important que le gouvernement fédéral continue d'être un partenaire. Autrement, je pense que nous assisterons à une fragmentation très poussée des nombreux systèmes de santé que nous avons à l'heure actuelle en systèmes de

I think the key issue in that partnership is to work with the provinces to decide what needs to change in the structure and systems, and then to reward the change, not just the activity. We have put lots of money into health care for many years and not bought any change in the process. In some ways, the sitting on our hands comment is exactly that issue. It has not been a lack of investment, but a lack of moving forward.

**Dr. Schull:** I would agree with my colleagues. The federal government needs to play a key role, a leadership role, alongside the provinces in recognizing the split jurisdictions. There is no doubt that the 2004-14 health accord has had a positive influence on health care delivery across the country. It has not been an unqualified success, but nonetheless a positive force. There is an opportunity for another health accord to have a similarly positive effect.

The point that Dr. Postl just made around buying change is critical. If you combine public and private expenditures, Canada already spends about the same amount as most OECD countries, with the exception of the U.S. and Switzerland, on its health care system. It is not a lack of money, in my view. I think just continuing to increase what we are paying without buying change, as Dr. Postl said, would be a mistake.

The question is what change we need to buy. In my view, that change needs to focus on the systemness of our system. We do not really have a system at the moment. We have a bunch of parties that are all part of delivering care and that all bill the provincial governments for that care and so on. However, they do not work together in an effective manner in many instances. It is that integration of care, and that comes down to governance and accountability. Who is responsible for the care being provided? We need to define that. What are the outcomes we need to achieve as a health care community? We need to define that.

We currently have a structure where physicians who work in primary care are increasingly isolated. Even though they are in family-health teams — multidisciplinary, which sounds great — they are very isolated from the rest of the health care system. There is no accountability shared across primary care providers and other providers elsewhere in the health system. That is a critical mistake, in my view.

**Dr. Simpson:** The key is exactly what everyone else has said, and that is changing the way we do business. The issue in the debate has matured beyond just a simple request for more money. We are all talking about accountability and targeted change.

santé plus disparates, de plus en plus isolés les uns des autres. Je pense que l'élément clé dans ce partenariat est de travailler avec les provinces pour déterminer ce qui doit être changé dans la structure et les systèmes et ensuite, pour récompenser le changement, et pas seulement l'activité. Nous avons investi beaucoup d'argent dans les soins de santé pendant de nombreuses années et nous ne sommes pas parvenus à acheter du changement au cours du processus. Dans un certain sens, l'observation faite au sujet du fait de se croiser les bras est exactement ce problème. La question n'est pas un manque d'investissement, mais un manque de progression.

**Dr Schull :** Je suis d'accord avec mes collègues. Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle clé, un rôle de leadership, à côté des provinces, en reconnaissant la compétence partagée. Il ne fait aucun doute que l'accord sur la santé de 2004-2014 a eu un effet positif sur la prestation des soins de santé partout au pays. Ce ne fut pas un succès sur toute la ligne, mais, néanmoins, ce fut une force positive. Il est possible qu'un autre accord sur la santé ait un effet positif semblable.

Le point que vient tout juste de faire valoir le Dr Postl au sujet d'acheter du changement est capital. Si vous combinez les dépenses publiques et privées, le Canada dépense déjà à peu près la même somme que la plupart des pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis et de la Suisse, sur son système de soins de santé. Ce n'est pas un manque d'argent, à mon sens. Je pense que le fait de simplement augmenter nos dépenses sans acheter du changement, comme l'a dit le Dr Postl, serait une erreur.

La question est de savoir quel changement nous devons acheter. À mon point de vue, ce changement doit se concentrer sur la « systémitude » de notre système. Nous n'avons pas un véritable système à l'heure actuelle. Nous avons un ensemble de parties qui participent à la prestation des soins et toutes facturent les gouvernements provinciaux pour ces soins et ainsi de suite. Cependant, elles ne travaillent pas ensemble de manière efficace dans nombre de cas. C'est l'intégration des soins et cela revient à la gouvernance et à la reddition de comptes. Qui est responsable du fait que les soins soient offerts? Nous devons le définir. Quels sont les résultats que nous devons obtenir à titre de communauté des soins de santé? Nous devons le définir.

Nous avons actuellement une structure où les médecins qui travaillent dans les soins primaires sont de plus en plus isolés. Même s'ils font partie d'équipes de médecine familiale, ils sont très isolés du reste du système de soins de santé. Il n'y a pas de reddition des comptes partagée entre les fournisseurs de soins primaires et d'autres fournisseurs, ailleurs dans le système de soins de santé. Voilà l'erreur déterminante à mon point de vue.

**Dr Simpson :** La clé est exactement ce que tout le monde dit, et cela est en train de changer la façon dont nous travaillons. La question au sein du débat a pris une maturité qui va au-delà du fait de simplement exiger plus d'argent. Nous parlons de reddition de comptes et de changement ciblé.

From our perspective, it is the coordination piece that is missing. We call them the bottlenecks in the series of diagnostic and therapeutic events that is a care experience for a patient. It is at these transition points, between the emergency room and being admitted to hospital or back to the family physician, where the efficiencies are lost and where the expectations are not met. That is where medical errors are generated. The target for improvement is at these transitions of care.

Coming up with national standards or national encouragement to develop IT solutions to help us have those tools to ease those transitions of care will introduce more transparency into the system. It will empower patients if we allow them to see where they are waiting and where the problems are. They will tell us what we are doing wrong and declare the issue much more starkly.

**Senator Eggleton:** I want to pick up on what Senator Merchant asked and the response from Dr. Schull. If I understand what you are saying, we do not need to spend more money but to spend it more efficiently and effectively; we need to shuffle it around how we do business. Do you agree with that?

**Dr. Schull:** I am not sure I agree with your characterization of what I said. I said that Canada currently spends about the same amount as OECD countries, with the exception of the U.S. and Switzerland, which are sort of off the map. All of those countries are increasing their spending annually above inflation, and Canada will have to continue to do that.

I am not saying to turn off the tap. I am saying to simply add more money without having that additional money, which will be required anyway, buying change in the system would be a mistake. Spending more money is not a mistake; rather, the way we spend it is critical.

**Senator Eggleton:** With respect to spending more money, the government has announced, for example, a 6 per cent increase over the next two or three years. Is that a sufficient financial framework to deal with?

**Dr. Schull:** I am not a health economist. I will not say 6 per cent is enough or not enough. To simply spend an additional 6 per cent in the same way we have been doing business for the last 10 years would be a mistake.

**Senator Eggleton:** I understand that.

Let me ask you about the five priority wait time areas. What can we do better? I guess we could say the cup is half full and perhaps better. We have a lot of compliance, but not entirely. What do we need to do to get better compliance on the five priorities that exist?

De notre point de vue, c'est l'élément de coordination qui fait défaut. Nous appelons cela les goulots d'étranglement dans la série des événements diagnostiques et thérapeutiques qui constituent une expérience de soins pour un patient. C'est au niveau de ces points de transition, entre la salle d'urgence, l'admission à l'hôpital et le renvoi au médecin de famille, que les efficacités se perdent et que les attentes ne sont pas comblées. C'est là que se produisent les erreurs médicales. Ce sont ces points de transition de soins qu'il faut cibler pour l'amélioration.

Le fait d'en arriver à des normes nationales ou à des encouragements à l'échelle nationale pour l'élaboration de solutions de TI pour nous aider à disposer de ces outils afin de faciliter ces transitions de soins aura pour effet d'introduire plus de transparence dans le système. Si nous permettons aux patients de voir à quel endroit ils attendent et où se situent les problèmes, nous leur donnerons du pouvoir. Ils nous diront ce que nous faisons de mal et exposeront la situation beaucoup plus clairement.

**Le sénateur Eggleton :** J'aimerais revenir à la question qu'a posée le sénateur Merchant et à la réponse donnée par le Dr Schull. Si je comprends bien ce que vous dites, il n'est pas nécessaire de dépenser plus d'argent, mais de le dépenser de manière plus efficace et efficiente; nous devons revoir notre façon de faire. Êtes-vous d'accord là-dessus?

**Dr Schull :** Je ne suis pas certain que vous résumiez bien ce que j'ai dit. J'ai indiqué que le Canada dépense actuellement environ la même somme que les pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis et de la Suisse, qui font en quelque sorte bande à part. Tous ces pays augmentent chaque année leurs dépenses au-delà du taux d'inflation, et le Canada devra continuer de le faire.

Je ne dis pas qu'il faut fermer le robinet. Je dis que ce serait une erreur d'ajouter simplement de l'argent, qui sera nécessaire de toute façon, sans modifier le système. Ce n'est pas une erreur de dépenser plus d'argent, mais la façon dont nous le dépensons est critique.

**Le sénateur Eggleton :** En ce qui a trait à l'augmentation des dépenses, le gouvernement a annoncé, par exemple, une augmentation de 6 p. 100 pour les deux ou trois prochaines années. Ce cadre financier est-il suffisant?

**Dr Schull :** Je ne suis pas un économiste du secteur de la santé. Je ne dirai pas qu'une hausse de 6 p. 100 est suffisante ou non. Toutefois, ce serait une erreur de dépenser 6 p. 100 de plus de la même manière que nous le faisons depuis 10 ans.

**Le sénateur Eggleton :** Je comprends.

Permettez-moi de vous poser des questions sur les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires. Que peut-on faire de mieux? On pourrait dire, j'imagine, que le verre est à moitié plein, et peut-être mieux encore. Nous nous conformons assez bien aux normes, mais pas tout à fait. Que devons-nous faire pour améliorer notre taux de conformité dans les cinq domaines prioritaires qui existent?

Second, have these five areas, the wait-list, affected other areas? Have the provinces tended to do other areas at the same time? Third, if not, what areas do we specifically need to focus on to add to the five areas?

**Dr. Simpson:** From my experience, I am a cardiologist, so cardiac was one of the five original areas. One thing that is not commonly understood is that about 99 per cent of patients who come to cardiac attention do not have bypass surgery. We are only measuring bypass surgery as a target, so right away we have excluded 99 per cent of the cardiac patients from any kind of wait time measurement in this context. You talked about shoring up the existing five. That is one glaring error.

There are also some problems with the so-called government benchmark of 26 weeks, whereas the medically determined benchmark, based on evidence — this is one area where there is hard evidence that people die while they are waiting — is six weeks. There has not been a bypass surgery patient wait time of 26 weeks in Canada for many years, but that is the government benchmark we are reporting against. These are easy things we can fix if we can focus attention on it.

What we need to do in terms of making this a more patient-centred experience and something patients can say, “That looks like me,” when we are talking about this issue is to focus on the entire patient journey from the start of the time they require medical attention — or even before the time they require medical attention, if we are talking about preventative strategy — all the way through to acute care, chronic disease management and end-of-life care, and start to build a wait time profile around that journey. That means coming up with sensible benchmarks that we can measure, count on and that patients can see. What does this centre look like? What are their wait times? Let us look at that one. If we can move to that, we can empower patients, and that is what will create the tipping point for change.

**Senator Eggleton:** Remember, I asked a three-part question.

**The Chair:** We have two minutes for the answer.

**Ms. Power:** In terms of compliance, your first question, on the ground what the issues are that face us is here there are five strategies put out amongst a myriad of other huge needs in the health care system. One of the issues for us in the real world is dealing with all of our other physicians and patients, most important, who require other services. Many of our physicians are saying these five are not the most important anymore. They are important, but not the most important.

Deuxièmement, est-ce que les temps d'attente dans ces cinq domaines ont eu une incidence dans d'autres domaines? Est-ce que les provinces ont eu tendance à s'occuper d'autres domaines en même temps? Troisièmement, si ce n'est pas le cas, dans quels autres secteurs précis devons-nous nous concentrer en plus des cinq domaines prioritaires?

**Dr Simpson :** D'après mon expérience, je suis cardiologue et la cardiologie était l'un des cinq domaines visés à l'origine. Ce qu'on ne comprend pas toujours, c'est qu'environ 99 p. 100 des patients qui sont envoyés en cardiologie n'ont pas de pontage. Nous ne faisons que mesurer le pontage comme cible, alors du coup toute mesure des temps d'attente exclut 99 p. 100 des patients en cardiologie. Vous avez parlé de renforcer les cinq domaines existants. C'est là une erreur flagrante.

Par ailleurs, le soi-disant point de repère de 26 semaines établi par le gouvernement pose certains problèmes puisque le point de repère établi par le milieu médical, en fonction des données — et nous avons dans ce domaine des données concrètes montrant que les gens meurent alors qu'ils sont en attente — sont de six semaines. Il n'y a pas eu de temps d'attente de 26 semaines pour un pontage au Canada depuis de nombreuses années, mais c'est le point de repère du gouvernement, celui que nous utilisons dans nos rapports. Ces choses sont faciles à régler si nous y portons attention.

Ce que nous devons faire pour que cette expérience soit davantage axée sur le patient et pour que les patients se reconnaissent lorsque nous parlons de ce problème, c'est nous concentrer sur tout le parcours que vit le patient à partir du moment où il nécessite une attention médicale — ou même avant qu'il nécessite une attention médicale, si nous parlons de stratégie préventive — jusqu'aux soins actifs, à la gestion des maladies chroniques et aux soins de fin de vie. Nous pourrions alors établir un profil de temps d'attente en fonction de ce parcours. Cela signifie établir des points de repère sensés que nous pouvons mesurer, sur lesquels nous pouvons nous fier et que les patients peuvent voir. À quoi ressemble ce centre? Quels sont ses temps d'attente? Regardons celui-là. Si nous pouvons en arriver là, nous pouvons responsabiliser les patients, et c'est ce qui amorcera le changement.

**Le sénateur Eggleton :** Je vous rappelle que ma question comporte trois volets.

**Le président :** Nous avons deux minutes pour la réponse.

**Mme Power :** Concernant la conformité, votre première question, les problèmes que nous rencontrons sur le terrain, c'est que cinq stratégies sont en place alors qu'il existe une foule d'autres besoins criants dans le système de soins de santé. Un des problèmes concrets que nous avons, c'est de composer avec tous les autres médecins et, qui plus est, avec les patients qui ont besoin d'autres services. Bon nombre de médecins estiment que ces cinq domaines ne sont plus prioritaires. Ils ont de l'importance, mais ce ne sont pas les plus importants.



Can we get more compliant in those five areas? It is a hard case to sell to say these are the most important with everything else that is happening.

In my world, where I have to look at the entire picture and the entire budget that is there and how we utilize that most appropriately, we are putting a certain amount of resources to these five areas, but they are not our top five priority areas anymore and frankly never were. That is an issue for us.

It has been a detriment to other services. If we think about, for example, bariatric surgery — we see obesity as an enormous issue in this country — bariatric surgery for people we know are using a lot of our resources and have a lot of co-morbidity is three years waiting time. That is one tiny example.

It is trying to look at the entire system and understanding where we have great evidence that waiting lists are problematic, we are moving towards trying to bring those down. Where there is not so great evidence, we are trying to look to the evidence to suggest where we need to put our time and limited resources.

**Dr. Postl:** The evidence is that not very much was missed, that there were things dropped because we were spending more time. Locally, there is evidence in the orthopaedic areas that it is tougher to get an arthroscopy as opposed to your upper knee done because the surgeons are busy. What is amusing to some extent when you are in the middle of it, this group of surgeons became wealthy in a short period of time because of the \$5.5 billion being spent, and the envy that caused in every other surgical group escalated the costs of paying physicians because they all went back to the market saying, “You have left us out,” and that became the focus of negotiation and the next fee settlements across the country. It was an unintended consequence but a very real one.

**Senator Martin:** Thank you for your presentations this morning. They speak to the importance of what we are doing in evaluating and bringing together the key stakeholders to then recommend to the minister, as she prepares to examine the renewal of this health accord.

I hear all of you saying, from your experiences where you have the national and global perspective on this, some keywords and phrases like accountability and the need for integrated systems and a refocusing. In fact, you mentioned shared accountability. These are important words and phrases.

You have given us much to reflect on and for our analysts to look at in our report, but perhaps you could provide some sort of indication focusing on the accord itself because I think it is an important mechanism to try to integrate and coordinate as we are all saying how important that would be for each jurisdiction. The

Pouvons-nous obtenir un meilleur taux de conformité dans ces cinq domaines? C’est une idée difficile à vendre, de dire que ce sont les domaines les plus importants quand on sait tout ce qui se passe ailleurs.

Dans mon monde, où je dois regarder l’ensemble du tableau et l’ensemble du budget qui existe et son utilisation la plus appropriée, nous affectons une certaine quantité de ressources dans ces cinq domaines, mais ils ne sont plus nos cinq domaines prioritaires et, pour dire vrai, ne l’ont jamais été. C’est un problème pour nous.

Les autres services en ont souffert. Si nous pensons, par exemple, à la chirurgie bariatrique — nous considérons l’obésité comme un énorme problème dans notre pays —, la chirurgie bariatrique pour des gens qui utilisent beaucoup de nos ressources et présentent souvent une comorbidité comporte un temps d’attente de trois ans. C’est là un tout petit exemple.

Il s’agit d’examiner l’ensemble du système et de comprendre les secteurs où nous savons, preuves concrètes à l’appui, que les listes d’attente sont problématiques; nous essayons ensuite de réduire les délais d’attente. Là où les preuves sont moins évidentes, nous essayons de les examiner pour voir où nous devons consacrer notre temps et nos ressources limitées.

**Dr Postl :** Les données montrent qu’on n’a pas raté grand-chose, que certaines choses ont été abandonnées parce que nous consacrons plus de temps ailleurs. Au niveau local, il est clair que dans les secteurs orthopédiques, il est plus difficile d’obtenir une arthroscopie qu’une chirurgie du genou parce que les chirurgiens sont occupés. Ce qui est intéressant dans une certaine mesure lorsque vous vous trouvez au milieu de cela, c’est que ce groupe de chirurgiens s’enrichissent dans une courte période de temps grâce aux 5,5 milliards de dollars injectés; l’envie ainsi suscitée chez tous les autres groupes de chirurgiens a fait grimper la rémunération des médecins parce qu’ils sont tous retournés sur le marché en disant : « Vous nous avez délaissés », et c’est devenu le point central des négociations et des prochains accords salariaux partout au pays. Cette conséquence n’était pas voulue, mais elle est bien réelle.

**Le sénateur Martin :** Je vous remercie pour les exposés que vous avez présentés ce matin. Ils montrent l’importance de ce que nous faisons pour évaluer la situation et réunir les principaux intervenants, pour ensuite présenter des recommandations à la ministre alors qu’elle s’apprête à examiner le renouvellement de l’accord en matière de santé.

Je vous entends tous dire, d’après vos expériences qui vous donnent un point de vue national et global, certains mots clés et expressions comme responsabilité, besoin de systèmes intégrés et réorientation. En fait, vous avez parlé de responsabilité partagée. Ce sont là des expressions et des mots importants.

Vous nous avez donné beaucoup de matière à réflexion et présenté des aspects sur lesquels nos analystes devront se pencher pour la rédaction de notre rapport. Toutefois, vous pourriez peut-être nous parler davantage de l’accord lui-même parce qu’il s’agit, selon moi, d’un mécanisme important à intégrer et à coordonner,

provinces have this jurisdiction, and yet we are best positioned federally and all of you as global and national experts to suggest what some of the enabling factors in the current accord are that have allowed certain jurisdictions to be more successful. For example, those are the things we must keep.

What are some of the gaps? What needs to be added to further the effectiveness of this accord? I would love to hear all of you, in the presence of each other, agree on identifying some of the gaps, as well as saying these are some of the enabling factors that have been very good so we must keep them. That is a question to all of you.

**Dr. Schull:** As to why some jurisdictions were more successful than others, I think the reasons vary from jurisdiction to jurisdiction. I would not claim expertise on this particular question. In general, I think that health system management is actually very complicated. The capacity of jurisdictions to do it effectively varies tremendously. Some of the larger provinces that have perhaps more administrative capacity have done better in some instances than some of the smaller jurisdictions, but there is tremendous variability even within provinces in terms of how successful those provinces have been.

What are some of the success features of the first accord? Focus, for one thing. There was a clear focus on wait times, for better or worse. Some said it is the wrong five targets. Some asked why we are just focusing on wait times. However, at least it was focusing on something. That is a key element of success. The amount of money that was on the table was substantial, and that is a key element of success. It buys activity, and certainly it did so in this past instance. Those are at least two elements that are critical going forward.

My personal view is that, if the focus were to shift more towards system integration and accountability, I believe we are not going to lose the focus on wait times. We have seen in some jurisdictions, like Ontario, that the attention to wait times has gone beyond those top five. There have been substantial efforts to reduce emergency department waiting times, as one example, and with some success. That has not been copied elsewhere.

I think you can get change outside the specific parts that are named in the accord but, if you were to ask me what would be the most critical area to be focusing on, it would be the ones I mentioned around integration of care and accountability.

**Ms. Power:** I would echo the comments of my colleague. We have tried in health care to boil the ocean and to be all things to all people for so long. A great part of the 2004 accord was to start to focus our attention. Rightly or wrongly, we needed to start somewhere. The dollars came with it, because there is that upfront

puisque nous reconnaissons tous son importance pour chaque gouvernement. Les provinces ont cette compétence, et pourtant nous sommes mieux placés au niveau fédéral — et vous tous en tant qu'experts nationaux — pour dire quels sont les facteurs dans l'accord actuel qui ont permis à certaines provinces d'avoir plus de succès. Par exemple, ce sont là les choses que nous devons conserver.

Quels sont certains des écarts? Que faut-il ajouter pour rendre cet accord plus efficace? J'aimerais qu'en présence l'un de l'autre, vous vous entendiez pour cerner certains des écarts et cerner également certains des facteurs qui ont été très favorables et que nous devons donc conserver. Ma question s'adresse à vous tous.

**Dr Schull :** Les raisons pour lesquelles certaines provinces ont eu plus de succès que d'autres varient, je crois. Je ne prétends pas être un expert dans ce domaine particulier. En général, je crois que la gestion d'un système de santé est très compliquée. La capacité des provinces de le gérer de façon efficace varie énormément. Quelques-unes des grandes provinces qui ont peut-être plus de ressources administratives ont mieux fait que certaines provinces plus petites, mais le succès varie énormément à l'intérieur des provinces mêmes.

Quels sont les facteurs de succès du premier accord? L'accent mis sur certains domaines en est un. On s'est concentré sur les temps d'attente, pour le meilleur et pour le pire. Certains ont dit que les cinq cibles n'étaient pas les bonnes. Certains ont demandé pourquoi on mettait l'accent simplement sur les temps d'attente. Mais on s'est au moins concentré sur quelque chose. C'est là un élément clé du succès. La somme d'argent qui était mise sur la table était importante, et c'est là un élément clé du succès. Il stimule l'activité, et c'est ce qui s'est produit dans ce cas. Voilà au moins deux éléments qui sont essentiels pour la suite des choses.

Je crois personnellement que si on se concentre davantage sur l'intégration des systèmes et la responsabilisation, nous n'allons pas perdre de vue les temps d'attente. Certaines provinces, comme l'Ontario, ont prêté attention au temps d'attente ailleurs que dans les cinq domaines prioritaires. On a déployé des efforts importants pour réduire les temps d'attente dans les salles d'urgence, par exemple, avec un certain succès. Ces efforts n'ont pas été reproduits ailleurs.

Je crois que vous pouvez apporter des changements en dehors des domaines qui sont précisés dans l'accord, mais si vous me demandez quel est le secteur le plus important sur lequel il faut se concentrer, ce serait ceux que j'ai mentionnés en parlant de l'intégration des soins et de la responsabilisation.

**Mme Power :** Je reprendrais à mon compte les commentaires de mon collègue. Nous avons tenté de remuer ciel et terre dans le domaine des soins de santé et de satisfaire tout le monde pendant très longtemps. L'accord de 2004 visait principalement à cibler notre attention. À tort ou à raison, nous devions commencer

investment that is required. We have had varying success across the provinces, but that is just life and that is the way it is.

As we go forward, we need to get more to the root of what the issues are in the health care system. Wait time, as we mentioned, is just one dimension. It is hugely important to our citizens, though. It truly is hugely important. We cannot take our eye off that. We all know that. We are trying to bring those down to whatever the national benchmarks are.

I think it is more trying to get to the root of what the issues are as we go forward and really starting to invest in the foundation of health care rather than pick off the one-offs here and there.

**Senator Callbeck:** Good morning, everyone. Thank you for your presentations.

The first question I want to ask is about a problem that we have talked about for years. Ms. Power, you mentioned it, and I believe it was in one other brief. The question is about people in hospital beds who do not need to be there, because a hospital bed is so expensive compared to the alternatives.

I do not know whether we are making any progress in this regard or not. Ms. Power, you mentioned in your brief about having an infrastructure fund and maybe tax policies regarding home care and so on. Are we making any progress? Are there provinces that are doing things that are improving the situation? As I say, this makes common sense, and it seems that it has been a problem we have talked about for years. Are we making any progress? If not, why not? Why can we not do something about this?

**Ms. Power:** The answer to your question is yes, we are making some progress. There has been a huge infusion of funds and nursing home beds in Ontario, Nova Scotia and many places. However, the problem is that there is no silver bullet. There is no one thing. Ontario is leading the way here with their home first program and looking to how we can keep people safely in their homes. There was a period of time where we looked to nursing homes as the answer to everything. Just build more nursing homes, and everything will be fine. There is a need for some nursing home beds, but I think our attention needs to switch to the community resources that are out there. It is not so much always building more beds or nursing home places, but how do we keep people in their homes? How do we keep them well? What are the resources that need to be there? Sometimes it is as simple as having someone come and chop your wood so you can have firewood and stay safe, or someone to get your groceries. Sometimes it is much bigger than that and much more complex.

quelque part. L'argent est venu avec cela, parce que cet investissement direct est nécessaire. Les provinces n'ont pas toutes connu le même succès, mais c'est la vie et c'est comme cela.

À l'avenir, nous devons nous attaquer davantage à la cause des problèmes dans le système de soins de santé. Comme nous l'avons dit, les temps d'attente ne sont qu'un élément du tableau d'ensemble. Il est toutefois extrêmement important pour les Canadiens. Cela ne fait aucun doute. Nous ne pouvons pas fermer les yeux sur cet aspect. Nous le savons tous. Nous essayons d'abaisser les temps d'attente au niveau des points de repère nationaux, peu importe ce qu'ils sont.

Je crois qu'il faut désormais s'attaquer davantage à la cause des problèmes et commencer vraiment à investir dans la fondation des soins de santé au lieu de choisir un domaine ici et là.

**Le sénateur Callbeck :** Bonjour à vous tous. Merci de vos exposés.

La première question que j'aimerais poser porte sur un problème dont nous parlons depuis des années. Madame Power, vous en avez parlé, et je crois que le sujet a été abordé dans un autre mémoire. Il s'agit des gens qui se trouvent dans des lits d'hôpitaux et qui n'ont pas à y être; un lit d'hôpital est très coûteux en comparaison avec les autres solutions de rechange.

Je ne sais pas si nous faisons des progrès à cet égard. Madame Power, vous parlez dans votre mémoire d'un fonds d'infrastructure, de politiques fiscales concernant les soins à domicile, et ainsi de suite. Faisons-nous des progrès? Certaines provinces font-elles des choses qui améliorent la situation? Comme je l'ai dit, c'est une question de bon sens, et il semble que nous parlions de ce problème depuis des années. Faisons-nous des progrès? Sinon, pourquoi? Pourquoi ne pouvons-nous rien faire à ce sujet?

**Mme Power :** La réponse à votre question est oui, nous faisons des progrès. On a injecté d'énormes sommes d'argent et créé des places dans des centres d'hébergement en Ontario, en Nouvelle-Écosse et dans de nombreux endroits. Toutefois, il n'y a pas de solution miracle. Il n'y a pas de solution unique. L'Ontario est un chef de file dans ce domaine avec son programme Chez soi avant tout et il cherche des façons de garder les gens en sécurité dans leur maison. Il y a eu une époque où nous pensions que les centres d'hébergement étaient la réponse à tout. Qu'il suffisait de construire de nouveaux centres d'hébergement et tout irait bien. Il faut des lits en centre d'hébergement, mais je crois que nous devons nous tourner vers les ressources communautaires qui existent. Il ne s'agit pas tant de créer toujours plus de lits ou de construire des centres d'hébergement, mais plutôt de voir comment nous pouvons garder les gens chez eux et comment faire en sorte qu'ils y soient bien. Quelles ressources doivent être mises en place? C'est parfois aussi simple que d'avoir quelqu'un qui vient couper votre bois pour que vous puissiez avoir du bois de chauffage et rester en sécurité, ou d'avoir quelqu'un pour faire votre épicerie. C'est parfois bien plus que cela et beaucoup plus complexe.

I think this is something that is coming at us. We have known it for a longer time with the baby boomers. We know that in the next 20 years the impact on the health care system will be very intense with the increased needs, because we are getting older and we are not a healthy population, generally speaking.

In our minds, we really need to start to focus and invest in that infrastructure, whatever that looks like — from just supporting you in your home right on through to end-of-life care. It is not that we are not making progress; it is that the demand is insatiable. We have been doing a lot of things. If we had not done anything, we would be in bigger trouble than we are today, but this is an ongoing issue for us. We need to address it in a major, systemic way.

**Dr. Simpson:** To tie the wait time aspect to the ALC issue, I think it is perhaps not appreciated fully that we actually create ALC patients by making them wait. I see this every day in my hospital. Many Canadians are waiting for their hip or knee replacement or waiting for a cardiac procedure, sometimes even for a test. Since some jurisdictions do not have a robust outpatient infrastructure, they wind up coming to the emergency room for lack of anywhere else to go. We then admit them to hospital to get the test faster. The weekend goes by, and they are in bed. No one is getting them up because the physiotherapists are not working on the weekend. Before you know it, this person who is just functioning on the edge is now institutionalized. We have done this to them. Then they get *C. difficile* and, before you know, it is a one-way trip and they become ALC.

The whole thing is interconnected. We cannot just solve the ALC problem by saying we need more long-term care beds and better supports. All of those are important, but waiting for care generates these unintended consequences of admitting people to hospital simply so they can get care that could be easily delivered and better delivered in an outpatient setting.

**Dr. Schull:** I would echo the comments earlier that we are making some progress. The home first program is an example in Ontario. The idea there is that a patient who is designated as ALC, needing alternate level care, actually goes home to wait for the long-term care bed. In a large proportion of cases, they no longer need the long-term care bed once they get home and the support services are put in place in the home. That has been a success story.

If you think about the problem, you have a patient in a hospital bed who does not need to be there. They need to be somewhere else, whether it is long-term care or home care. Who is accountable for providing that? We have a system now where the hospital wants to get the patient out because they need that bed, so they are incented to get that patient out. However, there is no

Je crois que ce problème est en train de se présenter. Nous le savons depuis longtemps avec les baby-boomers. Nous savons qu'au cours des 20 prochaines années, l'impact sur le système des soins de santé sera très grand en raison des besoins accrus, puisque nous vieillissons et nous ne sommes pas une population en santé, de façon générale.

Dans notre esprit, nous devons vraiment commencer à cibler nos efforts et à investir dans cette infrastructure, peu importe à quoi elle ressemble — en commençant par l'aide qu'on apporte aux gens chez eux jusqu'aux soins de fin de vie. Nous faisons certes des progrès, mais nous ne pouvons pas satisfaire à la demande. Nous avons fait beaucoup de choses. Si nous n'avions rien fait, nous aurions beaucoup plus de problèmes qu'aujourd'hui, mais c'est un enjeu permanent pour nous. Nous devons y voir de manière systémique.

**Dr Simpson :** Pour établir un lien entre les temps d'attente et la question des autres niveaux de soins, je crois qu'on ne comprend peut-être pas tout à fait que nous créons des patients d'ANS en les faisant attendre. Je le vois tous les jours à l'hôpital. Un grand nombre de Canadiens attendent un remplacement de la hanche ou du genou ou une intervention cardiaque, et parfois même un test. Comme certaines provinces n'ont pas une infrastructure solide pour les consultations externes, ces gens viennent à l'urgence parce qu'ils ne peuvent aller nulle part ailleurs. Nous les admettons ensuite à l'hôpital pour que le test soit effectué plus rapidement. La fin de semaine passe, et ils sont alités. Personne ne les aide à se lever parce que les physiothérapeutes ne travaillent pas la fin de semaine. La première chose que vous savez, c'est que cette personne qui fonctionnait de justesse est maintenant institutionnalisée. Nous lui avons fait cela. Puis elle attrape le *C. difficile* et la première chose que vous savez, c'est qu'il s'agit d'un voyage sans retour et la personne devient un patient d'ANS.

Tout est relié. Nous ne pouvons pas régler le problème des ANS en disant qu'il faut plus de lits en soins de longue durée et de meilleurs services d'aide. Tout cela est important, mais l'attente pour des soins engendre des conséquences indésirables, c'est-à-dire l'hospitalisation des gens simplement pour qu'ils reçoivent des soins qui pourraient facilement être rendus dans un centre de consultations externes.

**Dr Schull :** Comme il a été dit tout à l'heure, je dirais à mon tour que nous faisons des progrès. Le programme Chez soi avant tout est un exemple en Ontario. L'idée derrière cela, c'est qu'un patient désigné comme nécessitant un ANS, un autre niveau de soins, retourne chez lui en attendant un lit en soins de longue durée. Dans bien des cas, cette personne n'a plus besoin d'une place dans un établissement de soins de longue durée lorsqu'elle retourne à la maison et que les services d'aide lui sont offerts chez elle. Voilà une réussite.

Si vous réfléchissez au problème, vous avez un patient dans un lit d'hôpital qui n'a pas besoin d'être là. Il doit être ailleurs, que ce soit dans un établissement de soins de longue durée ou chez lui où il reçoit des soins à domicile. Qui a la responsabilité de fournir ces soins? Dans le système actuel, l'hôpital veut que le patient s'en aille parce qu'il a besoin de ce lit, alors il est pressé de donner

accountability in terms of the long-term care home to take those patients in with any sort of performance metric. There is no accountability on the part to the community-based home care services to provide home care more rapidly. There are efforts to do so, and I am not suggesting people are not trying to do so, but there is not any sense of shared accountability across our system even at the local level. This is just one example of one of the critical problems we face. We are not all working on the same team, effectively.

I believe that many of the building blocks to create a system where there is shared accountability are already there. We have regional health authorities with defined geography and populations. We have health organizations that have a history of working together, but they do not have that shared accountability. I believe that is a key reason we are not making more progress than we could be.

**Senator Cordy:** I spent Monday morning in Nova Scotia at the signing of the palliative care coalition. I congratulate all of these organizations for coming together for a stronger voice. They asked me to use my voice in Parliament to talk about palliative care.

We have talked about long-term beds being used, and we know that 80 per cent of Canadians want to die in their homes. It is not a question of if we die; it is when we die. Eighty per cent say they want to die in their homes, yet 70 per cent are dying in hospitals. This is an area where we really can do what Canadians want and save money at the same time, which is a crass way of phrasing it, but at least we would be doing what Canadians want.

A number of you have mentioned reforms with incentives, and you have talked about stronger accountability. How do we get the incentives in place to make changes that Canadians want? Someone mentioned it earlier; I was on the Kirby committee when we studied the health care system, and Canadians were not nearly as open to changes at that time as I think they are in 2011. How do we get the incentives?

Ms. Power, you talked about a national health innovation fund where we share best practices and innovation that is happening across the country. This was sort of a double or triple question, dealing with the incentives, the accountability and the innovation fund, which was one thing that you mentioned, if you could expand on that.

I truly believe Canadians are more ready for change, and there are a lot of things that Canadians want. I do not think Canadians want to be in hospital beds for months and months on end. They would like to be in more of a home setting or in their own homes.

congé à ce patient. Toutefois, aucune mesure de rendement ne pousse un établissement de soins de longue durée à admettre ce patient. Les services communautaires de soins à domicile ne sont pas responsables de fournir des soins à domicile plus rapidement. Des efforts sont déployés dans ce sens, et je ne dis pas que les gens n'essaient pas de le faire, mais il n'y a pas un sens de responsabilités partagées dans l'ensemble de notre système, même au niveau local. Ce n'est qu'un exemple pour illustrer un des graves problèmes que nous connaissons. Nous ne travaillons pas tous dans la même équipe.

Je crois que nous avons déjà une grande partie des éléments nous permettant de créer un système dans lequel chacun est tenu de s'acquitter de ses responsabilités. Les autorités régionales en matière de santé sont chargées de gérer la prestation des services de santé dans un secteur géographique délimité. Certains organismes de santé ont déjà collaboré ensemble, mais leur relation ne comporte aucune obligation redditionnelle partagée. Je considère que c'est l'une des principales raisons pour lesquelles nous ne progressons pas autant que nous le devrions.

**Le sénateur Cordy :** J'étais en Nouvelle-Écosse lundi matin, lorsqu'on a signé l'accord de coalition pour des soins de fin de vie de qualité. Je tiens à féliciter toutes ces organisations d'avoir uni leurs voix. On m'a demandé de me servir de mon influence pour soulever la question des soins palliatifs.

Nous avons parlé des lits de soins de longue durée, et nous savons que 80 p. 100 des Canadiens souhaitent mourir à la maison. La question n'est pas de savoir si, mais plutôt quand nous allons mourir. Quatre vingt pour cent des personnes disent vouloir mourir chez elles, et pourtant, 70 p. 100 meurent à l'hôpital. Nous pourrions donc respecter la volonté des Canadiens tout en économisant de l'argent. C'est une façon un peu grossière de dire les choses, mais au moins, nous répondrions à la demande des Canadiens.

Certains d'entre vous ont parlé de réformes et de mesures incitatives, et aussi d'une meilleure reddition de comptes. Comment pouvons-nous mettre en place des mesures d'encouragement afin d'apporter les changements souhaités? Quelqu'un l'a mentionné plus tôt; je siégeais au comité Kirby lorsqu'il a étudié le système de santé, et je pense que les Canadiens n'étaient pas aussi ouverts aux changements à ce moment-là qu'ils le sont aujourd'hui, en 2011. Comment nous y prenons-nous pour créer des mesures incitatives?

Madame Power, vous avez parlé d'un fonds national d'innovation pour le secteur de la santé dans lequel nous échangeons des pratiques exemplaires et innovatrices de partout au pays. C'était en quelque sorte une question à deux ou trois volets, c'est-à-dire les mesures incitatives, la reddition de comptes et le fonds d'innovation, dont vous avez parlé plus tôt. J'aimerais que vous nous en disiez davantage à ce sujet.

Je crois sincèrement que les Canadiens sont prêts pour le changement, et ils réclament beaucoup de choses. Je ne pense pas que les Canadiens veulent passer les derniers mois de leur vie dans un lit d'hôpital. Ils préféreraient être à la maison. D'après ce que

One thing I heard on the Aging Committee was that we should really have in place something like the Veterans Independence Program, where people can stay in their homes longer. I think we are always looking at the hospital-doctor model, where some people just need someone to make a meal or, as someone mentioned earlier, shovel the driveway or mow the lawn, housekeeping types of things.

We have to get away from it being just hospital-doctor-medical and use other agencies in our communities. Could you comment on that?

**Dr. Postl:** I think palliative care is not an innovation any longer, frankly. To kind of categorize these issues as innovations is counterproductive. It is just a program that makes sense and needs to be implemented which therefore needs funding and some action.

I think the risks of trying to tie every change into innovation, if we know the change needs to happen — and there is lots of evidence to support it — it stops being an innovation at that point and it really is a change. The more we pretend everything is an innovation, the more we start pilot projects we test in one or two places and they stay as pilot projects. Things like palliative care and the proportion of people able to die at home is not a news flash. That is something that should have been in place many years ago and it is something that should happen.

**Ms. Power:** Thank you for the question. It was a great question. I agree with Dr. Postl for sure.

Our reference to the innovation fund was to look at other areas where those pockets of excellence are happening across Canada; we know they are happening. We do not have a good clearing house or a good place where we can start to share what those innovations are to really make the change. I agree that palliative care is not an innovation.

I want to share with you, as an example, a palliative care program in terms of where we could be headed. It is something that comes out of Halifax, but we are trying to share this across the country. We call it the PATH program. It is meant to be palliative and therapeutic harmonization. It is focused on the frail elderly, particularly people with dementia. We use, for example, a case study of a man with dementia in his seventies who is on the waiting list for cardiac surgery. The cardiac surgeon will go ahead and do it because he is looking at the heart and his ability to make that better. However, when you look at it in the context of the person, you recognize that going through surgery will be hugely detrimental to that patient; it will increase their dementia and there will be lots of co-morbidities that could happen. In the conversation with the patient and family, we must recognize that this is not the most appropriate way to go. How do you help the patient and family live with the condition? A whole program was

j'ai entendu au Comité sur le vieillissement, il faudrait à tout prix mettre sur pied un programme à l'instar du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, grâce auquel les gens peuvent demeurer plus longtemps à la maison. Je pense que nous fonctionnons encore avec le modèle hôpital-médecin, alors que certaines personnes auraient simplement besoin qu'on leur prépare un repas ou, comme quelqu'un l'a indiqué plus tôt, qu'on déneige leur entrée, qu'on tonde leur pelouse, et ce genre de choses.

Nous devons cesser de nous en tenir à ce modèle. Il faut faire appel à d'autres organismes au sein de nos collectivités. Pourriez-vous nous donner votre avis là-dessus?

**Dr Postl :** En toute honnêteté, je pense que les soins palliatifs ne sont plus de l'ordre de l'innovation. À mon avis, il serait contreproductif de considérer ces mesures comme de l'innovation. Il s'agit tout simplement d'un programme sensé qui doit être mis en œuvre au moyen de sources de financement et de certaines mesures.

Si nous faisons de chaque changement une mesure innovatrice, si nous savons que ce changement s'impose — et qu'il y a énormément de preuves à l'appui —, cela n'est plus de l'ordre de l'innovation, mais plutôt du changement. Plus nous prétendons que c'est de l'innovation, plus nous amorçons des projets pilotes qui demeurent des projets pilotes. Ce n'est pas la première fois qu'on entend parler des soins palliatifs et de la proportion des personnes qui peuvent mourir chez elles. C'est quelque chose qui aurait dû être instauré il y a longtemps déjà et qui doit maintenant se concrétiser.

**Mme Power :** Je vous remercie. C'est une excellente question et je suis tout à fait d'accord avec le Dr Postl.

Le fonds d'innovation dont j'ai parlé faisait davantage référence à ces regroupements d'excellence partout au Canada; nous savons ce qu'ils font. Nous n'avons toutefois pas de centre d'échange ou d'autres bons endroits où nous pourrions mettre en commun ces pratiques innovatrices dans le but de réellement changer les choses. Je conviens que les soins palliatifs ne sont pas une question d'innovation.

J'aimerais vous donner un exemple de programme de soins palliatifs dont nous pourrions nous inspirer. Il s'agit d'un programme établi à Halifax, mais nous essayons de le mettre en œuvre partout au pays. Nous l'appelons le programme PATH. Ce programme mise sur l'harmonisation des soins palliatifs et thérapeutiques et vise les personnes âgées en perte d'autonomie, particulièrement celles souffrant de démence. Par exemple, nous étudions le cas d'un septuagénaire atteint de démence qui est en attente d'une chirurgie cardiaque. De toute évidence, une fois son tour venu, le patient subira la chirurgie, parce que le chirurgien cardiologue fera son travail. Cependant, quand on y pense bien, on réalise qu'une telle chirurgie peut avoir des conséquences désastreuses sur le patient. Elle pourrait aggraver sa démence et entraîner de nombreuses comorbidités. En discutant avec le patient et la famille, il faut reconnaître que ce n'est pas la meilleure façon de faire. Comment fait-on pour aider le patient et

put in place around that, which has been wildly successful and has cut down incredibly on lengths of stay and inappropriate care, et cetera.

I think there are wonderful examples of innovation around palliative care and all kinds of other things that as Canadians we need to share and be able to tap into to really make a difference in what we are doing.

**Senator Seidman:** I think we all recognize that undoubtedly we are at a serious crossroads here. I too have tried to listen very carefully to what you have all been saying. It is very evident to me and probably to everyone sitting around this table that you have all been emphasizing the same things.

Ms. Power, you were very focused on accountability; Mr. Vail on efficiency; Dr. Schull, you were very patient-centred; and Dr. Postl raised very serious issues about accountability and scientific evidence.

In that spirit, I would like to ask about reporting, comparability of data and electronic records. Very specifically, the kind of impact that a coherent plan could have on these three themes you have put forward today: accountability, patient-centred and efficient systems.

**Dr. Schull:** I am a clinician wherein I see patients in the emergency department, and I am also a health services researcher, so I use data every day in my work.

One of the four things I mentioned in my brief was a critical reform. We need to make progress on electronic data systems in Canada. We have made far too little over the last 10 years. There are jurisdictions and hospitals that have made more progress than others, but as a country and when you look at individual private practitioners and the use of electronic data systems, we are far behind most other comparable countries in the OECD. Actually, that distance I think is getting worse, not better. We need to make more progress. I will not claim expertise in understanding why we have not made as much progress as we could, but I would say that is absolutely critical.

Where we may have gotten off track a little bit is that at the outset, there was the idea that it would have been ideal to have some kind of national electronic health record, wherein if I came from Toronto to Ottawa today but suddenly had chest pain, I could go to the Ottawa General and someone could pull up my record from Toronto. Would that not be wonderful?

sa famille à vivre dans cet état? On a mis en place un programme à cet effet, qui s'est révélé très fructueux et qui a permis de réduire considérablement la durée des séjours et la prestation de soins inadéquats, et cetera.

Je pense qu'il y a de merveilleux exemples d'innovation dans le domaine des soins palliatifs et ailleurs que nous, en tant que Canadiens, devrions mettre à contribution dans le but de réellement améliorer la situation.

**Le sénateur Seidman :** Je pense que nous pouvons tous convenir que nous sommes aujourd'hui à une importante croisée des chemins. J'ai été très attentive à ce que chacun d'entre vous avez dit et, visiblement, vous insistez sur les mêmes aspects.

Madame Power, vous accordez beaucoup d'importance à la reddition de comptes; monsieur Vail, vous êtes particulièrement attaché à l'efficacité; docteur Schull, vous préconisez une approche axée sur le patient; et docteur Postl, vous avez soulevé d'importantes questions entourant la reddition de comptes et les preuves scientifiques.

Cela dit, J'aimerais en savoir davantage sur la production de rapports, la comparabilité des données et les dossiers électroniques. Plus précisément, je voudrais qu'on me parle de l'incidence d'un plan cohérent sur ces trois thèmes : la reddition de comptes, les soins axés sur les patients et les systèmes efficaces.

**Dr Schull :** Je suis clinicien et je rencontre des patients à l'urgence, mais je suis également chercheur en services de la santé. Par conséquent, je me sers de données tous les jours dans le cadre de mon travail.

L'une des quatre recommandations que j'ai faites dans mon mémoire tenait à la nécessité d'une réforme. Nous devons réaliser des progrès au chapitre des systèmes de données électroniques au Canada. Les efforts que nous avons déployés ces 10 dernières années sont insuffisants. Il y a des provinces et des hôpitaux qui ont obtenu de meilleurs résultats, mais sur le plan des praticiens d'exercice privé et de l'utilisation des systèmes de données électroniques, le Canada se classe loin derrière la plupart des autres pays de l'OCDE. Et je dirais que la situation ne s'améliore pas, au contraire. Nous devons accomplir d'autres progrès. Je ne prétends pas être expert pour ce qui est de savoir pourquoi nous n'avons pas fait mieux, mais je dirais qu'il est absolument essentiel d'en faire davantage.

Là où les choses ont un peu dérapé, c'est qu'au début, on aimait bien l'idée de tenir un dossier électronique national de santé. Grâce à ce dossier électronique, même si je viens de Toronto et que j'éprouve une douleur thoracique lorsque je suis en visite à Ottawa, je pourrais me faire soigner à l'hôpital général d'Ottawa, car on aurait accès à tous mes antécédents médicaux. Ne serait-ce pas merveilleux?

All I want as a practising clinician, when someone comes into my emergency room at Sunnybrook, I would like to at least be able to pull up the records from the clinics in Sunnybrook Hospital. I cannot do that right now, let alone the records of their primary care physician or outpatient records.

A few weeks ago, I had a woman come into the emergency department with her husband who had a number of chronic issues, and when I asked for results from the battery of previous tests he had had, she asked, "Can you not pull it up on the computer?" It made perfect sense for her to say that. I said, "I wish I could but I cannot."

The point is, we need those data systems at the coal face, when we are seeing patients. We also need that data to feed into electronic data systems in a timely manner in order to judge how well our system is performing, and we can report that to Canadians. Right now, we have that in places, but it is spotty, there is not good national public reporting, on top of which it really is not timely enough. The typical report at the Institute for Clinical Evaluative Sciences is probably at least 18 months old by the time we report the data. By then, most people say, "That is old data."

**Dr. Postl:** I would agree with that entirely, that it is almost a no-brainer that you need to be able to access information about patients while you are caring for them from wherever that data may exist.

One of the fascinating features that we have to deal with is the issue of privacy, because for these records to be effective, they must be part of a public system. They cannot just sit in a doctor's office or a clinic or a hospital. They have to be widely shareable, and we have to make sure we manage the issues of privacy to make that possible. Without that, they will also be seen as mediocre in their performance 10 years from now, when it is better implemented because we will not be able to share the data effectively.

**The Chair:** Who should make it happen?

**Dr. Schull:** I do not think there is any one player. The federal government, again, has a leadership role to play. The Canadian government invested billions of dollars in Inforoute and needs to continue to take that leadership role.

My view is that where there has been most progress is where local systems have taken this by the horns and developed a system that works locally. I do not really care if I cannot get records from when my patient lived in Edmonton four years ago. What I want to have access to routinely is the local health care information in my system of care. There are examples where systems locally,

Lorsqu'une personne entre dans ma salle d'urgence à Sunnybrook, tout ce que je veux, en tant que clinicien actif, c'est pouvoir au moins consulter les dossiers des cliniques à l'hôpital Sunnybrook. C'est impossible en ce moment, et je ne parle pas des dossiers des médecins de premier recours ni des cliniques externes.

Il y a quelques semaines, une femme et son mari, aux prises avec plusieurs problèmes chroniques, sont venus à l'urgence. Lorsque j'ai voulu obtenir les résultats de tests, la femme m'a demandé : « Vous ne pouvez pas les consulter à partir de l'ordinateur? » Cela semblait logique pour elle. Je lui ai répondu que j'aimerais bien pouvoir le faire, mais que c'était impossible.

Nous avons besoin de ces systèmes de données aux premières lignes, lorsque nous voyons les patients. Nous avons besoin que ces données alimentent nos systèmes de données électroniques en temps opportun pour nous permettre d'évaluer le bon fonctionnement de notre système et d'en faire rapport aux Canadiens. À l'heure actuelle, on a pris des mesures à certains endroits, mais c'est très inégal; il n'y pas de bon système de rapports publics à l'échelle nationale, et encore moins opportuns. Lorsque nous présentons nos données, cela fait déjà 18 mois qu'un rapport de l'Institut de recherche en services de santé a été publié. La plupart des gens diront que ce sont des données désuètes.

**Dr Postl :** Je suis tout à fait d'accord. Il est évident que vous devriez pouvoir accéder à toute l'information existante sur les patients pendant que vous les traitez, et ce, peu importe où elle se trouve.

L'un des aspects fascinants de cette mesure, c'est qu'il faut aussi assurer la protection des renseignements personnels. Pour que ces dossiers soient efficaces, ils doivent faire partie d'un système public. Ils ne peuvent pas simplement se trouver dans le bureau d'un médecin, dans une clinique ou à l'hôpital. On doit pouvoir les partager à grande échelle; c'est pourquoi nous devons veiller à ce que les questions liées à la protection des renseignements personnels ne compromettent pas ce partage. Autrement, dans 10 ans, même si tout est mis en œuvre, le rendement sera toujours aussi médiocre, étant donné qu'on ne sera pas en mesure de partager les données de façon efficace.

**Le président :** Qui devrait alors intervenir?

**Dr Schull :** Je ne pense pas que cela n'implique qu'un seul acteur. Évidemment, le gouvernement fédéral est celui qui doit prendre l'initiative dans cette situation. Il a déjà investi des milliards de dollars dans Inforoute et doit continuer d'assumer un rôle de premier plan.

À mon avis, là où on a réalisé les plus grands progrès, c'est lorsque des systèmes locaux ont pris le taureau par les cornes et ont élaboré un système qui fonctionne à l'échelle locale. Au fond, je n'ai pas vraiment besoin d'avoir accès aux antécédents de mon patient, alors qu'il vivait à Edmonton, il y a quatre ans. Ce dont j'ai réellement besoin, c'est pouvoir consulter l'information sur les



including different organizations and so forth, have come together. Alberta has made huge progress in terms of developing population-based data records.

Jurisdictions or organizations such as the veterans administration in the U.S. have proven, and there is terrific evidence, that having a coherent and smoothly functioning electronic health data system, overcoming these issues of security — which are important, but I fear are sometimes red herrings and are used to delay progress in this area — demonstrated substantial improvements in quality and reduction in cost. This is absolutely a no-brainer, and the federal government has to be at the table leading the way in collaboration with the provinces and territories.

**Dr. Simpson:** We have talked a lot about personal health information and how important it is for practitioners to have that and to be able to share back and forth. The other part of this, of course, and I think you were alluding to this, is the system data and how we can use it to make the system better. The key role for the federal government is clearly assisting in the development of national standards and national data definitions. We have 13 different political jurisdictions that measure wait times in different ways and report them in different ways, so comparisons across jurisdictions become difficult to interpret. That creates a lot of noise and distracts from the mission of trying to all move forward together. From a very macro-level, that kind of leadership at the top would be a big step forward.

**Ms. Power:** I think there was gross underestimation going into this of the level of sophistication in the IT world in health care. We were starting with Rolodex, in some instances. We were going back a long way.

You asked who should do this. I do believe that the federal government needs to take a leadership role around a vision for a national IT infrastructure. Yes, today, we are so far behind that all we want to care for the patients in front of us is what is local, but we have to be thinking bigger than that. We have to be thinking that, as a country, we can start to share information and use it to compare ourselves and to be able to care for the people who come through our doors.

**Senator Demers:** I found your answers to be extremely honest with no sugar coating, and I like that. I do not like BS, and you did not do that. Last year, at this time, I was not able to attend the Senate because I was recovering from a medical mistake. We started with a minor operation. It ended up being between life and death in 48 hours. It was a tough situation. It became publicized because I happen to be a former NHL coach, and it came to be known around North America. I am not bragging here.

soins de santé qui ont été prodigués dans ma région. Il y a des exemples de systèmes locaux, y compris de différentes organisations, qui ont uni leurs efforts. L'Alberta a fait un énorme pas en avant en mettant sur pied un système de données axées sur la population.

Certains pays ou organisations comme l'administration américaine des anciens combattants ont prouvé hors de tout doute que le fait d'avoir un système de données électroniques sur la santé cohérent et sans heurts, tout en réglant toutes les questions liées à la sécurité — qui sont certes importantes, mais qui, je le crains, constituent parfois des faux-fuyants qui servent à retarder les progrès à ce chapitre — permettait d'améliorer considérablement la qualité des services et d'en réduire les coûts. Cela va de soi, et le gouvernement fédéral doit prendre la situation en main, en collaboration avec les provinces et les territoires.

**Dr Simpson :** Nous avons beaucoup parlé des renseignements sur la santé des patients et à quel point il est important que les praticiens y aient accès et puissent les partager. Évidemment, il y a aussi les données qui alimentent le système, et je pense que vous en avez fait allusion plus tôt, ainsi que la façon de les utiliser qui permettrait d'améliorer le fonctionnement du système. Le gouvernement fédéral a un rôle prépondérant à jouer dans l'élaboration de normes nationales et la définition des données nationales. Nous avons 13 provinces et territoires qui mesurent les temps d'attente et qui produisent des rapports à leur façon; il est donc difficile d'établir des comparaisons entre eux. Cela crée des problèmes et nous détourne de notre mission d'aller de l'avant ensemble. Dans une perspective globale, ce genre de leadership au plus haut niveau marquerait une nette amélioration.

**Mme Power :** Je pense qu'on a fait une grossière sous-estimation relativement au degré de sophistication de la TI dans le domaine de la santé. Nous avons commencé avec Rolodex dans certains cas. Nous remontons loin en arrière.

Vous avez demandé qui devrait intervenir. J'estime que le gouvernement fédéral doit assumer un rôle de premier plan dans le développement d'une vision à l'égard d'une infrastructure nationale de technologie de l'information. Aujourd'hui, je conviens que tout ce qui importe, c'est d'avoir accès à l'information locale sur les patients. Cependant, nous devons voir plus grand. Nous devons penser qu'en tant que pays, nous pourrions partager l'information et l'utiliser pour nous comparer et soigner les patients qui se présentent dans nos établissements de soins de santé.

**Le sénateur Demers :** J'ai trouvé vos réponses très honnêtes. Je n'aime pas lorsqu'on essaie de nous dorer la pilule, et vous ne l'avez pas fait. À la même époque l'an dernier, je ne pouvais pas prendre part aux séances du Sénat, car je me remettais d'une erreur médicale. Tout a commencé par une chirurgie mineure. Dans les 48 heures qui ont suivi la chirurgie, j'étais entre la vie et la mort. C'était très difficile. Mon histoire a été très médiatisée, étant donné que je suis un ancien entraîneur dans la LNH. Tout le monde était au courant partout en Amérique du Nord. Je ne dis pas ça pour me vanter.

I have a friend who is a doctor, and we have discussed this over the years. The system is broken. It is not just the Jacques Demers. In the United States, 180,000 people died last year because of medical mistakes, and there are a lot of people in Canada. Where do we start? By the way, the two doctors who operated on me were great doctors, so no accusation. They are overworked and fatigued. The younger doctors, but not all of them, are not willing to put the time in that they used to. The nurses are overworked. There are people today fighting for their lives because of medical mistakes, or they are sent home and they never recover. Where does it start? Is the system broken? I feel for those doctors and nurses. They have made a change at the hospital where I was so the doctor does not come in for two minutes, "Hi, coach, how are you? Did the Montreal Canadians win last night?" It is nothing personal. They look at my stomach and walk out. Three days later, I am between life and death. That happens a lot. Where do we start from there? It is not money. Where do we start? Thank you for your answer.

**Ms. Power:** Is our system broken? I would say that the system is not broken. By and large, as a health system, we do great work and save lives every day. Are mistakes made? Absolutely. We talk in our brief around quality and focusing on quality. How are we doing? How are we measuring up? Where are we making mistakes? How can we stop them? If you look around this country, there are a number of organizations dedicated to looking at quality. In fact, there are a lot of them. Maybe something to think about is how we streamline that whole look. There has to be a push on quality. We have, through Accreditation Canada and the Canadian Patient Safety Institute, recognized that these things are happening all the time.

I would bet my life that there is not one health care organization that is not spending a tonne of time and money on quality and being sure that we are doing everything we can to prevent those errors. However, it still requires a much greater focus and a convergence of all of the work that many organizations are doing around quality to ensure that, the next time you come into hospital, we have learned from those mistakes and have processes in place to prevent it from happening again.

**Dr. Simpson:** Senator Demers, I grew up in New Brunswick when you were coaching the Fredericton Express, so I came to know you then as someone who does not sugar-coat things.

**Senator Demers:** Especially when I lose.

**Dr. Simpson:** Listening to my radio at night, I heard you in those post-game interviews.

Medical mistakes are huge. There has been a culture change. There is a culture of patient safety that has penetrated every corner of the country and every medical environment in the country. Part of that is the commitment to disclose the error in an honest, forthcoming and timely way so that patients and their

J'ai discuté de la situation avec un ami médecin. Le système fait défaut. Il n'y a pas que moi. Aux États-Unis, 180 000 personnes sont décédées l'an dernier à la suite d'erreurs médicales, et il y a également beaucoup au Canada. Par où commencer? Soit dit en passant, les deux médecins qui m'ont opéré étaient excellents; je n'ai pas porté d'accusation. Ils étaient surchargés et épuisés. Les médecins plus jeunes, pas tous, mais la grande majorité, ne sont pas prêts à consacrer autant de temps à leur travail. Les infirmières sont débordées. Il y a des gens aujourd'hui qui luttent pour leur vie en raison d'erreurs médicales ou sont renvoyés à la maison où ils ne se rétablissent jamais. Cela commence où? Le système est-il défaillant? Je compatissais avec ces médecins et infirmières. Ils ont apporté un changement à l'hôpital où j'étais, de sorte que le médecin ne me dise pas : « Bonjour entraîneur, comment allez-vous? Les Canadiens de Montréal ont-ils remporté le match d'hier soir? » Ce n'est rien de personnel. Ils ont examiné mon ventre, puis sont sortis. Trois jours plus tard, je me retrouvais entre la vie et la mort. C'est fréquent. Par où on commence? Ce n'est pas une question d'argent. Je vous remercie pour votre réponse.

**Mme Power :** Notre système fait-il défaut? Je dirais que non. En général, notre système de santé fait de l'excellent travail et sauve des vies tous les jours. Commet-on des erreurs? Absolument. Dans notre mémoire, nous parlons de la qualité et de l'importance d'y accorder une priorité. Où se situe-t-on? Où fait-on erreur? Comment peut-on y remédier? Il y a de nombreuses organisations partout au pays qui sont chargées de veiller à la qualité. Comment pourrait-on simplifier tout le processus? Il faut insister sur la qualité. Nous avons reconnu, par l'intermédiaire d'Accreditation Canada et de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, que ces choses arrivent tout le temps.

Je vous garantis qu'il n'y a pas un seul organisme de santé qui ne consacre pas énormément de temps et d'argent à la qualité afin de s'assurer qu'on a pris toutes les mesures nécessaires pour prévenir ces erreurs. Toutefois, il faut encore accorder une grande attention à la qualité et regrouper le travail de nombreux organismes sur le plan de la qualité, de sorte qu'à votre prochaine visite à l'hôpital, nous aurons appris de ces erreurs et mis en place des processus pour éviter que la même situation ne se reproduise.

**Dr Simpson :** Sénateur Demers, j'ai grandi au Nouveau-Brunswick quand vous étiez l'entraîneur de Fredericton Express, je sais donc depuis cette époque que vous n'êtes pas du genre à doré la pilule.

**Le sénateur Demers :** Surtout quand je perds.

**Dr Simpson :** En écoutant la radio le soir, je vous ai entendu dans des reportages après la partie.

Les erreurs médicales sont désastreuses. La culture a changé. Une culture de la sécurité des patients s'est développée aux quatre coins du pays et dans tous les milieux médicaux. En fait partie l'engagement pris pour révéler honnêtement, franchement et rapidement les erreurs commises afin de donner l'occasion aux

families can understand exactly what happened. They can prepare and deal with it, take charge again and become in control again. They also need to know that the system in the hospital and the providers and everyone who has been involved in the adverse event are committed to learning from it so that things like that do not happen again. Your comment is bang on.

It could potentially be part of a patient charter. One of the things that patients are entitled to is having a safe hospital stay or a safe medical experience but, when there is an adverse event, they have a right to timely disclosure of that event.

**Dr. Postl:** The first thing about safety patient issues is that they have always been here. This is not a new phenomenon. It will never be zero. The environment is too complex. Where you see patient safety issues come to bear is often in transition points, in patient movement between ORs and ICUs, between emergency rooms and ICUs or between hospitals and personal care homes. We have not done as well, and people are working hard on, on how to systematize our processes so that you consider patient safety in every step in the progression of care. That is part of being more patient focused. When you are not patient focused, you are moving patients as entities, not as patients, between units, between activities or between functions. If we focus on the patient in that movement, in that journey they have through the health system, patient safety starts improving very dramatically.

**Dr. Schull:** I would argue that patient safety is probably one of the bright spots over the last ten years in terms of a general culture change. There has been real progress certainly in terms of measurement, identification of indicators, measuring those indicators and trying to address change. The problem is that most of that attention has been within hospitals or within organizations or within one part of the system. If a surgeon walks in and amputates the wrong leg, it is pretty obvious who made the mistake. Where we are having ongoing challenges, as Dr. Postl just said, is in diffuse responsibilities or in transitions of care. When a patient leaves the emergency department and goes home, there is no report that gets to the family doctor, and a blood test never gets followed up properly. Who is responsible? When a patient is discharged from hospital to a long-term care facility and there is never any good interaction between the primary care physician and the specialist, who is responsible? That is unclear in our system, and that is where there are a lot of errors and safety problems occurring. While they can be measured, at this point it is not that clear how we resolve them because the accountability is unclear.

patients et à leurs familles de savoir exactement ce qui s'est passé. Ils pourront donc se préparer à affronter la situation, se prendre en charge et reprendre le contrôle. Ils doivent aussi savoir que le système hospitalier, les fournisseurs de services et tous ceux qui étaient associés à l'événement indésirable veulent en tirer des leçons afin d'éviter qu'il ne se reproduise. Vous avez tout à fait raison de le dire.

Cela pourrait éventuellement être inclus dans le dossier du patient. Les patients ont le droit de séjourner à l'hôpital et de recevoir des soins médicaux en toute sécurité, mais si un événement indésirable se produit, ils ont le droit d'en être informés en temps voulu.

**Dr Postl :** Il faut tout d'abord comprendre qu'il y a toujours eu des problèmes de sécurité des patients. Le phénomène n'est pas nouveau. On ne s'en débarrassera jamais. La situation est trop complexe. Les problèmes de sécurité des patients apparaissent souvent aux points de transition, lorsqu'un patient passe d'une salle d'opération à un service de soins intensifs, d'une salle d'urgence à un service de soins intensifs ou d'un hôpital à un foyer de soins personnels. Nous n'avons pas obtenu les résultats espérés et les gens travaillent d'arrache-pied pour trouver le moyen de systématiser les processus afin de pouvoir suivre la sécurité du patient à chaque étape de la prestation de services de soins de santé. Cela entre dans le cadre de soins plus centrés sur le patient. Autrement, le patient n'est pas considéré en tant que tel, mais comme une entité que l'on déplace d'une unité de soins à l'autre, d'une activité à l'autre ou d'une fonction à l'autre. En centrant davantage nos activités sur le patient durant ces transferts au sein du système des soins médicaux, sa sécurité commence à se renforcer considérablement.

**Dr Schull :** Je dirais que la sécurité du patient est probablement l'un des points positifs du changement général de ces dix dernières années au niveau de la culture. De réels progrès ont été réalisés sur le plan de la mesure et de l'identification des indicateurs et de l'adaptation au changement. Le problème est que ce sont surtout les hôpitaux, dans les organisations et une certaine partie du système qui ont fait cet effort. Si un chirurgien se trompe de jambe en faisant une amputation, il est facile de voir que c'est lui qui a commis l'erreur, mais comme le Dr Postl vient de le dire, c'est en présence de responsabilités imprécises ou lors de transition de soins qu'il est plus difficile de savoir qui a commis l'erreur. Quand un patient quitte le service d'urgence et retourne à la maison, son médecin de famille ne reçoit pas de rapport et l'analyse de sang ne fait l'objet d'aucun suivi. Qui est responsable? Quand un patient est transféré d'un hôpital à un établissement de soins prolongés et que l'interaction entre le médecin de premier recours et le spécialiste n'est jamais bonne, qui est responsable? Notre système n'est pas clair sur ce point et c'est là que se produisent bon nombre d'erreurs et de problèmes de sécurité. Mais même si on peut les mesurer, nous ne savons toujours pas comment les résoudre, car nous ne savons pas qui est vraiment responsable.

[Translation]

**Senator Champagne:** According to most of the charts we see in the media and the ones for Quebec's health care system, the situation seems to be worse in Canada. I do not agree with that. Over the past five years, I have seen the best in our health care system. I had meningococemia and I was in a deep coma for 42 days.

After being in the hospital for 65 days, I wanted to go home. Yes, I needed a walker, but I wanted to go home. I was finally allowed to go home instead of going to a convalescent home. For two months, a CLSC nurse came to my house every day to change the dressings on my legs, do the blood tests and send the results to the doctor so that he would adjust the Coumadin dosage, and so on.

That is a great way to free up hospital beds. They ended up letting me go home five or six days earlier than they had hoped. After meningococemia, the last thing I needed was depression. Do the other provinces have this type of service? If not, should the government not push to make a service like that available? The fact that they were able to come to my house to change the dressing on my legs every day, since I was not able to walk to a clinic, made it possible to free up a hospital room at the time. What do you think about that?

[English]

**Ms. Power:** This is what we are talking about for home care and there is home care in all of the provinces that is working very well. The area where we need to strengthen that somewhat is the degree of home care that is made available. If you are having your dressing changed once a day, or a couple of times a day, that is pretty standard in home care across the country and that is supported by most provincial governments. If you require a lot of home care that is where the gap is, and people are staying a long time in hospital because those kinds of resources are not in the community.

We are talking about that when we talk about enhancing primary health care and some kind of structural fund for the community, and how we put additional resources there so we can let people go home. They will recover far better than they will in hospital, surrounded by the things that are important to them. That is a good point.

[Translation]

**Senator Champagne:** I was lucky to have a husband who ran errands and took care of the rest at home. At the same time, I thought it was great that I did not have to go to a clinic every day; they were the ones coming to my house. That also helped my husband, since he did not have to drive me and bring my wheelchair so that I could get around.

[Français]

**Le sénateur Champagne :** Selon la plupart des tableaux qu'on nous présente à travers les médias et ailleurs du système de santé au Québec, il serait le pire au Canada. Je ne suis pas d'accord. Au cours des cinq dernières années, j'ai été la récipiendaire du meilleur de notre système de santé. J'ai été frappée d'une méningococémie et j'ai donc vécu 42 jours dans un coma profond.

Après 65 jours à l'hôpital, je voulais rentrer chez moi. D'accord, j'avais besoin d'un déambulateur, mais je voulais rentrer chez moi. On m'a finalement permis de rentrer chez moi et non pas d'aller dans une maison de convalescence. J'ai eu tous les jours, pendant deux mois, une infirmière du CLSC qui venait chez moi refaire les pansements à mes jambes, refaire les prises de sang dont elle envoyait les résultats au médecin afin qu'il ajuste les doses de Coumadin, et ainsi de suite.

C'est une façon extraordinaire de ne pas encombrer des lits d'hôpital. On m'a finalement laissée partir chez moi cinq ou six jours plus tôt qu'on ne l'avait souhaité. Après une méningococémie, je n'avais pas besoin d'une dépression en plus. Est-ce que dans les autres provinces on a ce genre de services? Sinon le gouvernement ne devrait-il pas insister pour qu'un tel service soit offert? Le fait qu'on ait pu venir chez moi changer les pansements pour mes jambes tous les jours parce que je ne pouvais pas marcher pour me rendre à une clinique a permis de libérer une chambre d'hôpital à ce moment-là. Qu'est-ce que vous en pensez?

[Traduction]

**Mme Power :** C'est exactement le point que nous soulevons en parlant des soins à domicile qui sont offerts très efficacement dans toutes les provinces. Il faut améliorer le niveau des services de soins à domicile. Le changement de pansements une ou deux fois par jour est un service de soins à domicile assez normal à travers le pays et qui bénéficie de l'appui de la plupart des gouvernements provinciaux. La situation se complique lorsque le patient nécessite beaucoup de soins à domicile, et puisque la collectivité manque de ressources, il doit séjourner longtemps à l'hôpital.

C'est de cela dont nous parlons lorsque nous évoquons l'amélioration des soins de santé primaire, une sorte de fonds structurels pour la collectivité et la façon dont nous ajoutons des ressources afin que les patients puissent retourner chez eux où ils se retrouvent dans leur élément et où ils se rétabliront bien plus rapidement qu'à l'hôpital. C'est une excellente observation.

[Français]

**Le sénateur Champagne :** J'étais très chanceuse d'avoir à la maison un mari qui faisait les courses et qui pouvait s'occuper du reste. Cependant, j'ai trouvé extraordinaire de ne pas avoir à me rendre dans une clinique tous les jours, ce sont eux qui venaient à moi. De plus, cela aidait mon mari qui n'avait pas à me transporter à la voiture et à prendre le fauteuil roulant pour me rendre quelque part.

I have also seen the worst. I recently had to go to the emergency room because I could not see a doctor. I was not dying, but I was in a lot of pain. I got there at 11 a.m. and went to triage at 12:30 p.m. At 6 p.m., I was still in the room when I was finally called to a second triage. This is what they told me, "Wait, you are not a priority." I asked what process they used to determine who was a priority and they said, "Accidents, people in cardiac distress, children, old people and others. You are with others, so just manage!"

So I asked: "How old do you have to be to be considered old?" I said that I was 72. "How long do I have to wait before I am considered old?"

She finally looked at my file, which she had obviously not done before, and moved me from the 12th spot to the fourth, which meant that a doctor saw me at midnight. I had been there since 11 a.m. I really want to believe that I was not dying, but it was very painful.

Something is not right with that picture. If the triage staff person does not look at the patient's age, perhaps that is one thing we could work on.

In short, there should be ads to help people be better patients for their doctors, encouraging them to always bring the list of drugs and allergies along with their health cards. I think that would be a great thing to put in TV ads, for example. I think we would avoid additional problems.

**Dr. Schull:** As an emergency room physician, I have to say that I find your experience horrific. I apologize on behalf of all the emergency room doctors. Is Quebec the worst? I do not think so, but I must say that, in terms of emergency room wait times, Quebec is certainly among the worst. We do not have the information for all the provinces, so we cannot really tell. If I understand correctly, the wait time target set by the Quebec ministry of health is 12 hours on average. So you waited for 12 hours, which means that you reached the target if that is the average.

As a doctor and as a patient, I find that unacceptable. This partly has to do with the target that is set to begin with.

Ontario has been quite successful over the past few years in terms of emergency wait times. Ontario's target is that, on average, 90 per cent of patients with serious problems spend a maximum of eight hours in the emergency room. That means that the total amount of time from the moment you arrive to the moment you leave is a maximum of eight hours. It would be four hours in minor cases.

We have seen wait times go down because of a policy that included major investments. I can tell you that, as an emergency physician, I have seen a major change in emergency rooms over

J'ai eu le pire aussi. Dernièrement, j'ai dû me rendre à l'urgence parce que ce n'était pas possible de voir un médecin. Je n'étais pas en danger de mort, mais j'avais des douleurs extraordinaires. Alors je suis arrivée à 11 heures le matin, j'ai passé au triage à midi et demi. À 18 heures j'attendais toujours dans la salle quand finalement on m'a appelée à un deuxième triage. On m'a dit : « Attendez, vous n'êtes pas dans les cas importants. » J'ai demandé comment ils déterminaient les codes d'importance. On m'a répondu : « Les accidentés, les personnes en détresse cardiaque, les enfants, les vieux et les autres. Vous êtes dans les autres, arrangez-vous! »

J'ai demandé alors : « À quel âge commence-t-on à rentrer dans la catégorie des vieux? » J'ai dit que j'avais 72 ans bien accomplis. « Il faut que j'attende combien d'années avant de tomber dans les vieux? »

Elle a finalement regardé mon dossier, ce qu'elle n'avait pas fait de toute évidence, et m'a fait passer de la 12<sup>e</sup> place à la quatrième, ce qui fait que j'ai été vue par un médecin à minuit. J'étais là depuis 11 heures le matin. Je veux bien croire que je n'étais pas en danger de mort, mais c'était très souffrant.

Il y a quelque chose qui ne va pas. Si la personne au triage ne tient pas compte de l'âge du patient, cela fait partie des choses que nous pourrions peut-être améliorer.

Rapidement, si on doit faire de la publicité pour aider les gens à être de meilleurs patients face à leur médecin, avec la carte d'assurance-maladie, on devrait toujours avoir la liste des médicaments et la liste des allergies connues. Je crois que ce serait une chose merveilleuse à mettre en valeur dans des annonces télévisées, par exemple. Je pense qu'on éviterait des problèmes supplémentaires.

**Dr Schull :** En tant qu'urgentologue, je dois dire que je trouve votre expérience épouvantable. Je m'excuse au nom de ma communauté d'urgentologues. Est-ce que le Québec est le pire? Je ne pense pas, mais je dois dire que pour les temps d'attente dans les urgences, le Québec est certainement parmi les pires. On n'a pas les données pour toutes les provinces, donc on ne peut pas vraiment juger. Si je comprends bien, la période d'attente visée par le ministère de la Santé au Québec est d'une moyenne de 12 heures. Vous avez attendu 12 heures, et donc vous avez atteint le but si c'est la moyenne.

En tant que médecin, je trouve cela inacceptable, ainsi qu'en tant que patient. C'est en partie ce à quoi on vise en partant.

L'Ontario, pour ce qui des temps d'attente dans les urgences a eu pas mal de succès ces dernières années. L'Ontario vise que, en moyenne, 90 p. 100 des patients, qui ont des problèmes graves, passent un maximum de huit heures au total dans les urgences. C'est-à-dire que le temps complet du moment que vous arrivez jusqu'au moment où vous quittez serait de huit heures au maximum. Et pour les cas mineurs, quatre heures.

On a vu les temps d'attente qui ont descendu avec une politique qui incluait des investissements majeurs. Je peux vous dire que dans ma pratique, j'ai vu un grand changement dans les urgences

the past ten years. I hope this will be the case everywhere, but that takes a government willing to focus on the problem and ready to invest.

**Senator Champagne:** I wanted to tell you, since you are an emergency physician, that an emergency doctor from my small regional hospital was actually the one able to diagnose my meningococemia in 36 hours. And all the specialists who saw me afterwards gave him credit for saving my life, and I thank him for that.

[English]

**Senator Braley:** I am going to tackle the question a little bit differently. You are all experts and you are all doctors, or at least you have the background in the medical profession. Does the medical school, for example, teach from birth to palliative care? Do they have a course for the general practitioner on palliative care?

In my business I would go and get the people, such as the tool and die maker and other various people, to solve a problem. You are the people most aware of the problem. Are you doing research on what the doctor should do versus what the nurse practitioner should do, versus what the next person in the line should do, so that you can have clinics where you can handle double the number of people so they all have a GP? Is the research being done on how to administer and prioritize?

You are a dean at a university. I would think that those areas of applying how to make a business better would be perfect research for some of the doctors, or some in the business schools or some of the people working together to do, and the problems can be resolved between the governments and the profession to better service the people. Customer service is the only thing that matters here.

I am really asking whether the solution should come from within. It is a crazy question, but when we solve problems in a company that is exactly what we do. We tackle that as the priority. Then I assign the best people who are part of a group. They could be from any department. They work together and draw the people in that they need. Then they go back to their own jobs after.

I would like a comment on that.

**Dr. Postl:** I believe the answer is yes, the medical schools across the country are trying to focus much more than they traditionally have on issues of accountability and how you teach social responsibility to medical students. Universities generally are trying to get a grip on multidisciplinary care, how to expand scopes of practices for nurses, for example, or introduce new workers such as physician assistants and clinical assistants. Certainly our province has done a lot of that. The answer is yes, it is moving. However, health professions, historically — and I do

depuis les dix dernières années. J'espère que cela sera répandu partout, mais ça prend un gouvernement qui va focaliser sur le problème et qui est prêt à investir.

**Le sénateur Champagne :** Je voudrais dire à l'urgentologue que vous êtes que c'est un urgentologue de mon petit hôpital régional qui a su, en 36 heures, diagnostiquer la méningococcémie. Et tous les spécialistes qui m'ont vue par la suite lui ont donné le crédit de m'avoir sauvé la vie, et je l'en remercie.

[Traduction]

**Le sénateur Braley :** Je vais reformuler un peu la question. Vous êtes tous des spécialistes, des médecins ou vous avez au moins des antécédents dans la profession médicale. Est-ce que, par exemple, l'école de médecine offre des cours allant de l'accouchement aux soins palliatifs? Offre-t-elle au médecin généraliste un cours sur les soins palliatifs?

Dans le cadre de mes activités, pour régler un problème je me référerai à un outilleur-ajusteur ou à un autre corps de métiers. Vous connaissez mieux que quiconque le problème. Faites-vous des recherches pour déterminer ce que doit faire un médecin comparativement à une infirmière praticienne et ce que doit faire cette dernière comparativement à la personne qui suit dans la hiérarchie pour pouvoir traiter deux fois plus de patients dans les cliniques et afin que chaque patient soit suivi par un généraliste? Mène-t-on des recherches sur l'administration et l'établissement des priorités?

Vous êtes doyen d'université. J'imaginerais que les domaines relatifs à l'amélioration de la gestion des entreprises seraient un sujet de recherche parfait pour certains médecins, certaines écoles de commerce ou certaines personnes qui travaillent ensemble. On trouvera ainsi une solution aux problèmes qui existent entre les gouvernements et la profession et on pourra améliorer les services offerts. En l'occurrence, le service à la clientèle est la seule chose qui compte vraiment.

Ma véritable question est de savoir si c'est le milieu médical qui doit trouver la solution. La question est curieuse, mais c'est exactement ainsi que nous procédons dès le départ quand nous essayons de résoudre des problèmes au sein d'une entreprise. Par la suite, je désigne les meilleurs éléments des groupes. Peu importe le service dans lequel ils travaillent. Ils collaborent entre eux et avec les personnes dont ils ont besoin. Puis, après avoir réglé le problème, ils retournent à leurs postes.

J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

**Dr Postl :** Je crois que la réponse est oui, les écoles de médecine à travers le pays essaient de mettre l'accent, plus qu'elles ne le faisaient traditionnellement, sur les questions de responsabilité et sur la façon d'enseigner la responsabilité sociale aux étudiants en médecine. Les universités en général essaient de se pencher sur les soins multidisciplinaires et sur les possibilités d'élargir la portée des pratiques du personnel infirmier, par exemple, ou d'encourager les nouveaux travailleurs à devenir auxiliaires médicaux et assistants cliniques. Notre province a certainement

not think this is changing dramatically, despite the movement — are vested and have strong interests. They have trouble sharing and playing in the same sandbox, so that takes a lot more practice than we have had yet. I think it is coming, but it has to be a growing and major emphasis.

Around the research, I think that is a key question. We are not doing enough health services research as a country to allow us to ask the questions. One of the real opportunities, building up to the accord, are for governments to define the six or ten or twelve questions they want answered, and then ensure that research is done so that when we head into an accord, there is evidence to support potential change, that we actually have some ideas of what will work in moving forward future changes.

We tend to do the research after the fact. The barn door has been opened, the money has spent, and then we try to figure out whether we had any impact. I think we can do a much better job of that.

**Senator Braley:** We have such great professionals.

**Ms. Power:** Thank you for raising that, because it is a great question and an area that we have fallen down on over the years. I am the only non-physician of my colleagues sitting up here, but a nurse by background. We have traditionally been focused on our own profession and what unique contribution we make to patient care. It has just been in the last few years that we have really started to look at interdisciplinary care. As Dr. Postl says, there is huge push-back from many of the disciplines themselves about sharing that accountability and responsibility for patient care. We need a lot more work in that area, lots of work and research going on around different models of care.

Where we see it in action, it is beautiful to behold, that, based on what the patient's needs are, we bring the right practitioner to them. We have a long way to go, but it will be one of the things that will change the face of health care. Whether we like it or not, as professionals, our public are demanding it of us.

**Senator Braley:** The customer will be the person.

**Dr. Simpson:** I completely support everything that has been said. Dr. Postl's comments are bang on, particularly the comments about the need for more health services research and the opportunity to perhaps define in a focused way what those might be.

I hasten to add, however, that there is a whole lot of stuff we already know how to do and we are not doing it. Chronic disease management is the perfect example of how multi-professional

beaucoup œuvré dans ce domaine. La réponse est oui, les choses bougent. Cependant, les professions de la santé — et je ne crois pas qu'il y ait eu de changement dramatique en dépit de l'évolution de la situation — ont depuis toujours des droits acquis et des intérêts substantiels. Elles ont de la difficulté à collaborer avec les autres professions et à jouer dans la même cour qu'elles. Il nous faut donc acquérir beaucoup plus d'expérience que nous en avons actuellement. Je pense que nous en aurons, mais il faut y accorder davantage d'importance.

Je pense que la question de la recherche est essentielle. Les recherches effectuées par notre pays sur les services de santé ne sont pas suffisantes pour nous permettre de poser des questions. Dans le processus d'élaboration de l'accord, l'une des vraies possibilités consisterait à ce que les gouvernements formulent les six, dix ou douze questions auxquelles ils veulent des réponses. Ils doivent ensuite s'assurer que la recherche est réalisée afin qu'il y ait, lorsque nous en arriverons à un accord, des preuves à l'appui d'un changement possible et que nous ayons une idée de ce qui fonctionnera quand les changements futurs seront apportés.

Nous avons tendance à faire des recherches après-coup. La porte de l'écurie est restée ouverte, l'argent a été dépensé et voilà que nous essayons de déterminer si nos actions ont eu un effet. Je pense que nous pouvons faire beaucoup mieux.

**Le sénateur Braley :** Nous avons d'excellents professionnels.

**Mme Power :** Merci de le mentionner, car c'est une excellente question et un domaine dans lequel nous avons perdu du terrain au cours des ans. De tous mes collègues ici présents, je suis la seule qui ne soit pas médecin mais infirmière de profession. Nous avons pour habitude d'axer notre attention seulement sur notre profession et notre contribution unique aux soins aux patients. Il n'y a que durant ces dernières années que nous avons vraiment commencé à nous intéresser aux soins interdisciplinaires. Comme le Dr Postl a dit, beaucoup de professions hésitent beaucoup à partager les responsabilités et l'obligation de rendre des comptes vis-à-vis les soins aux malades. Il faut faire beaucoup plus d'efforts dans ce domaine, faire beaucoup de travail et de recherches sur les différents modèles de prestation de soins.

Quand cet objectif sera atteint, il sera remarquable de découvrir que les patients sont traités par le praticien qui leur faut en fonction de leurs besoins. Il reste beaucoup à faire, mais ce sera l'une des choses qui transformeront radicalement les soins de santé. Que les professionnels que nous sommes le veulent ou non, c'est ce que le public attend de nous.

**Le sénateur Braley :** Le client est roi.

**Dr Simpson :** Je rejoins complètement tout ce qui a été dit. Les propos du Dr Postl sont tout à fait justes, particulièrement ceux qui ont trait à la nécessité de faire plus de recherches sur les services de soins de santé et la possibilité de formuler précisément ce qu'ils pourront être.

Cependant, je m'empresse d'ajouter qu'il y a énormément de choses que nous savons faire mais ne faisons pas. La gestion des maladies chroniques est un exemple parfait où des équipes

teams can work together to get proven good outcomes, but we have not been able to overcome these political and other barriers in order to make it happen. Better care, and care that is cheaper, should be an easy sell to everyone, but for some reason we are not doing it as much as we should be.

**Senator Braley:** Is that management? Is that getting the research done properly so it is out there and they have to defend it?

**Dr. Simpson:** Part of it is just overcoming those political barriers. We are all trained in silos and then expected to work together after we are done training. We are now starting to train them together too.

**Senator Braley:** The best teams are not in silos.

**Dr. Simpson:** Exactly.

**Dr. Schull:** Thank you for the question. Your analogy of a company CEO is apt. There is no CEO in charge of the health system. There is no one in charge. There is a real governance vacuum in terms of trying to determine who should be responsible. It cannot be a minister of health. It cannot possibly be at that level. There needs to be local governance that is established with responsibility and accountability.

Second, you mentioned that if there is a problem, you go out and hire the tool and die makers. Let us assume that analogy, that the tool and die maker is the physician. The physician does not work for you. The physician does not work for the health system. The physician is a private practitioner who bills directly to the health care system. He does not work for the CEO of the hospital or for the local health region. Therefore, your control and the levers you have with that individual are limited.

The truth of the matter is that the structure of our system needs some fundamental reform. It does not require blowing it up and starting all over, but it does require a layering in of new incentives and new governance models, I am convinced.

**Senator Braley:** How to manage it, basically, will become the research that has to be done, and the customer will demand the service. In the final analysis, the customer is always right, the person who is getting the health care. That is one of the most important things to everyone in this country.

I think there are huge possibilities for the medical schools to lead the charge on this for the country. They may be a little different here and there, but when you put them together, you will get something that is really special, and that is basically doing it without having the doctors who have the silos, coming out of the medical schools themselves. It is just a thought that has crossed my mind over the last little while.

multiprofessionnelles peuvent collaborer pour obtenir des résultats probants. Seulement, nous n'avons pas pu contourner les barrières politiques et autres barrières pour réussir à atteindre cet objectif. La promotion de meilleurs soins de santé à moindre coût devrait facilement convaincre tout le monde. Or, pour une raison ou une autre, nous n'y consacrons pas autant d'efforts que nous devrions.

**Le sénateur Braley :** Est-ce de la gestion? S'agit-il de s'assurer que la recherche est menée correctement dans le cas où il faudrait la défendre quand elle est rendue publique?

**Dr Simpson :** Il s'agit, en partie, de surmonter les barrières politiques. Nous avons tous été formés pour fonctionner de façon indépendante et voilà qu'on s'attend à ce que nous travaillions collectivement. Nous commençons à les former pour qu'ils fonctionnent collectivement.

**Le sénateur Braley :** Les meilleures équipes ne travaillent pas en vase clos.

**Dr Simpson :** Exactement.

**Dr Schull :** Merci pour la question. Votre analogie d'un PDG d'une compagnie est appropriée. Il n'y a pas de PDG en charge du système des soins de santé. Personne n'est en charge. Il y a un vrai vide au niveau de la gouvernance pour déterminer qui devrait être responsable. Un ministre de la Santé ne peut pas l'être. Il est impossible que ce soit à un tel niveau. Les responsabilités et l'obligation de rendre des comptes doivent être assumées par une gouvernance locale.

Deuxièmement, vous avez dit qu'en cas de problème vous reprenez les services d'un ouvrier-ajusteur. Supposons que l'ouvrier-ajusteur soit le médecin. Le médecin ne travaille pas à votre compte. Le médecin ne travaille pas pour le système de soins de santé. Le médecin est un praticien d'exercice privé qui facture directement le système de soins de santé. Il ne travaille pas pour le PDG d'un hôpital ni pour le système de soins de santé local. Par conséquent, vous ne pouvez pas vraiment le contrôler.

La réalité est qu'il faut faire une réforme en profondeur de la structure de notre système. Il n'est pas nécessaire de tout éliminer et repartir à zéro, mais je suis convaincu qu'il faut y intégrer de nouveaux incitatifs et de nouveaux modèles de gouvernance.

**Le sénateur Braley :** Le mode de gestion du système deviendra essentiellement le sujet de la recherche qui doit être faite et le client demandera le service. En dernière analyse, le client, c'est-à-dire la personne qui reçoit les soins de santé, a toujours raison. C'est l'une des choses les plus importantes pour tous nos concitoyens.

Je pense que pour les écoles de médecine, mener cette bataille pour le pays leur ouvre des possibilités illimitées. Ces écoles peuvent accuser des différences entre elles ici et là, mais en les regroupant on obtient quelque chose de vraiment spécial : c'est-à-dire y arriver pratiquement sans que des médecins formés pour fonctionner de façon indépendante sortent de ces écoles de médecine. C'est une idée qui me traverse souvent l'esprit ces derniers temps.



**Dr. Postl:** I point out that what we are talking about — and something that we tend to forget — is that from the start of intake to the point of finishing your specialty training, you may be in a 15-year cycle.

**Senator Braley:** The demographics change, so you have to keep moving that.

[Translation]

**Senator Verner:** First, thank you and welcome to our committee this morning. It is refreshing to hear something other than the usual “we need more money, we absolutely need more money for that.” Without denying the fact that, since the population and the demographics are going to require it, we have to continue making significant investments in health, I think we have to be realistic and come up with new ways of doing things. That is a very refreshing speech.

My question has to do with another topic. Given that we have some doctors and a nurse here with us, could you tell me how this affects the provision of care? How many times have we heard, at one time or another, that there was an outbreak of *C. difficile* or bacteria in a hospital or in a seniors residence? I am not a microbiologist but, quite frankly, we have been losing elderly people because of that. The numbers are not high, but a loss is a loss. Anyway, as a result, my old mother keeps telling me to wait for her to be really sick before bringing her to a hospital. Have the bacteria outbreaks that we hear so much about always been like this? Do we just hear more about them now because of media coverage or are they connected to other factors beyond your control, such as the aging hospital infrastructure?

**The Chair:** Who wants to start?

**Dr. Schull:** I am not a microbiologist and I cannot say that I studied epidemiology and outbreaks, but based on my clinical observations and the data I have seen, I think that, for one thing, the patient population in hospitals has changed; the population is not just aging, patients are much sicker today than they were when I started my career. I am not very old, but I can say that the average patient on a hospital floor — I am not talking about ICU — is sicker than patients used to be 15 years ago. The shortage of hospital beds forces us to use them more wisely. We also have better solutions in many cases. So the patients are older and sicker, which means that they are more susceptible to diseases, such as *C. difficile*.

The aging of the infrastructure can also play a major role in some hospitals.

**Dr Postl :** Je rappelle que ce dont nous parlons — et que nous avons parfois tendance à oublier — est une formation spécialisée qui, du début jusqu’à la fin, peut durer 15 ans.

**Le sénateur Braley :** Compte tenu de l’évolution des effectifs, il faut continuer sur cette lancée.

[Français]

**Le sénateur Verner :** D’abord, merci et bienvenus parmi nous ce matin. Je trouve très rafraîchissant d’entendre un discours différent de l’habituel « on a besoin de plus d’argent, cela nous prend absolument plus d’argent ». Sans renier le fait que parce que la population et la démographie vont l’exiger, il faut continuer d’investir beaucoup en santé, je crois qu’il faut être réaliste et réfléchir à des façons de faire différentes. C’est un discours très rafraîchissant.

Ma question est d’un autre ordre d’idée parce que j’aimerais savoir, étant donné qu’il y a des médecins et une infirmière ici, jusqu’à quel point cela impacte dans la délivrance des soins. Combien de fois a-t-on entendu, à un moment donné ou un autre, dans un centre hospitalier ou une résidence pour personnes âgées, qu’il y avait une éclosion de la bactérie *C. difficile* ou de bactéries — je ne suis pas microbiologiste, mais qui fait en sorte que, très franchement, on perd des personnes âgées. Ce n’est pas énorme, mais une perte c’est une perte. Cela fait en sorte, en tout cas, que ma vieille mère me dit toujours d’attendre qu’elle soit vraiment malade avant de l’amener à l’hôpital. Ces éclosions de bactéries dont on entend beaucoup parler, était-ce comme cela avant ou c’est simplement parce que, maintenant, avec les médias, on en entend plus parler ou est-ce lié à d’autres conditions sur lesquelles vous avez peu de prise dont, entre autres, je le sais pas, moi, le vieillissement des infrastructures hospitalières?

**Le président :** Qui veut commencer?

**Dr Schull :** Je ne suis pas un microbiologiste et je ne peux pas dire que j’ai étudié l’épidémiologie et des éclosions, mais je crois, de mes observations cliniques et ce que j’ai vu aussi dans les données, que, numéro un, la population de patients dans les hôpitaux a changé; ce n’est pas que le vieillissement, c’est que les patients sont beaucoup plus malades aujourd’hui qu’ils ne l’étaient quand j’ai commencé ma carrière. Je ne suis pas très vieux, mais je peux dire que depuis 15 ans, le patient moyen sur un étage à l’hôpital — je ne parle pas de la ICU — est plus malade qu’il ne l’était il y a 15 ans. Notre manque de lits d’hôpital fait en sorte qu’on les utilise de façon beaucoup plus judicieuse. Également, on a de meilleures alternatives dans beaucoup de cas. Donc, ces patients sont plus vieux et plus malades, donc plus vulnérables à des maladies comme le *C. difficile*.

Il y a aussi le vieillissement des infrastructures dans certains cas, dans certains hôpitaux, c’est un vrai facteur.

The cuts in the 1990s certainly had something to do with the decision to cut support staff because they were not a priority and cuts had to be made. I think we now know it was a mistake and we are starting to reinvest in those basic services.

We cannot point to just one factor; there are a number of factors. I also agree that we are better equipped to monitor what is happening in hospitals and that perhaps we were not aware of outbreaks as much in the past.

[English]

**The Chair:** I would like to put a couple of questions. One is with regard to the benchmarks using wait times. Clearly, this is an obvious benchmark that can be measured. I want to know if, as a broad stroke, it is a good one. You mentioned the issue of knee replacement being one of the ones that had not progressed very much, I think, in an earlier comment, or perhaps it was Dr. Simpson who said that.

Let us take the case of someone who is obese, perhaps diabetic, who comes in and needs a knee replacement. My understanding is one of the first things that may be required is the loss of significant weight. However, that may take up to 12 months. That, I assume, is included in the wait time for that particular patient to get to surgery. Obviously, it would not be appropriate to carry out the surgery before the surgery will be effective.

Are there aspects of these direct benchmarks that need to be taken into consideration in using them to report to our citizens on the delivery of health care?

**Dr. Postl:** We went through that while we were discussing the system, such as when do you start the count? When does the time begin? An important comment was made early in that should it really begin when the primary care physician decides on a referral because they suspect a knee replacement is required? Or is it at the point that the specialist sees you and agrees that the knee needs replacement? Or is it at the point that they actually book the OR because there may be other issues intervening, such as getting blood sugars or blood pressure or obesity into a better condition before actually being slated for surgery? When you look at some of the anxieties that come out of the public with these long wait times and you actually slice into them, you discover many of those things, that the actual wait time was not out of sync based on how it was being counted; it was all the other times that the patient was experiencing, so to them it is still a wait time, but the count had never started until two months before the surgery. That is part of the debate and discussion that has to go into each wait time.

We began with the booking of ORs, in effect, as the start time. When the decision was made that surgery was required, that was the start point and the OR was requested. There is a good

Les compressions qui ont eu lieu dans les années 1990 ont certainement eu un impact sur le fait que, s'il faut couper quelque part, on va couper dans le personnel de soutien parce qu'ils ne sont pas prioritaires. Je crois qu'on est maintenant conscient de cette erreur et on commence à réinvestir dans ces services de base.

On ne peut pas mettre le doigt sur un facteur simple; il y a plusieurs facteurs. Je crois aussi que c'est vrai, on a une meilleure capacité de surveiller ce qui se passe dans les hôpitaux et peut-être que l'on ne remarquait pas autant les éclosions avant.

[Traduction]

**Le président :** Je voudrais poser deux questions. L'une porte sur le mode de calcul des délais d'attente. Sans aucun doute, c'est une référence évidente que l'on peut mesurer. Je veux savoir si cette référence d'ordre général est bonne. Vous avez indiqué que le remplacement du genou pose un problème que l'on n'a pas vraiment réglé. Il me semble que c'est ce qui a été dit un peu plus tôt ou peut-être était-ce le Dr Simpson qui l'a mentionné.

Prenons le cas de quelqu'un d'obèse, peut-être diabétique, à qui il faut remplacer le genou. Je crois comprendre que la première chose qu'il doit faire est de perdre énormément de poids, ce qui peut prendre jusqu'à 12 mois. Je suppose que ces 12 mois sont inclus dans le délai d'attente de l'opération chirurgicale du patient. Il serait, bien évidemment, inopportun de procéder à une intervention chirurgicale avant d'être sûr d'obtenir de bons résultats.

Est-ce que ces points de référence directs comportent des aspects dont il faut tenir compte pour signaler aux citoyens canadiens la date de prestation des soins de santé?

**Dr Postl :** Cela a été soulevé lors de notre discussion sur le système, par exemple à quel moment doit commencer le délai d'attente? Une observation importante a été faite un peu plus tôt sur le fait qu'elle devrait vraiment commencer aussitôt que le médecin de premier recours décide de faire une recommandation parce qu'il soupçonne qu'un remplacement de genou est nécessaire. Ou bien faut-il commencer au moment où le spécialiste vous consulte et confirme que le genou doit être remplacé? Ou serait-ce au moment où la salle d'opération est réservée parce que d'autres choses pourraient survenir, par exemple, une glycémie, une tension artérielle ou l'obésité et qu'il faudra perdre du poids pour être en meilleure condition physique avant l'opération? Lorsqu'on considère l'anxiété suscitée par ces longs délais d'attente auprès du public et qu'on analyse ces délais, on découvre beaucoup de choses, par exemple, que la vraie période d'attente n'était pas déphasée si l'on considère qu'elle a été calculée en prenant compte de tous les autres temps que le patient a passés et qui pour lui font partie du délai d'attente pour l'opération. Le délai ne commence jamais plus de deux mois avant l'opération chirurgicale. Ce débat et cette discussion sont soulevés chaque fois qu'il est question de délai d'attente.

Pour nous, le délai d'attente commence au moment de la réservation de la salle d'opération. Le moment où il a été décidé qu'une intervention chirurgicale était nécessaire constitue le début

argument that can be made in measuring at least two different times. One is the time of the primary care decision to move into specialty care. You may want to measure them as two different times, otherwise it becomes very complex. For example, the primary care physician may think they need a specialty referral. When the specialist does a review, they decide that surgery is not required, so it would be a bit nonsensical to count that as a wait time for surgery. We have to get better at agreeing on what we are measuring and then measure it more routinely and systematically across the country so it can be compared.

**Dr. Simpson:** Dr. Postl said it well. The central issue is how to define these, and more precisely, how will we define the components of the patient's journey? In your example, a patient should not be on a knee surgery wait list if the decision has been taken to try this other strategy first, such as losing weight, and once that strategy has failed, then they will go on the list.

You can see the potential for creating circumstances where it becomes difficult to measure across jurisdictions as to who is doing better than others. Precise definitions of each component is key.

**The Chair:** The other question deals with issues you have all touched on, which are the efficiency of delivery, the coordination of specialists and so on. For example, a diabetic comes in for a serious issue who may need access to several different specialists. When I casually look at the scheduling of those specialists at a given hospital, I see this one comes in on a given day, another on a given morning. The possibility of the patient who requires input from several specialists seeing them on a given visit strikes me as vanishingly small in certain circumstances. Is that an issue in terms of the effectiveness and the success in the delivery of significant health care?

**Dr. Postl:** Absolutely. It is clearly one of the key issues about a patient's journey. How do you help patients navigate a system that is so complex? How do you coordinate appointments, ensure the appointments are necessary and make sure that the consultants are communicating with each other so one is not taking care of the renal problem and the other the cardiac problem, but they are not communicating about the patient? That is frankly a frequent issue in the health system.

**Dr. Simpson:** That is a great point. There are some typical patient pathways that require multiple components. There may be a patient who requires Test Y, X, and Z, and most patients require that package. It is possible to create a one-stop shop kind of model for patient convenience and to shorten overall wait times for a lot of patients that we do not see. There are some who are very complicated and who have to be navigated through the system. This is where patient navigators can perhaps assist.

du délai d'attente et la salle d'opération a été réservée. Le fait de calculer au moins deux périodes différentes peut être fort bien soutenu. L'un de ces délais commence au moment où le médecin de premier recours dirige le patient vers un spécialiste. Vous voudriez peut-être les considérer comme étant deux délais différents pour éviter toute complication excessive. Par exemple, le médecin de premier recours peut juger qu'ils doivent être dirigés vers un spécialiste. En faisant son examen le spécialiste décide que l'opération chirurgicale n'est pas nécessaire, il serait donc un peu illogique d'inclure la durée de cette consultation dans le délai d'attente pour une intervention chirurgicale. Nous devons faire des efforts pour arriver à nous mettre d'accord sur ce que l'on mesure, puis procéder plus régulièrement et systématiquement à des mesures à travers le pays afin de pouvoir les comparer.

**Dr Simpson :** Le Dr Postl l'a très bien dit, il s'agit fondamentalement de définir ces temps d'attente et, plus précisément, les étapes du parcours du patient dans le réseau de la santé. Dans votre exemple, le patient ne devrait pas être sur une liste d'attente pour une chirurgie du genou si on a décidé d'essayer l'autre stratégie en premier, à savoir la perte de poids.

Comme vous pouvez le voir, il peut être bien difficile de mesurer les temps d'attente d'une province à l'autre, et de déterminer laquelle a de meilleurs résultats que les autres. Il est essentiel de définir clairement chaque étape du processus.

**Le président :** L'autre point porte sur les problèmes dont vous avez parlé, soit l'efficacité des services, la coordination des spécialistes, et cetera. Par exemple, une personne diabétique est aux prises avec un problème grave qui peut nécessiter l'intervention de différents spécialistes. Or, lorsque je regarde rapidement le calendrier de ces spécialistes à un hôpital donné, je vois que l'un est présent certains jours, un autre un certain avant-midi. La possibilité pour un patient de voir plusieurs spécialistes dans une même visite me paraît donc bien minime parfois. Croyez-vous que cette situation peut nuire à l'efficacité de soins de santé importants et au succès du traitement des patients?

**Dr Postl :** Absolument. C'est là un des principaux problèmes éprouvés par les patients dans le système de santé. Comment peut-on aider les patients à naviguer dans un système aussi complexe? Comment coordonner les rendez-vous, s'assurer que les rendez-vous sont nécessaires et que les spécialistes en cause communiquent entre eux de façon que l'un ne se contente pas de traiter un problème rénal et l'autre, un problème cardiaque, sans discuter ensemble du patient lui-même? En toute franchise, je peux vous dire que c'est un problème fréquent dans le réseau de la santé.

**Dr Simpson :** Voilà donc un point très intéressant. Certains patients ont besoin d'interventions multiples. Quelqu'un peut avoir besoin du test Y, X et Z; en fait, la plupart doivent passer plusieurs tests. Il serait possible de mettre en place une sorte de guichet unique qui faciliterait les choses pour les patients et réduirait les temps d'attente pour beaucoup de gens que nous ne voyons même pas. Certains cas sont très complexes, et ces personnes doivent naviguer dans tout le réseau. C'est pour elles qu'une telle mesure pourrait être utile.

**The Chair:** Since I have some senators on a second round, I wanted to get that on the record. If you have additional points to make, I would like to ask, with regard to what I will say next, I have three possibly four senators on a second round. We do not have time for the kinds of answers and the detailed preambles that we have had to this point.

If a senator has a significant question that will not be able to be handled in just a quick couple of minutes, I would ask them to direct the question specifically and ask if the witness could respond in writing within a couple of weeks of this meeting.

To my colleagues on the second round, if that is agreeable to you, I will start with Senator Callbeck.

**Senator Callbeck:** Senator Ogilvie addressed the wait time issue, but I want to be sure of the definition. When we talk about wait times, my understanding is that is the time from when the specialist says, "I will replace your hip." You go to a general practitioner, and probably two months later you get in to see a specialist. However, those two months are not factored into the wait time at all. Is that right?

**Dr. Schull:** That is right.

**Senator Callbeck:** Do you agree with that?

**Dr. Schull:** No.

**Senator Callbeck:** Two people are shaking their heads.

**Dr. Postl:** The patient does not know the difference between what they are waiting for. They just know they are waiting, whether for the specialist or for the surgery. In their mind, it will be part of the wait time. We only count the point the decision is made that surgery is required; that is the starting point of the wait time.

**Dr. Schull:** Part of the problem is we do not have good data on when the referral took place. We do not know. As far as I am aware, there are not any good data systems currently, with the exception of the family health team, electronic medical records and so on, that would allow you to measure the first wait. I think that is why the second wait was chosen because it is actually measured. However, I think we all agree that both of those are important, both need to be measured but also separated so we understand where the delays are occurring.

**Senator Eggleton:** Following up on this, when does the clock starting ticking in the different provinces? Does it vary from province to province, or do they all have similar wait time calculations?

**Dr. Postl:** They are all similar. They are not precisely the same. If you dig into it, you will find minor variations, but the wait time clock was agreed to as part of the negotiations between the

**Le président :** Comme j'ai quelques sénateurs qui veulent poser des questions au deuxième tour, je voulais faire figurer cela au compte rendu. J'ai donc trois ou peut-être quatre sénateurs qui veulent prendre la parole au deuxième tour. Or, nous n'avons pas le temps pour le genre de réponses ou de préambules détaillés que nous avons eus jusqu'à maintenant. Je vous demanderais donc de limiter vos interventions en conséquence.

Si l'un de vous a une question importante à poser qu'il sera impossible de traiter à l'intérieur de deux ou trois minutes, je lui demanderais de formuler sa question de façon précise et de prier le témoin concerné de lui fournir la réponse par écrit d'ici deux ou trois semaines.

Pour mes collègues du deuxième tour, si cela vous agréé, je vais commencer avec le sénateur Callbeck.

**Le sénateur Callbeck :** Le sénateur Ogilvie a soulevé la question des temps d'attente, mais j'aimerais être sûre de la définition que l'on donne à ce mot. Pour moi, le temps d'attente commence lorsque le spécialiste dit : « Je vais remplacer votre hanche. » On commence d'abord par consulter un généraliste et, probablement deux mois plus tard, on peut voir un spécialiste. Toutefois, ces deux mois ne comptent pas du tout dans le temps d'attente. N'est-ce pas?

**Dr Schull :** C'est bien cela.

**Le sénateur Callbeck :** Êtes-vous d'accord avec cela?

Dr Schull : Non.

**Le sénateur Callbeck :** Deux personnes hochent la tête.

**Dr Postl :** Le patient ne fait pas la différence. Il sait seulement qu'il attend, que ce soit pour voir le spécialiste ou pour se faire opérer. Pour lui, tout ce temps entre dans le temps d'attente, mais, nous, nous ne comptons le temps qu'à partir du moment où il est décidé qu'une chirurgie s'impose.

**Dr Schull :** Le problème tient en partie à ce que nous n'avons pas de bonnes données sur les dates des renvois aux spécialistes. Nous n'avons pas cette information. À ce que je sache, il n'existe pas de bons systèmes de collecte de données actuellement, à l'exception des renseignements fournis par l'équipe de santé familiale, les dossiers médicaux électroniques, et cetera, qui pourraient nous permettre de mesurer ce premier temps d'attente. Voilà donc pourquoi nous prenons en considération le second temps d'attente qui, lui, est mesuré actuellement. Toutefois, nous convenons tous que ces deux temps d'attente sont importants, qu'il faut les mesurer et les définir distinctement pour bien cerner les retards.

**Le sénateur Eggleton :** À ce sujet, quand commence-t-on à calculer le temps d'attente dans les différentes provinces? Cette mesure varie-t-elle d'une province à l'autre, ou procède-t-on de la même manière partout?

**Dr Postl :** Le calcul est semblable, sans être exactement le même. Si on y regarde de près, on constate des écarts mineurs, mais la façon de calculer le temps d'attente a été convenu lors des

provinces and federal government as part of the health care accord. It was engineered or participated in with the Canadian Institute for Health Information to build the definitions.

**Senator Eggleton:** The wait time clock is more like Senator Callbeck described it; it is from the time you see the specialist as opposed to the wait. You think it should be right from the beginning of when you see the GP?

**Dr. Postl:** Yes.

**Senator Eggleton:** Can I clarify one other thing? Ms. Power, with respect to the national health innovation fund, you are saying this should be an opportunity to share pockets of excellence or best practices kind of thing. How would that relate to the work of the Canadian Institutes of Health Research? Would they administer this kind of thing? How do you see that so it does not duplicate what they are doing or what someone else is doing? Who would administer it? You would not set up a whole bureaucracy to accomplish this, would you?

**Ms. Power:** No, we would not. That may be an opportunity for that. We have not looked at how to make that happen. It is more a concept for us as we start to work through what needs to happen.

**Senator Seidman:** I would like to know whether there is available evidence on the appropriateness and overuse of certain procedures and technologies. I am mindful of diagnostic imaging. It has not come up here at all today, I do not think, and I know that there are no benchmarks currently for it. If you could make quick comments about that.

**Dr. Schull:** There have been some good studies that have looked at CT and MRI utilization in Ontario and have found there are substantial portions where at least the decision to initiate the test was questionable, if not inappropriate, by virtue of the fact that the results are normal, it was a repeat of prior tests that have already been done or the clinical indication was not there.

The appropriateness of many of these diagnostic tests is difficult to establish, but I think it is possible to do so. There has not been a lot of effort to do that yet. Designing a system to implement gates, so to speak, so that you only perform tests when appropriate, is a challenge. We know that in some instances those sorts of systems, where you are dealing with limited access to, say, CT, and so someone has to review the requisition and decide on its appropriateness, actually acts as a further obstacle and can delay what are important tests.

négociations entre les provinces et le gouvernement pour l'accord sur les soins de santé. La méthode a été établie et les définitions ont été convenues avec la participation de l'Institut canadien d'information sur la santé.

**Le sénateur Eggleton :** La façon de calculer le temps d'attente ressemble plus à celle dont a parlé le sénateur Callbeck : le temps d'attente est calculé à partir du moment où la personne rencontre le spécialiste, et non pas à partir du moment où elle attend ce rendez-vous. Vous estimez qu'il faudrait calculer le temps d'attente à partir du moment où la personne rencontre le généraliste?

**Dr Postl :** Oui.

**Le sénateur Eggleton :** J'aimerais obtenir un autre éclaircissement. Madame Power, vous avez dit qu'un fonds national d'innovation en santé pourrait constituer une bonne occasion pour mettre en commun des pratiques exemplaires. Quel lien y aurait-il entre ce fonds et le travail des Instituts de recherche en santé du Canada? Cet organisme serait-il chargé de l'administrer? Comment voyez-vous la chose pour éviter qu'elle fasse double emploi avec ce que cet organisme ou un autre fait déjà? Qui administrerait le fonds? Vous ne mettriez pas sur pied toute une structure bureaucratique pour cela, n'est-ce pas?

**Mme Power :** Non, mais il y aurait peut-être moyen de profiter d'un mécanisme déjà en place. Nous n'avons pas encore examiné la façon dont ce fonds pourrait être institué. Nous commençons à réfléchir à ce qui doit être fait et l'idée du fonds est essentiellement théorique pour l'instant.

**Le sénateur Seidman :** J'aimerais savoir s'il existe des données sur la pertinence et l'abus de certaines procédures et technologies. Je pense notamment à l'imagerie diagnostique. Je ne crois pas que la question a été soulevée aujourd'hui, et je sais qu'actuellement, il n'y a pas de critères à ce sujet. Pourriez-vous nous en parler un peu?

**Dr Schull :** L'utilisation de la tomographie par ordinateur et de l'imagerie par résonance magnétique a fait l'objet de quelques bonnes études en Ontario qui ont révélé que, dans une large part, les décisions de procéder à ce type d'examen étaient à tout le moins discutables, sinon déplacées, parce que les résultats s'étaient révélés normaux, que des tests précédents avaient conduit aux mêmes conclusions ou que la procédure n'était tout simplement pas indiquée sur le plan clinique.

Il est difficile mais possible, je crois, d'établir la pertinence de beaucoup de ces tests diagnostics. Toutefois, peu d'efforts ont été consacrés à cela jusqu'à maintenant. Il est difficile de concevoir un système qui permettrait de mettre en place ce qu'on pourrait appeler des portes d'accès pour limiter les tests à ceux qui sont appropriés. Nous savons que ce genre de système, dans lequel on gère un accès limité à des tests, comme la tomographie par ordinateur, qui oblige quelqu'un à examiner la demande et à décider si la chose est appropriée, constitue, dans certains cas, un obstacle de plus et peut retarder l'exécution de tests importants.

The simple answer is that we do not have a good approach to determining the appropriateness of the tests that are done. This is a critical issue with respect to not just diagnostic tests but even operative procedures.

**Senator Martin:** I go back to asking about the enabling factors, what we need to include in the accord to recommend to the minister, and insertion of specific content language. You mentioned in your presentation accountability matrices. I wanted to ask for your input, in writing, of what those specific enabling factors should be. I have my own list, but I would love to hear from each of you.

**The Chair:** We will look forward to that.

**Senator Merchant:** Perhaps you can let us know as well if you think there should be conditions placed on money in return for performance. I do not know how that would work exactly. Does the federal government right now have any control over how the provinces spend the money? Do they know how the provinces spend the money?

**The Chair:** Who would like to take that on?

**Dr. Postl:** The answer is that the federal government has very little information about how the provinces spend money, other than what the provinces report.

**Senator Merchant:** Should they?

**Dr. Postl:** To me, if I were using my spending power, I would want it in exchange for something else. If that is on the list of what the “something else” is, I think that should be a key part of the discussion.

**Dr. Schull:** Does the federal government know? I would say the answer is no. Should the federal government know, and should the money be conditional? I would say absolutely yes.

**The Chair:** Thank you all for the precision and frankness of your responses. Areas were explored today that got to a number of very important aspects. As was indicated a moment ago, we would certainly welcome further input from you in writing on matters like the list of 16 items that should be on a checklist or a benchmark or whatever, and other aspects where you can provide us with additional information and suggestions in response to the issues discussed here today, based on your experience, that you believe can help us in our deliberations.

I want to thank my colleagues for adhering reasonably closely to their times and focusing their questions. With that, I will thank you all and declare this session ended.

(The committee adjourned.)

Bref, nous ne disposons pas d'une bonne méthode pour déterminer la pertinence des tests effectués. Le problème revêt une importance cruciale non seulement pour les tests diagnostics, mais aussi pour les procédures opératoires.

**Le sénateur Martin :** J'aimerais reparler des facteurs, ce que nous devons recommander au ministre d'inclure dans l'accord, ainsi que l'utilisation de termes précis. Vous avez parlé dans votre exposé de matrices de responsabilité. J'aimerais que vous me fassiez part, par écrit, ce que devraient être exactement ces facteurs. J'ai ma propre liste, mais j'aimerais connaître la vôtre.

**Le président :** Nous attendons cette information avec impatience.

**Le sénateur Merchant :** Vous pourriez peut-être nous dire également si vous estimez que l'argent versé devrait être assujéti à des exigences de rendement. Je ne sais pas comment on pourrait s'y prendre exactement. Le gouvernement fédéral exerce-t-il actuellement un contrôle quelconque sur la façon dont les provinces dépensent l'argent? Le gouvernement sait-il comment les provinces dépensent l'argent?

**Le président :** Qui voudrait répondre?

**Dr Postl :** Le gouvernement fédéral dispose de bien peu d'informations sur la façon dont les provinces dépensent l'argent, à part celles que les provinces lui fournissent elles-mêmes.

**Le sénateur Merchant :** Devrait-il avoir plus d'informations?

**Dr Postl :** À mon sens, si j'utilisais mon pouvoir de dépenser, je voudrais avoir quelque chose en retour. Si cela est sur la liste de « ce quelque chose en retour », je crois qu'il faudrait y accorder beaucoup d'importance dans les discussions.

**Dr Schull :** Le gouvernement fédéral le sait-il? Je pense qu'il ne le sait pas. Le gouvernement fédéral devrait-il le savoir, et l'argent devrait-il être assujéti à des conditions? Sans hésitation, je dirais : « Oui ».

**Le président :** Je vous remercie tous de vos réponses précises et franches. Les discussions d'aujourd'hui ont permis de mettre au jour un certain nombre d'aspects très importants. Comme on l'a fait remarquer il y a un moment, nous serions certainement très heureux d'avoir par écrit votre opinion sur des questions comme les 16 points qui devraient figurer sur une liste de vérification ou autre ainsi que des renseignements supplémentaires et des suggestions sur d'autres aspects dont nous avons discuté ici aujourd'hui, qui, à la lumière de votre expérience, pourraient nous aider dans nos délibérations.

Je veux remercier mes collègues de s'être efforcés de respecter les délais qui leur étaient impartis et d'avoir posé des questions précises. Je vous remercie tous. La séance est levée.

(La séance est levée.)

OTTAWA, Wednesday, October 5, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:11 p.m. to examine the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

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

[*English*]

**The Chair:** Honourable senators, I call the meeting to order.

[*Translation*]

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

[*English*]

My name is Kelvin Ogilvie, from Nova Scotia, and I will ask my colleagues to introduce themselves by starting on my left.

**Senator Eggleton:** Art Eggleton, from Toronto, Deputy Chair of the committee.

**Senator Cordy:** Jane Cordy, from Nova Scotia.

**Senator Martin:** Yonah Martin, from Vancouver, B.C.

**Senator Seidman:** Judith Seidman, from Montreal, Quebec.

**Senator Braley:** David Braley, from Hamilton, Ontario.

**The Chair:** We have a slightly unusual day today in that senators will need to leave at 5:15 to get to an important vote in the Senate chamber. As a result, I would ask senators and witnesses to agree to the following procedure. We will certainly have time to get the prepared statements on the record. I would like to go around each of my colleagues and get their questions on the record. Then, any questions that we do not get to before we have to leave could be responded to in writing by the witnesses, if they are agreed, subsequent to the meeting. We would be extremely grateful.

Are honourable senators in agreement with that procedure?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** Thank you. Again, at 5:15 senators have to leave for the vote in the chamber.

As part of our Senate order to review the 2004, 10-Year Plan to Strengthen Health Care, our theme today is health and human resources. We will hear witnesses from the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, from Human Resources and Skills Development Canada, from Health Canada and from the Société Santé en français.

OTTAWA, le mercredi 5 octobre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 11, pour examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

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

[*Traduction*]

**Le président :** Honorables sénateurs, la séance est ouverte.

[*Français*]

Je vous souhaite la bienvenue au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Je suis Kevin Ogilvie, sénateur de la Nouvelle-Écosse, et je vais demander à mes collègues de se présenter en commençant par celui qui se trouve à ma gauche.

**Le sénateur Eggleton :** Art Eggleton, de Toronto, vice-président du comité.

**Le sénateur Cordy :** Jane Cordy, de la Nouvelle-Écosse.

**Le sénateur Martin :** Yonah Martin, de Vancouver en Colombie-Britannique.

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

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

**Le président :** Notre séance d'aujourd'hui est un peu spéciale car les sénateurs devront quitter la salle à 17 h 15 pour prendre part à un vote important au Sénat. J'invite donc mes collègues sénateurs ainsi que nos témoins à convenir de la marche à suivre que je vais vous décrire. Nous aurons certes le temps d'entendre les déclarations préparées par nos témoins. Je vais ensuite demander à mes collègues de poser à tour de rôle leurs questions qui seront portées au compte rendu. S'ils sont d'accord, nos témoins pourront répondre par écrit aux questions qui seront restées en suspens au moment de notre départ. Nous vous en serions extrêmement reconnaissants.

Est-ce que cette façon de procéder convient aux honorables sénateurs?

**Des voix :** D'accord.

**Le président :** Je vous remercie. Je vous rappelle qu'à 17 h 15, les sénateurs devront aller voter en Chambre.

Dans le cadre de notre examen des progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004, nous aborderons aujourd'hui le sujet de la santé et des ressources humaines. Nous allons entendre des témoins représentant le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Ressources humaines et Développement des compétences Canada, et la Société Santé en français.

I invite you to present in the order that you are listed on the agenda, if that meets with your acceptance. I invite one individual first and ask you to introduce yourself and your colleagues. I understand we have a considerable depth of bench in a couple of cases in the event that they are needed. Perhaps we will stick with those who are at the table initially in terms of introduction. Beginning with the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, I ask Dr. Padmos to introduce himself and his colleague.

**Dr. Andrew Padmos, Chief Executive Officer, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada:** Thank you, Senator Ogilvie and senators; it is a privilege to be here. I would like to introduce my colleague, Ms. Danielle Fréchette, Director of Policy and External Relations at the Royal College of Physicians and Surgeons. I am the CEO of the Royal College and have been so since 2006. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada is the custodian of the professional ethos of Canada's 33,000 specialist physicians and surgeons. We do not represent their economic interests. We represent their professional ambitions. We do so because we set the standards for education, training and lifelong learning for those physicians. We are very interested in human resources for health, and always have been, because our starting point is those individuals who graduate from medical school and enter into the workforce as resident physicians. We follow them through until they retire. Due to recent economic circumstances, this retirement seems to be postponed in many cases.

Canadians are proud of their health system and pleased with many of the responses from the 2004 accord, but we are not uniformly satisfied that we have solved all the problems. Frustration continues with access to health care. On a personal note, I continue to practise haematology slightly, mostly for my sanity but I hope for the patients' benefit. I do so in Windsor, Nova Scotia, at the Hants Community Hospital. When I look at the list of patients I see on my monthly clinics, I find that more than half of them have waited six months to see a consultant physician after the referral from the family physician. This is not good enough, as one small example.

The other concern is at the other end. Physicians in general are working too much. Physicians on average are working 53 hours a week, but that only is the time they are in the office or the clinic. In addition, they are working 120 or more hours a month on call. I would like to make the point that being on call is being at work in almost every case. We are not playing golf while we are waiting for the telephone to ring.

Our concerns are really shared by Canadians, and we have three recommendations we would like to place in front of you. The first is to continue and augment investments in patient-centred medical education and training programs that support

Si cela vous convient, je vais vous demander de nous faire vos exposés en suivant la séquence dans laquelle vous figurez à l'ordre du jour. Chacun à votre tour, vous pourrez ainsi nous présenter les collègues qui vous accompagnent. Je sais que certains parmi vous sont accompagnés de nombreux collaborateurs qui pourront répondre à nos questions au besoin. Pour ce qui est des présentations, peut-être pourrions-nous nous en tenir à ceux qui sont déjà à la table. Nous allons débiter avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, et je vais demander au Dr Padmos de se présenter et de nous présenter sa collègue.

**Dr Andrew Padmos, directeur général, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada :** Merci, sénateur Ogilvie et honorables sénateurs; c'est un privilège pour moi d'être ici. J'aimerais vous présenter ma collègue, Mme Danielle Fréchette, directrice du Bureau des politiques de la santé au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Je suis directeur général du collège depuis 2006. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est le gardien de l'éthique professionnelle des 33 000 médecins spécialistes et chirurgiens que compte notre pays. Nous ne représentons pas leurs intérêts économiques. Nous défendons leurs ambitions professionnelles. Nous établissons les normes en matière d'éducation, de formation et d'apprentissage continu pour ces médecins. Nous nous sommes toujours intéressés de très près aux ressources humaines en santé, car notre clientèle de départ est constituée des diplômés des écoles de médecine qui intègrent le marché du travail en tant que médecins résidents. Nous suivons leur cheminement jusqu'à la retraite. Une retraite qui est retardée dans bien des cas compte tenu de la conjoncture économique récente.

Les Canadiens sont fiers de leur système de santé et se réjouissent de bon nombre des solutions apportées dans le cadre de l'entente de 2004, mais nous ne sommes pas pleinement convaincus que tous les problèmes ont été réglés. L'accès aux soins de santé demeure une source de frustration. Pour ma part, je continue à pratiquer l'hématologie à temps partiel, surtout pour mon bien-être mental mais aussi, j'ose l'espérer, pour le mieux-être de mes patients. Je travaille au Hants Community Hospital de Windsor en Nouvelle-Écosse. En consultant la liste des patients que je reçois lors de mes cliniques mensuelles, je constate que plus de la moitié d'entre eux ont attendu six mois pour voir un spécialiste après avoir été aiguillés par leur médecin de famille. Ce n'est qu'un simple exemple, mais cela demeure inacceptable.

L'autre extrémité du spectre est également préoccupante. D'une manière générale, les médecins travaillent trop. En moyenne, ils travaillent 53 heures par semaine, mais on ne comptabilise ici que le temps passé au bureau ou à la clinique. Il faut ajouter les 120 heures, voire davantage, pendant lesquelles ils sont sur appel. Je dois préciser que les médecins sur appel sont au travail dans la plupart des cas. Nous ne jouons pas au golf en attendant que le téléphone sonne.

Nos préoccupations sont partagées par les Canadiens et nous avons trois recommandations que nous aimerions vous soumettre. Premièrement, il faut poursuivre et bonifier les investissements dans des programmes d'éducation et de formation médicale



lifelong learning. The only effective way to transform the health care system is to make sure that the education and training program for health professionals is up to standards. Patient-centred care, inter-professional care and comprehensive care are all things that deserve and require additional investment and attention.

The second recommendation we would like to repeat is one you have probably heard many times and is still very topical. We need a pan-Canadian human resources for health observatory function to provide evidence and data on which to plan. Our workforce science in Canada is at a very primitive stage, and we are lurching from one crisis in one locality or one specialty to another.

Our third recommendation is something that needs emphasis. We are all affected by injuries and accidents. Canada needs an injury prevention strategy to elevate in the public's attention and bring resources to bear to reduce needless injuries in our life. The reason for this is that injuries cause a lot of loss of life, disability, long-lasting disability and painful disability, and they cost a lot of money.

Mr. Chair, there are many other good recommendations to be brought forward, but these are the three we would like to isolate. I would ask Ms. Fréchette to comment in part because she represents our organization at the International Health Workforce Collaborative.

[*Translation*]

**Danielle Fréchette, Director, Office of Health Policy, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada:** I would like to focus on the opportunities for sharing knowledge and expertise we are losing in Canada.

[*English*]

At the International Health Workforce Collaborative, we bring together four countries with similar health care systems: The U.S., the U.K., Australia and Canada. It is evident to those of us who come together that there are so many vast opportunities for international collaboration, knowledge sharing and knowledge transfer, where everyone is doing some wonderful things. This year we will be examining, among other things, the impact that health human resource observatories in our partner countries has had in ensuring that the citizens of their countries have access to high quality and timely care. Canada has yet to have one of these institutes, but we are not the poor cousin because we are doing some wonderful things at the provincial-territorial level. Again, when our colleagues from the provinces and territories come to the group IHWC, they find it to be an opportunity to learn from others and from ourselves. It is high time that we do think of an

centrés sur le patient qui soutiennent l'apprentissage continu. Si l'on veut réussir à transformer notre système de santé, il faut absolument s'assurer que les programmes d'éducation et de formation des professionnels de la santé satisfont aux normes les plus élevées. Les soins axés sur le patient, la collaboration interprofessionnelle et l'intégration des soins sont autant d'éléments qui méritent et exigent une attention plus soutenue et des investissements additionnels.

La deuxième recommandation que nous souhaiterions réitérer vous a probablement été soumise à maintes reprises, mais demeure très pertinente. Nous avons besoin d'un observatoire pancanadien en matière de ressources humaines en santé afin de pouvoir compter sur une base de données suffisante pour planifier adéquatement. Au Canada, la maîtrise scientifique de la gestion des ressources humaines en est encore à un stade très primaire; nous ne faisons que naviguer entre les crises d'une localité ou d'une spécialité à l'autre.

Notre troisième recommandation vaut la peine qu'on s'y arrête un instant. Les blessures et les accidents nous touchent tous d'une façon ou d'une autre. Le Canada a besoin d'une stratégie de prévention des blessures pour mieux sensibiliser la population et mobiliser les ressources nécessaires pour réduire ces blessures dont on n'a nullement besoin. Sans compter les pertes de vie et les situations d'incapacité souvent permanentes et douloureuses qui en résultent, les blessures entraînent aussi d'importants coûts financiers.

Monsieur le président, nous pourrions vous formuler bien d'autres excellentes recommandations, mais nous avons choisi de cibler ces trois-là. Je vais demander à Mme Fréchette de vous dire quelques mots, car elle représente notre organisation à l'International Health Workforce Collaborative (IHWC).

[*Français*]

**Danielle Fréchette, directrice, Bureau des politiques de la santé, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada :** J'aimerais mettre l'accent sur les possibilités de partage de connaissances et d'expertises que nous perdons au Canada.

[*Traduction*]

L'IHWC permet de réunir quatre pays dont les systèmes de santé sont similaires : les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie et Canada. Ces rencontres nous révèlent à tous d'immenses possibilités de collaboration internationale et de transfert des connaissances, car chacun accomplit de son côté des choses extraordinaires. Nous nous pencherons notamment cette année sur l'impact des observatoires en matière de ressources humaines de la santé établis dans nos pays partenaires pour ce qui est de l'accès rapide de leurs citoyens à des soins de grande qualité. Le Canada n'a toujours pas mis sur pied un tel observatoire, mais nous ne sommes pas les parents pauvres pour autant, car quelques-unes de nos réalisations à l'échelle des provinces et des territoires sont impressionnantes. D'ailleurs, nos collègues provinciaux et territoriaux qui participent à l'IHWC estiment que c'est pour eux une bonne occasion de tirer des enseignements

observatory as a likely measure. The last recommendation that Dr. Padmos mentioned was injury reduction. Why is that germane to human resources for health? When we think of the number of traumas and procedures that are not planned for in our health care system and that really derail our good planning, it is worthy of further attention.

We are thinking of \$20 billion in health care dollars in recognizing that health care is such a very human intensive endeavour. I think it is worthy of further attention as well.

**The Chair:** Thank you very much.

We will now move on to Human Resources and Skills Development Canada. I would ask Jean-François LaRue to begin.

**Jean-François LaRue, Director General, Labour Market Integration, Human Resources and Skills Development Canada:** Thank you, Mr. Chair and distinguished members of this committee.

[Translation]

I am the Director General of the Labour Market Integration Directorate, within the Skills and Employment Branch. On behalf of Human Resources and Skills Development Canada, I would like to extend my thanks to the committee for the opportunity to discuss foreign credential recognition as it pertains to the 2004 health accord.

[English]

Today, I would like to provide the committee with a brief overview of the important work that the HRSDC's Foreign Credential Recognition Program, or FCRP, has been doing to improve the labour market outcomes of foreign-trained individuals and, in particular, internationally-educated health professionals. First and foremost I would like to highlight that although the recognition of foreign credentials is largely an area of provincial and territorial jurisdiction, the federal government has a pivotal facilitation role to improve foreign credential recognition processes.

The Government of Canada facilitates national coordination, helps build capacity among provincial and territorial governments, engages stakeholders to lead projects that improve foreign credential recognition processes, and helps individuals with information and targeted financial support.

Since 2003, HRSDC's FCRP program has been providing strategic financial support to key stakeholders responsible for assessing and recognizing foreign credentials, including health professionals. Our support enables organizations such as the

de nos expériences et de celles de nos homologues étrangers. Il est grand temps que nous envisagions sérieusement l'établissement d'un observatoire. La dernière recommandation formulée par le Dr Padmos concernait la réduction des blessures. Quel est le rapport avec les ressources humaines en santé? Pensez simplement à toutes ces blessures et interventions qu'il est impossible de prévoir et qui bousillent tous nos efforts en vue d'une planification efficace, et vous comprendrez qu'il y a lieu de s'intéresser à la question.

Les coûts s'élèvent à 20 milliards de dollars pour notre réseau de soins de santé au sein duquel les ressources humaines jouent un rôle très important. Il y a donc tout lieu de se pencher sur cette problématique.

**Le président :** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer aux représentants de Ressources humaines et Développement des compétences Canada. Je vais demander à Jean-François LaRue de commencer.

**Jean-François Larue, directeur général, Intégration au marché du travail, Ressources humaines et Développement des compétences Canada :** Monsieur le président, distingués membres du comité, je vous remercie.

[Français]

Je suis le directeur général de la direction de l'intégration au marché du travail au sein de la direction générale des compétences et de l'emploi. Au nom de Ressources humaines et Développement des compétences Canada, je souhaite remercier le comité de me donner de la possibilité de discuter de la reconnaissance des titres de compétence étrangers dans le cadre de l'accord de 2004 sur la santé.

[Traduction]

Aujourd'hui, je souhaiterais présenter au comité un bref aperçu de l'important travail réalisé dans le cadre du Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers de RHDCC afin d'améliorer la situation sur le marché du travail des individus formés à l'étranger et, plus particulièrement, des professionnels de la santé formés à l'étranger. Tout d'abord, je souhaite souligner que si la reconnaissance des titres de compétences étrangers est en grande partie la responsabilité des provinces et des territoires, le gouvernement fédéral joue un rôle de chef de file afin de faciliter l'amélioration des processus en la matière.

Le gouvernement du Canada facilite la coordination nationale, aide à renforcer la capacité au sein des gouvernements provinciaux et territoriaux, incite les intervenants à diriger des projets qui permettent d'améliorer les processus de reconnaissance des titres de compétences étrangers et vient en aide aux personnes concernées en leur fournissant de l'information et un soutien financier ciblé.

Depuis 2003, le programme fournit un soutien financier stratégique aux intervenants clés chargés de l'évaluation et de la reconnaissance des titres de compétences étrangers, y compris ceux des professionnels de la santé. Notre soutien permet à des

Medical Council of Canada and the Canadian Nurses Association to develop processes and practices that are fair, consistent, transparent and timely.

[*Translation*]

We have played an important role in facilitating the emergence of pan-Canadian partnerships. Since its inception, the program has funded over 160 projects worth more than \$90 million, including funding to seven provincial and territorial governments to develop foreign credential recognition systems and tools.

[*English*]

The projects HRSDC supports are pan-Canadian in nature. For example, the department has engaged with the Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations. The association will develop a single competency-based assessment, as well as a national certification exam and language standards. What does this mean? It means that internationally-trained occupational therapists will be able to apply for licensure through one system instead of 13.

As another example, in conjunction with regulators representing registered nurses, licensed practical nurses and psychiatric nurses, HRSDC is currently supporting the establishment of a national nursing assessment service. Not only will this project create a single entry point for all foreign-trained nurses, but having this type of process provides nursing stakeholders the ability to move the application process so that it can be initiated overseas.

[*Translation*]

To address the issues foreign-trained individuals face in Canada, first ministers agreed to take concerted action by tasking labour market ministers with developing the Pan-Canadian Framework for the Assessment and Recognition of Foreign Qualifications.

[*English*]

Launched in 2009 and led by HRSDC in collaboration with CIC, the framework is a historic public commitment that establishes a shared national vision, guiding principles and desired outcomes to improve the labour market integration of internationally-trained workers. Through the framework, regulators and stakeholders are working with governments to ensure that the processes used to assess foreign qualifications adhere to the framework's principles of fairness, consistency, transparency and timeliness. Given the broad scope of the work

organismes comme le Conseil médical du Canada et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada d'élaborer des processus et des pratiques qui sont équitables, cohérents, transparents et rapides.

[*Français*]

Nous avons joué un rôle important pour faciliter l'émergence de partenariats pancanadiens. Depuis sa création, le programme a financé plus de 160 projets totalisant plus de 90 millions de dollars, y compris le financement accordé à sept gouvernements provinciaux et territoriaux pour l'élaboration de systèmes et d'outils de reconnaissance des titres de compétence étrangers.

[*Traduction*]

Les projets appuyés par RHDCC sont, par nature, pancanadiens. Par exemple, le ministère a engagé le dialogue avec l'Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie. Cette association est chargée d'élaborer une évaluation unique axée sur les compétences, ainsi qu'un examen national de reconnaissance professionnelle et des normes linguistiques. Qu'est-ce que cela signifie concrètement? Cela veut dire que les ergothérapeutes formés à l'étranger seront en mesure de présenter une demande de permis d'exercice par l'intermédiaire d'un seul système au lieu de 13, comme c'était le cas auparavant.

Autre exemple, en collaboration avec les organismes de réglementation qui représentent les infirmières et les infirmiers autorisés, les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés et les infirmières et les infirmiers psychiatriques, RHDCC appuie actuellement la création d'un service national d'évaluation des infirmières et des infirmiers. Ce projet permettra non seulement de créer un point d'accès unique pour l'ensemble des infirmières et des infirmiers formés à l'étranger, mais ce type de processus donnera également aux intervenants du milieu infirmier la possibilité de déplacer le processus de candidature pour qu'il puisse être initié à l'étranger.

[*Français*]

Pour régler les problèmes qu'éprouvent au Canada, les individus formés à l'étranger, les premiers ministres ont accepté de prendre des mesures concertées en chargeant les ministres responsables du marché du travail d'élaborer le Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger.

[*Traduction*]

Lancé en 2009 et dirigé par RHDCC en collaboration avec CIC, ce cadre constitue un engagement public historique qui établit une vision nationale commune, des principes directeurs et des objectifs de résultats afin d'améliorer l'intégration au marché du travail des travailleurs formés à l'étranger. Par l'intermédiaire de ce cadre, les organismes de réglementation et les intervenants travaillent avec les gouvernements afin de s'assurer que les processus utilisés pour évaluer les titres de compétences étrangers respectent les principes d'équité, de cohérence, de transparence et

— we have more than 500 regulated occupations — governments agreed to target 14 occupations over three years for individual and collective actions. Nine of the 14 target occupations are health related occupations such as physicians, registered nurses and medical radiation technologists.

Work with health stakeholders has been significant and progress continues. However, achieving desired outcomes requires the ongoing commitment of all parties involved and it will take time. In our discussion with various stakeholders, we often heard about the financial difficulties that foreign-trained workers face when seeking to have their credentials recognized. In particular, the certification process can be very costly for some health professions. A lack of Canadian credit history and work experience can be quite an obstacle for individuals in obtaining loans from Canadian financial institutions. Recognizing this, the federal government introduced in Budget 2011 a complementary financial assistance pilot project initiative proposing to help them cover the costs associated with the FCR process.

*[Translation]*

My directorate is also responsible for reducing labour mobility barriers faced by Canadians as they move from province to province and by internationally trained workers who are trying to integrate into the Canadian economy.

Full labour mobility improves workers' employment opportunities and gives employers access to a larger and richer pool of human resources. Labour mobility and foreign credential recognition go hand in hand.

*[English]*

In summary, national consultations with stakeholders validated that not only are foreign credentials assessment and recognition systems complex, lengthy and costly, but the organizations responsible for these systems have a limited capacity to address these issues in their entirety. Common key messages identified include a need for long-term commitment from all parties involved, including employers, and for additional financial support. To maintain the momentum all governments and key stakeholders, including those in health professions, must commit to ongoing collaboration, build upon successes and lessons learned, and continue to take concerted action.

de rapidité établis dans le cadre. Étant donné la vaste portée des travaux, les gouvernements ont convenu de cibler, pendant une période de trois ans, 14 professions qui feront l'objet de mesures individuelles et collectives. Neuf des 14 professions visées sont des professions du domaine de la santé, comme les médecins, les infirmières et les infirmiers autorisés et les technologues en radiation médicale.

Le travail effectué avec les intervenants du domaine de la santé est important et continue de progresser. Cependant, un engagement permanent de toutes les parties est nécessaire pour atteindre les résultats visés, et cela prendra du temps. Au cours de nos discussions avec plusieurs intervenants, nous avons souvent entendu parler des difficultés financières qu'éprouvaient les travailleurs formés à l'étranger lorsqu'ils souhaitent faire reconnaître leurs titres de compétences. C'est le cas en particulier du processus de reconnaissance professionnelle qui peut s'avérer très coûteux pour certaines professions du domaine de la santé. Le manque d'antécédents en matière de crédit et d'expérience professionnelle au Canada peut constituer un obstacle pour les individus au moment d'obtenir des prêts auprès des institutions financières canadiennes. C'est en tenant compte de cet aspect que le gouvernement fédéral a présenté dans le cadre du budget de 2011 une initiative de projet pilote d'aide financière complémentaire afin de les aider à couvrir les coûts associés au processus de reconnaissance des titres de compétences étrangers.

*[Français]*

Ma direction est également chargée de réduire les obstacles à la mobilité de la main-d'œuvre auxquels se heurtent les Canadiens qui changent de province et les travailleurs formés à l'étranger qui essaient d'intégrer l'économie canadienne.

La pleine mobilité de la main d'œuvre permet d'améliorer les perspectives d'emploi des travailleurs et de donner accès aux employeurs à un bassin de ressources humaines plus vastes et plus riches; la mobilité de la main d'œuvre et la reconnaissance des titres de compétence étrangers vont de pair, elles sont en fait complémentaires.

*[Traduction]*

En résumé, les consultations nationales menées auprès des intervenants ont permis de confirmer non seulement que les systèmes d'évaluation et de reconnaissance des titres de compétences étrangers sont complexes, longs et coûteux, mais aussi que les organismes responsables de ces systèmes disposent de moyens limités pour faire face à ces problèmes dans leur intégralité, en plus d'accomplir leurs activités quotidiennes. Les principaux messages clés relevés indiquent qu'il faut que toutes les parties, y compris les employeurs, prennent un engagement à long terme et qu'il faut établir un soutien financier supplémentaire. Afin de poursuivre sur cette lancée, tous les gouvernements et les

In closing, I would note that the FCR program will continue to be a key piece of the Government of Canada's response to the FCR issue. Building on the lessons we have learned over the years, the FCR program will replicate the early successes we have had with groups like dentists and nurses to address systemic labour market barriers on a larger scale.

**Marc LeBrun, Director General, Canada Student Loans, Human Resources and Skills Development Canada:** It is a pleasure to be here today to discuss the work that is underway with respect to Canada student loan forgiveness for family physicians, nurses and nurse practitioners, as introduced in Budget 2011.

As you know, in Budget 2011, the Government of Canada committed to forgiving a portion of Canada student loans for new family physicians, nurse practitioners and nurses that agree to practice in underserved rural or remote communities including those that provide health services to First Nations and Inuit populations.

*[Translation]*

Starting in 2012-13, practising family physicians will be eligible for federal Canada student loan forgiveness of up to \$8,000 per year to a maximum of \$40,000.

Nurse practitioners and nurses will be eligible for federal Canada student loan forgiveness of up to \$4,000 per year to a maximum of \$20,000. This initiative will complement initiatives that are currently under way in provinces and territories to combat the shortage of health care professionals and expand the provision of primary health services to Canadians in these communities.

*[English]*

As this initiative touches on both student financial assistance and health human resources, HRSDC is working with representatives from Health Canada to coordinate consultation activities, including discussions with provincial and territorial partners with perfect species in these fields.

Over the coming months we will also be undertaking consultations with key non-governmental stakeholders, including groups that represent family physicians, nurses and

intervenants clés, y compris ceux liés aux professions du domaine de la santé, doivent s'engager à collaborer de façon continue, s'appuyer sur les succès enregistrés et les leçons apprises, et continuer à prendre des mesures concertées.

Pour conclure, je voudrais souligner que le Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers continuera à jouer un rôle clé dans le cadre de la réponse du gouvernement du Canada à l'égard de la reconnaissance des titres de compétences étrangers. En s'appuyant sur les leçons apprises au fil des années, le programme sera en mesure de reproduire les réussites obtenues avec les professions de dentiste et d'infirmière et infirmier, afin de remédier aux obstacles systémiques sur le marché du travail à plus grande échelle.

**Marc LeBrun, directeur général, Programme canadien de prêts aux étudiants, Ressources humaines et Développement des compétences Canada :** C'est avec plaisir que je suis ici aujourd'hui pour parler des travaux en cours relativement à la radiation des dettes d'études pour les médecins de famille, les infirmiers praticiens et les infirmiers, tel que le prévoit le budget de 2011.

Comme vous le savez, le gouvernement du Canada s'est engagé, dans son budget de 2011, à radier une partie des prêts d'études canadiens des nouveaux médecins de famille, des infirmiers praticiens et des infirmiers qui travaillent dans des collectivités rurales et éloignées qui sont mal desservies, notamment celles où des services de santé sont offerts aux membres des Premières nations et aux populations inuites.

*[Français]*

À compter de 2012-2013, les médecins de famille seront admissibles à l'annulation d'une partie de leur prêt d'étude canadien à la hauteur de 8 000 \$ par année, jusqu'à concurrence de 40 000 \$.

Quant aux infirmiers praticiens, ils auront droit à l'annulation de leur prêt d'étude canadien à hauteur de 4 000 \$ par année jusqu'à concurrence de 20 000 \$ au total. Cette initiative s'ajoute aux initiatives déjà mises en place dans les territoires pour contrer la pénurie de professionnels de la santé dans ces collectivités et élargir l'offre des soins de santé primaires des Canadiens et des Canadiennes qui y vivent.

*[Traduction]*

Comme cette initiative touche à la fois l'aide financière aux étudiants et les ressources humaines en santé, RHDC collabore avec des représentants de Santé Canada afin de coordonner les activités de consultation, notamment les échanges avec ses partenaires provinciaux et territoriaux qui possèdent de l'expertise dans ces domaines.

Au cours des mois à venir, des consultations auront lieu également avec des intervenants clés du secteur privé, y compris des groupes représentant les médecins de famille, les infirmiers

nurse practitioners, in order to obtain their input on how best to implement this initiative and to help define some of the key parameters.

[*Translation*]

I want to thank you very much for the opportunity to discuss this initiative today.

[*English*]

**The Chair:** For those who may have arrived after we had our initial introduction, I will remind my colleagues that we agreed that we would go around and give each senator a chance to get a question on the record. Our witnesses agreed that they would provide a written answer following this meeting. If there is time left after we get all your questions on the record, I will start from the beginning and see if we can actually have some in situ discussion. I just wanted to make sure everyone is on the same page in that regard.

I will now turn to Health Canada. Mr. Shearer would you begin?

**Robert Shearer, Acting Director General, Health Care Programs and Policy Directorate, Strategic Policy Branch, Health Canada:** Thank you for having both my colleague and myself here today. Shelagh Jane Woods will be introducing herself toward the end of the presentation.

It is a pleasure to be here on behalf of Health Canada. I would like to thank the committee for the opportunity to report on progress made in the area of health human resources, fondly known as HHR, which is often referred to by many of our colleagues, since the 2004 health accord.

You may know that in 2004 the federal government committed to the following: accelerating and expanding the assessment and integration of internationally trained health care graduates across the country; targeting efforts in support of Aboriginal communities and official language minority communities to increase the supply of health care professionals in these communities; implementing measures to reduce the financial burden on students in specific health education programs, in collaboration with our colleagues in other federal departments; and participating in HHR planning with interested jurisdictions.

Although Canada does not have a single national health human resources plan at this point, Health Canada remains dedicated to addressing HHR challenges and promoting innovation within its jurisdiction, as well as supporting provincial, territorial and stakeholder capacity in areas of identifiable need.

Health Canada plays a leadership role in HHR by supporting a range of targeted projects and initiatives of national significance. Key investments include: \$20 million annually for the Pan-Canadian Health Human Resource Strategy; \$18 million annually for the Internationally Educated Health Care Professionals

praticiens et les infirmiers afin de recueillir leurs commentaires quant au meilleur moyen de mettre en œuvre cette initiative et d'aider à définir certains paramètres importants du programme.

[*Français*]

Je vous remercie de m'avoir donné la chance de parler de cette initiative aujourd'hui.

[*Traduction*]

**Le président :** Pour la gouverne de ceux qui ont raté le début de la séance, je rappelle que nous avons convenu de faire un tour de table pour permettre à chaque sénateur de poser au moins une question. Nos témoins ont accepté de fournir des réponses écrites après la séance. S'il reste du temps une fois que toutes les questions auront été posées, je recommencerai du début pour voir si nous ne pouvons obtenir quelques réponses dès aujourd'hui. Je voulais seulement m'assurer que tout le monde était bien au courant de notre façon de procéder.

Nous passons maintenant aux gens de Santé Canada. Monsieur Shearer, voulez-vous commencer?

**Robert Shearer, directeur général par intérim, Direction des programmes et des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada :** Merci de nous accueillir aujourd'hui, ma collègue et moi-même. Je vais laisser Shelagh Jane Woods se présenter elle-même à la fin de l'exposé.

C'est un plaisir d'être ici au nom de Santé Canada. Je remercie le comité de me donner l'occasion de rendre compte des progrès accomplis dans le secteur des ressources humaines en santé, ce que bon nombre de nos collègues appellent les RHS, depuis la signature de l'accord sur la santé de 2004.

Comme vous le savez sans doute, le gouvernement fédéral a pris les engagements suivants en 2004 : accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration des diplômés en santé formés à l'étranger; instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones et les communautés de langue officielle en situation minoritaire afin d'accroître le nombre de professionnels de la santé dans ces collectivités; prendre des mesures pour réduire le fardeau financier des étudiants de certains programmes de formation en santé, en collaboration avec nos collègues d'autres ministères fédéraux; et participer à la planification des RHS avec les provinces et les territoires intéressés.

Même si le Canada ne dispose pas d'un plan national unique en matière de ressources humaines en santé, Santé Canada demeure déterminé à relever les défis sur le plan des RHS et à promouvoir l'innovation dans son secteur de compétence, tout en appuyant les provinces, les territoires et les intervenants dans les secteurs où les besoins se font sentir.

Santé Canada joue un rôle de premier plan en matière de RHS en appuyant un éventail de projets et d'initiatives ciblés d'importance nationale. Des investissements considérables ont été consentis : 20 millions de dollars par année pour la Stratégie pancanadienne sur les ressources humaines en santé; 18 millions

Initiative; \$174.3 million over five years, which will end in 2013, to support increased access to health services for official language minority communities, including the recruitment and retention of health care professionals; \$34.5 million over five years to establish the nursing innovation strategy for remote and isolated First Nations communities; and last but not least, \$80 million over 5 years, which will end in 2015, for the Aboriginal Health Human Resources Initiative.

I will begin to say a few words about the Pan-Canadian Health Human Resource Strategy, which has supported now over 100 projects to advance health human resources planning, increased inter-professional education and practice, and the recruitment and retention of health care professionals.

For example, through this strategy, Health Canada is investing \$39.5 million over the next six years to train more than 100 family medicine residents in rural and remote communities across our country.

Next, I would like to briefly touch on the Internationally Educated Health Professionals Initiative, again fondly known as IEHPI, which has supported over 140 projects since 2005 to promote access to information and path-finding, competency assessment, training and orientation to help internationally educated health professionals integrate into their workplace.

For example, in British Columbia, they are using Health Canada funding to support courses and skills development to address language and communication challenges faced by internationally educated health professionals and their employers, when they arrive in our country.

Currently, IEHPI aligns with the objectives and target occupations identified in the Pan-Canadian Framework for the Assessment and Recognition of Foreign Qualifications, and Mr. LaRue has provided you with an overview of that particular program.

*[Translation]*

Another important component of Health Canada's work is to improve the health of all Canadians by increasing the supply of bilingual health practitioners. In some parts of Canada, francophone communities comprise a very small percentage of the population — less than 2 per cent in Newfoundland and Labrador, British Columbia, Saskatchewan and Alberta.

Through the Official Languages Health Contribution Program, more than \$143 million has been invested to train health professionals during the first seven years.

de dollars par année pour l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger; 174,3 millions de dollars sur une période de cinq ans qui se termine en 2013 pour améliorer l'accès aux services de santé dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire, y compris via le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé; 34,5 millions de dollars sur cinq ans pour déployer la Stratégie d'innovation en soins infirmiers dans les collectivités des Premières nations situées en région éloignée ou isolée; et, le dernier mais non le moindre, 80 millions de dollars sur cinq ans, soit jusqu'en 2015, pour l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone.

Parlons tout d'abord de la Stratégie pancanadienne sur les ressources humaines en santé, qui a financé plus de 100 projets en vue de faire progresser la planification des ressources humaines en santé, d'améliorer la formation et la pratique interprofessionnelles et d'accroître le recrutement et le maintien en poste de fournisseurs de soins de santé.

Par exemple, dans le cadre de cette stratégie, Santé Canada investit actuellement 39,5 millions de dollars sur six ans pour former plus de 100 résidents en médecine familiale dans des collectivités rurales et éloignées de différentes régions du pays.

J'aimerais aussi vous parler brièvement de l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger, qui a financé plus de 140 projets depuis 2005 afin de faciliter l'accès aux services d'information et d'orientation, l'évaluation des titres de compétences, la formation et d'autres formes de soutien en vue de l'intégration de ces professionnels au marché du travail.

Par exemple, la Colombie-Britannique utilise des fonds fournis par Santé Canada pour financer des cours et des programmes de perfectionnement des compétences en vue d'aider les professionnels formés à l'étranger et les employeurs à surmonter les difficultés de langage et de communication.

L'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger est en accord avec les objectifs et les professions cibles établis dans le Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger, dont M. LaRue vous a déjà parlé.

*[Français]*

Le travail de Santé Canada comporte un autre élément important, l'amélioration de l'état de santé de toutes les Canadiennes et de tous les Canadiens en augmentant les effectifs de professionnels bilingues de la santé. Dans certaines régions du Canada, les communautés francophones sont moins de 2 p. 100, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et en Alberta.

Dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, plus de 143 millions de dollars ont été investis dans la formation de professionnels de la santé pendant les sept premières années.

In Quebec, English-language training is offered to health personnel and health practitioners in order to improve their ability to communicate with approximately one million English-speaking people across Quebec.

Outside Quebec, Health Canada funds a consortium of 11 colleges and universities offering 90 post-secondary health training programs in French across Canada.

These initiatives have resulted in over 2,200 post-secondary graduates of the French-language component during the first seven years of the accord, and over 8,200 health personnel who received English-language training in Quebec during the same period.

The official languages program evaluation of 2008 concluded that, while the program had already contributed to an increased number of health personnel able to meet the needs of official language minority communities, it remained relevant, as language barriers continued to exist for English- and French-speaking minority communities across the country.

*[English]*

Finally, I would like to note that cooperation and collaboration are essential in our pan-Canadian work on HHR. Health Canada supports collaborative efforts as co-chairs of the federal-provincial-territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources known as ACHDHR. This committee was created by the conference of deputy ministers of health back in 2002, to link issues of primary health care, service delivery and HHR.

I understand that the ACHDHR will be providing a written brief to the clerk regarding their work for your consideration.

The federal government also participates on ACHDHR as a jurisdiction that directly employs health care providers and has responsibility for the funding and delivery of certain health care services for populations under federal responsibility, such as First Nations and Inuit, eligible veterans, refugee protection claimants, inmates of federal penitentiaries, and serving members of the Canadian Forces and the Royal Canadian Mounted Police.

I would now like to welcome my colleague, Shelagh Jane Woods from Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch, to share highlights of the Aboriginal Health Human Resources Initiative.

**Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada:** Thank you to the senators for inviting us.

Au Québec, de la formation en anglais est offerte aux travailleurs de la santé et aux médecins dans le but d'augmenter leur capacité à communiquer avec près d'un million d'anglophones dispersés dans toutes les régions de la province.

À l'extérieur du Québec, Santé Canada finance un regroupement de 11 collèges et universités offrant 90 programmes de formation postsecondaire en français dans le domaine de la santé à l'échelle du Canada.

Grâce à cette initiative, plus de 2 200 étudiants du volet francophone ont obtenu leur diplôme postsecondaire au cours des sept premières années de l'accord et plus de 8 200 travailleurs de la santé au Québec ont suivi leur formation en anglais pendant la même période.

Selon leur évaluation du programme des langues officielles, effectuée en 2008, le programme avait déjà contribué à l'augmentation du nombre de travailleurs de la santé pouvant répondre aux besoins de la communauté de langue officielle en situation minoritaire. Et ils conservent leur pertinence, car la barrière linguistique persiste pour les communautés francophones et anglophones en situation minoritaire au Canada.

*[Traduction]*

Enfin, j'aimerais mentionner que la coopération et la collaboration sont essentielles à notre travail pancanadien sur les RHS. Santé Canada appuie les efforts concertés à titre de coprésident du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des services de santé et les ressources humaines, connu aussi sous le sigle CCPSSRH. Ce comité a été créé en 2002 par la conférence des sous-ministres pour établir des correspondances entre les questions de réforme des soins de santé primaires, de prestation des services et de RHS.

Le CCPSSRH doit d'ailleurs soumettre un mémoire écrit à votre greffière pour vous mettre au fait de son travail.

Le gouvernement fédéral participe également au CCPSSRH en tant qu'instance qui emploie directement des dispensateurs de soins de santé, car il lui incombe de financer et de prodiguer certains services de santé aux populations sous responsabilité fédérale, tels les Premières nations et les Inuits, les anciens combattants admissibles, les revendicateurs du statut de réfugié, les détenus des pénitenciers fédéraux et les membres en service des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada.

J'inviterais maintenant ma collègue, Shelagh Jane Woods, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, à prendre la parole afin de vous résumer les points saillants de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone.

**Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada :** Je veux remercier les honorables sénateurs de nous avoir invités.



[Translation]

In Budget 2010, the Aboriginal Health Human Resources Initiative was renewed for five years at \$80 million to build on the work accomplished during the first phase of the initiative. This is a small sample of successes achieved through the initiative to date.

[English]

We have supported over 2,200 Aboriginal students studying in a wide range of health careers through what we call the AHHRI's bursary and scholarship program.

[Translation]

We have funded over 240 projects carried out in conjunction with post-secondary institutions that provided students with support, bridging programs, and access to post-secondary health programs, curriculum adaptation and other projects.

[English]

Our work with professional associations, universities and colleges has produced frameworks for cultural competency for medicine and nursing that are being implemented in universities and colleges across Canada.

The AHHRI is now turning its attention to First Nations and Inuit community-based health workers to ensure that they have the skills and certification comparable to workers in the provincial and territorial health care system.

[Translation]

While there is still much to be done, the foundations that have been established through the AHHRI are going to result in a First Nations and Inuit health workforce that better meets the needs of their people.

That workforce will have a skill level equivalent to that found in the provincial and territorial health systems.

**Dr. Brian Conway, President, Société Santé en français:** Good afternoon. I am an infectiologist by trade and a registered member of the Royal College. I am speaking to you today as the President of the Société Santé en français, and I thank you for the opportunity to share the views of French- and Acadian-speaking minority communities on the result of the 10-year plan to strengthen health care, adopted in 2004, while focusing on human resources issues.

[Français]

Dans le budget de 2010, l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone a été renouvelée pour cinq ans à hauteur de 80 millions de dollars pour poursuivre les travaux réalisés dans la première phase de l'initiative. Permettez-moi de vous énumérer quelques-uns des succès obtenus par l'initiative jusqu'à présent.

[Traduction]

Nous avons appuyé plus de 2 200 étudiants autochtones dans une vaste gamme de carrières en santé grâce au programme de bourses de l'IRHSA.

[Français]

Nous avons financé plus de 240 projets menés de concert avec les établissements d'enseignement postsecondaire, qui ont offert du soutien aux étudiants, des programmes de transition et un accès à des programmes d'études postsecondaires en santé ou en adaptation du cursus, par exemple, et à d'autres projets.

[Traduction]

Notre travail avec des associations professionnelles, des universités et des collèges nous a permis d'établir pour les médecins et le personnel infirmier des cadres de compétences culturelles qui sont mis en œuvre dans les universités et les collèges de tout le Canada.

L'IRHSA tourne maintenant son attention vers les travailleurs de la santé œuvrant dans les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites afin de faire en sorte qu'ils aient des compétences et des diplômes comparables à ceux des travailleurs de la santé intégrés aux systèmes de santé des provinces et des territoires.

[Français]

Bien qu'il nous reste encore beaucoup à faire, les bases qui ont été jetées dans le cas de l'IRHSA contribueront d'une façon importante à la constitution d'un effectif de Premières nations et d'Inuits dans le domaine de la santé qui réponde mieux au besoin de ces populations.

Cet effectif aura un niveau de compétence comparable à celui des personnes travaillant dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

**Dr Brian Conway, président, Société Santé en français :** Bonjour, je suis infectiologue de formation et membre en bonne et due forme du Collège royal. Je vous parle aujourd'hui en tant que président de la Société Santé en français, et je vous remercie de l'occasion de vous faire part de la perspective des communautés francophones et acadienne en situation minoritaire sur les résultats du Plan décennal sur la santé, adopté en 2004, en insistant sur les questions de ressources humaines.

As you all know, I represent Acadian and francophone communities outside Quebec. Those communities account for over a million Canadians who need access to quality health services in their own language.

In reports produced as early as 2002, a committee similar to this one was already listing five levers that have formed the foundation of the Santé en français movement: networking, training, development of service points, new technologies, and implementation of structures for disseminating information. We at the Société Santé en français, founded in 2002, have based our approach on the World Health Organization's pentagram model, which promotes concerted action by all partners, including the community, health professionals, training establishments, service facilities, and federal, provincial/territorial and regional policy makers to advise the existing organizations within the health care system on how to provide services to francophone and Acadian communities. We have created 17 networks in the 12 provinces and territories we service and, over the years, we have had some resounding successes. We have been able to provide funding for more than 225 initiatives that have had an impact on seniors, children, youth and immigrant families, and often, on those who are most vulnerable and impoverished.

I will give you a few examples of successes achieved through the action plan. In Fredericton, New Brunswick, a small group of francophones partnered with the Société Pierre-Armand-Landry to initiate a study on access to health services in French in the area. Two years later, the group became the Comité Santé en français de Fredericton and set about compiling a directory of health professionals and services and making them aware of the importance of language in health care. The initiative eventually resulted in the Noreen-Richard Health Centre, a community health centre that serves over 2,000 francophones from the greater Fredericton region. The study of the needs has resulted in tangible services that can already be measured.

In Nova Scotia, approximately 70 paramedics are bilingual; they offer emergency services in French. In addition, the 1-800 service provides health advice on request 24 hours a day, 7 days a week, for that region's Acadian population.

In Ontario, we recognize that a list of entities responsible for francophone planning has been created for all the regions — the north, the south and the east — to meet the needs of francophones and most regions. Société Santé en français networks are the entities responsible for planning. There is solid harmonization with federal programs that wish to support the services provided to francophones and Acadians and the delivery of health services on a provincial basis.

In my own province, British Columbia, more than 10 per cent of the most destitute individuals living in Vancouver's Downtown Eastside are native francophones. Measures have been taken to integrate these individuals into the health system. The Pender

Comme vous le savez tous, je représente les communautés acadiennes et francophones de l'extérieur du Québec, qui représentent plus d'un million de Canadiens et de Canadiennes qui ont besoin d'accès à des services de santé de qualité et dans leur langue.

Dès 2002, dans les rapports de l'époque, un comité semblable à celui-ci citait déjà les cinq leviers sur lesquels on appuyait le mouvement de la Santé en français, c'est-à-dire réseautage, formation, développement des lieux de service, développement de nouvelles technologies, puis mettre en place des structures pour la dissémination de l'information. Nous, au sein de la Société Santé en français, fondée en 2002, avons adopté le modèle du pentagramme de l'Organisation mondiale de la santé qui favorisait une action concertée réunissant communautés, professionnels de la santé, institutions de formation, établissement de services et décideurs politiques de tous les paliers pour aviser les structures existantes dans le système de santé sur la façon de servir les populations francophones et acadiennes. On a établi 17 réseaux dans les 12 provinces et territoires que nous desservons et, au cours des années, on a connu de francs succès. On a réussi à financer au-delà de 225 initiatives touchant les aînés, les enfants, la jeunesse, les familles immigrantes et souvent, les plus vulnérables et démunis d'entre nous.

Je vous citerais quelques exemples des succès réalisés dus au plan d'action. À Fredericton, au Nouveau-Brunswick, un petit groupe de francophones, en collaboration avec la société Pierre-Armand Landry, a entrepris une étude de l'accès à des services pour les francophones de cette région. Deux ans plus tard, le groupe devenait le comité Santé en français et procédait à répertorier et à sensibiliser les professionnels et les services de santé à l'importance de la langue dans les soins de santé et l'initiative a éventuellement mené au centre Noreen Richard, un centre de santé communautaire qui sert plus de 2 000 francophones de la grande région de Fredericton. L'étude de besoins a mené à des services tangibles qui sont déjà mesurables.

En Nouvelle-Écosse, environ 70 ambulanciers paramédicaux sont bilingues; ils offrent des services médicaux d'urgence en français, sans mentionner la ligne 1-800 qui offre des conseils de santé, 24 heures par jour, sept jours par semaine, sur demande pour la population acadienne de cette région.

En Ontario, on reconnaît bien qu'on a établi des listes de la planification francophone pour toutes les régions, le nord, le sud et l'est pour répondre aux besoins des francophones et de la plupart des régions. Ce sont les réseaux de la Société Santé en français qui sont les entités de planification. Il y a un bon agencement avec les programmes fédéraux voulant appuyer les services aux francophones et aux acadiens et la livraison des services de santé sur une base provinciale.

Chez nous, dans ma province de la Colombie-Britannique, plus de 10 p. 100 de la population démunie et vulnérable de notre fameux « down town east side » est d'origine francophone. Nous avons mis en place des services pour les intégrer dans le système

Community Health Centre and UBC's Downtown ID Clinic, which I run, see some of the most vulnerable individuals and provide general medical services, addiction services and leading-edge treatment for HIV and hepatitis C. All those services are provided in the clients' mother tongue with the support of provincial authorities. The best possible service is provided immediately, in the best possible way and in the mother tongue of the person requesting the service.

My colleague from Health Canada already mentioned the significant accomplishments of our consortium friends with post-secondary training establishments, be they colleges or universities. He quoted the same figures I have in my document, so I will not repeat them.

Over 2,000 individuals have completed their French-language training outside Quebec. From now on, I could just talk to you about the major successes and we could say that we have been successful in everything, but we have not yet been able to reconcile training or consultation with a solution to the human resources problems in our francophone and Acadian minority communities. There is still a gap between the needs, the demand and the deployment of human resources that are necessary for serving our communities.

The Société Santé en français believes it is necessary to work with health professionals, existing institutions and our francophone and francophile communities, to determine how to optimize French-language services using the resources currently available in the health system.

It is our hypothesis that the resources are already available, but the way they are deployed is such that they are not effectively balanced with needs. Under an ideal initiative, all partners would come together to identify the conditions and practices to be implemented, be they new ways to recruit and post professionals, or new scheduling practices and ways to group services.

A very important element, which we lack in order to be able to achieve what we need to achieve while using limited financial resources, at least in the near future, is truly the linguistic variable that must be included in data collection. We believe that the discussions surrounding the renewal of the health accord in 2014 are an ideal opportunity to address that shortcoming.

We would like to make the following recommendations: that the 2014 health accord include a clause recognizing Canada's linguistic duality and the commitment of all governments to take linguistic duality into account when planning and funding the health of the population and the available health services; that the federal government continue to support our organization during the upcoming period of financial support, 2013-18, and continue to support the consortium in order to improve upon the fruits of our labour over the last 10 years and take advantage of including the linguistic variable in data collection as we have recommended;

de la santé. Aux cliniques « community health centers » et aussi dans le centre universitaire « downtown » que je dirige, nous accueillons parmi les plus vulnérables d'entre nous pour leur offrir des services de médecine générale, traitement de l'accoutumance, traitement de fine pointe pour le VIH et l'hépatite C. Tout cela est disponible dans leur langue maternelle avec l'appui des autorités provinciales. Le meilleur service possible est livré d'emblée, de la meilleure façon possible et dans la langue maternelle de la personne qui en fait la demande.

Mon collègue de Santé Canada a déjà mentionné les accomplissements importants de nos amis du consortium avec les organismes de formation postsecondaire, que ce soit les collèges ou les universités. Il a cité les mêmes chiffres que j'avais écrits sur mon papier, donc je ne les répéterai pas.

Au-delà de 2 000 individus ont complété leur formation en français à l'extérieur du Québec. À partir de maintenant, je ne vous parle que de grands succès et on pourrait dire qu'on a tous réussi, mais on n'a pas encore réussi à agencer la formation ou la consultation avec la question de régler les problèmes de ressources humaines qui existent dans nos communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire. Il y a encore un écart entre les besoins, la demande et le déploiement de ressources humaines qui sont nécessaires pour servir nos populations.

La Société Santé en français croit qu'il est nécessaire de travailler avec les professionnels de la santé, les établissements existants et nos populations francophones et francophiles, pour identifier les conditions permettant d'optimiser les services en français, à même les ressources qui existent déjà dans le système de santé.

Nous formulons l'hypothèse que les ressources sont déjà là, mais leur déploiement ne permet pas l'adéquation avec les besoins. Les initiatives idéales rassembleraient tous les partenaires pour identifier les conditions et les pratiques à mettre en place, que ce soit les nouvelles approches de recrutement, d'affectation de professionnels ou de nouvelles façons d'organiser les horaires et de regrouper les services.

Une composante très importante, qui manque pour pouvoir arriver là où on doit arriver en utilisant les effectifs financiers limités pour l'avenir rapproché tout au moins, c'est vraiment la question de la variable linguistique qui doit être incluse à l'intérieur de la collecte des données. Nous croyons que les discussions pour un renouvellement de l'Accord sur la santé de 2014 offre une opportunité en or pour remédier à cette lacune.

On vous fait donc les recommandations suivantes : que l'accord sur les soins de santé de 2014 comporte une clause reconnaissant la dualité linguistique du Canada et l'engagement des tous les gouvernements à en tenir compte dans la planification et le financement de la santé dans la population et les services de la santé qui leurs sont donnés; que le gouvernement fédéral continue de soutenir notre société durant la prochaine période de financement de 2013-2018 et continue à supporter le consortium pour bonifier les acquis de notre travail aux cours des dix dernières années et bénéficier de l'ajout de la question de la

and that the governments undertake to systematically compile data on the language spoken by patients and health professionals in order to be able to measure the results of efforts to improve access to services and the health of francophones, and to more effectively plan for the future.

We feel that very significant progress has been made since 2002. Buoyed by this success, we believe the time has come to officially recognize linguistic duality and its role in health care in Canada. Constitutional responsibility and the Charter of Rights and Freedoms aside, francophones are full citizens of every province and territory. A significant element in terms of health service excellence has to be considered.

With your support, I foresee, in the fairly near future, a time when health care in minority francophone communities will be so improved that the anglophone majority surrounding us will ask us to share our best practices. Thank you for your attention.

[English]

**The Chair:** Thank you very much.

I will start through the list. I urge you to keep your preambles short. Experience shows that sometimes they can be a little long. We will have to go through the questions fairly quickly to get them all on the record.

**Senator Eggleton:** I have three questions to which you can respond in writing later.

To Health Canada: Mr. Shearer, your presentation talks a lot about what the goals from 2004 were and what the key investments are. You list many amounts of money. However, the only program that I saw that seemed to sense outcomes was the one relevant to language training. What other outcomes have we had from all these other investments, and what kind of evaluation process has been conducted in that regard?

To Human Resources and Skills Development Canada: This foreign credential recognition situation has been kicking around for a long time. I know it is tough because you are dealing with a whole lot of different proving entities, and there is more than just credentials in the medical profession. For doctors, there is residency.

I also keep hearing about the language problem. Are we doing enough to help people overcome the language difficulty? They may qualify at immigration as having enough knowledge of either English or French to be able to communicate in the general community, but it is another thing to be able to communicate in

variable linguistique à l'intérieur de la collecte des données tel qu'on le préconise, et que les gouvernements s'engagent à recueillir des données systématiques sur la langue parlée par les patients et les professionnels de la santé afin de mesurer les efforts et les résultats de l'amélioration de l'accès aux services et de l'état de santé des francophones et de mieux planifier pour l'avenir.

Nous croyons que ce qui a été accompli depuis 2002 représente un progrès incroyablement important. Fort de ces succès, nous croyons qu'il est temps de les couronner en reconnaissant formellement la dualité linguistique et son rôle dans la santé au Canada. Les francophones sont des citoyens à part entière de chaque province et territoire, au-delà de la responsabilité constitutionnelle et de la Charte des droits et libertés. Il y a un élément important en termes d'excellence de service de santé qui s'impose.

Avec votre appui, j'entrevois un moment, dans un avenir pas très lointain, où l'état de santé des francophones en situation minoritaire se sera tellement amélioré que les anglophones majoritaires, qui nous entourent, nous consulteront pour adopter nos meilleures pratiques. Je vous remercie de votre attention.

[Traduction]

**Le président :** Je vous remercie beaucoup.

Je vais suivre la liste. J'aimerais que vos préambules soient brefs, car parfois ils peuvent être un peu longs. Vous allez devoir poser vos questions assez rapidement pour qu'elles puissent toutes figurer au compte rendu.

**Le sénateur Eggleton :** J'ai trois questions à poser, auxquelles les personnes concernées pourront répondre par écrit plus tard.

Ma première question s'adresse aux représentants de Santé Canada. Monsieur Shearer, dans votre exposé, vous avez beaucoup parlé des objectifs fixés en 2004 et des principaux investissements. Vous citez différentes sommes d'argent. Cependant, le seul programme qui semble avoir donné des résultats, d'après ce que j'ai pu constater, est celui qui porte sur la formation linguistique. Quels résultats découlent de tous les autres investissements et quel type d'évaluation a-t-on effectué à cet égard?

Ma deuxième question s'adresse aux représentants de Ressources humaines et Développement des compétences Canada. Cela fait longtemps qu'on parle de la reconnaissance des titres de compétences étrangers. Je sais que cela pose des difficultés parce que vous devez traiter avec un grand nombre d'entités différentes pour obtenir des confirmations. En outre, il n'y a pas seulement les titres de compétences, il y a aussi la résidence dans le cas des médecins.

J'entends aussi constamment parler du problème de la langue. Les mesures que nous prenons suffisent-elles à aider les gens à surmonter cette difficulté? Les services d'immigration peuvent juger que la personne maîtrise suffisamment bien l'anglais ou le français pour être en mesure de communiquer dans la collectivité

the health care professions. What are we doing to help expedite all of that? I sense that this is still taking a very long time to achieve. I see you have targets and are moving along, but it is taking a long time.

My third and final question is to the college: I am interested in the injury prevention idea. We hear of it from time to time. Do you have some specific thoughts on what an injury prevention program or strategy might look like and how it might fit in with the health accord?

One of the things the health accord brought about in 2004 was the federal government saying to the provinces, "If you do this and you do that we will give you money here and there." Maybe we should be doing that here. Maybe we should ask the federal government to provide an incentive for the provinces to be able to do something. It would be interesting if you could come up with a vision of what that strategy might look like.

**Senator Seidman:** Dr. Padmos, on page 2, paragraph 3, of the summary section of the Royal College's brief submitted to our committee, you present the challenges associated with what you refer to as the quantification of efficiency and effectiveness of care, which are important in evaluating sustainability. What role should the college play in assuring quality from the vantage points of care and cost? Specifically, can the system build in norms for care and oversight through some system of monitoring? How does the observatory that you propose play into this, or does it?

**Senator Merchant:** I believe it was also Dr. Padmos who made a reference to wait times. I think this is something that is concerning Canadians the most. What we hear the most is that it is worrisome how much time people have to wait. Can you, or anyone else, provide an answer? I would welcome your response.

I am interested to know if this is a function of money. Is a shortage of funds related to wait times? Is it overutilization of services? Is it a shortage of health professionals in certain areas? What are the key areas where you see that we can improve wait times?

**Senator Martin:** I am from Vancouver, B.C. It is a very ethnically diverse region, and to be bilingual in Vancouver could mean Mandarin, Cantonese, Korean, Punjabi, et cetera.

Mr. Shearer, in your presentation, you mentioned targeting efforts in support of Aboriginal communities and official language minority communities. With all respect to my Quebec and francophone colleagues, I am also curious about what targeted funding or efforts there are for other minority communities, especially in places like Vancouver.

en général, mais quand vient le temps de communiquer dans le milieu des soins de santé, c'est une autre histoire. Que faisons-nous pour accélérer les choses? J'ai l'impression que le processus est très long. Je constate que vous avez des objectifs et que vous progressez, mais c'est très long.

Ma troisième et dernière question s'adresse aux représentants du collège. Je m'intéresse à la prévention des blessures. Nous entendons parler de temps à autre. Avez-vous des idées précises au sujet d'une stratégie ou d'un programme en matière de prévention des blessures et sur la façon dont cela pourrait cadrer avec l'accord sur la santé?

Dans la foulée de l'accord de 2004 sur la santé, le gouvernement fédéral avait notamment promis aux provinces de leur verser des fonds si elles mettaient en place certaines choses. Peut-être qu'il pourrait faire de même dans ce cas-ci. Nous pourrions demander au gouvernement fédéral de créer des incitatifs pour amener les provinces à adopter certaines initiatives. Il serait intéressant que vous présentiez une vision à propos d'une stratégie possible.

**Le sénateur Seidman :** Merci. Docteur Padmos, au troisième paragraphe du sommaire du mémoire que le Collège royal a présenté au comité, on fait état des difficultés que comporte ce que vous appelez la quantification de l'efficience et de l'efficacité des soins, qui est importante pour l'évaluation de la viabilité. Quel rôle devrait jouer le collège en ce qui a trait à l'assurance de la qualité tant du point de vue des soins que des coûts? Précisément, peut-on établir des normes pour les soins et un système de surveillance? Quel rôle pourrait jouer à cet égard l'observatoire, dont vous proposez la création, s'il doit en jouer un?

**Le sénateur Merchant :** Je crois que le Dr Padmos a aussi parlé des temps d'attente. Je pense que c'est ce qui préoccupe le plus les Canadiens. En effet, on entend dire par-dessus tout que la longueur des temps d'attente est préoccupante. Est-ce que vous, ou quelqu'un d'autre, pourriez formuler des commentaires à ce sujet? J'aimerais bien savoir ce que vous avez à dire là-dessus.

J'aimerais savoir s'il s'agit d'une question d'argent. Est-ce que les longs temps d'attente sont attribuables à un manque de fonds? Le problème tient-il plutôt à une surutilisation des services ou bien à une pénurie de professionnels de la santé dans certaines régions? Dans quels domaines croyez-vous que nous pouvons réduire les temps d'attente?

**Le sénateur Martin :** Je suis originaire de Vancouver, en Colombie-Britannique. Il s'agit d'une région très multiculturelle, où le fait d'être bilingue peut vouloir dire qu'on parle l'anglais et le mandarin, le cantonais, le coréen ou le pendjabi, et cetera.

Monsieur Shearer, dans votre exposé, vous parlez d'initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones et les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Bien que je respecte mes collègues québécois et francophones, je me demande quels sont les investissements ou les initiatives qui visent d'autres communautés minoritaires, particulièrement dans des régions comme Vancouver.

I am also aware that there is quite a dearth of health professionals, like homecare professionals and clinicians, in the Vancouver Health Authority, who speak Korean or other ethnic languages. There is increasing demand and a shortage of workers.

The foreign credential process could be one way to answer the labour market needs that we have. How can the federal government, through this health accord, build in whatever language to ensure that that process of foreign credential recognition can be expedited or improved?

**Senator Callbeck:** On the matter of foreign credentials, it was my understanding that, by the end of 2012, an individual who wishes to practise in Canada will be able to get an answer within a year as to whether they can practice or whether they have to take other courses. I am wondering how close we are to getting to that.

The other matter was costs. We often hear about financial difficulties of foreign-trained workers seeking qualification recognition. Roughly, what are we talking about here in terms of dollars? I would like to know about the pilot project that was announced in the budget in 2011.

I was surprised to find that wait times do not include the time you are waiting to see a specialist. If you want a knee replacement you go to your GP, and you may wait six months to see that specialist. That six months is not counted in the wait time. What are your thoughts on that?

How is the Pan-Canadian Health Human Resource Strategy working? Has there been any formal evaluation done? If so, I would like to know the results.

[*Translation*]

**Senator Verner:** Thank you all for being here today. In a previous life, Dr. Conway, I was the Minister of Official Languages, so I am happy to see how far health care in minority communities has come. That brings me to my question: Under the funding initiative, money was allocated to train human resources abroad and to encourage them to come and practise in francophone communities. Can you tell us whether that program was at all successful? In your opinion, is it a good way to improve the professional services offered in francophone communities, and should the program be enhanced? What are the main challenges when it comes to attracting francophones to minority communities and keeping them there, be it abroad or domestically?

Je sais par ailleurs qu'il y a, au sein de la régie de la santé de Vancouver, une assez grave pénurie de professionnels de la santé parlant le coréen ou d'autres langues étrangères, notamment chez les professionnels des soins à domicile et les cliniciens. La demande augmente, mais on manque de travailleurs.

Le programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers pourrait permettre de combler en partie les besoins du marché du travail. Que peut faire le gouvernement fédéral, par le biais de l'Accord sur la santé, pour accélérer ou améliorer le processus de reconnaissance des titres de compétences étrangers?

**Le sénateur Callbeck :** Au sujet des titres de compétences étrangers, j'ai cru comprendre que, à la fin de 2012, une personne qui souhaite pratiquer au Canada pourra savoir dans un délai d'un an si elle pourra le faire ou si elle devra suivre d'autres cours. J'aimerais savoir si nous nous approchons de cet objectif.

Mon autre sujet concerne les coûts. On entend souvent parler des difficultés financières auxquelles sont confrontés les travailleurs formés à l'étranger qui tentent de faire reconnaître leurs titres de compétences. En gros, à combien se chiffrent ces coûts? J'aimerais savoir en quoi consiste le projet pilote annoncé dans le budget de 2011.

Par ailleurs, j'ai été étonnée d'apprendre que les temps d'attente ne comprennent pas le temps qu'il faut attendre pour voir un spécialiste. Si vous avez besoin d'une chirurgie de remplacement d'un genou, vous devez consulter votre omnipraticien, et il peut s'écouler six mois avant que vous puissiez rencontrer le spécialiste. Cette période de six mois n'est pas incluse dans le temps d'attente. Que pensez-vous de cette situation?

Qu'en est-il de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé? Est-ce qu'une évaluation en bonne et due forme a été effectuée? Si c'est le cas, j'aimerais en connaître les résultats.

[*Français*]

**Le sénateur Verner :** Merci à vous tous d'être présents ici aujourd'hui. Docteur Conway, dans une vie antérieure, j'étais ministre des Langues officielles. Je suis contente de savoir qu'on a fait des progrès importants pour les soins de santé dans les communautés minoritaires. Ceci m'amène à la question suivante : il y a eu, dans l'initiative du financement de fait pour former des ressources à l'étranger et pour les attirer à venir pratiquer dans les communautés francophones. Est-ce que vous êtes en mesure de nous dire si vous avez obtenu un certain succès avec ce programme? Est-ce que c'est une bonne façon, selon vous, d'accroître l'offre de services professionnels dans les communautés francophones et, s'il y a lieu, d'améliorer ce programme? Quels sont les principaux défis pour recruter des francophones dans les communautés minoritaires et les maintenir en poste, que ce soit à l'étranger ou à l'intérieur du pays?

[English]

**Senator Dyck:** I have two questions, one on foreign-trained physicians and credentialing. It is a follow-up to what Senator Martin was asking. Is any consideration given to not only their competence in either English or French, but also the possibility that their own language might be an asset that may be taken advantage of by placements in certain areas, like Vancouver or Toronto, that are very diverse? Is there any thought of matching up in that way, in terms of the shortage of doctors?

The second question regards the Aboriginal Health Human Resources Initiative. It looks like it is a very new program. You listed several different areas. I am wondering how the \$80 million is split up in the five different areas. How much would go to, for example, the bursary and scholarship programs, and how much to things like curriculum adaptations? Are there things like targets? Do you wish to increase the number of Aboriginal graduates in medicine or nursing or that kind of thing? It is probably too early, but maybe you have an indication of whether it has been successful in increasing the number of students in those programs.

What has the uptake been like with the various universities? The one in Saskatchewan, for example, has had an Aboriginal nursing program for probably more than 20 years now. How would they benefit from the program? They have done a lot of the groundwork. What benefits would there be to those who have already been there, doing that kind of job?

**Senator Cordy:** My first question is for Dr. Conway and the Société Santé en français, which has been around since 2002. I remember being on the committee studying health care at that time. In what way does the recognition of linguistic duality in the health agreement make a difference? Are the guarantees in the Charter not sufficient? When you were speaking, you said that it should be in the agreement.

Mr. LeBrun, in the loan forgiveness program, can you give us the criteria: What is the definition of an underserved rural community? How large does it have to be? What is the definition of a remote community? Does a rural area in Nova Scotia count as remote?

Dr. Padmos, I want to go back to the waiting times for referrals. I was quite surprised to find out that the waiting time for referrals does not count. Do you have any statistics or any anecdotal evidence on that front that you could share with us?

**Senator Braley:** I see we have witnesses from both Human Resources and Skills Development Canada and Health Canada. I believe that doctors are trained provincially under our education system. Do we have enough analytical data? If I were running my business I would need to know how many people I needed to do what. Do we have the data? Do we need 6,700 of one kind of doctor and 47 of another to handle the people in a community? Is

[Traduction]

**Le sénateur Dyck :** J'ai deux questions à poser. La première concerne les médecins formés à l'étranger et la reconnaissance des titres de compétences. Elle fait suite à la question qu'a posée le sénateur Martin. En plus de tenir compte du niveau de maîtrise de l'anglais ou du français, prend-on en considération le fait que la langue maternelle pourrait être un atout dans certaines régions, comme Vancouver ou Toronto, qui sont très multiculturelles? A-t-on envisagé de tenir compte de cet élément pour palier la pénurie de médecins?

Ma deuxième question porte sur l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone. Il semble s'agir d'un tout nouveau programme. Vous avez énuméré plusieurs domaines. Je me demande comment les 80 millions de dollars seront répartis entre les cinq secteurs? Quelle somme sera consacrée, par exemple, aux programmes de bourses d'études et combien ira à l'adaptation des programmes d'études? Est-ce que des objectifs ont été fixés? Souhaitez-vous accroître le nombre de diplômés autochtones dans des domaines comme la médecine ou les sciences infirmières? C'est probablement trop tôt, mais vous pouvez peut-être déjà savoir si le nombre d'étudiants dans ces programmes a augmenté.

Dans quelle mesure les universités ont-elles tiré parti de cette initiative? L'Université de la Saskatchewan, par exemple, offre un programme en sciences infirmières pour les Autochtones depuis probablement une vingtaine d'années. Comment peut-elle bénéficier de l'initiative? Elle était déjà engagée dans cette voie. Quels avantages peuvent tirer ces établissements qui ont déjà fait du travail à ce chapitre?

**Le sénateur Cordy :** Ma première question s'adresse au Dr Conway, de la Société Santé en français, qui a vu le jour en 2002. Je me souviens qu'à cette époque je siégeais au comité qui étudiait les soins de santé. Qu'est-ce qu'apporte la reconnaissance de la dualité linguistique dans l'accord sur la santé? Les garanties fournies par la Charte ne sont-elles pas suffisantes? Vous avez mentionné que cela doit faire partie de l'accord.

Monsieur LeBrun, en ce qui concerne le programme de radiation des dettes d'études, pouvez-vous nous donner la définition d'une collectivité mal desservie? Qu'entendez-vous par milieu éloigné? Est-ce qu'une région rurale en Nouvelle-Écosse est considérée comme une région éloignée?

Docteur Padmos, j'aimerais revenir sur la question du temps d'attente pour voir un spécialiste. J'ai été très étonnée d'apprendre que ce temps d'attente n'est pas pris en considération. Existe-t-il des statistiques ou des exemples à ce sujet dont vous pourriez nous faire part?

**Le sénateur Braley :** Je constate que nous avons des représentants des Ressources humaines et Développement des compétences Canada ainsi que de Santé Canada. Je sais que la formation des médecins relève des provinces. Les données analytiques dont nous disposons sont-elles suffisantes? Si je dirigeais une entreprise, il faudrait que je sache combien il faut de personnes pour accomplir chacune des tâches. Disposons-nous de

that training being done and what percentage of the training is it? Can the money be diverted to make sure that the needs are met on a constant basis with 2.7 per cent or 3 per cent growth? Are they coordinating that? Are you reviewing any statistical data with regard to that? If not, why not?

[*Translation*]

**Senator Rivard:** I share the concerns expressed by some of my colleagues with respect to doctors who receive their training abroad, be it in countries like France or Great Britain, and obtaining a licence to practise here, so I am rehashing things a bit to understand why.

There is something I would like to know, and I am not sure whether the statistic exists or not, but we often hear that Quebec has a shortage of family doctors. Is that the case Canada wide? Do you have any figures on how many patients a single physician treats in Quebec versus Ontario or other provinces?

My last question is not meant to be sexist or in any way misogynous, but given that admission to faculties of medicine is subject to quotas, at least in Quebec, do you have any figures on the number of hours female doctors spend practising? I was listening recently to a speech given by a future candidate hoping to become Quebec's premier, and he said something staggering about how many hours female doctors spend practising versus male doctors. It was roughly a third, and I want to know if that is true.

[*English*]

**The Chair:** Senator Braley, do you have an addendum to your question?

**Senator Braley:** Yes. I mentioned doctors but I would like the witness to break that down to GPs, specialists, nurses and nurse practitioners. What can GPs hand off to nurse practitioners? I would like all the basic information to make us more cost-effective in the delivery of our health services. It may be that we have enough money to be able to pay for those things, if it were done properly.

**The Chair:** I thank senators for being very efficient. I hope we can take that forward.

I also thank our witnesses today for understanding the time constraints we face today. We are pleased that we were able to get this meeting under way today because your presence is extremely important to our study. The questions asked by senators deal with important issues that arise quite regularly.

I adjourn the meeting.

(The committee adjourned.)

telles données? Savons-nous si, par exemple, nous avons besoin de 6 700 médecins dans une spécialité en particulier et 47 dans une autre au sein d'une collectivité donnée? Assure-t-on la formation en conséquence et dans quelle mesure? Est-ce que les fonds peuvent être réaffectés pour s'assurer que les besoins soient toujours satisfaits, en tenant compte d'un taux de croissance de 2,7 p. 100 ou 3 p. 100? Est-ce que tout cela est coordonné? Examinez-vous des statistiques dans cette optique? Sinon, pourquoi?

[*Français*]

**Le sénateur Rivard :** J'ai les mêmes préoccupations, que certains de mes collègues sur les médecins formés à l'étranger, que ce soit des pays comme la France ou la Grande-Bretagne, pour avoir un permis d'exercice ici, donc je reprends un peu la question pour connaître le pourquoi.

J'aimerais avoir, je ne sais pas si la statistique existe, on entend souvent au Québec dire qu'il n'y a pas assez de médecins de famille. Est-ce que c'est un problème canadien? Est-ce que vous avez des statistiques sur le nombre de patients qu'un médecin traite au Québec par rapport à l'Ontario ou d'autres provinces?

Ma dernière question ne se veut ni sexiste ni misogyne surtout, vu que les admissions dans les facultés de médecine, du moins au Québec, sont contingentées : est-ce que vous avez des statistiques sur les heures d'exercice des femmes médecin? J'entendais une conférence dernièrement sur un futur candidat pour devenir premier ministre du Québec qui a sorti une statistique qui nous a sidérés sur le nombre d'heures d'une femme médecin versus un homme médecin, c'est à peu près le tiers. Je voudrais savoir si c'est exact.

[*Traduction*]

**Le président :** Sénateur Braley, vouliez-vous ajouter quelque chose?

**Le sénateur Braley :** Oui. J'ai parlé des médecins, mais j'aimerais que le témoin fournisse des données pour les omnipraticiens, les spécialistes, les infirmières et les infirmières praticiennes. Quelles responsabilités les omnipraticiens peuvent-ils confier aux infirmières praticiennes? J'aimerais obtenir toutes ces données de base pour voir si on peut accroître l'efficacité dans la prestation des soins de santé. On pourrait constater que nous avons suffisamment d'argent pour assurer tous les services si la gestion est adéquate.

**Le président :** Je remercie les sénateurs pour leur grande efficacité. J'espère que nous pourrions continuer ainsi.

Je remercie également les témoins pour leur compréhension à l'égard du temps limité dont nous disposons aujourd'hui. Nous sommes ravis d'avoir pu tenir cette réunion, car votre présence est essentielle pour notre étude. Les questions qu'ont posées les sénateurs portent sur des enjeux importants qui reviennent souvent.

Je vais adjourner la séance.

(La séance est levée.)



OTTAWA, Thursday, October 6, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:29 a.m. to examine the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

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

[*English*]

**The Chair:** Honourable senators, I wish to inform the group of witnesses that there is a small bit of business that the senators must deal with initially before we formally go to the full televised session. I will come back at the end of the budget aspect to bring us into the session with our witnesses and the other introductions.

With that, honourable senators, you have a budget before you dealing with the publication of the post-secondary education report, with a total amount of \$21,500. Do I have a mover for the adoption of this budget?

**Senator Eggleton:** So moved.

**The Chair:** Thank you, Senator Eggleton. It has been moved. All in favour?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chair:** Carried.

Thank you. We have approved the budget of \$21,500 to go to the committee with regard to the PSE report. Thank you very much.

I wish to inform senators that following the discussion at the other meeting, it will be for roughly 1,500 copies as opposed to the numbers we heard the last time.

I will now formally call us into our session dealing with our examination of the progress in implementing the 2004, 10-Year Plan to Strengthen Health Care. Today's theme is home care.

[*Translation*]

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

[*English*]

My name is Kelvin Ogilvie, a senator from Nova Scotia. I would like to have my colleagues introduce themselves, starting on my right.

**Senator Braley:** David Braley, from Ontario.

**Senator Seidman:** Judith Seidman, from Montreal, Quebec.

**Senator Champagne:** Andrée Champagne, from Quebec as well.

OTTAWA, le jeudi 6 octobre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 29, pour examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

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

[*Traduction*]

**Le président :** Mesdames et messieurs les sénateurs, je désire informer le groupe de témoins que les sénateurs doivent d'abord régler un point avant d'entamer officiellement la séance télévisée. Nous commencerons la séance avec nos témoins à la fin de notre discussion sur le budget.

Cela étant dit, mesdames et messieurs les sénateurs, vous avez devant vous un budget concernant la publication, au coût de 21 500 \$, du rapport sur l'accessibilité à l'éducation postsecondaire. Quelqu'un veut-il proposer l'adoption du budget?

**Le sénateur Eggleton :** Je propose que le budget soit adopté.

**Le président :** Merci, sénateur Eggleton. Tous ceux qui sont pour la motion?

**Des voix :** D'accord.

**Le président :** La motion est adoptée.

Merci. Vous avez approuvé le budget de 21 500 \$ à soumettre au comité, concernant le rapport sur l'accessibilité à l'éducation postsecondaire. Merci beaucoup.

Je désire informer les sénateurs que, pour faire suite à la discussion tenue à l'autre réunion, nous ferons imprimer environ 1 500 exemplaires du rapport, et non les quantités dont il a été question la dernière fois.

J'ouvre maintenant officiellement la séance d'étude des progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. Nous parlons aujourd'hui des soins à domicile.

[*Français*]

Je vous souhaite la bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Je m'appelle Kelvin Ogilvie, et je suis un sénateur de la Nouvelle-Écosse. J'aimerais que mes collègues se présentent, en commençant par mon collègue de droite.

**Le sénateur Braley :** David Bradley, de l'Ontario.

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

**Le sénateur Champagne :** Andrée Champagne, du Québec également.

**Senator Demers:** Jacques Demers, from Quebec. Good morning.

**Senator Verner:** Josée Verner, from Quebec.

**Senator Dyck:** Lillian Dyck, Saskatchewan.

**Senator Merchant:** Pana Merchant, Regina, Saskatchewan.

**Senator Callbeck:** Catherine Callbeck, from Prince Edward Island.

**Senator Eggleton:** Art Eggleton, Toronto, and deputy chair of the committee.

**The Chair:** Thank you, honourable senators.

We have four groups presenting to us today, one representative of each. Having no other instruction, I will proceed through as you are listed on the agenda. If that meets with your approval, then I will introduce you each as I call you to present.

In that case, the first on the agenda is the Canadian Healthcare Association. I would invite Pamela Fralick, President and CEO, to present to us now.

[*Translation*]

**Pamela Fralick, President and Chief Executive Officer, Canadian Healthcare Association:** Thank you, Mr. Chair. I am going to speak in English, but I am always ready to try to answer questions in French.

[*English*]

Thank you so much for this opportunity. It is always an intimidating process to speak to you because of the wealth of backgrounds that you bring to this table. We are very much looking forward to this exchange of ideas.

CHA is Canada's only federation of provincial and territorial health associations and organizations, which are directly responsible for allocating billions of dollars of health system funding and the delivery of a continuum of health services. We appreciate having been invited here today to address home care in Canada, but we also emphasize that CHA addresses health systems issues through the prism of a continuum of care. I will therefore be speaking of home care as just one pillar of continuing care, which is interconnected with long-term care, palliative care and respite care.

In advance of the session, we did submit a synthesis brief, which identifies key issues we feel are common to all four pillars of continuing care and which require our attention.

**Le sénateur Demers :** Jacques Demers, du Québec. Bonjour.

**Le sénateur Verner :** Josée Verner, du Québec.

**Le sénateur Dyck :** Lillian Dyck, de la Saskatchewan.

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

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

**Le sénateur Eggleton :** Art Eggleton, de Toronto, vice-président du comité.

**Le président :** Merci, mesdames et messieurs les sénateurs.

Nous avons quatre personnes qui représentent quatre groupes aujourd'hui. Comme je n'ai pas d'autre instruction, si cela vous convient, je vais vous donner la parole dans l'ordre dans lequel vos noms figurent à l'ordre du jour.

La première personne qui figure à l'ordre du jour est la représentante de l'Association canadienne des soins de santé. J'invite donc Mme Pamela Fralick, présidente et chef de la direction de cet organisme, à faire son exposé maintenant.

[*Français*]

**Pamela Fralick, présidente et chef de la direction, Association canadienne des soins de santé :** Merci, monsieur le président, je vais m'exprimer en anglais mais je suis toujours prête à essayer de répondre aux questions en français.

[*Traduction*]

Je vous remercie de me donner la possibilité de m'adresser à vous. Il est toujours intimidant de prendre la parole devant vous, compte tenu de la richesse des expériences et des connaissances que vous contribuez au débat. Nous sommes très heureux de pouvoir participer à cet échange d'idées.

L'Association canadienne des soins de santé est la seule fédération au Canada qui regroupe les associations et les organismes de santé provinciaux et territoriaux qui sont directement responsables de l'injection de milliards de dollars dans le système de santé et de la prestation de services de santé complets. Nous sommes heureux d'être invités ici aujourd'hui à parler des soins à domicile, mais nous tenons également à préciser que l'ACS traite de questions concernant l'ensemble des réseaux de santé, étant donné qu'elle s'intéresse aux soins continus à donner aux Canadiens. Je vais donc vous parler des soins à domicile, qui constituent un des piliers des soins continus et qui sont intimement liés aux soins de longue durée, aux soins palliatifs et aux soins de répit.

En prévision de la réunion, nous vous avons fourni un document de synthèse dans lequel nous cernons les principaux problèmes qui sont communs, selon nous, aux quatre piliers des soins continus et qui nécessitent notre attention.

While recognizing that the purpose of the committee's business is to review the 2004 10-year plan in its whole, I would be remiss if I did not dedicate at least a few comments to the broader dimensions of this plan. CHA's board of directors is in the process of fully developing its assessment of progress and needed next steps, but there are several observations that can be made at this particular time.

First, CHA is indeed convinced that great good has come from the 10-year plan. While it may be possible to criticize the plan for those things that have not yet come to fruition — notice I say “not yet” — fully or in part, on the ground, pockets of excellence and accomplishment have emerged, thanks to predictable and escalating funding over the first seven years of the plan.

Second, however, there are, unfortunately, pockets of inattention and/or mediocrity as well, areas where we must do better.

Six areas, in fact, were identified by CHA's board of directors in June 2010. We strongly believe that if they are addressed, the health of the nation will benefit greatly. They include funding matters; health human resources; pharmacare; wellness, identified as health promotion and illness and disease prevention; continuing care; and leadership at the political, governance and executive levels.

We would be pleased to meet with you at another time to discuss these in more detail or respond to your questions today.

One of the most challenging aspects of the work that you are undertaking, and which so many of us in the field are trying to address, is how exactly to move forward. I believe that we do know what to do; the question is how to do it.

For instance, last year I undertook an informal and, admittedly, non-scientific assessment of 10 prescriptions for health, reports that were circulating in the public domain. My review included everything from the 2010 Canada report of the OECD, through reports from the Canadian Medical Association and the Canadian Nurses Association, to those from the TD Bank and journalist André Picard. I identified 21 issues that had been surfaced by these many reports. Interestingly, all 10 reports identified five issues in common. I conclude that we do know what to do. How do we proceed?

The focus of this 10-year plan has been on access. CHA would posit that it is at this juncture, the focus must be on quality and accountability. Access would remain a domain within or under quality, but all funding would be held accountable to show evidence of quality, and cost-effectiveness, of course.

L'objet du comité est d'examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004, mais ce serait faire montre de négligence de ma part si je ne prenais pas quelques minutes pour parler des aspects globaux de ce plan. Le comité de direction de l'ACS est en train de préparer une évaluation complète des progrès réalisés et des prochaines étapes qui seront requises, mais nous pouvons formuler quelques observations à cette étape-ci.

Premièrement, l'ACS est convaincue que le plan décennal a permis de réaliser d'excellentes choses. Il est possible de faire la critique du plan pour les choses qu'il n'a pas encore permis d'accomplir — et je dis bien pas encore —, mais des foyers d'excellence et des réalisations exceptionnelles ont vu le jour, en tout ou en partie, grâce au financement croissant qui a été accordé au cours des sept premières années de mise en œuvre du plan.

Toutefois, malheureusement, certains secteurs sont négligés et certaines réalisations sont médiocres; il existe donc des secteurs dans lesquels nous devons faire mieux.

Le comité de direction a en fait recensé six secteurs en juin 2010. Nous croyons fortement que si les problèmes recensés dans ces secteurs sont résolus, la santé des Canadiens s'en trouvera énormément améliorée. Les six secteurs en question sont les suivants : le financement; les ressources humaines en santé; les régimes d'assurance-médicaments; les soins de bien-être, envisagés sous l'angle de la promotion de la santé et de la prévention des maladies; les soins continus et, enfin, le leadership au niveau des autorités politiques, de la gouvernance et du pouvoir exécutif.

Nous serions heureux de discuter avec vous plus en détail de ces sujets à un autre moment ou de répondre à vos questions aujourd'hui.

Une des grandes difficultés du travail que vous entreprenez, et avec lesquelles tant de nous dans le domaine nous débattons, est de déterminer comment exactement faire progresser les choses. Je crois que nous savons ce qu'il faut faire, mais il est difficile de déterminer comment nous devons nous y prendre.

Par exemple, j'ai fait l'an dernier une évaluation officieuse — et, je dois bien l'admettre, non scientifique — de 10 recommandations pour la santé, contenues dans des rapports du domaine public. J'ai examiné le rapport du Canada présenté à l'OCDE en 2010 ainsi que des rapports de l'Association médicale canadienne, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, de la Banque TD et du journaliste André Picard. J'ai recensé 21 problèmes. Fait intéressant, cinq problèmes figuraient de façon constante dans les 10 rapports examinés, j'en conclus donc que nous savons ce qu'il y a à faire. Toutefois, comment devons-nous nous y prendre?

Le plan décennal est axé sur l'accès. L'ACS est d'avis que, à cet égard, l'accent devrait être placé sur la qualité et la reddition de comptes. L'accès devrait demeurer un critère compris à l'intérieur de la qualité, mais tout financement accordé devrait être assujéti à l'obligation de présenter des rapports sur la qualité et l'efficacité des services fournis.

There are several methods of quantifying quality, through the use of domains such as safety, effectiveness, efficiency, appropriateness, and so on. It would not be too difficult to establish a pan-Canadian framework for quality, and to hold all parts of the system, including home care, accountable for achieving standards. In fact, a major initiative involving 11 of our largest academic health science centres is about to release its first findings using common, comparable indicators. A quality approach is, indeed, within our grasp, as are metrics to which we can all be held accountable.

CHA has a recommended focus. Canada does an excellent job in providing world-class acute care services, and we should; hospitals and physicians have been the core of our systems for decades. Now is the time to ensure sufficient resources are allocated to other elements of the continuum, including wellness and continuing care.

On the wellness front, making health promotion and disease or illness prevention a priority has the potential to improve the health of Canadians and thereby decrease demand on several parts of the system. Home care is one readily available yet underused avenue for delivering health promotion and illness prevention initiatives and programs.

CHA has six recommendations in this area that we feel would be greatly helpful to the health of the nation. We would be pleased to share this position statement with the committee.

Second is continuing care, which I have already addressed as being broader for us than home care itself. We did the synthesis report, which you have in your possession, and identified four critically important themes: dignity and respect, support for caregivers, funding and health human resources, and quality of care. Might I take an additional three seconds of my time to repeat: dignity and respect.

Our paper, which you have, synthesizes all our major policy recommendations. We have a seminal report on home care, *From the Margins to the Mainstream*, to provide additional details.

In conclusion, and with regard to this session about home care — and might I add the other pillars of continuing care — there are many reasons why we collectively might discuss this topic as a priority. The scientific and popular press is replete with dire warnings about insufficient funds, the grey tsunami, and so on. One can find evidence both supporting and refuting the commentary, and increasingly refuting that this is in fact the

Il existe plusieurs méthodes pour quantifier la qualité, par l'utilisation de critères comme la sécurité, l'efficacité, la pertinence, et cetera. Il ne devrait pas être très difficile d'établir un cadre pancanadien pour la qualité, et d'obliger les responsables de tous les segments du réseau, y compris ceux des soins à domicile, à rendre compte de leur rendement concernant l'application des normes. En fait, les auteurs d'un projet d'envergure auquel participent 11 centres universitaires des sciences de la santé parmi les plus importants sont sur le point de faire connaître les premières conclusions auxquelles ils en sont arrivés avec l'application d'indicateurs communs et comparables. Une méthode d'évaluation de la qualité est bel et bien à notre portée, que nous pourrions tous utiliser pour rendre des comptes.

Au Canada, les services de soins intensifs de courte durée sont excellents et ils sont de classe mondiale, comme il se doit; les hôpitaux et les médecins sont au cœur de nos réseaux de santé depuis des décennies. Il est maintenant temps d'accorder les ressources nécessaires à d'autres éléments du réseau de santé, dont les soins de bien-être et les soins continus. Voilà l'orientation que l'ACS recommande.

Pour ce qui est des soins de bien-être, si on accordait la priorité à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, on pourrait améliorer la santé des Canadiens et diminuer en conséquence la demande dans plusieurs secteurs du réseau. Or, les soins à domicile pourraient très bien se prêter à des projets et à des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies; ils offrent une solution facile d'accès et sous-exploitée pour l'instant.

L'ACS a six recommandations à formuler à ce sujet qui, nous le croyons, pourraient être extrêmement utiles pour la santé des Canadiens. Nous serions heureux de faire connaître notre position au comité.

Viennent ensuite les soins continus qui, comme je l'ai déjà dit, entrent pour nous dans une catégorie plus large que celle des soins à domicile. Dans notre rapport de synthèse que vous avez en main, nous avons recensé quatre thèmes d'une importance cruciale : la dignité et le respect; le soutien des aidants naturels; le financement et les ressources humaines en santé ainsi que la qualité des soins. Puis-je prendre trois secondes de plus pour répéter quelque chose : la dignité et le respect.

Toutes nos grandes recommandations concernant les politiques sont résumées dans notre document, dont vous avez un exemplaire. Nous avons produit un rapport de fond sur les soins à domicile intitulé *Les soins à domicile au Canada : de l'exclusion à l'intégration*, dans lequel vous trouverez des renseignements supplémentaires.

Pour terminer, concernant la présente séance consacrée aux soins à domicile — et je me permettrais d'ajouter les autres piliers des soins continus —, j'aimerais préciser qu'il y a plusieurs raisons pour lesquelles nous devons faire de ce sujet une priorité collective. Les mises en garde contre le financement insuffisant, le vieillissement massif de la population, et autres abondent dans la presse scientifique et dans la presse populaire. On peut trouver

issue. However, beyond the dollars — not that they can be forgotten — is the value system on which Canada is built and which drives our policy decision making. Addressing Canada's need for appropriate attention on continuing care is, quite simply, the right thing to do; and if we do it right, we can also afford it.

I thank you again for the opportunity to speak and welcome your thoughts and questions.

**The Chair:** Thank you very much.

[*Translation*]

**The Chair:** Now we are going to hear from Daniel Demers, from the Canadian Cancer Society, on a matter of public interest.

[*English*]

**Daniel Demers, Director, National Public Issues, Canadian Cancer Society:** First, let me apologize for only being able to speak English. I wish my French was as good as my name was.

**Senator Demers:** He is my son.

**Mr. Demers:** First let me say thank you to the committee for this opportunity to speak to you on this critical issue for us.

The Canadian Cancer Society is a national community-based organization of volunteers whose mission is the eradication of cancer and the enhancement of quality of life of people living with cancer.

First, a few facts: About 177,000 new cases of cancer will occur this year. Between 2006 and 2011, new cancer cases will increase from 160,000 a year to over 280,000 a year. Deaths from cancer will increase over that period from 68,000 a year to 107,000 a year. In all, two out of five Canadians will develop some form of cancer in their lifetime. That means this affects all of us.

When the First Ministers agreed on the long-term health accord almost 10 years ago, they made a commitment to improve health care for all Canadians. While there have been investments and progress in some areas — for example, wait times — there continue to be important gaps and disparities amongst Canadians in their access to quality and affordable care. My fellow presenters will make remarks on home care and palliative care, and we strongly support their comments. However, in order to make the most of your time, I want to focus my comments specifically on drug access as a critical component of home care.

des preuves pour appuyer et pour réfuter les allégations, et la réfutation devient, en fait, un problème croissant. Toutefois, au-delà des dollars —, non pas qu'on peut les oublier —, il y a le système de valeurs sur lequel repose le Canada et qui est à la base de nos politiques. Il faut s'occuper des soins continus au Canada, et si nous nous en occupons bien, nous aurons aussi les moyens de fournir ces soins.

Je vous remercie encore une fois de m'avoir donné l'occasion de prendre la parole devant vous et c'est avec plaisir que j'attends vos commentaires et vos questions.

**Le président :** Merci beaucoup.

[*Français*]

**Le président :** Nous allons maintenant entendre, de la Société canadienne du cancer, M. Daniel Demers, sur une question d'intérêt public.

[*Traduction*]

**Daniel Demers, directeur, Questions publiques nationales, Société canadienne du cancer :** Premièrement, je vous prie de m'excuser de ne pouvoir m'exprimer qu'en anglais. Avec le nom que j'ai, j'aimerais bien parler mieux français.

**Le sénateur Demers :** C'est mon fils.

**M. Demers :** Je voudrais d'abord remercier le comité de me donner la possibilité de prendre la parole au sujet d'une question aussi cruciale pour nous.

La Société canadienne du cancer est un organisme communautaire national formé de bénévoles qui se sont donné pour mission d'éradiquer le cancer et d'améliorer la qualité de vie des gens qui vivent avec cette maladie.

Voici tout d'abord quelques faits : environ 177 000 nouveaux cas de cancer seront découverts cette année. De 2006 à 2011, les nouveaux cas de cancer ont augmenté, passant de 160 000 à plus de 280 000 par année. Les décès attribuables au cancer ont également augmenté au cours de la même période, passant de 68 000 à 107 000 par année. En tout, deux Canadiens sur cinq auront un cancer pendant leur vie. Le cancer nous touche donc tous.

Lorsque les premiers ministres ont convenu d'un accord à long terme sur la santé il y a presque 10 ans, ils ont pris l'engagement d'améliorer les soins de santé pour tous les Canadiens. Des investissements ont été faits et des progrès ont été accomplis dans certains domaines — par exemple les temps d'attente —, mais des lacunes et des disparités importantes demeurent dans l'accès qu'ont les Canadiens à des soins de qualité abordables. Les autres témoins aujourd'hui formuleront des observations sur les soins à domicile et les soins palliatifs, et ils ont tout notre soutien. Toutefois, pour tirer profit au maximum de votre temps, je vais me concentrer sur l'accès aux médicaments, une composante cruciale des soins à domicile.

Health care is now increasingly delivered in the home and in communities, and Canadians are being treated for longer periods of time. Too often, the cost of this care, previously paid for from public funds, is now assumed, in whole or in part, by patients and their families, often placing a significant financial burden on those already facing difficult medical and social challenges.

In 2004, first ministers agreed that no Canadian should have to assume an excessive financial burden to access the drugs they need. However, this commitment has not been met, and patients are paying the price for this failure.

We know that when patients have access to the medications they need, their health outcomes are better and they are less likely to require very expensive institutional care. In other words, access to drugs improves the health of Canadians and reduces the burden on the health care system. It just makes sense.

Today, Canadians spend more of their own money on prescription drugs than on any other direct cost related to health care. We know that three quarters of cancer drugs taken at home cost over \$20,000 a year. We also know that an increasingly large number of Canadians do not fill their prescriptions or do not take them as prescribed because of the costs. The financial burden facing patients is exacerbated by another problem that, quite frankly, is eating away at the very core of our health care system.

Canadians' support for health care is based on the principle that we will all be treated equally, which is why Canadians are shocked to discover, when they get sick, that this is increasingly simply a myth. Instead, their ability to access the drugs they need is increasingly determined by where they live and how much money they have.

We saw the most recent example of this growing inequity just this week. On Monday, the Quebec government accepted recommendations not to cover eight cancer drugs under the province's medicare program. Some of these drugs are fully paid for in other provinces, such as British Columbia and Alberta. One patient, whose drug was prescribed by his doctor to treat his cancer, faces charges of over \$48,000 per year for his treatment, whereas if he lived in a different province it would be paid for by the government. This is unfair and unacceptable.

The Canadian Cancer Society, and many other organizations, calls upon all governments to keep their promise made to Canadians in the first health accord and establish a national

De plus en plus, les soins de santé sont donnés à domicile ou dans des locaux communautaires. Les Canadiens sont également traités pendant de plus longues périodes maintenant. Alors qu'il était auparavant assumé par l'État, le coût de ces soins est maintenant trop souvent laissé à la charge des patients et de leurs familles, ce qui constitue un fardeau considérable pour ces gens déjà aux prises avec des problèmes de santé importants et des difficultés sociales considérables.

En 2004, les premiers ministres ont convenu qu'aucun Canadien ne doit assumer un fardeau financier excessif pour avoir accès aux médicaments dont il a besoin. Toutefois, le geste n'a pas été joint à la parole, et les patients paient maintenant le prix de cet échec.

Nous savons que lorsque les patients ont accès aux médicaments dont ils ont besoin, leur santé s'améliore et qu'ils risquent moins de nécessiter des soins très coûteux en établissement. Bref, l'accès aux médicaments améliore la santé des Canadiens et réduit le fardeau du réseau des soins de santé. C'est simplement une question de bon sens.

Aujourd'hui, les Canadiens dépensent davantage pour leurs médicaments d'ordonnance que pour tout autre chose liée aux soins de santé. Nous savons que les trois quarts des médicaments contre le cancer pris à la maison coûtent plus de 20 000 \$ par année. Nous savons également qu'un nombre croissant de Canadiens n'achètent pas tous les médicaments qui leur sont prescrits ou ne les prennent pas comme ils sont prescrits à cause des coûts. Le fardeau financier auquel doivent faire face les patients est exacerbé par un autre problème qui, très franchement, mine notre réseau des soins de santé.

L'appui des Canadiens aux soins de santé se fonde sur le principe voulant que nous devons tous être traités également, et c'est la raison pour laquelle les Canadiens sont scandalisés de découvrir, lorsqu'ils tombent malades, que ce principe est en train de devenir un simple mythe. En fait, l'accès qu'ils ont aux médicaments dont ils ont besoin dépend de plus en plus de l'endroit où ils vivent et de l'argent dont ils disposent.

L'exemple le plus récent de cette inégalité s'est produit tout juste la semaine dernière. Lundi, le gouvernement du Québec a accepté les recommandations qui lui avaient été faites de ne pas assumer les coûts de huit médicaments contre le cancer dans son programme provincial d'assurance-médicaments. Or, certains de ces médicaments sont payés entièrement dans d'autres provinces, comme la Colombie-Britannique et l'Alberta. Ainsi, le patient qui se voit prescrire un de ces médicaments par son médecin pour traiter son cancer devra assumer des frais de plus de 48 000 \$ par année, alors que, s'il vivait dans une autre province, ces frais pourraient être assumés par le gouvernement. C'est une situation injuste et inacceptable.

La Société canadienne du cancer, comme bon nombre d'autres organisations, demande à tous les gouvernements de tenir la promesse qu'ils ont faite aux Canadiens dans le premier accord

catastrophic drug program. Continuing to fail to do so is not merely an academic exercise; this impacts on the real lives of real Canadians.

I would also be remiss if I did not mention one other issue, and that is prevention and health promotion. The 2004 accord recognized the importance of promoting healthy Canadians as a critical component of health care in Canada. Specifically, it directed health ministers to continue working on the development of healthy living strategies and other initiatives. While there have been investments made and measurable steps taken, much more remains to be done. As you know, preventing diseases is often as important as treating them.

The Canadian Cancer Society applauds the committee for undertaking this important review, but we also remind you that this review must not merely be looking back. It must inform our approach to the next health accord. We must address the failures of the last accord and build on its strengths.

In summary, we strongly support increased access to home care and palliative care, and we support the call for more initiatives related to prevention. However, we must call attention to the abject failure of governments to meet their commitment to establish a national catastrophic drug program. This must be addressed.

I will leave you with one other point, and that is that governments and institutions such as yours must continue to hear the voice of patients. Health care renewal is not about governments arguing with governments about dollars, policies, and jurisdiction. It is about the values that unify us as a country, including equality; and most important, it is about the health and quality of life of all Canadians.

**The Chair:** Thank you very much. I will now move to the Canadian Home Care Association and invite Nadine Henningsen, Executive Director, to present to us.

**Nadine Henningsen, Executive Director, Canadian Home Care Association:** Thank you so much for inviting me to present today. The Canadian Home Care Association represents stakeholders from governments, service providers and researchers involved in home care across Canada.

Most provinces use the definition of “home care,” and I will share this with you:

sur la santé et de mettre en place un programme national de couverture des médicaments onéreux. Le besoin est bien réel et si cette promesse n'est pas tenue, les répercussions sur la vie des Canadiens seront, elles aussi, bien réelles.

Je dois également vous parler d'une autre question, soit la prévention des maladies et la promotion de la santé. Dans l'accord conclu en 2004, les gouvernements avaient reconnu que la promotion de saines habitudes de vie auprès des Canadiens constitue une composante cruciale des soins de santé au Canada. Dans cet accord, les ministres de la santé provinciaux ont reçu instruction de continuer à travailler à l'élaboration de stratégies et autres initiatives pour faire la promotion de saines habitudes de vie. Certes, des investissements ont été faits et des mesures ont été prises dont l'efficacité peut être mesurée, mais il reste beaucoup plus à faire. Comme vous le savez, il est souvent aussi important de prévenir la maladie que de la traiter.

La Société canadienne du cancer applaudit la décision du comité de mener cette importante étude, mais elle désire lui rappeler qu'il ne doit pas se contenter simplement de regarder ce qui s'est fait par le passé. Le comité doit également tracer la voie qui mènera au prochain accord sur les soins de santé. Il faut corriger les manquements du dernier accord et prendre appui sur les points forts qu'il contenait pour aller de l'avant.

En résumé, nous appuyons sans réserve l'idée de donner un meilleur accès aux soins à domicile et aux soins palliatifs et nous abondons dans le sens de ceux qui réclament plus d'initiatives de prévention. Toutefois, nous devons porter à votre attention l'échec lamentable des gouvernements à s'acquitter de l'engagement qu'ils avaient pris de mettre en place un programme national de couverture des médicaments onéreux. Il faut corriger la situation.

Enfin, j'aimerais ajouter que le gouvernement et les institutions comme les vôtres doivent continuer d'écouter ce que les patients ont à dire. Le renouvellement des soins de santé ne doit pas se limiter à des discussions entre gouvernements sur les dollars, les politiques et les champs de compétence. Il doit s'appuyer sur les valeurs qui unissent les Canadiens, et cela comprend l'égalité. Le renouvellement des soins de santé doit s'appuyer surtout sur la santé et la qualité de vie de tous les Canadiens.

**Le président :** Merci beaucoup. Je cède maintenant la parole à la directrice exécutive de l'Association canadienne des soins et services à domicile, Mme Nadine Henningsen.

**Nadine Henningsen, directrice exécutive, Association canadienne des soins et services à domicile :** Je vous remercie beaucoup de m'inviter à prendre la parole devant vous aujourd'hui. L'Association canadienne des soins et services à domicile regroupe des représentants des gouvernements et des fournisseurs de services ainsi que des chercheurs qui s'occupent des soins à domicile partout au Canada.

La plupart des provinces définissent les « soins à domicile » de la façon suivante :

... an array of services for people of all ages, provided in the home and community setting, that encompasses health promotion and teaching, curative intervention, end-of-life care, rehabilitation, support and maintenance, social adaptation and integration and support for the informal (family) caregiver.

It is important to note that within home care programs, they are designed to complement and supplement, but not replace, the efforts of individuals to care for themselves, with the assistance of family, friends and the community. As a matter of fact, family caregivers often provide more than 80 per cent of the care required for individuals with long-term conditions.

Today, an estimated 1.8 million Canadians receive publicly funded home care services annually, at an estimated cost of \$5.8 billion. This actually only equates to about 4.3 per cent of our total public health care funding.

There are a number of initiatives within the home care sector that need to be addressed. Establishing a set of harmonized principles across Canada, accelerating the adoption of technology, optimizing health human resources, and integrated service delivery models all merit comment. During our discussion, or at a later date, I would be happy to expand on any or all of them with you.

However, today I would like to focus my remarks on what we have learned through the implementation of the home care services articulated in the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care and on what we believe, as an association of stakeholders, is a natural progression to build on and leverage the investments that have been made.

In March of this year, my association convened a meeting of stakeholders from governments and service providers across Canada to share observations and lessons learned from implementing the home care services within the 10-year plan.

For short-term, acute home care services, there was a marked increase in the volume of services and the individuals served. There was also another benefit, namely, improved integration between home care and the acute care sector.

Unfortunately, there were two unintended negative consequences that resulted from the focus on acute home care. One was a reduction in chronic care services for the elderly and, as my colleague Mr. Demers mentioned, a shift in the burden of costs for drugs and medical supplies to individual and families. This was due to early discharge and the fact that often a number

[...] une gamme de services offerts à domicile et dans la communauté à des personnes de tous âges. Ils comprennent notamment la promotion de la santé et l'éducation, l'intervention curative, les soins en fin de vie, la réhabilitation, l'aide aux repas et au ménage, l'adaptation et l'intégration sociales, ainsi que le soutien à l'aidant naturel (la famille).

Il est important de comprendre que les programmes de soins à domicile sont conçus pour aider les gens à prendre soin d'eux-mêmes, avec la participation de membres de leur famille, d'amis et de membres de la collectivité. Ce sont des mesures d'aide qui s'ajoutent aux efforts déployés par les personnes malades et leur entourage, mais qui ne les remplacent pas. En fait, les aidants naturels fournissent souvent plus de 80 p. 100 des soins à long terme dont ces gens ont besoin.

Aujourd'hui, on estime à 1,8 million le nombre de Canadiens qui reçoivent chaque année des services de soins à domicile subventionnés, au coût estimatif de 5,8 milliards de dollars. Cette somme ne représente en fait qu'environ 4,3 p. 100 de tous les fonds consacrés aux soins de santé publics au Canada.

Il y a un certain nombre d'initiatives du secteur des soins à domicile dont nous devons parler. Il s'agit notamment de mettre en place un ensemble de principes harmonisés à la grandeur du Canada, d'accélérer l'adoption de nouvelles technologies, d'optimiser les ressources humaines en santé et d'adopter des modèles de prestation de services intégrés. C'est avec plaisir que je discuterai de ces choses avec vous au cours de notre rencontre ou à une date ultérieure.

Toutefois, aujourd'hui, j'aimerais me concentrer sur les leçons que nous avons tirées de la mise en œuvre des services de soins à domicile prévus dans le Plan décennal pour renforcer les soins de santé de 2004 et sur ce qui devrait être fait, selon nous, pour poursuivre sur la lancée des investissements effectués et des progrès réalisés jusqu'à maintenant.

Au mois de mars dernier, mon association a invité des intervenants des gouvernements et des fournisseurs de services de partout au Canada à participer à une réunion pour mettre en commun leurs observations et les leçons tirées de l'application des services de soins à domicile dans le cadre du plan décennal.

En ce qui concerne les services à domicile pour les soins actifs à court terme, on a observé une augmentation marquée du volume des services fournis et des patients servis. On a également observé un autre avantage, soit une amélioration de l'intégration du secteur des soins à domicile et du secteur des soins actifs.

Malheureusement, l'accent mis sur les soins actifs fournis à domicile a eu deux conséquences inattendues. La première a été une réduction des soins de longue durée pour les personnes âgées et, comme mon collègue M. Demers l'a mentionné, un transfert du fardeau des coûts pour les médicaments et les fournitures médicales aux personnes et à leurs familles. Cette situation est



of provinces do not cover the drugs and supplies under their publicly funded program.

Stakeholders across Canada generally agreed that the end-of-life expectations within the plan were largely met, but there are still a number of challenges, two of which are access to services and awareness and advance care planning. I will let my colleague from the Canadian Hospice Palliative Care Association go into more detail on that.

The short-term acute community mental health home care services for individuals with mental health diagnoses are not currently included in the mandate of most home care programs. What ended up happening is that most jurisdictions flowed the funding to ministries or other government departments that provided services through established mental health organizations. There were few provinces — as a matter of fact, Saskatchewan being one of the unique ones — that actually flowed the services through home care.

The home care sector has experienced benefits from the 10-Year Plan, and it is important to build on this momentum. We believe that clarifying expectations, removing barriers to integration, funding outcomes in quality care and measuring results are the way forward.

I would look to share three specific areas that we feel will have a significant impact.

First are integrated services, that is, the right service at the right time and place. Every day, 7,500, or 14 per cent, of acute care hospital beds are inappropriately used across Canada. Over a single year, the use of acute care beds for alternative level of care, or ALC patients, exceeds 2.4 million days. These are patients who do not require the heavy intensity of needing to be in a hospital.

ALC is a complex, serious system issue that impacts patient care, safety and quality of life, and it costs a lot of money. While not absolute numbers, I would like to share some estimates of the average per diem cost, which is approximately \$850 in a hospital, \$126 per diem in a long-term care facility, and \$42 in home care.

Across Canada, an estimated 30 to 50 per cent of ALC patients could and should benefit from home care services and be discharged from the hospital.

attribuable à la sortie précoce des patients des hôpitaux et au fait que, souvent, certaines provinces ne couvrent pas les coûts de certains médicaments et de certaines fournitures dans leur programme public.

Les intervenants d'un peu partout au Canada ont convenu dans l'ensemble que les attentes concernant les soins en fin de vie ont été largement comblées, mais qu'un certain nombre de défis demeurent, dont l'accès aux services, la sensibilisation et la planification des soins avancés. Je vais céder la parole à ma collègue de l'Association canadienne des soins palliatifs, qui nous parlera plus en détail de cette question.

Les soins de santé mentale actifs et à court terme pour les personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de maladie mentale ne sont présentement pas inclus dans la plupart des programmes de soins à domicile. Pour cette raison, la plupart des autorités concernées ont refile le financement de ces services aux ministères ou aux autres organismes gouvernementaux qui fournissaient ces services par la voie des organismes de santé mentale établis. Quelques provinces — en fait, la Saskatchewan est une des rares à le faire — fournissent ces services dans le cadre des soins à domicile.

Le plan décennal a été profitable au secteur des soins à domicile, et il est important de poursuivre sur cette lancée. Nous croyons qu'il faut clarifier les attentes, faire tomber les barrières à l'intégration, financer des soins de qualité et mesurer des résultats obtenus.

J'aimerais vous parler de trois secteurs en particulier qui, selon nous, ont une incidence particulière.

Il y a d'abord les services intégrés, à savoir le bon service au bon moment et au bon endroit. Chaque jour, 7 500 lits d'hôpital destinés normalement aux soins actifs de courte durée, soit 14 p. 100 des places, sont utilisés de façon inappropriée partout au Canada. Pour une année, l'utilisation de lits destinés normalement à des soins de courte durée par des patients qui attendent d'avoir accès à un autre niveau de soin dépasse les 2,4 millions de jours. Il y a donc des patients hospitalisés qui n'ont pas besoin de soins aussi intensifs que ceux qui sont donnés dans un hôpital.

La question des patients qui attendent d'avoir accès à un autre niveau de soin constitue un problème complexe et grave qui influe sur les soins aux patients, la sécurité et la qualité de vie, et qui comporte également un coût élevé. Ce ne sont pas des chiffres absolus, mais j'aimerais vous faire part de certaines estimations : on évalue le coût quotidien moyen des soins à environ 850 \$ dans un hôpital, à 126 \$ dans un établissement de soins de longue durée et à 42 \$ lorsqu'il s'agit de soins à domicile.

Dans tout le Canada, on estime que de 30 à 50 p. 100 des patients hospitalisés qui attendent d'avoir accès à un autre niveau de soin pourraient et devraient profiter de services à domicile et sortir de l'hôpital.

Shifting funding and designing new funding models so that home care programs can be maximized must be part of the future discussions. Also, avoiding the admissions to hospitals that so often result in an ALC designation needs to be part of the plan. Frail seniors need supportive chronic care to stay safely and independently in their home. As Mr. Demers mentioned, sometimes it is as simple as medication management, which is not a costly service.

Second, adopt a Canadian caregiver strategy. Providing care in the home is dependent upon the active involvement of the family caregiver. While most caregivers assume the responsibility willingly, there are situations that create extraordinary financial and health challenges.

The good news is that a number of jurisdictions and provinces have initiated policy and practices to support family caregivers. The challenge is that these programs vary widely across the country and are not well shared. The next step for the accord could be the establishment or the support of a national body to accelerate action in order to achieve and adopt a Canadian caregiver strategy.

Third, support accountability and evidence-informed decision making. A lack of comprehensive data tracking, reporting and monitoring has been identified as a major challenge by every home care stakeholder across Canada. A national resource with expertise in health data management and analysis to support jurisdictions to collect and interpret information at a clinical program and systems level is needed to support accountability and decision making. Knowledge transfer and sharing of best practices could also be an outcome of this particular entity.

Securing Canada's system of universal health care involves embracing a paradigm shift. The integrated approaches to care between home care and acute care provide a strong foundation for strategies to address our ALC challenge across Canada. The return on investment for every dollar for home care is exponentially enhanced by the in-kind contribution of family caregivers. Access to expertise and utilization of technology to support data collection, analysis and reporting will support accountability. Home care stakeholders want to be accountable; they do not have the tools and information to be able to do this.

Dans les discussions à venir, il faudra parler du transfert de financement et de la conception de nouveaux modèles de financement qui permettront de maximiser les programmes de soins à domicile. Il faudra également réfléchir à la façon d'éviter que des personnes soient admises dans les hôpitaux et tombent dans la catégorie des patients dits en attente d'un accès à un autre niveau de soin. Les personnes âgées fragiles ont besoin de soins de longue durée pour rester chez elles en toute sécurité et garder leur indépendance. Comme M. Demers l'a dit, la solution est parfois aussi simple qu'une bonne gestion des médicaments, ce qui n'est pas un service coûteux.

Deuxièmement, il faut adopter une stratégie canadienne pour les aidants naturels. Pour fournir des soins à domicile, il faut la participation active des membres de la famille. Bien que la plupart des aidants naturels acceptent volontiers de s'occuper de la personne malade, il arrive que certaines personnes se retrouvent aux prises avec des problèmes financiers et des problèmes de santé très importants.

Toutefois, il est réconfortant de savoir qu'un certain nombre de provinces ont mis en place des politiques et des pratiques pour venir en aide aux aidants naturels. La difficulté toutefois tient à ce que ces programmes varient énormément d'une province à l'autre et à ce que les provinces ne mettent pas en commun leurs pratiques exemplaires à cet égard. La prochaine étape de l'accord pourra être la mise en place ou la consolidation d'un organisme national chargé de faire avancer l'adoption d'une stratégie canadienne pour les aidants naturels.

Troisièmement, il faut appuyer la reddition de comptes et un processus décisionnel axé sur les faits. Tous les intervenants des soins à domicile au Canada ont déploré l'absence d'un processus qui permet de tenir des données globales, de présenter des rapports et de surveiller la situation. Il faudrait mettre en place une ressource nationale dotée d'une expertise dans la gestion et l'analyse de données sur la santé pour aider les gouvernements à recueillir et à interpréter l'information au niveau des programmes cliniques et des systèmes de façon à appuyer la reddition de comptes et la prise de décisions. Cette entité pourrait également s'occuper du transfert des connaissances et de la mise en commun des pratiques exemplaires.

Pour solidifier le système des soins de santé universels du Canada, il faut un changement de mentalité. L'intégration des approches pour les soins à domicile et les soins actifs donne une assise solide sur laquelle on pourra élaborer des stratégies pour régler le problème des patients hospitalisés qui attendent d'avoir accès à un autre niveau de soin partout au Canada. L'investissement de chaque dollar dans des soins à domicile est décuplé par la contribution en nature des aidants naturels. L'accès à une expertise et l'utilisation de méthodes pour aider à la collecte de données, l'analyse et la présentation de rapports appuieront la reddition de comptes. Les intervenants des soins à domicile veulent rendre des comptes, mais ils n'ont pas les outils ni l'information nécessaires à cette fin.

In conclusion, in 2004 First Ministers identified home care as an essential part of modern, integrated, patient-centred health care. We believe that these recommendations will make a significant contribution to make this so.

**The Chair:** Thank you very much. I will now turn to the Canadian Hospice Palliative Care Association and Sharon Baxter, Executive Director.

**Sharon Baxter, Executive Director, Canadian Hospice Palliative Care Association:** Good morning. Thank you for the invitation to come and speak to you today. I congratulate the committee on this important work of reviewing the progress and uptake of the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care. It is my understanding that you would be interested in hearing from the Canadian Hospice Palliative Care Association around the palliative home care component, so we will speak specifically to that.

In June 2004, the Quality End-of-Life Care Coalition of Canada — which, I must add, every one of the members here are members of; there are 35 national associations, but CHPCA acts as the coalition secretariat — released a report called *Dying for Care*. It was a status report on hospice, palliative and end-of-life care in Canada at that time. It was released about six weeks before the accord was signed.

We identified a number of areas that needed to be worked on, which included the definition of hospice palliative care funding issues; inconsistent access to hospice palliative care services generally and also to respite care services; access to non-prescribed therapies, as well as prescription drug coverage, which we have heard from everyone here; palliative care research; and access to best practices across Canada. Those were the areas that we laid out.

This report also announced the federal initiative around the Canadian Strategy on Palliative and End-of-Life Care. This, by the way, was terminated by the federal government in March of 2008. It also mentioned a \$7-million investment in CIHR-funded palliative care research. That research initiative subsequently grew to \$16.5 million. It also ended in March 2009.

The report also highlighted the announcement of the compassionate care benefit, which provided eight weeks' leave, of which six weeks was paid through the EI benefit rate. If you were caring for a terminally ill parent, child or spouse, that was subsequently expanded to include others that the patient may feel are family, which was a good initiative. It still stands at six weeks' paid support, and of course it only applies to Canadians who qualify for EI. Of course, you need to be working to do that, so a lot of the seniors do not qualify for some of these initiatives.

En terminant, les premiers ministres ont établi en 2004 que les soins à domicile constituent une composante essentielle de soins de santé modernes, intégrés et axés sur le patient. Nous croyons que ces recommandations permettront de faire progresser grandement les choses à cet égard.

**Le président :** Je vous remercie beaucoup. Je cède maintenant la parole à la directrice exécutive de l'Association canadienne des soins palliatifs, Mme Sharon Baxter.

**Sharon Baxter, directrice exécutive, Association canadienne des soins palliatifs :** Bonjour. Je vous remercie de l'invitation que vous m'avez faite de comparaître devant vous aujourd'hui. Je félicite le comité pour son travail important d'examen de l'adoption du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004 et des progrès réalisés depuis ce temps. D'après ce que je comprends, vous souhaitez connaître l'avis de l'Association canadienne de soins palliatifs au sujet de la composante qui traite des soins palliatifs à domicile; je vais donc me concentrer sur ce sujet.

En juin 2004, la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada — dont tous les membres ici font partie; il y a 35 associations nationales, pour laquelle l'ACSP agit comme secrétariat — a publié un rapport intitulé *Mourir entouré de soins*, un rapport d'étape sur les soins palliatifs et de fin de vie au Canada. Le document a été rendu public environ six semaines avant la signature de l'accord.

Nous avons relevé un certain nombre de difficultés à résoudre, notamment la définition des services de soins palliatifs; le financement; l'inégalité de l'accès aux services de soins palliatifs; l'inégalité de l'accès aux services de soins de répit; l'accès aux thérapies non prescrites et la couverture des médicaments d'ordonnance; la recherche en soins palliatifs et l'accès aux pratiques exemplaires à l'échelle du Canada.

Ce rapport annonçait aussi la mise en œuvre de l'initiative fédérale intitulée « Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et de fin de vie », à laquelle le gouvernement fédéral a mis fin en mars 2008. De plus, il faisait mention d'un investissement de 7 millions de dollars consacré à une initiative de recherche financée par les IRSC, qui a ensuite été augmenté à 16,5 millions de dollars, mais abandonné en mars 2009.

Le rapport mettait aussi en valeur l'annonce du Programme de prestations de compassion, qui offre huit semaines de congé, dont six semaines payées au taux de l'assurance-emploi, pour une personne soignant un enfant, un parent ou un époux atteint d'une maladie terminale. Ce plan a ensuite été révisé afin que les personnes que le patient considère comme des membres de sa famille puissent en bénéficier, ce qui marque un bon début, mais les prestations sont seulement offertes pendant une très courte période de six semaines, et seulement aux Canadiens qui sont admissibles à l'assurance-emploi. Il faut travailler pour toucher ces prestations et beaucoup de personnes âgées ne sont donc pas admissibles à certaines de ces initiatives.

The report made a number of recommendations at that time. We saw some of them incorporated in the 2004 accord in the Palliative Home Care Program. It laid out services for case management, nursing care, palliative-specific pharmaceuticals and personal care workers.

We reviewed the announcements of the four areas of home care and we saw that as a good start. Subsequent to the 2004 accord announcement, the Canadian Hospice Palliative Care Association and the Canadian Home Care Association embarked on what we called the Gold Standards Project, where we actually set the gold standards for those four areas. We shared those gold standards with the provincial and territorial governments, and also the federal government. They were also involved in helping us set the gold standards.

We then pledged that we would measure the uptake from the federal, provincial and territorial governments two years forward, and we did do that. In 2008, the Quality End-of-Life Care Coalition released a progress report on how the federal, provincial and territorial governments were doing on initiating the gold standards.

All these reports were given to you. It is a lot of reading, but I encourage you to take a look at them. Clearly, progress was made in 2008, from the 2004 accord.

For example, in 2005, only five provinces had a palliative pharmaceutical plan that would cover your drugs in the home for the last six months of life. Effective last Monday, September 26, the last province, Nova Scotia, announced a province-wide palliative pharmaceutical plan.

We have gone from five provinces to the full coverage. It is certainly not without its dilemmas. Not all the drugs that we feel are covered in the hospital are covered in the home-based plan, and the plan is not always easy to get access to, but it is a good start.

We are also concerned about the siloing of end-of-life care services across settings. I endorse Ms. Henningsen's comments around the barriers of home care from the acute care setting and the ALC dilemma that we all face. We have much to do, and we believe that Canadians should have the right to choose the settings of their choice. We need to look for a more seamless transition between settings.

Le rapport contenait un certain nombre de recommandations dont quelques-unes ont été intégrées dans l'accord de 2004 concernant le Programme des soins palliatifs à domicile. Il s'agit de services de gestion de cas, de soins infirmiers, de produits pharmaceutiques liés aux soins palliatifs et de soins personnels.

Nous avons examiné les projets annoncés pour les quatre secteurs de soins à domicile et nous y avons vu un bon début. Après l'annonce relative à l'accord de 2004, l'Association canadienne de soins palliatifs et l'Association canadienne de soins et de services à domicile ont lancé un projet pour élaborer des normes de référence applicables à chacun de ces services. Ces quatre normes de référence ont été communiquées à chaque gouvernement provincial et territorial, ainsi qu'au gouvernement fédéral. Des responsables de ces gouvernements nous ont également aidés à fixer les normes.

Nous nous sommes engagés à mesurer les progrès des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans ces domaines deux ans après la date de publication de ces normes. En mai 2008 donc, la CSFVQ a publié un rapport d'étape sur les progrès des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux au niveau de l'application des normes de référence.

Tous ces rapports vous ont été remis. Ils renferment beaucoup de matière, mais je vous encourage néanmoins à y jeter un coup d'œil. Il est évident que d'importants progrès ont été réalisés en 2008, depuis la conclusion de l'accord sur la santé de 2004.

Par exemple, en 2005, seules cinq provinces possédaient un régime d'assurance couvrant le coût des médicaments administrés aux patients qui reçoivent des soins palliatifs à domicile dans les six derniers mois de leur vie. Le 26 septembre dernier, la Nouvelle-Écosse a annoncé l'instauration d'un régime d'assurance pour les médicaments utilisés en soins palliatifs qui s'appliquerait à l'échelle de la province; elle est donc la dernière province à offrir ce régime.

Les Canadiens de partout au pays sont maintenant admissibles à une couverture des médicaments utilisés en soins palliatifs. Cela ne s'est toutefois pas fait sans peine. Nous estimons que les médicaments administrés à l'hôpital ne sont pas tous couverts lorsqu'il s'agit de soins à domicile et qu'il n'est pas toujours facile d'avoir accès à ce régime, mais c'est un bon début.

Cela dit, des problèmes demeurent au niveau de la compartimentalisation des soins de fin de vie à l'échelle des milieux de soins. Je suis d'accord avec Mme Henningsen au sujet des obstacles qui empêchent d'accéder à des soins palliatifs à domicile lorsqu'on se trouve dans un milieu de soins actifs et du dilemme qui se pose concernant les patients qui nécessitent un autre niveau de soins. Nous avons beaucoup de travail à faire à ce chapitre, et nous sommes d'avis que les Canadiens devraient avoir le droit de choisir où ils veulent être soignés. Nous devons envisager une transition plus harmonieuse entre ces milieux de soins.

In 2010, the Quality End-of-Life Care Coalition of Canada released its 10-year plan. I encourage you all to reference it if you can. We have four main areas that we proposed in the original accord. We have been measuring in the accord what we need to pay special attention to in the next accord.

One of the four areas is to ensure that all Canadians have access to high-quality end-of-life care. Seventy per cent of Canadians at this point in time do not have access to hospice palliative care, so about 30 per cent do. Obviously, we can do much better than that.

One of the reasons for that is that we have created an acute care system that we could argue is one of the best in the world. As we are all aging, we need more of a chronic care system, and we do not really have that. How do we go from having a terrific acute care system to having maybe a slightly smaller acute care system but obviously look toward a chronic care system? Truthfully, as a 55-year-old, I think we will all need some of these programs and services, and they are not necessarily available right now.

One quick piece is that last summer, *The Economist* released a document that looked at palliative services across 40 countries. Canada came ninth in the world. It could do better, but that is not bad. What we did do poorly on is that we came 27th out of 40 countries on the cost of the last year of life, which is passed along to the patient and family. The reason that is so high is because we pay a large percentage of our home care costs. Canadians are choosing not to die in an acute care setting or have a lot of their services given to them in an acute care setting, and they actually want to be served in their own communities. Those costs, which are coming out of their pockets, are increasing. That might be all right, but it leads me to the question of how 26 other countries did better than we did, and we need to look at some of that.

The second area in the blueprint for action is the support for family caregivers. We need to figure that out. More and more services are being taken up by all of us. I took care of my grandmother for a number of years. It is difficult to balance all of that. We need to look at some of those initiatives, and we have some ideas in the blueprint.

We need to improve the quality and consistency of hospice palliative care in Canada. We need to invest in more research. We need to do better than 30 per cent coverage. There are some issues around all of that.

The last area is to encourage Canadians to discuss and plan for their end of life. We have launched a campaign called "Speak Up: Start the conversation about end-of-life care."

En 2010, la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada a rendu public son plan décennal. Je vous invite à le consulter si vous le pouvez. Nous avons formulé quatre principales recommandations dans l'accord original. Nous sommes à déterminer les secteurs auxquels il faudra accorder une attention particulière dans le futur.

Tout d'abord, il faut s'assurer que tous les Canadiens ont accès à des soins palliatifs et de fin de vie de grande qualité. À l'heure actuelle, 70 p.100 des Canadiens n'ont pas accès à des soins palliatifs, ce qui signifie que seulement 30 p. 100 en bénéficient. Nous pourrions certainement faire mieux à l'avenir.

Cela s'explique notamment par le fait que nous avons mis sur pied l'un des meilleurs systèmes de soins actifs au monde. À mesure que la population vieillit, nous devons nous doter d'un système de soins aux malades chroniques. Peut-on accorder moins d'importance aux soins intensifs de courte durée en vue de se tourner davantage vers les soins aux malades chroniques? Honnêtement, je suis âgée de 55 ans et je pense que nous aurons tous besoin de ces programmes et de ces services un jour, mais ils ne sont pas nécessairement disponibles pour l'instant.

L'an dernier, le magazine *The Economist* a publié un document sur la situation des soins palliatifs de 40 pays. Le Canada s'est classé au neuvième rang dans le monde. Il ne s'en tire donc pas si mal. En revanche, il est arrivé en 27<sup>e</sup> position pour ce qui est des coûts que doivent assumer les patients et leur famille durant leur dernière année de vie. Si les coûts sont aussi élevés, c'est parce que nous payons un grand pourcentage des coûts des soins à domicile. Les Canadiens choisissent de ne pas mourir dans un établissement de soins actifs ou de recevoir un grand nombre de services dans un pareil établissement, mais veulent demeurer dans leur collectivité. Les coûts que les Canadiens doivent payer sont à la hausse. C'est peut-être acceptable, mais cela m'amène à me demander ce que les 26 autres pays ont fait de mieux, et je pense que nous devrions nous pencher là-dessus.

La deuxième recommandation du Plan d'action vise à offrir un meilleur soutien aux aidants naturels. Nous devons intervenir sur ce plan. Nous assumons tous de plus en plus de responsabilités. Je m'occupe de ma grand-mère depuis plusieurs années. C'est difficile de concilier tout cela. Nous devons examiner certaines de ces initiatives, et nous avons proposé quelques idées dans le plan d'action.

Nous devons améliorer la qualité et l'uniformité des soins palliatifs et de fin de vie offerts partout au Canada. Nous pouvons y arriver en investissant davantage dans la recherche. Nous devons être en mesure de dispenser des soins palliatifs à plus de 30 p. 100 de la population. Ce sont toutes des questions qu'il faut examiner.

Enfin, il faut encourager les Canadiens à discuter des soins de fin de vie et à les planifier. C'est dans cette optique que nous avons lancé la campagne « Speak Up : Start the conversation about end-of-life care ».

We need to talk about advance care planning, and Ms. Henningsen alluded to it. We have good research that says that if you talk to loved ones about your end-of-life wishes, you still die, but the outcomes in that stressful time are usually better.

In summary, gains have been made, but our population is aging. The increasing need for home-based care requires us to step up and strive for a comprehensive, coordinated and integrated approach to hospice palliative care and health care. We need to see it across all settings of care, not just home care: all diseases, all health care professions and all ages. Much more needs to be done.

In planning the 2014 accord, however that might look and take shape, we need you to pay attention, and we need to all pay attention to hospice, palliative and end-of-life care across all those settings. Integration of hospice palliative care within the health care system is the only way to proceed, but we have much to do to do that.

In closing, we just wanted to say that all the reports that I have mentioned are in a package that we have arranged for you to have.

**The Chair:** Thank you all very much.

I will turn to my colleagues to pose questions. I would remind them that they set a new standard for effectiveness in asking questions yesterday, and I hope that will carry forward.

**Senator Callbeck:** Good morning, and thank you all for coming. Mr. Demers, you talked about the catastrophic drug plan, and that is something that certainly concerns me, and I think all Canadians. You mentioned someone paying \$48,000 for drugs in a province, and if they had been in another province that province would have paid for them. Where do you see the federal government in this? Should they have a leadership role in a catastrophic drug plan?

**Mr. Demers:** We feel the federal government should be playing a leadership role, and we know that provinces have asked the federal government to convene a table to discuss this issue.

If we look at what we all understand to be the role of the federal government, it is to try to ensure the equality of Canadians under the programs that, collectively, governments provide. We are not going to prescribe that the federal government should play a specific role as the funder of last resort or the adjudicator of which provincial program works the best. However, Canadians expect the federal government to work with the provinces to ensure that, when they get sick, there is roughly equitable care available, and that the cost to the individual, the family and community is roughly equal.

The provinces have certainly gotten together. If we look at something like pCODR, the pan-Canadian Oncology Drug Review, which is the new process to decide on cancer drugs, the provinces are working together to make that system more

Il faut sensibiliser les Canadiens à l'importance de la planification préalable des soins de fin de vie. Mme Henningsen en a parlé plus tôt. Si vous faites part de vos vœux de fin de vie à vos proches, cela n'empêchera pas votre décès, mais vos derniers moments seront bien plus sereins durant cette période difficile.

Pour résumer, des progrès ont été réalisés, mais la population vieillissante et le besoin croissant en matière de soins à domicile nous poussent à en faire davantage et à viser un système de soins complet, coordonné et intégré qui recoupe tous les milieux de soins, toutes les maladies, toutes les professions de la santé et tous les âges. Il nous reste encore beaucoup de chemin à faire.

En vue de l'accord sur la santé de 2014, nous devons tous prêter attention aux soins palliatifs et de fin de vie prodigués dans tous ces milieux de soins. La seule façon d'y arriver est d'intégrer les soins palliatifs au système de soins de santé, mais nous avons encore beaucoup à faire.

En terminant, j'aimerais simplement mentionner que tous les rapports dont nous avons parlé se trouvent dans la trousse que nous vous avons remise.

**Le président :** Merci beaucoup à vous tous.

Je vais maintenant permettre à mes collègues de poser leurs questions. Je tiens toutefois à leur rappeler qu'ils ont établi hier une nouvelle norme en matière d'efficacité durant la période de questions, et j'espère que cela va se poursuivre.

**Le sénateur Callbeck :** Bonjour et merci à tous d'être venus aujourd'hui. Monsieur Demers, vous avez parlé du régime de remboursement des médicaments onéreux, et c'est une question qui nous préoccupe tous, moi et l'ensemble des Canadiens. Vous avez dit qu'une personne pouvait payer 48 000 \$ pour des médicaments dans une province et rien du tout dans une autre. À votre avis, quel est le rôle du gouvernement fédéral à ce chapitre? Devrait-il jouer un rôle de premier plan dans le régime de remboursement des médicaments onéreux?

**M. Demers :** Absolument, et nous savons que les provinces ont demandé au gouvernement fédéral de convoquer une rencontre afin de discuter de cette question.

Le rôle du gouvernement fédéral consiste probablement à veiller à ce que tous les Canadiens puissent bénéficier, de façon égale, des programmes offerts par les gouvernements. Nous n'allons pas demander au gouvernement fédéral de jouer un rôle de bailleur de fonds de dernier recours ou d'arbitre pour déterminer quel programme provincial est le plus efficace. Cependant, les Canadiens s'attendent à ce que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces pour s'assurer que, lorsqu'ils tombent malades, les soins disponibles sont à peu près équivalents, de même que les coûts qui leur sont imputés, à eux, à leur famille et à leur communauté.

Il n'y a pas de doute que les provinces unissent leurs efforts. Prenons, par exemple, le processus d'examen pancanadien des médicaments oncologiques, qui est le nouveau processus décisionnel pour l'inscription des médicaments anticancéreux.

effective. That is a great success story, and the federal government is playing a role. Provinces and organizations such as ours expect the federal government to convene a table to sit down and say what the best practices are across this country, what are the gaps, where are Canadians falling through those gaps and what could the role of the federal government be in ensuring those gaps are taken care of.

If we wanted to say that we could bring everybody to the lowest common denominator, that would not be what we want. There are enough best practices, enough interesting examples of catastrophic programs throughout the country. Our problem is they are not equal, and therefore Canadians are not all equal. That is the responsibility of the federal government. They have not taken up that role, and that is a problem.

**Senator Callbeck:** Would anyone else care to comment?

**Ms. Fralick:** To support the comments Mr. Demers made — I almost hesitate to bring it up — the Canada Health Act is there. One of the tenets of that is universality. From the membership of the Canadian Healthcare Association as well, this is an absolute need, that Canadians are not treated in an inequitable fashion. How exactly it happens, I support the comments from Mr. Demers. That needs to be worked out, but there is an expectation that that happen, and that the federal government should be flexing its fiscal spending power in a way that allows that and leads that to happen, while respecting the provincial delivery priorities and responsibilities.

**Ms. Henningsen:** It goes even beyond the fiscal spending power. As Mr. Demers mentioned, the federal government has a unique opportunity to see Canada as a whole. Where every province is working within their province, the federal government can bring the provinces together. There are a lot of innovative approaches to drug management, whether it is therapy management, access to drugs, ensuring that individuals fill their drug prescriptions. There are a lot of ways to manage costs of drugs, and it is access to drugs that has nothing to do with the actual funding of them. That could also be a key role the federal government could play, is sharing some of these unique initiatives that are happening across the country.

**Ms. Baxter:** At end-of-life, the medication costs can actually be very high. We have found that people were going into hospital because they were not able to afford their drugs in their home-based program. The short-sightedness of some of these things is outstanding when you think about what we pay for an acute care hospital bed over a home-based bed. We really need to look at that.

There is a clear role for the federal government. Right now we have 13 — 14, including the federal government — different types of drug coverage in this country between the federal, territorial and provincial governments. Some of this, particularly around

Sachez que les provinces sont déterminées à accroître l'efficacité du système. Il s'agit d'une grande réussite, et le gouvernement fédéral y joue un rôle. Les provinces et les organisations comme la nôtre veilleront à ce que le gouvernement fédéral convoque une rencontre dans le but d'exposer les meilleures pratiques partout au pays, de relever les lacunes ainsi que leur incidence sur les Canadiens, et de déterminer les mesures que pourrait prendre le gouvernement fédéral pour s'assurer de combler ces lacunes.

Notre but n'est pas de ramener tout le monde au plus petit commun dénominateur. Il y a suffisamment de pratiques exemplaires et d'exemples intéressants de programmes de remboursement des médicaments onéreux partout au pays. Le problème, c'est qu'ils ne sont pas égaux et que, par conséquent, ce n'est pas juste pour les Canadiens. Cette responsabilité incombe au gouvernement fédéral. Il doit prendre la situation en main.

**Le sénateur Callbeck :** Quelqu'un d'autre souhaite intervenir?

**Mme Fralick :** Pour appuyer les propos de M. Demers — j'hésite presque à le dire —, sachez qu'il y a la Loi canadienne sur la santé. L'un de ses principes fondamentaux est l'universalité. En tant que membre de l'Association canadienne des soins de santé, je considère que c'est une nécessité absolue; tous les Canadiens doivent être traités de façon équitable. Je suis d'accord avec M. Demers quant à la façon de s'y prendre. Il faut remédier à la situation, et nous sommes d'avis que le gouvernement fédéral devrait élargir son pouvoir de dépenser à cette fin, tout en respectant les priorités et les responsabilités des provinces.

**Mme Henningsen :** Cela va bien au-delà du pouvoir de dépenser. Comme M. Demers l'a mentionné, le gouvernement fédéral a là une occasion de considérer le pays comme un tout. Le gouvernement fédéral peut amener les provinces à collaborer sur ce plan. Il y a beaucoup d'approches innovatrices en matière de gestion des médicaments, que ce soit la gestion des thérapies ou l'accès aux médicaments, pour s'assurer que les gens achètent les médicaments qui leur sont prescrits. Il y a bien des façons de gérer les coûts des médicaments, et l'accès aux médicaments n'a rien à voir avec leur financement. Le gouvernement fédéral pourrait également jouer un rôle clé en faisant connaître ces initiatives uniques à l'échelle du pays.

**Mme Baxter :** En fin de vie, le coût des médicaments peut être très élevé. Nous avons découvert que des gens allaient se faire soigner à l'hôpital parce qu'ils n'avaient pas les moyens d'acheter leurs médicaments. Ce constat démontre un manque de vision flagrant de la part du gouvernement, quand on pense au prix que l'on paye pour un lit dans un hôpital de soins actifs par rapport aux soins à domicile. Nous devons absolument nous pencher là-dessus.

Il est évident que le gouvernement a un rôle à jouer. À l'heure actuelle, il y a 13 — 14, si l'on compte le gouvernement fédéral —, différents régimes d'assurance-médicaments au pays, que ce soit au niveau fédéral, provincial ou territorial. Certains d'entre eux,

catastrophic drugs, would be great if we were all on the same page and it did not matter where you lived in this country.

**Senator Callbeck:** That leads me into the other area I wanted to talk about, and that is alternative level of care. We hear stories all the time of people staying in hospital because they cannot pay for their drugs if they go home.

In the Canadian Home Care Association brief you mentioned a national body should be established to facilitate action in order to achieve the adoption of the Canadian caregiver strategy. On the Canadian Hospice Palliative Care Association, it was mentioned here about six different areas to look at. Are there committees working on those? Is palliative care one?

**Ms. Baxter:** Within the federal government, is that what you are asking, if there is a committee working on palliative care specifically?

**Senator Callbeck:** It was in the brief from the Canadian Healthcare Association; there are six areas mentioned here. Is there a committee set up on each of those areas and working on them?

**Ms. Fralick:** No, there is not. That is why we are identifying them for some action, hopefully coordinated.

**Senator Callbeck:** Ms. Henningsen, the brief you have is for a national body. Do you see the federal government taking the role there?

**Ms. Henningsen:** To support family caregiving?

**Senator Callbeck:** Who will set up that national body? Is it the responsibility of federal government?

**Ms. Henningsen:** Yes, I would definitely see that as the role of the federal government. What is interesting is that there is no committee now working on family caregiving. However, what happened is family caregiving is such a big issue right across all the health care sectors that there has been a strong grassroots movement. The Canadian Caregiver Coalition has embraced a wide variety of organizations that have moved forward with this Canadian caregiver strategy. They have been working federally and provincially to get interest and governments going.

What I see happening from a federal point of view or federal funding for an entity is in Manitoba they have made great strides and done a lot of consideration and a lot of work on supporting family caregivers.

particulièrement les programmes de remboursement des médicaments onéreux, seraient excellents si tous les Canadiens pouvaient en profiter au même titre.

**Le sénateur Callbeck :** Cela m'amène à vous parler d'un autre sujet qui est les patients relevant d'un autre niveau de soins. Nous entendons constamment des histoires de gens qui restent à l'hôpital, autrement ils n'ont pas les moyens d'acheter leurs médicaments.

Dans le mémoire de l'Association canadienne de soins et services à domicile, on peut lire que la création d'un organisme national permettrait de faciliter l'adoption d'une stratégie canadienne à l'intention des aidants naturels. Du côté de l'Association canadienne des soins palliatifs, on parle de la nécessité de se pencher sur six différents secteurs. Y a-t-il des comités qui travaillent là-dessus, particulièrement dans le dossier des soins palliatifs?

**Mme Baxter :** Est-ce que vous me demandez si un comité se penche précisément sur la question des soins palliatifs au sein du gouvernement fédéral?

**Le sénateur Callbeck :** Dans son mémoire, l'Association canadienne des soins de santé fait état de six domaines précis. A-t-on créé un comité pour chacun de ces domaines?

**Mme Fralick :** Non. C'est la raison pour laquelle nous les avons relevés et nous espérons que cela donnera lieu à la mise en œuvre de mesures coordonnées.

**Le sénateur Callbeck :** Mme Henningsen, dans votre mémoire, vous parlez de créer un organisme national. À votre avis, le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer?

**Mme Henningsen :** Pour appuyer les aidants naturels?

**Le sénateur Callbeck :** Qui mettra sur pied cet organisme national? Cette responsabilité revient-elle au gouvernement fédéral?

**Mme Henningsen :** Absolument. Je pense que le gouvernement fédéral pourrait très bien assumer ce rôle. Ce qui est intéressant, c'est qu'aucun comité ne se penche en ce moment sur la situation des aidants naturels. Cependant, la cause des aidants naturels est devenue un enjeu tellement important dans tous les secteurs de la santé que nous avons assisté à la naissance d'un grand mouvement populaire. La coalition canadienne des aidants et aidants naturels regroupe une grande variété d'organisations qui ont adopté cette stratégie nationale à l'intention des aidants naturels. Elles travaillent à l'échelle fédérale et provinciale afin de susciter l'intérêt et l'action des gouvernements.

D'un point de vue fédéral ou sur le plan du financement fédéral d'une entité, sachez que la province du Manitoba a accompli des progrès considérables et s'est attachée à appuyer les aidants naturels.



In New Brunswick they have done some great things in support of family caregivers. Ontario is looking at it now. What if we had someone to share the results, the thoughts, the programs Canadian-wise, so that you do not always start from ground zero, that you build on each other.

It is all the same common problem, and this grassroots organization has identified this common problem and some very concrete solutions. It could happen. We could accelerate a Canadian caregiver strategy and support that vital role of caregivers easily. It does not have to be just the government. It can be private industry, in fact it must be. One of the key elements of the strategy is providing flexible work environments. You have to be able to know you can take some time off work.

**Senator Merchant:** Good morning, and thank you for your presentations. I have read what I take to be very reliable statistics that 25 per cent of the health-care needs of a person occur in the last year of life. I have also seen a statistic that says that a person's health-care needs in the last two years of life can be as high as 75 per cent.

Do you have a number that you could share with us? Apart from the shock value of these statistics, what do you really want us to draw from this?

**Ms. Baxter:** Interestingly, 25 years ago people died within about two years of having a heart attack or a stroke in this country. Now we are living, on average, 12 years after, and I always say that is a good thing. Canada has one of the highest age levels in seniors, and we have more and more people becoming seniors. This whole chronic care area, on average your last 10 to 12 years, will increase. We will have draws on the health care system like we have never seen before, but it is manageable if we get ahead of it.

When talking about the cost in the last year of life, indeed, when dying of a disease like cancer or ALS, or any of those, truly the biggest costs are in the last year.

On the other side of that debate, we have to start to think about the use of advanced technology when there is very little outcome that will be had. I work in hospice palliative care, and we are always struggling with whether to recommend someone go through a fourth line of chemo when it will give them six more weeks of life when we can manage their pain and comfort in a different way.

It is something that we, as health care providers and as a society, need to put our heads around. There are both sides to that. We need to really think about that and leave that decision up to patients and families. We need to be honest with them and have these conversations. Often we are not having them. It is like the Energizer bunny, we keep on treating, keep on treating, and we need to balance our systems between a curative system and a system that will actually give comfort to someone moving toward the end of their life.

Au Nouveau-Brunswick, on a également réalisé de grandes choses à ce chapitre. C'est maintenant au tour de l'Ontario. Qu'arriverait-il si on mettait en commun les résultats, les idées et les programmes pancanadiens, de façon à pouvoir tirer profit des autres et de ne pas devoir toujours partir de zéro?

Nous sommes tous confrontés au même problème. Cette organisation populaire a mis le doigt dessus et a élaboré des solutions très concrètes. Cela pourrait se réaliser. Nous pourrions mettre en œuvre une stratégie nationale et soutenir facilement le rôle vital de ces aidants naturels. Il ne faut pas compter que sur le gouvernement. Le secteur privé peut — et doit — nous donner son appui. L'un des éléments clés de cette stratégie vise à offrir des conditions de travail souples. Ces gens doivent savoir qu'ils peuvent prendre congé.

**Le sénateur Merchant :** Bonjour à tous et merci pour vos exposés. J'ai appris d'une source fiable que les besoins en soins de santé d'une personne en dernière année de vie représentent 25 p. 100 des besoins de toute une vie et que cette proportion peut s'élever jusqu'à 75 p. 100 lorsqu'il s'agit des deux dernières années de vie.

Avez-vous un chiffre à nous donner? Mises à part ces statistiques qui ne laissent personne indifférent, que voulez-vous qu'on retire de tout cela?

**Mme Baxter :** Ce qui est intéressant, c'est que, il y a 25 ans, les Canadiens mouraient dans les deux années suivant une crise cardiaque ou un ACV. Maintenant, ils vivent en moyenne jusqu'à 12 ans après, et je dis toujours que c'est une bonne chose. Le Canada a l'un des niveaux d'âge les plus élevés chez les aînés, et il y a de plus en plus d'aînés. Par conséquent, toute cette période de soins aux malades chroniques, en moyenne les 10 à 12 dernières années, ira en augmentant. Le système de santé sera soumis aux pires pressions jamais vues, mais nous arriverons à les gérer si nous agissons tout de suite.

De toute évidence, si on souffre d'une maladie comme le cancer ou si on a besoin d'un autre niveau de soins, les coûts les plus élevés se refléteront pendant la dernière année.

D'un autre côté, nous devons commencer à penser à l'utilisation que l'on fait de la technologie avancée lorsqu'il y a très peu de résultats possibles. Je travaille dans le domaine des soins palliatifs, et nous demandons toujours si nous devrions recommander un traitement de chimiothérapie de quatrième ligne à une personne quand nous savons qu'il ne fera que prolonger son espérance de vie de six semaines et que nous pourrions gérer sa douleur et son confort différemment.

Comme fournisseurs de soins de santé et en tant que société, c'est une chose à laquelle nous devons réfléchir. Il y a deux côtés à la médaille. Nous devons laisser aux patients et à leurs familles le soin de prendre cette décision. Nous devons être honnêtes avec eux et prendre le temps d'en discuter, ce que nous ne faisons souvent pas. C'est comme le lapin Energizer, nous ne cessons jamais de traiter, n'empêche que nous devons trouver un équilibre entre un système curatif et un système qui apportera un certain réconfort à une personne en fin de vie.

**Ms. Fralick:** I would like to add to the theme of what is at the table now. I made reference in my comments to the increasing data coming out and that the costs are really not about the end of life, not to take away from the dignity and the need to address them. Both the Canadian Institute for Health Information and the Canadian Health Services Research Foundation have produced reports this year saying it is chronic disease management that needs our attention as we live longer, because of advantaged technologies, et cetera, yet we still have this very ill population.

When we are talking about home care, which is at the table today, but looking at the full breadth of the health system, which I know is your broader interest, I think that cannot be forgotten, and looking at the data that is emerging and talking about the costs, both dollars and in a personal sense, of chronic disease management as opposed to that last year or two of life.

**Ms. Baxter:** To go back to the ALC issue. A friend of mine has an 82-year-old husband who spent 18 months in the Civic Hospital waiting for a long-term care bed in this city. He has dementia. He was on ALC. The costs that she needed to pay, the cost to the health care system, is hugely outweighed. However, if we had a better system where we looked at all settings of care and had a seamless transition, more home care and long-term care in balance and in seamless transition, we would not have those problems. Right now the wastage of that and the cost is huge.

**Mr. Demers:** I want to add that, besides the statistics, I think a really important issue is who those costs are being transferred to. Unless we come up with solutions such as having people make their desires known, unless there are options to take, they will increasingly either end up in expensive institutional care or they will, to a considerable degree, transfer those burdens to the individuals and the families.

When we look at the renewal of health care, we have to accept that the days of institutional care being the focus of our health care system have passed, and that there is now a third leg of the stool. That is community and home care. Unless we find ways to ensure that individuals can provide the care, the love and support they want to provide without huge costs to them, psychologically, financially, socially — and those are particularly women. Over 70 per cent of caregivers in Canada are women. They willingly take on this burden because they are good people; it is what they want to do. The patient wants to be in that setting, and it is better for them. However, if we do not find the instruments to make that happen, we will find that the people are not getting the care they need and deserve, and the system cannot afford the costs.

**Mme Fralick :** J'aimerais ajouter quelque chose à ce sujet. J'ai dit plus tôt qu'il y avait de plus en plus de données indiquant que ce ne sont pas les soins de fin de vie qui entraînent le plus de coûts, sans vouloir porter atteinte à la dignité de qui que ce soit et la nécessité d'intervenir à ce chapitre. L'Institut canadien d'information sur la santé et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ont tous deux publié des rapports cette année révélant que c'est la gestion des maladies chroniques qui nécessite le plus notre attention, étant donné que nous vivons plus longtemps, grâce aux technologies avancées, et cetera, et pourtant, il y a encore toute cette population qui est très malade.

Lorsqu'il est question des soins à domicile, ce qui est le sujet à l'étude aujourd'hui, si on examine l'ensemble du système de santé, auquel vous vous intéressez dans un contexte plus large, je pense que nous ne pouvons pas faire fi de cette question, compte tenu des données émergentes et des coûts, autant sur le plan financier que personnel, de la gestion des maladies chroniques par rapport aux soins prodigués durant les deux dernières années de vie.

**Mme Baxter :** J'aimerais revenir à la question des patients qui nécessitent un autre niveau de soins. Le mari d'une de mes amies est âgé de 82 ans et a passé 18 mois à l'hôpital Civic en attente d'un lit de soins de longue durée dans cette ville. Il souffre de démence. Il relevait d'un autre niveau de soins. Songez à ce qu'elle a dû payer et au coût que cela représente pour le système de santé. Cependant, si nous avions un meilleur système regroupant tous les milieux de soins, une transition plus harmonieuse et un équilibre entre les soins à domicile et les soins de longue durée, nous ne serions pas confrontés à ces problèmes. À l'heure actuelle, le gaspillage et les coûts sont énormes.

**M. Demers :** Outre les statistiques, je pense qu'il faut savoir à qui on refile ces coûts. Ces gens doivent communiquer leurs désirs et avoir des options devant eux, autrement ils finiront de plus en plus dans des établissements de soins coûteux ou, dans une large mesure, ils imposeront ces fardeaux à leurs proches et leurs familles.

Lorsqu'il s'agit du renouvellement des soins de santé, il faut accepter que la période où les soins en établissement constituaient une priorité est révolue, et qu'il y a maintenant d'autres possibilités qui s'offrent à nous : la communauté et les soins à domicile. Il faut s'assurer que les personnes qui prennent soin d'un patient, qui lui donne de l'amour et du soutien, ne le font pas au détriment de leur santé psychologique, financière et sociale. La majorité de ces personnes sont des femmes; en fait, plus de 70 p. 100 des aidants naturels au Canada sont des femmes. Elles vont volontairement accepter ce fardeau parce que ce sont de bonnes personnes; c'est ce qu'elles veulent faire. Les patients veulent être à cet endroit, et on veut leur bien. Cependant, si nous ne disposons pas des instruments nécessaires, ces patients ne recevront pas les soins dont ils ont besoin, et le système ne peut tout simplement pas en assumer les coûts.

I agree that the costs are very important, but we have to focus on ensuring we are not transferring those costs through inaction down to individuals and their families.

**Ms. Henningsen:** I will build on Mr. Demers' comment. It is not just a system shift or a cost shift. I will give you a great example. There was a program run in one area of Ontario for ALC and shifting to the home and community. They had invested in a lot of community supports. There was respite and increased home care. There was a whole menu. Sure enough, the hospital ALC rate never went down, and they could not understand why, because they had invested all this money, the supports were there.

What they realized is it was a mind shift of the health professionals in the hospital. They had to embrace and accept that the right place for an individual was to go home first, then make that decision of where they want to go for long-term care. Do not make that social decision in the hospital. Go home first. That whole concept and mind shift that home is safe, home is where you want to be, with supports, then make the decision. They have seen incredible results now, as soon as they made that mind shift, which was fascinating.

**Senator Merchant:** The Romanow report in 2002 suggested that \$89.3 million be committed annually to palliative home care. Do you have any idea what has happened since then?

**Ms. Baxter:** As one of the people who testified before the Romanow commission, we had great hope and expectation of some of the recommendations that came out of that. Indeed, that never happened.

What happened was a federal strategy on palliative and end-of-life care was announced in 2004, ran for five years and was terminated. At best it was never funded for more than \$1.7 million. When you look at this as one of the only things that will ever happen in our lives that we can all attest to, it was woefully underfunded.

I was actually the co-chair of it, and we did some phenomenal work. Not to appear all doom and gloom — I think we have made some great gains — but that never really happened.

One of the issues, to have a truly integrated program, we will need to have a federal, provincial, territorial and community engagement process. It will be important that community and business, and us as family members, all take part. It is not just a federal government thing, but obviously we have a long way to go.

Même si les coûts sont d'une importance capitale, nous devons nous assurer que les patients et leur famille ne paient pas le prix de notre inaction.

**Mme Henningsen :** Je vais poursuivre sur la même veine que M. Demers. Il ne s'agit pas simplement de changer le système ou de transférer les coûts. Permettez-moi de vous donner un exemple. Dans un secteur de l'Ontario, on a mis en œuvre un programme pour que les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins puissent recevoir des services à domicile et au sein de la collectivité. Beaucoup d'argent a été investi dans le soutien communautaire. Le programme était complet et prévoyait la prise en charge temporaire des patients et plus de soins à domicile. Or, l'hôpital n'a pas enregistré de baisse dans son taux de soins d'autre niveau, mais personne ne comprenait pourquoi puisque tout cet argent avait été investi et que les services étaient en place.

Les responsables du programme se sont rendu compte qu'il fallait changer la mentalité des professionnels de la santé à l'hôpital, qui doivent admettre et accepter que les patients sont mieux de retourner chez eux pour ensuite décider où aller afin de recevoir des soins à long terme. Les patients ne doivent pas prendre cette décision à caractère social à l'hôpital, mais bien à la maison. Les professionnels de la santé doivent changer de mentalité et accepter que les patients sont en sécurité chez eux et qu'ils sont mieux d'y retourner pour recevoir des soins jusqu'à ce qu'ils prennent leur décision. C'est fascinant, car dès que ce changement s'est opéré, le programme a donné des résultats remarquables.

**Le sénateur Merchant :** En 2002, le rapport Romanow recommandait d'affecter 89,3 millions de dollars par année aux soins palliatifs à domicile. Savez-vous ce qui est arrivé depuis?

**Mme Baxter :** Puisque nous avons témoigné devant la Commission Romanow, nous avons de grandes attentes à propos de certaines des recommandations qui en découlaient. Mais en réalité, personne n'a vu la couleur de cet argent.

En 2004, le gouvernement fédéral a plutôt annoncé une stratégie sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie. Elle a duré cinq ans, puis on y a mis fin. Le programme n'a jamais reçu plus de 1,7 million de dollars, ce qui est cruellement insuffisant étant donné qu'il s'agit d'une des seules étapes de la vie que nous franchirons tous inmanquablement.

En fait, j'ai coprésidé le programme, et nous avons accompli un travail phénoménal. Mais sans vouloir paraître défaitiste — car je crois que nous avons réalisé des gains considérables —, rien ne s'est véritablement traduit dans les faits.

Afin que le programme forme véritablement un tout cohérent, il faudrait amener le gouvernement fédéral, les provinces, les territoires et les collectivités à prendre part au processus, de même que les entreprises et la famille du patient. Le gouvernement fédéral ne peut pas y arriver seul, mais il reste évidemment beaucoup de chemin à faire.

**Senator Seidman:** I have many questions, but right now I would like to perhaps put forward two: one to Ms. Fralick and one to Ms. Henningsen.

Ms. Fralick, I would like to discuss the big issue of integration of care. In fact, we all hear stories of backup in the ERs and lack of hospital beds because acute care beds are filled for chronic care purposes. This forces us to think about what you referred to as continuing care and the integration of home care services with primary health, acute and long-term care.

Could you address this in relation to what the barriers are to a better continuum of care, as you see them? Perhaps you could give us examples of best practices across the country in relation to this.

**Ms. Fralick:** I wish I had the silver-bullet answers to those two excellent questions. The most important thing is we do not have the best answers to those. That is part of the process that we are all involved with, not just at this table but outside.

In terms of barriers, the list is very long. Ms. Henningsen mentioned one already that would appear to be the mindset. We are so conditioned in this country to focus on acute care. Our Canada Health Act, which CHA is a strong supporter of, we do not want to see that go away, but it unfolded over a series of decades, frankly. The culmination in 1984 was of many pieces of the development of the health system, but totally focused on acute and physician care. The world has changed, but we have not necessarily done so.

The lack, I would say, as well, just of basic infrastructure. Because our publicly funded focus has been on hospitals and one provider — physicians, for the most part — we have not considered how to bring the other pieces into the equation.

Just as one example, in the recent recession where there was special infrastructure funding available to stimulate the economy, the health system was not allowed to avail itself of that. We tried. We advocated diligently, but we simply were excluded from that. Just the barrier of infrastructure would be a big piece.

Standards we mention as another piece. Again, the focus of this country is on the acute care, so we do not look outside. Many issues have been mentioned in terms of just quality of care, the support for caregivers, all of these pieces that we have laid out in our own paper.

The barriers, again, I could take up all the time of the committee. I am looking at the chair, and I know at some point I will be cut off. I will refer you to our paper, which does identify quite a few of them, and leave it there.

**Le sénateur Seidman :** J'ai beaucoup de questions, mais pour l'instant, je me contenterai d'en poser une à Mme Fralick et une autre à Mme Henningsen.

Madame Fralick, j'aimerais parler de la grande question de la coordination des soins. En fait, nous avons tous entendu parler de l'engorgement des urgences et du manque de lits d'hôpitaux parce que les lits de soins actifs sont occupés par des malades chroniques. Ce problème nous oblige à envisager la question des soins continus et à coordonner les soins à domicile avec les soins de santé primaires, les soins actifs et les soins de longue durée, ce dont vous avez parlé.

Pourriez-vous nous décrire les obstacles qui, d'après vous, nous empêchent d'améliorer la séquence de soins? Vous pourriez nous donner des exemples de pratiques exemplaires au pays.

**Mme Fralick :** J'aurais aimé connaître la solution magique à ces deux excellentes questions. Ce qui ressort, c'est que nous ne savons pas quelle est la meilleure réponse. Cela fait partie du processus auquel tout le monde prend part, et pas uniquement autour de cette table.

La liste des obstacles est très longue. Mme Henningsen a déjà mentionné l'un d'entre eux, soit l'attitude ancrée des professionnels de la santé. Au Canada, nous avons vraiment l'habitude de privilégier les soins actifs. L'Association canadienne de soins de santé appuie fortement la Loi canadienne sur la santé et ne voudrait pas qu'elle soit abrogée, mais en toute honnêteté, le problème s'est formé pendant des dizaines d'années. Le développement de notre système de santé a connu son apogée en 1984, mais tout a été orienté vers les soins actifs prodigués par le médecin. Depuis, le monde a changé, mais nous ne nous y sommes pas nécessairement adaptés.

Je dirais aussi que l'infrastructure fondamentale comporte des lacunes. Puisque le gouvernement s'est limité à financer les hôpitaux et un seul type d'intervenants — surtout des médecins —, nous n'avons pas envisagé comment inclure les autres éléments dans l'équation.

À titre d'exemple, le gouvernement a prévu un fonds d'infrastructure particulier pour stimuler l'économie lors de la dernière récession, mais le système de santé n'y a pas eu droit. Même si nous avons tout fait pour nous en prévaloir, nous avons tout simplement été mis de côté. L'infrastructure constitue donc un obstacle de taille.

Les normes dont nous avons discuté représentent un autre obstacle. Puisque le Canada est axé sur les soins actifs, nous ne nous attardons pas ailleurs. On a soulevé aujourd'hui de nombreux problèmes liés à la qualité des soins, au soutien des soignants et à tout ce qui est mentionné dans notre mémoire.

Je pourrais vous parler des obstacles jusqu'à la fin de la séance, mais je sais que le président va me couper. Je vous invite donc à lire la liste des obstacles qui se trouve dans notre mémoire, et je vais m'arrêter ici.

In terms of best practices, I am probably not the best person to speak to some of them. Ms. Henningsen and Ms. Baxter have mentioned some there as well. What I can tell you is that there is a real concern amongst my members regarding the disconnect. We do not do well in this country at integrating and sharing our information. It is not that we are bad individuals. Everyone wants to do that, but we are set up in isolation, in silos, and we have 14 systems, not one. People sometimes ask why we cannot be like the national health system in the U.K. or Sweden or France or something. We do not have the system that allows us to do that.

There are pockets of excellence. I do have another paper that is not quite completed, but it identifies quite a few of those pockets of excellence right across the country. Most of the provinces are reflected in there, and that will give you the details. I will be happy to bring that to your attention as soon as it is available.

**Senator Seidman:** Yes, please. Thank you.

As part of the 10-year plan, first ministers agreed to provide first dollar coverage for certain home-care services, based on assessed need, by 2006. The specific services included short-term acute home care, short-term community mental health care and end-of-life care.

It appears that health ministers were to report to first ministers on the implementation of that by 2006, but they never did. That could feed into our whole accountability issue here.

Ms. Henningsen, does the Canadian Home Care Association have a vision for enhanced integration of mental health services within the broader health care system?

**Ms. Henningsen:** That is interesting. I will back up, if you do not mind, before I actually address that question.

Around the table we have been talking about where the federal role is and how the federal government can make a big difference. When you talk about integration, I have to share a fantastic best practice that has caught on right across Canada. The primary health care transition fund was a direct, federally funded program, and it rolled out across Canada. What it really looked at was integration models.

One of the ones we were involved in was integrating home care and primary health care. That model started in Ontario and has now rolled out through all of B.C. They are looking at an integrated model of home care, primary health care, palliative care, social care, and they are starting to bring in mental health care. It has gone through four different regional health authorities

Je ne suis probablement pas la mieux placée pour parler des pratiques exemplaires. Mmes Henningsen et Baxter en ont mentionné quelques-unes. Ce que je peux vous dire, c'est que ce fossé préoccupe grandement certains membres de notre association. Le Canada affiche un piètre bilan en matière de coordination et de mise en commun de l'information. Je ne mets pas en question les compétences individuelles. Tout le monde veut y arriver, mais nous avons mis en place 14 systèmes isolés plutôt qu'un seul. Certains nous demandent parfois pourquoi nous n'instaurons pas un système de santé national comme au Royaume-Uni, en Suède, en France ou ailleurs. Or, c'est impossible en raison du système actuel.

Il existe des regroupements d'excellence. Je suis en train de mettre au point un document qui en identifie un certain nombre partout au pays. La plupart des provinces y sont représentées. Vous trouverez plus de détails dans le document, et je serai heureuse de vous l'envoyer dès qu'il sera prêt.

**Le sénateur Seidman :** Oui, s'il vous plaît. Merci.

Dans le cadre du plan décennal, les premiers ministres avaient convenu de couvrir à partir du premier dollar un certain nombre de soins à domicile en fonction des besoins déterminés, et ce, dès 2006. Ces services particuliers devaient comprendre des soins actifs à domicile de courte durée, des soins communautaires en santé mentale et des soins en fin de vie.

Il semble qu'avant 2006, les ministres de la Santé devaient confirmer la mise en œuvre des mesures aux premiers ministres, mais ils ne l'ont jamais fait. Cela vient s'ajouter à l'ensemble du problème de reddition de comptes.

Mme Henningsen, l'Association canadienne des soins et services à domicile a-t-elle une idée de ce qu'il faut faire pour mieux intégrer les services de santé mentale dans l'ensemble du système de soins de santé?

**Mme Henningsen :** C'est intéressant. Si vous me le permettez, je vais faire marche arrière avant de répondre à la question.

Aujourd'hui, nous avons fait le point sur le rôle du gouvernement fédéral et sur ce qu'il peut faire pour changer les choses considérablement. Puisque vous avez parlé de coordination, je ne peux m'empêcher de vous faire part d'une pratique exemplaire formidable qui s'est répandue partout au Canada. Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires était un programme direct du gouvernement fédéral qui a été mis en œuvre partout au Canada. Il visait justement à examiner les modèles de coordination.

L'un de ceux auxquels nous avons participé permettait de coordonner les soins à domicile et les soins de santé primaires. Ce modèle, qui a vu le jour en Ontario, est maintenant en vigueur partout en Colombie-Britannique. Il permet de rassembler dans un tout cohérent des soins à domicile, des soins de santé primaires, des soins palliatifs et des services sociaux, et on

in B.C. It was exciting to see from a concept, to a pilot project, to reality. I just had to back up on that one.

One of the challenges we find with the integration of mental health services is the past, where home care came from. A lot of eligibility rules are built on physical assessment. It is a physical assessed need. Very often a mental health diagnosis is overlooked, or when it is identified the home care providers do not have the skills and expertise to be able to manage it, hence it moves then over to the community mental health program.

In some strong provinces, like Ontario — in Saskatchewan it is a little more integrated with the home care services — you do see some integration, but really it is kind of like they are very strong silos and we have not seen a lot of integration.

Do we believe that our experience with integrating primary health care and integrating with acute care — our next big challenge will be mental health. We know that because of an aging population and dementia challenges. The number one reason why an individual is admitted to a long-term care facility is because of behavioural problems in the community. We have to move there. Have we? No.

**Senator Martin:** I found all of your presentations extremely compelling. All of us around the table, I am sure, have been touched by this issue, whether it is cancer or mental illness or having to care of an ailing mother, father or grandparent.

First of all, just a comment about what you were saying about the system shift, the cost shift, the mind shift. I think what could or should happen is a cultural shift. In some cultures there is that responsibility, there is a shared responsibility with the government, in that the government as an entity is federal, but on the ground, in the home, the families have this shared responsibility. I do not even think about it as a responsibility, I think of it as just what we do as families. I put that out there, as we need a cultural shift where we look at the best practices of other cultures to use in Canada.

My question goes back to the health accord, because I think, from all the presentations that we are hearing, each of these silos or associations or specialized groups are doing some amazing things. You are achieving success in your respective areas, with the challenges we have with the overall demand of the system.

With the health accord it is very critical that it is a tool that can be used to bring the stakeholders together to facilitate the provincial-federal relationship.

commence même à y intégrer des soins de santé mentale. Quatre régions régionales de la santé de la Colombie-Britannique l'ont adopté. Nous étions ravis de voir le concept être mis à l'essai, puis devenir réalité. Je tenais à le mentionner.

L'un des défis entourant la coordination des services de santé mentale et des soins à domicile, c'est l'origine de ceux-ci. En effet, un grand nombre de règles d'admissibilité des soins à domicile dépendent de l'évaluation de l'état physique. Il s'agit donc d'un besoin physique. On néglige très souvent les diagnostics en santé mentale. Dans le cas contraire, les prestataires de soins à domicile n'ont pas les compétences qu'il faut pour s'occuper des patients et ils les confient alors aux programmes de santé mentale des collectivités.

Les soins de santé mentale sont parfois coordonnés aux soins à domicile dans quelques provinces fortes, comme l'Ontario — ou la Saskatchewan, où ils sont un peu mieux intégrés —, mais en réalité, ils sont très isolés.

Étant donné notre expérience d'intégration des soins de santé primaires et des soins actifs, nous savons que la santé mentale sera notre prochain défi de taille en raison du vieillissement de la population et des problèmes de démence. Les problèmes de comportement au sein de la collectivité constituent la principale raison pour laquelle les patients sont admis dans un établissement de soins prolongés. Nous devons nous attaquer au problème. Est-ce fait? Non.

**Le sénateur Martin :** J'ai trouvé vos exposés tout à fait remarquables. Je suis certaine que nous avons tous été touchés par cet enjeu, que ce soit sous la forme d'un cancer, d'une maladie mentale ou de la prise en charge d'une mère, d'un père ou d'un grand parent souffrant.

Tout d'abord, j'ai une remarque à propos de l'évolution du système, du transfert des coûts ou du changement de mentalité dont vous avez parlé. À mon avis, c'est une évolution culturelle dont nous avons besoin. Dans certaines cultures, les familles partagent la responsabilité avec le gouvernement fédéral. Je ne considère même pas qu'il s'agit d'une responsabilité, car je pense que c'est le rôle des familles. Je voulais vous signaler que nous avons besoin d'un changement culturel pour examiner les pratiques exemplaires des autres cultures et les intégrer au Canada.

J'aimerais parler de l'accord sur la santé, car après avoir entendu tous ces exposés, je suis convaincue que chaque groupe isolé ou association accomplit un travail merveilleux. Vous réussissez dans vos domaines respectifs malgré les obstacles et la demande globale dans le système.

Il est essentiel que l'accord sur la santé soit un outil permettant de réunir les intervenants afin de simplifier les relations entre les provinces ou territoires et le gouvernement fédéral.

Could you speak to specifically what you have mentioned just in terms of the success of the last health accord? What has really worked well and what should we be articulating, including and recommending to the minister in the next health accord that will be up for renewal? It is focusing on the health accord as the tool.

I think ideally we would love to have the national strategies and programs, but just like with anything in Canada we are limited by the sheer geography, the rural-urban vast differences in need, and the specialized areas which have, in and of themselves, such intricate systems as well. The national picture is the ideal vision, but not always the most practical. The health accord is a tool that is there.

I would love to hear from you what should be articulated in the health accord. A few key points from each of you would be helpful.

**The Chair:** Each of you will want to want to weigh in on this. Please be focused and do not re-emphasize points already made.

**Ms. Baxter:** I think that in end-of-life care the big issue for us in the next 10 years will be how to integrate it. One of the things we have been having a lot of conversation about is that not every person who is dying needs a tertiary care model, or needs the full, hospice palliative care experience. People have died in this country and have not needed it. If you are dying of dementia and old age, you may not need that.

We need to find the best program at the right level and invest in primary health care. We may not need the tertiary care. We need to think about this model that we are calling the palliative approach. That means the tertiary model where necessary, a secondary model, which is a consult type of thing, and then primary health care. Investing in our primary health care is a big deal for us.

This is trying to figure out how to integrate between settings in the hospice palliative care, end-of-life experience, but also to incorporate that into our health care system. We have been sort of bandaged on province by province. We need to really look at that.

In the last federal budget we got a small amount of money that we have not started working with yet, it is just going to Treasury Board, it is \$3 million. It is to actually look at how we integrate hospice palliative care into the health care system across all these domains. It is just a little bit of money to start the dialogue, but I think it is in the right direction for us to do that. All of our members here will be engaged in that, and we are quite excited about that. The next 10-year plan is about integration, integration, integration.

**Ms. Henningsen:** Building on that integration, what we experienced from the 10-year plan is the integration and understanding of home care and acute care. What needs to go forward is a focus on the chronic care and services, to be able to

Pourriez-vous nous parler plus particulièrement du succès du dernier accord, dont vous avez discuté? Quels éléments ont vraiment bien fonctionné, et que devrions-nous recommander au ministre en vue du prochain accord sur la santé, sur le point d'être renouvelé? Je m'intéresse surtout au rôle d'outil de l'accord.

Je pense que l'idéal serait d'adopter des stratégies et des programmes nationaux, mais à tout point de vue au Canada, nous sommes limités par notre géographie, par les besoins qui varient énormément entre les milieux ruraux et urbains, ainsi que par les domaines spécialisés qui comportent leurs propres systèmes complexes. Même si une stratégie nationale était idéale, ce n'est pas nécessairement la solution la plus pratique. L'accord sur la santé est un des outils à notre disposition.

J'aimerais que vous me disiez ce que devrait contenir l'accord sur la santé. J'aimerais que chacun d'entre vous nous donne quelques éléments clés.

**Le président :** Je demanderais à chacun d'intervenir. Veuillez être précis, et évitez de répéter ce qui a déjà été dit.

**Mme Baxter :** Je crois que notre plus grand défi des 10 prochaines années sera d'intégrer les soins de fin de vie. Nous avons beaucoup discuté du fait que les mourants n'ont pas tous besoin de soins tertiaires ou de soins palliatifs complets. Des gens sont déjà décédés au Canada sans en recevoir. Par exemple, ces soins ne sont pas toujours nécessaires si la démence entraîne le décès à un âge avancé.

Nous devons trouver quel est le meilleur programme et quelle est la compétence qui convient, puis investir en soins de santé primaires. Nous n'avons peut-être pas besoin de soins tertiaires. Nous devons envisager l'approche palliative, qui se compose de soins tertiaires au besoin, de soins secondaires, qui comprennent la consultation, et enfin, de soins de santé primaires. Nous avons grand besoin d'investissements en soins de santé primaires.

Nous essayons de trouver comment assurer l'intégration entre les centres de soins palliatifs et l'expérience de fin de vie, ainsi que dans notre système de soins de santé. C'est comme si les solutions avaient été trouvées province par province. Il faut vraiment se pencher sur la question.

Au dernier budget fédéral, nous avons obtenu une modique somme de 3 millions de dollars que nous n'avons pas encore utilisée car elle arrive tout juste au Conseil du Trésor. L'argent servira à examiner la façon d'intégrer les soins palliatifs dans tous les domaines du système de santé. Ce petit montant nous permettra de lancer le dialogue, mais je crois que nous sommes sur la bonne voie. Tous nos membres y participeront, et nous avons vraiment hâte. Le prochain plan décennal doit uniquement porter sur l'intégration et la coordination.

**Mme Henningsen :** À propos de la coordination, le plan décennal nous a permis d'intégrer les soins à domicile dans les soins actifs et de mieux en comprendre le fonctionnement. À l'avenir, il faudra accorder une importance privilégiée aux soins et

continue that integration of home care and acute care. We also need to target ALCs with numbers, strategies and sharing.

Lastly, one of the biggest challenges in home care is when you talk about accountability; we have a hard time measuring anything. Did you notice every time I said a number it was an estimate? We do not have the systems there. We need the systems and the knowledge to be able to measure so that we can be accountable.

**Mr. Demers:** Going into the next health accord, the key points we would focus on is to look for best practices and share them and remain flexible; do not necessarily be prescriptive to those providing services. There should be common principles that should be well-known and you should be held accountable to them. You have provincial governments that can barely afford the increasing costs coming for health care. There is an appetite for best practices and to learn from each other. That is what we can do as a country; we can share those amongst each other.

Look for information, but let us also ensure that we do not leave this to governments to talk about best practices because they will too often fall to, "How do we do cost containment?" You have to find a way to include the voices of patients and those people who, at the end of the day, are the consumers of our health care system.

To repeat, best practices and flexibility in their application and ensure that you are hearing the voices of the people who, at the end of the day, are those we are trying to help.

**Ms. Fralick:** I have a paper from CHA that I will send to you that outlines the exact answer to your question in terms of where we are right now.

For the context of the meeting, there are six important items: funding, including incentives, public-private and getting the funding model right; health human resources, coordination across the country, the right mix and scope; pharmacare, catastrophic; wellness, look at the Naylor report; continuing care, which we have been talking about; and the sixth item is leadership, be it political, the boards of directors, the governance side and the executive.

I would like to reassure that many of us are trying to come up with succinct advice to the bodies that are addressing this question. I have been working since January 2011, almost a year now, and I have drawn together a group of people that intersect with all of the different groups out there. I was trying to make a quick list as we were speaking: the Canadian Patient Safety Institute, the Health Council of Canada, the Canadian Health Leadership Network, the health sciences centres, the Association of Canadian Academic Healthcare Organizations, the Canadian College of Health Leaders, the Canadian Medical Association,

aux services destinés aux malades chroniques. Nous avons également besoin de chiffres, de stratégies et de mises en commun pour cibler les autres niveaux de soins.

Pour terminer, la reddition de comptes est l'un des plus grands défis entourant les soins à domicile, car il est difficile de mesurer quoi que ce soit. Avez-vous remarqué que tous mes chiffres étaient estimatifs? Nous n'avons pas les systèmes nécessaires pour y arriver. Il nous faut ces systèmes et des connaissances pour arriver à mesurer les soins à domicile et à demander des comptes.

**M. Demers :** Le prochain accord sur la santé devra nous permettre de trouver des pratiques exemplaires et de les communiquer entre nous tout en demeurant flexibles. L'accord ne devrait pas nécessairement imposer des normes aux prestataires de services. Il devrait contenir des principes communs qu'il faudra bien connaître et sur lesquels chacun devra rendre des comptes. Les gouvernements provinciaux ne peuvent pas vraiment se permettre d'augmenter les coûts des soins de santé. Nous voulons connaître les pratiques exemplaires et apprendre les uns des autres. Ce que nous pouvons faire, à l'échelle du pays, c'est échanger l'information.

Bien sûr, l'information est importante, mais nous devons aussi veiller à ce que les gouvernements n'aient pas la responsabilité de discuter des pratiques exemplaires, car ils finiront trop souvent par essayer d'en limiter les coûts. Vous devez trouver un moyen de recueillir les commentaires des patients, car au bout du compte, ce sont eux, les consommateurs du système de soins de santé.

En résumé, il faut examiner les pratiques exemplaires et la souplesse de leur mise en œuvre et s'assurer qu'on tient compte de l'avis des personnes qui, en fin de compte, sont celles qu'on tente d'aider.

**Mme Fralick :** Je vais vous envoyer un mémoire de l'ACSS dans lequel on répond précisément à votre question, à savoir où nous en sommes actuellement.

Aux fins de la discussion, il y a six éléments importants : le financement, y compris les mesures incitatives, le financement public-privé et adopter un modèle de financement adéquat; les ressources humaines en santé, la coordination à l'échelle du pays, un juste équilibre et une portée adéquate; l'assurance-médicaments, catastrophique; le bien-être, examiner le rapport Naylor; les soins continus, dont nous avons parlé; et le sixième point est la direction, qu'elle vienne des politiciens, des conseils d'administration, de la gouvernance et du pouvoir exécutif.

J'aimerais vous assurer que beaucoup d'entre nous essaient de donner des conseils précis aux organismes qui examinent la question. Je travaille depuis janvier 2011, soit depuis maintenant près d'un an, et j'ai rassemblé un groupe de personnes qui interagissent avec tous les divers groupes qui existent. Tandis que nous discutons, j'ai essayé d'en dresser rapidement la liste : l'Institut canadien pour la sécurité des patients, le Conseil canadien de la santé, le Réseau canadien pour le leadership en santé, les centres des sciences de la santé, l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, le Collège canadien des



the Canadian Nurses Association, the Canadian Public Health Association, the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health and Accreditation Canada.

We are all meeting on a regular basis to try to come up with our take on what the system needs to do next. We look forward to sharing that with you and others when it is ready.

**Senator Eggleton:** I want to focus on the informal caregiver and the supports for those people who are family or friends, people who are attempting to deal with their illness at home. It is logical we should want to get more people into their homes because the spread and the costs are enormous. As Ms. Henningsen pointed out, one set of figures indicates \$842 for a hospital bed, \$126 for long-term care and \$42 for home care. As we found out in other surveys, most people want to be cared for at home, yet another statistic in your documents indicates that 75 per cent of them end up dying in hospitals or long-term care facilities, which is not in accordance with their wishes.

One thing I have learned today that perhaps feeds into that is this unfortunate situation that you have to go to the hospital to get the drugs you need; you cannot always get them at home because they do not qualify under the system. Something must be done about that because it is counterproductive to what I think the provinces and the health care system want to accomplish.

With respect to the informal caregiver, are we providing sufficient support for those people? There are federal programs and tax incentives. There is the Family Caregiver Tax Credit, which was implemented in the federal budget this year. How much of a difference are they making, or are they just scratching the surface?

There is also a compassionate care benefit that goes with Employment Insurance. Ms. Baxter, you commented in your document of how you thought it should be improved. Right now, it will pay for 58 per cent of the caregiver's salary, but we are talking about a maximum of only six weeks. Also, you have to go through the hurdles of getting physician and employer statements and you have to certify the person will die within six months, those kinds of things. There are a lot of hurdles there.

You suggest some changes to it. Have you done any costing or savings? Obviously, more home care means more savings to the system. Have you done anything on that? If anyone has any comments to make on that particular program or the federal tax credits, please go ahead.

leaders en santé, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne de santé publique, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé et Agrément Canada.

Nous nous rencontrons régulièrement afin de déterminer ce qu'il faudra faire à l'avenir par rapport au système. Lorsque ce sera prêt, nous serons heureux de communiquer les résultats, à vous et à d'autres.

**Le sénateur Eggleton :** Je voudrais me concentrer sur les aidants naturels et sur le soutien qu'on leur offre. Ce sont des membres de la famille ou des amis des personnes qui essaient de composer avec la maladie à la maison. Il serait logique de vouloir que plus de gens soient soignés à la maison parce que c'est un problème très répandu qui représente des coûts énormes. Comme Mme Henningsen l'a souligné, des données indiquent que les coûts sont de 842 \$ à l'hôpital, 126 \$ en établissement de soins de longue durée et 42 \$ pour les soins à domicile. En majorité, comme nous l'avons découvert dans le cadre d'autres études, les gens veulent être soignés à domicile. Or, selon une autre statistique qu'on trouve dans vos documents, 75 p. 100 des gens meurent dans les hôpitaux ou dans les établissements de soins de longue durée, ce qui est le contraire de ce qu'ils souhaitent.

Une des choses que j'ai apprises aujourd'hui et qui accentue peut-être cette situation regrettable, c'est que pour avoir les médicaments dont vous avez besoin, il faut aller à l'hôpital. On ne peut pas toujours les recevoir à la maison parce qu'en vertu du système, on n'y a pas droit. Il faut faire quelque chose à cet égard, parce que cela s'inscrit en faux par rapport à ce que cherchent à faire les provinces et le réseau de la santé, à mon avis.

Pour ce qui est des aidants naturels, leur offrons-nous assez de soutien? Il y a des programmes fédéraux et des mesures incitatives. Il y a le crédit d'impôt pour aidants familiaux, qui a été mis en place cette année dans le cadre du budget fédéral. Ces mesures font-elles une différence, ou ne faisons-nous qu'effleurer la surface?

Il y a aussi la prestation de compassion versée dans le cadre de l'assurance-emploi. Madame Baxter, dans votre document, vous avez parlé de la façon dont on pourrait l'améliorer. Actuellement, la prestation couvre 58 p. 100 du salaire de l'aidant naturel, mais on parle d'une période maximale de six semaines. Aussi, il faut surmonter les difficultés liées à l'obtention des déclarations du médecin et de l'employeur, et il faut démontrer que la personne mourra dans les six mois, et ce genre de choses. Il y a beaucoup d'obstacles.

Vous proposez des changements. Avez-vous évalué les coûts ou les économies? De toute évidence, plus de soins à domicile, cela représente plus d'économies pour le système. Avez-vous fait des études à ce sujet? Si quelqu'un a des commentaires à faire par rapport à ce programme en particulier ou sur les crédits d'impôt fédéraux, allez-y, je vous prie.

There is also the question of labour legislation and how it relates to people taking time off work that might lose their jobs. Talking about best practices, are there any best practices amongst the jurisdictions and provinces in the country that seem to meet that need fairly well that we might try to see spread to others?

**The Chair:** These are important questions, and they will probably cover a number of issues. If you could highlight an important answer to Senator Eggleton's questions, and then if there are additional issues, you can follow up with additional material. I would like to give everyone a chance on this, starting with Ms. Baxter.

**Ms. Baxter:** I will talk about caregiving at the end of life and know that my colleagues have done a lot of work around caregiving issues broader than that.

Canadian families do not all look the same, and the needs of the patient are not the same either; it depends on what someone is dying of and where they are dying. All those things need to be factored in. There is not one thing that the government and society needs to do to support family caregivers.

If you look at the Blueprint for Action, we provide a number of things. In my speaking notes, I highlighted the CCB, the compassionate care benefit. We can do a better job with it. It has been underprescribed for a number of reasons, first that it is poorly marketed but, second, it is only for six weeks. We hear from families who say, "Because it was only six weeks, I waited and waited" and then, lo and behold, the family member passed away.

The draw in our society for people leaving the workforce to care for dying loved ones is profound. We have not measured all of that yet. We need to think about that. The investment that Canadian families willingly take on to care for their dying loved ones, they want to do this, but we need to give them some support in doing so. There is not one plan. I look at us being creative. I know that the \$500 tax benefit is a good start, and I presented to the Finance Committee yesterday in Montreal saying the same thing. With some of these things, we are going in the right direction.

To give you an example, a company that has done more than anyone else is GlaxoSmithKline out of Toronto. Two years before the federal plan, in 2002, they instituted their own compassionate care benefit for their employees and gave them 13 weeks off work with full pay. They have had 200 employees take advantage of the plan; it is marvellous. They put that on top of the government plan. I think there are some best practices out there, and we need to think about them. It did not cost what you think it would have cost. It was really great.

Il y a aussi la question des lois du travail et de leurs liens avec les personnes qui prennent congé et qui risquent de perdre leur emploi. Au pays, parmi les autorités et les provinces, y a-t-il des pratiques exemplaires qui ressemblent assez bien à ce qu'on voudrait voir s'étendre à d'autres?

**Le président :** Ce sont des questions importantes qui porteront probablement sur plusieurs aspects. Je vous demanderais de parler d'un élément important se rapportant aux questions du sénateur Eggleton. Ensuite, s'il y a des questions supplémentaires, vous pourrez ajouter des renseignements complémentaires. J'aimerais donner à chacun l'occasion d'en parler. Nous commençons par Mme Baxter.

**Mme Baxter :** Je vais parler des soins en fin de vie, et sachez que mes collègues ont fait beaucoup de travail sur des questions d'ordre plus général relatives aux soins.

Les familles canadiennes ne sont pas toutes pareilles, et les besoins du patient ne sont pas les mêmes non plus; tout dépend de la maladie dont on souffre et de l'endroit où on se trouve pour mourir. On doit prendre en compte tous ces facteurs. Ce que le gouvernement et la société doivent faire pour soutenir les aidants naturels ne se résume pas à une seule chose.

Si vous jetez un coup d'œil au plan d'action, vous verrez que nous formulons plusieurs recommandations. Dans mon exposé, j'ai parlé de la prestation de compassion. Nous pouvons faire mieux. On y a eu moins recours pour plusieurs raisons. Premièrement, on n'en fait pas la promotion de façon adéquate; deuxièmement, sa durée n'est que de six semaines. Des gens nous disent que parce que la prestation n'est valable que pour six semaines, ils ont longuement attendu, puis, hélas, le membre de la famille est décédé.

Le fait que des gens quittent le marché du travail pour prendre soin de leurs proches qui sont à l'article de la mort a une grande incidence sur la société. Nous n'en avons pas encore évalué l'ampleur. Nous devons y penser. Les familles choisissent volontairement d'investir du temps pour leurs proches qui sont mourants. Ils veulent le faire, mais nous devons les appuyer. Il n'y a pas de plan unique. J'aimerais que nous fassions preuve de créativité. Je sais que le crédit d'impôt de 500 \$ est un bon début, et hier, pendant mon exposé devant le Comité des finances, j'ai dit la même chose. Par rapport à certaines choses, nous allons dans la bonne direction.

À titre d'exemple, il y a une entreprise qui en a fait plus que quiconque à ce chapitre : GlaxoSmithKline, de Toronto. En 2002, deux ans avant la stratégie fédérale, l'entreprise a mis sur pied son propre régime de prestations de compassion pour ses employés, qui ont droit à 13 semaines de congé à plein salaire. Deux cents employés en ont bénéficié. C'est merveilleux. L'entreprise offre cela en sus du programme gouvernemental. Je pense qu'il existe des pratiques exemplaires, et nous devons y réfléchir. Cela n'a pas coûté ce que vous pensez que cela aurait pu coûter. C'était vraiment formidable.

You talked about labour and regulatory aspects. When the compassionate care benefit was introduced in 2004, every province but Alberta changed their labour codes to allow for job security for eight weeks. Here we are talking about GSK and other companies and asking them to do more, but their labour codes do not allow for them to save their jobs over eight weeks. In Alberta, they never did change their labour code, so there is no job security. We really need to think about those things when we go forward and increase the amount of time of the compassionate care benefit. There is not one cookie-cutter approach; we will need to do a few things.

**Ms. Henningsen:** The impetus of why we need to do this is if all family caregivers 45 years of age and older looking after individuals over the age of 65 were to stop caregiving today, it would cost our system \$25 billion to replace them with actual health care workers. Therefore, they provide \$25 billion into the system.

Ms. Baxter suggested we look at a broad plan. I will give you five ideas that have been bantered around: safeguarding the health and wellness of caregivers; minimizing excessive financial burden with compassionate care benefits and other tax incentives; having access to user-friendly information, as that is what caregivers need; flexible work environments; and research to ensure the first four ideas are effective. That is what caregivers told us they want.

**Mr. Demers:** Knowing your instructions, I will not reiterate the points already made except to say this one thing: In the last federal election, every political party had something for caregivers. We should be congratulated for putting this issue front and centre. These solutions will be complex, but I want to address one issue about the compassionate care benefit. If you have a dying child and you can only get six weeks off work to take care of that dying child, that is not only not compassionate, it just does not work. As a parent, you have to be present to provide the medical authorities needed to take action. You are actually forcing people to leave work, whether or not they want to. What do I do? Do I not go with my child to the hospital? There must be solutions tailored to the exact needs or situations of the patients and their families.

I want to point out one thing in particular. We need to look at the important role that parents play with dying children. As a first step, that is a great place to start. If we want to signal something as a society, why not let parents take the time off work they need with the protection they need to be there with their children?

**Ms. Fralick:** The pressure is on to say something different, so I will speak to tax credits, which you mentioned. This concerns us deeply as being the default position on many cases; let us throw

Vous avez parlé des aspects liés au travail et à la réglementation. En 2004, lorsque la prestation de compassion a été instaurée, toutes les provinces sauf l'Alberta ont modifié leur code du travail afin de garantir la sécurité d'emploi pendant huit semaines. Ici, on parle de GSK, d'autres entreprises et du fait qu'on leur demande d'en faire plus, mais les codes du travail ne leur permettent pas de garantir les emplois pour plus de huit semaines. L'Alberta n'a jamais modifié son code du travail; il n'y a donc pas de sécurité d'emploi. À l'avenir, nous devons penser à ces choses et augmenter la durée de la prestation de compassion. Il n'y a pas d'approche unique; nous devons faire plusieurs choses.

**Mme Henningsen :** L'élément moteur qui explique pourquoi nous devons le faire, c'est que si tous les aidants naturels de 45 ans qui prennent soin de personnes de plus de 65 ans devaient arrêter de prodiguer des soins aujourd'hui, il en coûterait 25 milliards de dollars à notre régime de soins de santé pour les remplacer par des travailleurs de la santé. Donc, la contribution de ces personnes au système s'élève à 25 milliards.

Mme Baxter a proposé que nous envisagions un plan global. Je vais vous donner cinq idées qui ont largement circulé : préserver la santé et le bien-être des aidants naturels; minimiser le fardeau financier à l'aide de prestations de compassion et d'autres mesures incitatives fiscales; d'avoir accès à des renseignements faciles à comprendre, puisque c'est ce dont les aidants naturels ont besoin; des conditions de travail souples et de la recherche pour s'assurer que les quatre premières idées donnent des résultats. Voilà ce dont les soignants nous ont dit qu'ils avaient besoin.

**M. Demers :** Connaissant vos directives, je ne répéterai pas ce qui a été dit, à l'exception d'une chose : pendant la dernière campagne électorale, tous les partis politiques avaient prévu quelque chose pour les soignants. On devrait nous féliciter d'avoir fait de cette question un enjeu important. Ces solutions seront très complexes, mais j'aimerais aborder une question par rapport à la prestation de compassion. Si votre enfant est mourant et que vous n'avez que six semaines de congé pour en prendre soin, non seulement c'est un manque de compassion, mais cela ne fonctionne tout simplement pas. Comme parent, il faut être présent pour signer les autorisations médicales pour les traitements. En réalité, on force les gens à quitter leur emploi, qu'ils le veuillent ou non. Que dois-je faire? Ne dois-je pas accompagner mon enfant à l'hôpital? Il doit y avoir des solutions adaptées spécifiquement aux besoins des patients et de leur famille.

J'aimerais souligner une chose en particulier. Nous devons prendre en compte le rôle important que jouent les parents par rapport aux enfants mourants. Pour une première étape, c'est un excellent point de départ. Comme société, si nous voulons envoyer un message, pourquoi ne pas permettre aux parents de s'absenter du travail le temps qu'il faut, avec la sécurité d'emploi nécessaire, pour qu'ils puissent être présents pour leurs enfants?

**Mme Fralick :** Puisqu'on nous invite à dire quelque chose de différent, je vais parler des crédits d'impôt, que vous avez mentionnés. Nous sommes très préoccupés par le fait que souvent,

out a tax credit. It looks like we are doing something and, frankly, for those who can take advantage, it is something. However, the people we are talking about do not have the ability to take advantage of tax credits.

There is something going on in Ontario right now — I apologize as I do not have all the details — but I believe there is up to a \$2,000 tax credit to retrofit your home in order to be more safe. That is a great thing; we want that. However, you have to spend \$15,000 to take advantage of that, and how many of the folks we are talking about have \$15,000 to do that? I would put forward a serious caution around tax credits and to get out of that mind set as a good default.

**Senator Dyck:** My questions were pretty well related to what Senator Eggleton asked. I was wondering about family caregivers. You mentioned the huge \$25-billion benefit. Is there any kind of integration between the benefits to family caregivers who stay home for someone who is dying of cancer versus someone who may be frail and there is no specific expected date of death or someone who has Alzheimer's disease? They likely require daily care, yet we do not have a specific prognosis as to how long the person may live. Can those types of family members get the same kind of benefits?

**Ms. Baxter:** With regard to dementia and death, it usually occurs over four, six or eight years. Those family members really do not qualify for the compassionate care benefit because it must be for the last six months of life. You will find little uptake for family members caring for someone with dementia, which means they have to look at a different care situation for their loved one. Often it is too much to do home care and people have to look into long-term care facilities.

My view on the compassionate care benefit, as it is set out today, is that it is set up for an acute death situation; someone will die in the next six months and they need that care. It is a good question as to how we go about it for the longer term. The stress on families can be quite high, and we have not taken that into consideration.

**Ms. Henningsen:** You have provided three different examples where there are very different stresses on the caregiver. From a home care point of view, we would say if you are a caregiver of an individual dying of cancer, you tend to get quite a lot of support. It is a good wraparound type of support with information, education and respite care.

c'est la position qu'on adopte par défaut : accordons un crédit d'impôt. On semble faire quelque chose et, en toute franchise, pour ceux qui peuvent s'en prévaloir, c'est quelque chose. Par contre, ceux dont on parle n'ont pas la capacité de profiter des crédits d'impôt.

En ce moment, il se passe quelque chose en Ontario — je m'excuse si je n'ai pas tous les détails —, mais je crois qu'on offre un crédit d'impôt pouvant s'élever jusqu'à 2 000 \$ pour rénover votre maison afin de la rendre plus sécuritaire. C'est formidable, c'est ce que nous voulons. Cependant, pour y avoir droit, vous devez dépenser 15 000 \$; parmi les gens dont nous parlons, combien y en a-t-il qui ont cette somme pour le faire? Je vous demanderais de faire preuve d'une grande prudence par rapport aux crédits d'impôt et je vous inviterais à abandonner l'idée qu'il s'agit d'une bonne solution par défaut.

**Le sénateur Dyck :** Mes questions abondaient dans le même sens que celles du sénateur Eggleton. Elles portent sur les aidants naturels. Vous avez parlé de l'énorme contribution de 25 milliards de dollars. Y a-t-il une forme d'intégration pour les prestations qui sont versées aux aidants naturels qui restent à la maison pour s'occuper de quelqu'un qui a le cancer, comparativement à une personne qui pourrait être affaiblie et pour laquelle on n'a aucune idée du temps qu'il lui reste à vivre, ou à quelqu'un qui est atteint de la maladie d'Alzheimer? De toute évidence, ces personnes ont besoin de soins quotidiens, mais on n'a pas de pronostic précis sur le temps qu'il leur reste à vivre. Les membres de la famille de ces personnes ont-ils droit au même genre de prestations?

**Mme Baxter :** Pour ce qui est de la démence et la mort, cela se produit habituellement dans les quatre, six ou huit ans. Les membres de ces familles ne sont pas admissibles parce que les prestations de compassion s'appliquent seulement aux six derniers mois de la vie. Vous verrez qu'il y a très peu de mesures pour les proches qui s'occupent d'une personne atteinte de démence, ce qui signifie qu'ils doivent trouver une autre solution pour les soins de leur être cher. Souvent, il y a trop à faire pour envisager des soins à domicile; les gens doivent se tourner vers les établissements de soins à longue durée.

À mon avis, dans sa forme actuelle, la prestation de compassion est conçue pour les situations où la mort est imminente, c'est-à-dire que la personne mourra dans les six prochains mois et que les soins sont nécessaires. Il s'agit d'une bonne question relativement à ce que nous devons faire à plus long terme. Le stress subi par les familles peut être assez élevé, et nous n'avons pas étudié cet aspect.

**Mme Henningsen :** Vous avez donné trois exemples distincts pour lesquels le stress subi par le soignant est très différent. Du point de vue des soins à domicile, on pourrait dire que si vous êtes l'aidant naturel d'une personne atteinte du cancer, vous serez susceptible d'avoir beaucoup de soutien. Il s'agit d'un bon régime de soutien complet qui offre des renseignements, de la formation et des soins de relève.

If you are a caregiver looking after a frail elderly person, more often than not you are a frail elderly person yourself. More often than not, when we go into a home care situation, we do not know who the client is and who the caregiver is because they are both 95 years old and they are looking after each other. That in itself is a stressful situation, and they do not receive those wraparound supports.

With Alzheimer's or dementia, that is a unique challenge because there is a focus on respite care and giving the caregiver a break from the emotional aspect. That is very different. Once again, we are probably failing in supporting caregivers for people with Alzheimer's and dementia.

**Mr. Demers:** When coming up with solutions, I encourage you to remember flexibility. Often what happens with chronic diseases, you need some time off, but it is in snippets of time. Someone may be good, then they have chemotherapy and need six weeks of support, and then they are good for another six months.

Whatever solution comes up — we obviously think there should be one — let us make sure it is flexible. People want to work, but they also want to take care of family members. Let us make sure they have an instrument that is flexible enough for them to do both.

[Translation]

**Senator Champagne:** Ms. Fralick, the first topic you mentioned, which you told us is the most important, is having access to good care. Access to family doctors today is appalling, in Quebec at any rate. We know why: each year, for a period of five or six years, the government reduced the number of students accepted into medical schools. So those people did not graduate and are no longer available. We also make life extremely difficult for GOFMS, the graduates of foreign medical schools, before they can get certified.

Mr. Demers, you mentioned access to medication. Yes, everyone was upset when they learned that there are eight cancer drugs that Quebec has refused to fund. The other problem is drugs that suddenly become unavailable. Hospitals and pharmacies just cannot get them anymore. The isotopes used in nuclear medicine were one example. When a drug is approved by our department, should there not be a clause attached to the approval of the drug that requires the laboratory to make sure that it is available?

I have something else to talk about right after this, but can I ask you what you suggest we do to make sure that drugs are available?

Si vous êtes le soignant d'une personne âgée affaiblie, la plupart du temps, vous êtes vous même une personne âgée affaiblie. En effet, dans les situations de soins à domicile, il est difficile de distinguer le client du soignant, parce qu'ils ont tous les deux 95 ans et s'occupent l'un de l'autre. Il s'agit, en soi, d'une situation stressante, et ces personnes ne bénéficient pas du soutien complet.

Pour ce qui est de la maladie d'Alzheimer ou de la démence, il s'agit d'un défi particulier parce qu'on met l'accent sur les soins de relève afin de donner au soignant un peu de répit sur le plan émotif. C'est très différent. Encore une fois, relativement au soutien que nous offrons aux soignants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de la démence, nous échouons probablement à la tâche.

**M. Demers :** Lorsque vous proposerez des solutions, je vous invite à ne pas oublier la souplesse. Ce qui se produit souvent dans le cas des maladies chroniques, c'est qu'on a besoin de congés, mais un peu à la fois. Une personne peut aller bien, puis elle a son traitement de chimiothérapie et elle a besoin de soutien pendant six semaines, puis elle va bien pendant un autre six mois.

Peu importe la solution qui sera proposée — manifestement, nous croyons qu'il devrait y en avoir une —, assurons-nous qu'elle sera souple. Les gens veulent travailler, mais ils veulent aussi prendre soin de leurs proches. Assurons-nous de leur donner un mécanisme assez flexible pour leur permettre de faire les deux.

[Français]

**Le sénateur Champagne :** Madame Fralick, la première chose dont vous avez parlé, c'était pour nous dire que la chose la plus importante, c'était d'avoir accès à de bons soins. L'accès aux médecins de famille au Québec, en tout cas, c'est quelque chose d'épouvantable. On sait pourquoi : il y a eu une époque pendant cinq ou six ans où les gouvernements ont réduit le nombre d'étudiants qu'ils acceptaient en médecine chaque année. Donc, ces gens n'ont pas gradué et ne sont donc pas disponibles. On rend aussi la vie extrêmement difficile aux MDE, les médecins diplômés à l'étranger, avant qu'ils ne puissent obtenir une certification.

Vous parliez, monsieur Demers, de l'accès aux médicaments. Oui, tout le monde a crié en apprenant qu'il y avait huit médicaments contre le cancer que le Québec n'acceptait pas de payer. Il y a aussi le problème de médicaments qui, soudainement, ne sont plus disponibles. Les hôpitaux et les pharmacies n'arrivent plus à les obtenir. On l'a vu avec les isotopes dans la médecine nucléaire. Lorsqu'un médicament est accepté par notre ministère, est-ce qu'il ne devrait pas y avoir une clause qui viendrait avec l'approbation du médicament, demandant au laboratoire de s'assurer que le médicament soit disponible?

Je reviendrai avec un autre sujet tout de suite après, mais je vais vous demander ce que vous suggérez que nous fassions pour cet accès aux médicaments.

[English]

**Mr. Demers:** On the availability of drugs once they have been approved — I will go back and my policy people will correct me if I am wrong — but I think, in general, once it has been approved, the industry is good about planning ahead to ensure it is available.

The issues we run into, and we ran into this recently, is when there is a technological or a regulatory issue that result in those drugs not being available. We are working right now with the pharmacists, et cetera, to implement an early warning system so that if there is a hiccup in supply, doctors in institutions are aware of that and can plan and prioritize people.

If we look back at isotopes, it was a terrible situation, but we have to give strong congratulations to the health care sector for coming together and determining how to prioritize who should get it and ensure the supply is managed and shared across the provinces as best as possible.

I will look into whether or not there should be a clause requiring that if once it is approved, it should be available. Sometimes the unforeseen happens. In those cases, let us get an early warning system in place to ensure we have the measures in order to share available medicines with the people that need it most across provinces. That is part of the system that we need to continue to work on.

[Translation]

**Ms. Fralick:** If I can make an observation and add a comment about human resources in the area of health.

[English]

One of the big problems that contributes to the question you have raised is that lack of integration. We have a pan-Canadian health/human resource strategy in this country, and there is a federal-provincial-territorial committee that oversees this. However, it is insufficient, despite the good work that they do.

People are not widgets; people are moving in every direction. Until we can better collaborate on a pan-Canadian level on our human resources to efficiently look at the right mix and scope and make sure that we contain costs plus give the best possible provider services and health outcomes right across the country, we will have problems.

You also raised the issue of internationally trained. There was a specific question attached to that. I will not attempt to answer it.

**Senator Champagne:** I put it on the table so that you may want to answer it.

[Traduction]

**M. Demers :** Pour ce qui est de la disponibilité d'un médicament après son approbation — je vais faire un retour en arrière et mes responsables de la politique me corrigeront si je fais erreur —, je pense, en général, qu'une fois le médicament approuvé, l'industrie fait un bon travail de planification afin d'en assurer sa disponibilité.

Les problèmes que l'on rencontre, et c'est ce qui est arrivé récemment, c'est lorsqu'il a une question d'ordre technologique ou réglementaire qui résulte en une pénurie du médicament. Actuellement, nous travaillons notamment avec les pharmaciens à la mise en œuvre d'un système d'alerte rapide pour qu'en cas de soubresaut dans l'approvisionnement, les médecins en établissement le sachent et puissent planifier en conséquence et établir une liste de priorité.

Pour revenir à la question des isotopes, c'était une situation épouvantable, mais il faut féliciter vivement les gens du secteur des soins de santé d'avoir su travailler ensemble afin de déterminer qui devrait recevoir le médicament, de s'assurer que l'approvisionnement était géré et distribué de la meilleure façon dans toutes les provinces.

Je vérifierais s'il faut ou non un article qui l'exigerait une fois que l'accès aux médicaments est approuvé. Des choses imprévues peuvent parfois se produire. Dans ces cas, mettant en place un système d'alerte rapide qui assurera que nous disposons de mesures visant à donner l'accès aux médicaments aux personnes qui en ont le plus besoin dans toutes les provinces. Nous devons poursuivre nos efforts dans ce domaine.

[Français]

**Mme Fralick :** Si je peux faire une observation, ajouter un commentaire sur la question des ressources humaines en santé.

[Traduction]

Le manque d'intégration est l'un des grands problèmes qui contribue à la question que vous avez soulevée. Nous avons, dans notre pays, la Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé dont la mise en œuvre est surveillée par un comité fédéral-provincial-territorial. Mais, malgré le bon travail du comité cette stratégie se révèle insuffisante.

Les gens ne sont pas des objets inanimés, ils se déplacent un peu partout. Tant que nous ne collaborerons pas plus étroitement à l'échelon national pour trouver dans le domaine des ressources humaines la juste combinaison et le bon champ d'application; pour réduire les coûts et pour offrir les meilleurs résultats en santé et la meilleure prestation de services possibles, nous nous heurterons à des difficultés.

Vous avez aussi mentionné les médecins formés à l'étranger qui posent un problème particulier. Je ne vais pas me risquer à en parler.

**Le sénateur Champagne :** J'en ai fait mention dans le cas où vous auriez voulu y répondre.

**Ms. Fralick:** Of course, it still speaks for this need for an integrated approach to health human resources, at which we have not been successful. People go across borders; we cannot contain our view to one jurisdiction alone.

The balance with our internationally educated is maintaining standards for delivery of services. We cannot ever step outside that system of standardization, yet there are things that can be done to assist the internationally educated, all health professionals, not just physicians, to integrate. That is another discussion, so I will not go into it, but I acknowledge it as part of the broader health care issue.

[Translation]

**Senator Champagne:** The other point that I want to touch on is this: a very sick patient is in hospital with an immune system that makes the case even more difficult. After a short time, he is ambulatory and is sent home with a catheter and a 42-day supply of vancomycin IV. The catheter gets blocked and so on, but he is no longer in hospital, where the vancomycin was paid for at \$200 a dose. At home, the patient has to fend for himself and, if he has no insurance, he is in trouble. But would he not be sicker if he got one of those hospital-acquired infections? It may not always be *C. difficile*; it could be MSRA. Whatever, we do not want it to happen again.

[English]

**The Chair:** Ms. Fralick, would you like to respond? Others can respond subsequently, if you think about this one. It is a complex issue, and perhaps you can follow up with more thoughts.

**Ms. Fralick:** We were the Canadian hospital association for 75 or 65 of our 80 years, so it is an issue that we deal with even now.

I think everyone is very aware of this question. I do not have any specific answers to give you. They range from the most simplistic of hand washing, and we still know from our research that this is not happening effectively.

Part of that problem is infrastructure. We have not as a country invested in hospital infrastructure, since we are talking about acute care settings, since the late 1960s. Admittedly, we are moving away from acute care centres into community and home care, but we still need our hospitals. You do not want to go to a hospital to get sick, but we need them.

Infrastructure is a huge issue for this country. If we still acknowledge we need hospitals, we need to invest some funds in those from a safety and health standard.

**Mme Fralick :** Bien sûr, cette question porte encore sur la nécessité d'adopter une approche intégrée au plan des ressources humaines en santé, ce que nous n'avons pas réussi à faire. Les gens traversent les frontières et pour cette raison nous ne pouvons pas nous limiter à une seule province.

Ce qu'il faut faire en ce qui a trait aux médecins formés à l'étranger, c'est de maintenir les normes de prestation de services. Nous ne pouvons pas contourner le système de normalisation, pourtant il est possible de prendre des mesures pour aider les médecins formés à l'étranger, tous les professionnels de la santé et pas seulement les médecins, à s'intégrer. C'est un autre débat que je ne vais pas ouvrir, mais je reconnais que cela fait partie du domaine plus large des soins de santé.

[Français]

**Le sénateur Champagne :** L'autre point que je voulais toucher est celui-ci : un patient est à l'hôpital très malade avec un système immunitaire qui rend la situation encore plus difficile. Peu de temps après, on le met ambulatoire, donc il s'en va chez eux avec le cathéter, 42 jours de Vancomycin par voie intraveineuse, avec les problèmes de blocage du cathéter et ainsi de suite, mais on l'a sorti de l'hôpital, où on lui donnait la Vancomycin à 200 \$ la dose mais, rendu chez lui, le patient doit s'arranger, s'il n'a pas d'assurance, il a des problèmes. Est-ce qu'il ne sera pas rendu plus malade parce qu'une des maladies nosocomiales leur tombe dessus? Ce n'est pas toujours la *C difficile*, ce peut être le SRAM mais il faudrait que cela ne se reproduise pas.

[Traduction]

**Le président :** Madame Fralick, voulez-vous répondre? Les autres témoins pourront aussi répondre plus tard à cette question, après réflexion. Vu la complexité de la question, vous avez peut-être quelque chose à ajouter.

**Mme Fralick :** Pendant 75 à 65 ans d'une période s'étalant sur 80 années, nous avons été l'Association des hôpitaux du Canada et cette question continue à se poser à nous.

Je crois que c'est une question que tout le monde connaît très bien. Je n'ai pas de réponses précises à vous donner, car les réponses vont du simple lavage des mains... et nos recherches indiquent que même ce lavage n'est pas fait efficacement.

Une partie du problème est liée à l'infrastructure. L'État n'a pas investi dans l'infrastructure hospitalière depuis que les établissements de soins actifs font l'objet de discussions, c'est-à-dire depuis la fin des années soixante. Il est vrai que nous passons des centres de soins actifs aux soins communautaire et à domicile, mais nous avons encore besoin des hôpitaux. On ne veut pas aller à l'hôpital pour tomber malade, mais nous avons besoin des hôpitaux.

L'infrastructure est un énorme enjeu dans notre pays. Si nous reconnaissons que nous avons besoin des hôpitaux, nous devons y faire des investissements en respectant les normes de santé et de sécurité.

[Translation]

**Senator Champagne:** Patients have to be made ambulatory as quickly as possible so that they can get home and make their own decisions. That is all well and good, but when you are discharged from hospital like that, some really important care is needed with the catheter. Vancomycin comes to mind because I am very familiar with the problem. But in a family situation, it can cause problems.

**Senator Verner:** You are certainly very good ambassadors. I would like to look at a question in perhaps a different way. You are right; it is true that the aging population can sometimes be in good health. But is it not the case that, in terms of human resources, the people who are often called on first are family members? For any number of reasons, and you can look at the question from a number of angles — the work environment and tax credits and what have you — at the end of the day, the human resources those people are going to need will be health professionals.

I would like to know whether, in your opinion, we are heading for a desperate shortage of human resources in that area. Are there already disparities, outside the big cities, I would assume, more than in them? How do you see that?

[English]

**The Chair:** Ms. Henningsen, would you like to start?

**Ms. Henningsen:** Human resources is a major challenge; it is getting bigger. When someone makes a decision to hire 3,000 nurses for hospitals, they are getting nurses out of the home care system. What happens is that because we keep looking at systems in silos, we keep taking from different sectors. That has a huge negative impact on us.

One of the challenges is with the early discharge of patients from the hospital. They are more complex. The care is more complex. We need to train our home support workers and our nurses to a higher level. There are many initiatives happening now to try to get some national training standards, particularly in the area of home support workers.

We have also been looking at the use of technology, particularly to help in rural areas. One of the biggest challenges is wound management in the home, and there is some neat technology out there where you do not need the actual specialist in the home. The nurse goes in, takes a photo, the specialist immediately sees that photo and makes a judgment, and that is how the care plan moves forward. There is some low-cost impact technology that will help manage the human resource challenge.

[Français]

**Le sénateur Champagne :** Il faut rendre les patients ambulatoires le plus rapidement possible pour qu'ils puissent s'en aller chez eux et prendre des décisions après. C'est bien beau mais quand on sort de l'hôpital de cette façon, il y a des soins qui sont importants avec le cathéter, je pense à la Vancomycin parce que je connais très bien le problème. Cela cause quand même des problèmes dans un milieu familial.

**Le sénateur Verner :** Vous êtes très certainement de bons ambassadeurs. Je voudrais peut-être aborder une question sous un angle différent. Vous avez raison, c'est vrai qu'avec la population vieillissante, en bonne santé dans certains cas, mais pour les ressources humaines, pour les familles qui sont sollicitées, souvent en premier lieu, s'il est exact que ce sont les membres des familles qui sont sollicités souvent en premier lieu, il arrive parfois que pour un certain nombre de raisons, une fois qu'on a fait le tour de la question, l'environnement du travail et les crédits de taxe et tout ce que vous voudrez, il arrive quand même en bout d'exercice où ce sont des ressources humaines en santé dont les personnes vont avoir besoin.

Je voulais savoir si, à votre avis, on s'en va vers un manque cruel de ressources humaines dans ce secteur d'activités? Est-ce qu'à ce moment-ci déjà, il y a des inégalités, on peut présumer plus en régions plus que dans les grandes villes? Quel est votre point de vue à ce sujet?

[Traduction]

**Le président :** Madame Henningsen, voulez-vous commencer?

**Mme Henningsen :** Les ressources humaines représentent un défi majeur qui s'amplifie. Quand quelqu'un décide d'embaucher 3 000 infirmiers et infirmières dans des hôpitaux, il les enlève au système de soins à domicile. C'est parce que nous continuons de considérer que les systèmes sont cloisonnés que nous cherchons les travailleurs dans les autres secteurs avec les énormes répercussions négatives que cela a sur nous.

La permission de quitter l'hôpital accordée précocement aux patients fait partie des problèmes. Ces permissions représentent quelque chose de plus complexe. Les soins sont plus complexes. Nous devons offrir un niveau supérieur de formation aux aides de maintien à domicile et au personnel infirmier. Il y a actuellement beaucoup d'initiatives visant l'élaboration de normes nationales en matière de formation, en particulier pour les aides de maintien à domicile.

Nous nous sommes également penchés sur l'utilisation des technologies, surtout pour aider ceux qui travaillent en zone rurale. Le traitement des plaies à domicile est l'un des plus gros problèmes, mais grâce à une bonne technologie, le spécialiste n'a pas à se rendre au domicile du patient. C'est le personnel infirmier qui y va, qui prend une photo que le spécialiste peut consulter immédiatement pour établir un diagnostic. C'est ainsi que se déroule le plan d'intervention médical. Nous avons donc une technologie peu coûteuse qui aide à régler le problème de l'insuffisance des ressources humaines.



**Ms. Baxter:** With regard to end-of-life care, we are quite aware that we do not need to have a tertiary care model where we have the specialist and interdisciplinary team and what not. We are having conversations about investing in primary health care and community nursing to be able to do more; we have telehealth, et cetera. We need to invest in it. There have been some investments and movement on that angle, though.

One of the issues we have is the opposite. When someone is getting close to the end of life and is at home and the family hits a snag, it is usually three o'clock in the morning and it is dark and scary outside. The point of reference then is an emergency room placement. People die on gurneys in emergency wards. That is a failure in our system.

If the placement into acute care is planned, that is fine; that may be the best care plan. However, a placement in the middle of the night — and it happens all the time. We need to find the ways to support and plan and some of the things that fall between the cracks, which is this ongoing assessment and looking at the patient, family and the caregiving needs. We tend not to do that, and then all of a sudden we are into this situation where someone is placed into acute care, which is the most expensive part of the home care system. At end-of-life care, we need to look at how we invest in caregiving and how we invest in primary health care so that they are seeing the patient more often than, say, the palliative care physician who might see them only every few weeks. How do we support the family? We need to look at it as a global piece; it is not just the physician or nurse.

**Mr. Demers:** One of the critical pieces that is missing, and my colleagues have referred to it, is information. We are entering uncharted waters, and in many cases, we do not have the information or we do not share it with others in similar situations and develop best practices.

If I look back at the government support for the national cancer strategy, one of its great successes is it is providing better information about the system and how to change the system. We have to look across the health care system, particularly in home care, and ask whether we have the information we need to make informed decisions. Are we sharing that with the people involved in those decisions? Before we are prescriptive, we have the information to make smart decisions.

**Senator Braley:** Pretty well all my questions have been answered, and Senator Eggleton asked the most important one. However, there are two things. You say the silos, namely, the

**Mme Baxter :** Nous savons très bien, pour ce qui est des soins en fin de vie, qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un modèle de soins tertiaires comprenant le spécialiste, une équipe multidisciplinaire et je ne sais quoi d'autre. Nous menons des discussions sur l'investissement dans les soins de santé primaires et les soins infirmiers communautaires afin d'offrir plus de services; nous avons télé santé, et cetera. Nous devons investir dans ce domaine, même si des investissements ont été faits et si des mesures ont été prises dans ce domaine.

Mais la situation inverse nous pose problème. Quand une personne qui se trouve à son domicile est sur le point de mourir, la famille est confrontée à un problème, car ce genre de situation se produit habituellement à 3 heures du matin alors qu'il fait nuit et qu'on craint de sortir. L'admission en salle d'urgence est la solution. Dans les services d'urgence, des personnes décèdent sur des civières roulantes. C'est un échec de notre système.

Le meilleur plan d'intervention médical est peut-être bien de planifier une admission dans un service de soins actifs. Malheureusement, ce type d'admission a toujours lieu en pleine nuit. Il faut trouver les moyens de soutenir et planifier les éléments qui passent à travers les mailles du filet comme la famille; les besoins en matière de soins; l'évaluation continue du patient et les soins qui lui sont offerts de façon permanente. C'est quelque chose que nous ne faisons pas habituellement et, soudainement, quelqu'un doit recevoir des soins actifs, or, c'est ce qui est le plus coûteux dans le système de soins à domicile. En ce qui concerne les soins en fin de vie, il nous faut déterminer comment investir dans la prestation des soins et dans les soins de santé primaires afin que les soignants voient les patients plus souvent que, disons, les médecins en soins palliatifs qui ne les verraient que de temps en temps. Comment offrir un soutien à la famille? Nous devons adopter une approche globale et ne pas se limiter au médecin ou au personnel infirmier.

**M. Demers :** Comme mes collègues l'ont dit, l'information qui est l'un des éléments essentiels est absente. Nous avançons en terrain inconnu, et dans de nombreux cas, nous n'avons pas d'information ou nous ne la partageons pas avec ceux qui se trouvent dans des situations similaires et nous ne mettons pas au point des pratiques exemplaires.

La communication de meilleurs renseignements sur le système et la façon de changer le système est l'une des plus belles réussites du gouvernement au niveau de son appui à la stratégie nationale de lutte contre le cancer. Nous devons examiner l'ensemble du système de soins de santé, principalement les soins de santé à domicile, et nous demander si nous disposons de l'information nécessaire à la prise de décisions éclairées. Partageons-nous ces renseignements avec les participants à ces prises de décisions? Avant d'établir des normes, nous devons avoir l'information nécessaire à la prise de décisions judicieuses.

**Le sénateur Braley :** J'ai obtenu une réponse à pratiquement toutes mes questions et c'est le sénateur Eggleton qui a posé la plus importante question. Cependant, je voudrais soulever deux

family doctors, the specialists and the hospitals, are keeping the patients. Is there an education program happening to move them out to family and day care internally?

Second, when I had to look after my mother, there was no place to go. I had to bash into various doctors' offices and bash into various places to try to educate myself to try to deal with her situation. There is an education program needed on both sides of the line, and I do not understand it clearly. It has been a very good discussion and meeting, and a lot of questions I have had have been answered. However, on that one I think there is a hole in the system.

**Ms. Fralick:** On the educational program, there is not one per se, but the language around acknowledging this need is strong. We have one hospital association left in this country in Ontario, OHA. Their CEO will constantly talk about how the best thing hospitals can do for themselves is keep people out of hospitals through prevention promotion or getting them appropriately to the next place they should be. Jack Kitts, who runs the Ottawa Hospital, and any of the CEOs who run hospitals understand one hundred per cent that the best thing they can do for Canadians and for their institutions is keep people out of them. That is a lot of the language.

It is not an unknown piece. Right now, it is how do we do it. Where are the supports for caregivers? Where are the facilities that we get people to? Where is the information for people like yourself who know how to navigate these uncharted waters? Those are the pieces we have been talking about.

**Ms. Baxter:** Regarding navigators, in the 2004 health accord, we talked about case managers, which is an important part. A lot of areas in palliative care started to look at case managers, but we also look at the flip side in which the case manager manages the patient in their care but the other side is navigating the system. It is an important that we invest. It is not a high-cost thing.

You had a single point of assessment when you looked after your mom. You could phone this one number and they would figure it out with you, where to refer you. We do not do that very well. When my grandmother had to go into long-term care here in Ottawa, we did 11 phone calls and six site visits. Some things can be helped by having navigation. That is something for us to think about in the next accord.

points. Vous dites que la structure traditionnelle, comme les médecins de famille, les spécialistes et les hôpitaux gardent les patients. Existe-t-il un programme d'éducation visant à placer les patients dans leur famille et à leur offrir des soins de jour à domicile?

J'ajoute que lorsque j'ai dû prendre soin de ma mère, il n'y avait nulle part où aller. J'ai dû pratiquement forcer les portes de plusieurs cabinets médicaux et d'autres services pour savoir ce que je devais faire pour elle. Je ne sais pas exactement quel programme est nécessaire pour éduquer, d'une part les patients et leurs familles et, d'autre part, le personnel de la santé. On a eu une très bonne discussion, une excellente rencontre et on a répondu à un grand nombre de mes questions. Cependant, je pense qu'il y a là une faiblesse dans le système.

**Mme Fralick :** En fait, il n'existe pas de programme d'éducation, mais il y a une forte demande concernant le besoin de mettre en œuvre un tel programme. Il reste une association des hôpitaux dans notre pays, en Ontario, l'OHA. Le chef de la direction de cette association parle constamment de ce que les hôpitaux peuvent faire de mieux pour eux, c'est-à-dire promouvoir la prévention pour que les gens n'aient pas besoin de venir à l'hôpital ou les diriger vers les établissements qui leur conviennent. Jack Kitts, président et chef de la direction de l'Hôpital d'Ottawa, ainsi que tous les chefs de la direction d'autres hôpitaux, savent pertinemment que prévenir les admissions à l'hôpital est ce qu'ils peuvent faire de mieux pour les Canadiens et pour les établissements hospitaliers. Voilà surtout ce que l'on entend dire.

Ce n'est pas quelque chose de nouveau. Ce qui compte maintenant, c'est la façon dont nous allons nous y prendre. Où est le soutien pour le personnel soignant? Où sont les établissements pour accueillir les patients? Où trouver l'information pour les gens qui, comme vous, savent se retrouver dans les méandres du système. Voilà les points qui font l'objet de nos discussions.

**Mme Baxter :** À propos des gens qui connaissent le système, il a été question des gestionnaires de cas dans l'accord des premiers ministres sur les soins de santé, 2004, et ces gestionnaires représentent un élément important. Beaucoup de services de soins palliatifs ont commencé à s'y intéresser, mais si nous tenons compte du fait que les gestionnaires de cas suivent leurs patients, n'oublions pas qu'il faut savoir utiliser le système. Il est important que nous fassions des investissements, qui ne sont pas très gros en fait.

Quand vous vous occupiez de votre mère, vous n'aviez qu'un seul point de contact. Vous pouviez composer un numéro de téléphone, les agents comprendraient votre situation et sauraient où vous diriger, mais c'est un service dans lequel nous n'excellons pas. Quand ma grand-mère devait recevoir des soins de longue durée ici à Ottawa, nous avons dû faire 11 appels téléphoniques et visiter six établissements. On se débrouille beaucoup mieux quand on connaît bien le système. Il faudra que nous en tenions compte quand nous étudierons le prochain accord.

**Ms. Henningsen:** You hit the nail on the head. For individual Canadians, the first point of contact is the family physician. That is the comfort point, and rightly so. In a number of different provinces, what we have done with home care is link the home care programs with the family physicians through the case management function that was mentioned. It was fascinating doing this program in that, first, family physicians did not understand the home care program probably because they were not directly involved. When they got to know the case manager, they saw all the options open for their patients and the patient's family caregivers. It worked so well that we had family physicians calling us wanting a case manager. We have seen it roll across the country, particularly in Ontario, and, as I mentioned earlier, in B.C. There has to be that linkage because we know the family physician is the first point of contact for the majority of Canadians, and we have to have that integration with the home and community care with family care physicians.

**Mr. Demers:** One of the issues is how to do it. We need more information, but one of the hows is to work with the charities. This year we passed the one-millionth mark as far as inquiries with the Cancer Society for people asking for help as to how to navigate the system. For example, if you have a form of cancer, we will put you in touch with someone who is six to 10 months ahead of you in a similar situation, so they can tell you about what you can expect and the services you might avail yourself of. Get the information but then work with the charities and community-based groups. We want to help provide the information so patients and families are making informed decisions, but the first step is to make sure we have the information. Often people say, "Put the information online." I can say most people want to talk to a human being when they are dealing with something like their own illness or the illness of someone in their family. We have the volunteers, so get us the information, and we will work with you to make sure the people have it.

**Senator Demers:** In Ms. Fralick's memo, there were six areas identified by the CHA board of governors. It is says that the health of the nation would benefit greatly. Funding is one, health, human resources are two, and leadership is six. They are all very important.

If you do not have any leader, you do not have anything going. I love your passion. You should be a hockey player.

You say, Mr. Demers, you say you have no information. That is lack of leadership. I am not accusing anybody of not being leaders because you came up with a great presentation. Leaders have to give direction, have to have a game plan. We had doctors here the other day who were extremely well prepared and honest, and they talked about leadership. You could have the best team — I am not talking about your team — and people working,

**Mme Henningsen :** Vous êtes en plein dans le mille. Le citoyen canadien moyen contacte en premier lieu son médecin de famille, c'est rassurant pour lui et à juste titre. Dans certaines provinces, nous avons utilisé la gestion des cas, dont nous avons parlé, pour établir un lien entre les programmes de soins à domicile et les médecins de famille. Il était intéressant de réaliser ce programme, premièrement, parce que les médecins de famille ne le comprenaient pas probablement parce qu'ils n'étaient pas concernés directement. En découvrant les fonctions du gestionnaire de cas, ils ont vu toutes les possibilités offertes à leurs patients et aux aidants membres de la famille du patient. Le programme a donné de si bons résultats que des médecins de famille nous ont téléphoné pour demander des gestionnaires de cas. Le programme a été mis en application partout dans le pays, surtout en Ontario, et comme je l'ai dit, en Colombie-Britannique. Ce lien est indispensable car nous savons que la majorité des Canadiens contactent d'abord leurs médecins de famille. Il faut donc établir le lien entre les médecins de famille et les soins de santé communautaires et à domicile.

**M. Demers :** L'une des difficultés consiste à savoir comment s'y prendre. Il nous faut plus de renseignements, mais une solution consiste à travailler avec les organismes de charité. Le nombre de demandes d'aide pour s'orienter dans le système qui ont été adressées à la Société canadienne du cancer a dépassé le million cette année. Par exemple, si vous êtes atteints d'une forme de cancer, nous vous mettrons en contact avec quelqu'un qui a eu ce même cancer six ou 10 mois avant vous. Il pourra vous dire ce à quoi vous pouvez vous attendre et les services que vous pourriez utiliser. Il faut obtenir des renseignements, puis travailler avec les organismes de charité et les groupes communautaires. Nous voulons aider à fournir les renseignements afin que les patients et les familles prennent des décisions éclairées, mais nous devons d'abord nous assurer d'avoir les renseignements. Les gens demandent souvent de mettre les renseignements en ligne. À mon avis, la plupart des gens veulent avoir affaire à une personne quand il s'agit de parler de leur maladie ou de celle d'un membre de leur famille. Nous avons des bénévoles, donc envoyez-nous les renseignements et nous travaillerons avec vous pour être sûrs de les communiquer aux gens.

Dans son mémoire, Mme Fralick dit que le conseil d'administration de l'ACS a identifié six domaines. Il y est dit que la santé des Canadiens en bénéficiera considérablement. Le financement est au premier plan, les ressources humaines au deuxième et le leadership au sixième. Ce sont tous des domaines très importants.

Sans leadership, il n'y a pas d'orientation. J'apprécie votre enthousiasme. Vous auriez dû être un joueur de hockey.

Monsieur Demers, vous dites ne pas avoir d'information. Il s'agit là d'un manque de leadership. Je n'accuse personne de ne pas être des leaders car vous avez fait un excellent exposé. Les leaders doivent montrer la voie à suivre, ils doivent avoir une stratégie. Nous avons reçu ici l'autre jour des médecins qui s'étaient très bien préparés et étaient honnêtes; ils ont parlé de leadership. On peut avoir la meilleure équipe — je ne parle pas de

but if there is no direction, no game plan and no given responsibility, we will be back here next year and we will talk about the same thing. We all have the desire. I am sure you have a great team but up top, if they do not plan, give information, give responsibility — because false leaders want to take every responsibility under their care because they are concerned about good people doing a better job than they do.

Real leadership comes from designated different people knowing what other people can do for the team. If you do not get information, people in a hospital that are lying down there, who should not be there, it is costing millions and maybe billions, eventually. Who tells them in a very respectful way, “Get out of here. You are costing us money”? Leadership has to take decisions. Leadership cannot be afraid to hurt people at times: “Oh, I do not want to hurt Susan because she is my friend.” I do not care, Susan. If you are not doing the right thing, I will tell you.

I appreciate what you are saying here, and all the senators had great questions. You can see they are concerned, along with the chair, to make sure this works and eventually gets better, but if you do not get your leadership, there is nothing we can do about it.

**The Chair:** Stickhandle this one back, Ms. Henningsen.

**Ms. Henningsen:** It is so right, and we have seen so many examples things happening when you have an innovative leader in a regional health authority or in a community access centre. One of the things I will tell you that is a glimmer of hope for us is coming out of the 10-year health plan. With the focus on acute care home care services, a lot of home care leaders were required to go knock on the door and start to work with acute care hospital workers. In the past, we never talked and that is why the individual was in the hospital. There is a lot of understanding and starting to realize we both had the same problem and working together we had the solution. I feel positive about leadership. Are we there to really make these big kinds of changes we are talking about? I would challenge us to say there is a lot of work to be done.

**Ms. Fralick:** First, I want to say I would not want there to be any misunderstanding that by putting the six items and having leadership the last one, they are not rank ordered, purposely, but one might look at leadership as being the foundation for everything else, and that may be why it is down there. I absolutely agree and have two comments on it.

la vôtre — et des gens qui travaillent, mais sans orientation, sans stratégie et sans responsabilité, nous nous retrouverons ici l'année prochaine pour parler de la même chose. Nous avons tous la volonté. Je suis sûr que vous avez une très bonne équipe en haut de l'échelle, mais si elle n'a pas de stratégie, ne donne pas d'informations, n'attribue pas de responsabilité — car les faux leaders veulent assumer toutes les responsabilités parce qu'ils craignent les gens compétents qui peuvent faire un meilleur travail qu'eux.

Le vrai leadership provient de différentes personnes nommées qui savent ce que d'autres personnes peuvent apporter à l'équipe. Si vous n'obtenez pas de renseignements, les gens alités dans un hôpital, et qui ne devraient pas y être, coûtent des millions voire des milliards de dollars. Qui pourra leur dire très respectueusement : « Sortez d'ici, vous nous coûtez de l'argent »? Les leaders doivent prendre des décisions. Les leaders ne peuvent pas craindre de blesser parfois des gens en disant « Non, je ne veux pas blesser Susan parce que c'est mon amie. » Je me fiche de Susan. Si une personne ne fait pas ce que l'on attend d'elle, je le lui dirai.

Je vous remercie pour les propos que vous avez tenus ici; tous les sénateurs ont posé de très bonnes questions. Vous pouvez voir que nous, le président inclus, tenons à ce que ce plan soit efficace et que la situation s'améliore éventuellement, mais si vous n'avez pas de leadership, nous n'y pourrons rien.

**Le président :** Vous êtes la première à répondre à ces propos, madame Henningsen.

**Mme Henningsen :** C'est tellement vrai, nous avons vu tellement de choses se produire quand un leader innovateur occupe un poste dans une région régionale de la santé ou dans un centre d'accès communautaire. Je peux vous dire une chose, pour nous le Plan décennal pour consolider les soins de santé est une lueur d'espoir. En raison de la priorité accordée aux services de soins à domicile, un grand nombre de responsables de soins à domicile ont dû se déplacer et collaborer avec le personnel des hôpitaux de soins actifs. Par le passé, nous ne communiquions jamais et c'est la raison pour laquelle le particulier se retrouvait à l'hôpital. Il y a beaucoup de compréhension et nous commençons à nous apercevoir que nous avons, des deux côtés, le même problème et qu'en travaillant ensemble nous avons la solution. Je fais confiance au leadership. Sommes-nous là pour vraiment apporter les grands changements dont nous parlons? Je nous invite donc à dire qu'il y a beaucoup de travail à faire.

**Mme Fralick :** D'abord, je ne voudrais pas que le fait d'avoir énuméré six domaines et placé le leadership au dernier rang soit source de malentendus, car, ces domaines n'ont pas été classés par ordre de priorité, et ce, volontairement. On pourrait d'ailleurs considérer que le leadership est le fondement de tous les autres domaines, c'est peut-être la raison pour laquelle il est en bas de la liste. Je suis tout à fait d'accord et j'ai deux observations à faire à ce sujet.

We do not invest in our health leaders. I do not have the data in front of me, but if you look at what the private sector invests in building their leadership versus what we do with the health sector, it is embarrassing. We stick people into positions, such as physicians going into physician-in-chief positions, and we think that, just because they are physician, they know how to be leaders. They themselves will acknowledge this is not necessarily the case, although they might make great leaders. The fact is that physicians are not generally employees of the health system. They are independent contractors. How do we engage them in the system and help them take advantage of the ascribed leadership role, because that is the first stop and the centre? How do we enhance the leadership? There is an initiative called the Canadian Health Leadership Network that is devoted to cultivating leadership within the health system. I can show more information on that if you are interested.

**Ms. Baxter:** In regard to the end-of-life piece of the health care sphere, we have 35 national groups that are involved in the Quality End-of-Life Care Coalition, and we came together and clearly have a 10-year plan and targets and requests and whatnot. It speaks to the health professional groups and the disease groups and the home care groups and the faith-based groups. There are a number of different areas.

We work nationally, and we have been encouraging provinces to create these voices where they can have patient groups and whatnot so we can have a unified voice, going to talk to business and government and NGOs. There is now a quality end-of-life coalition in B.C., Alberta, Nova Scotia and Ontario, and they are getting up and running and they are getting excited. This whole area of the health care debate is personal to many people and is getting a little bit more organized. Hopefully we will have some great leadership coming out of it. We are optimistic. It is a really good point, because there is so much to do.

**Mr. Demers:** I have two quick points on leadership. First of all, challenge us. On the issue of caregiver, over the last three years, we all came around the table and said we all want different things. The government said to us, "Please come to with us with something that everybody can agree on," and we did. I think that caused a great deal of effectiveness into the system. Challenge all of us to provide leadership in our communities and to provide concrete and hopefully widely accepted solutions to what is going happen. We have to provide that leadership. We hope you give us the opportunity. We need to know where to go in order to provide that leadership.

Second, I will go back to the role of federal government, particularly on catastrophic drugs. There is a reluctance to come to the table I think in part because there is a fear of having to pay

**25/705** Nous n'investissons pas dans nos dirigeants en santé. Je n'ai pas les chiffres devant moi, mais quand on compare ce que le secteur privé investit pour former ses dirigeants à ce que le secteur de la santé investit pour former les siens, il y a de quoi être gêné. On nomme des gens à des postes — des médecins à des postes de médecins-chefs par exemple —, et on s'attend à ce qu'ils sachent d'emblée comment diriger. Ils seront les premiers à reconnaître que ce n'est pas toujours le cas, même s'ils peuvent faire d'excellents dirigeants. Le problème, c'est que la plupart des médecins ne sont pas des employés du réseau de la santé. Ce sont des contractants indépendants. Que faire alors pour les amener à travailler dans le réseau et pour les aider à jouer le rôle de dirigeant que nous voulons les voir jouer? C'est la première étape et l'élément central. Que pouvons-nous faire pour mieux former nos dirigeants? Le Réseau canadien pour le leadership en santé est une initiative qui a été mise en place justement pour développer les qualités de dirigeant au sein du réseau de la santé. Si la question vous intéresse, je peux vous fournir d'autres renseignements à ce sujet.

**Mme Baxter :** Dans le secteur des soins de fin de vie, nous avons 35 groupes nationaux qui font partie de la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité. Nous avons établi ensemble un plan décennal, des objectifs, des demandes, et cetera, qui sont clairs. La coalition est en contact avec les groupes de professionnels de la santé, avec les groupes chargés des soins thérapeutiques, avec les groupes responsables des soins à domicile et avec les groupes religieux. Il existe différents groupes d'intervenants.

Nous travaillons à l'échelle nationale et nous encourageons les provinces à créer des groupes pour donner une voix aux patients notamment, afin que l'on puisse ensuite parler d'une seule voix aux entreprises, au gouvernement et aux ONG. La Colombie-Britannique, l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario ont maintenant leur coalition pour des soins de fin de vie de qualité et les gens sont très emballés par cette initiative. Le débat sur les soins de santé touche bon nombre de gens personnellement et les choses s'organisent tranquillement. Nous espérons qu'il en ressortira de grandes idées mobilisatrices. Nous sommes confiants. C'est un élément très important, car il y a tant à faire.

**M. Demers :** J'ai deux petits commentaires au sujet du leadership. Premièrement, lancez-nous des défis. Dans le dossier des aidants, nous nous sommes tous présentés à la table avec des demandes différentes au cours des trois dernières années. Le gouvernement nous a répondu : « Entendez-vous et dites-nous ce que vous voulez. » Et c'est ce que nous avons fait. Et je pense que cela a été très bénéfique pour le réseau. Mettez-nous au défi de prendre les choses en main au sein de nos collectivités et de présenter des solutions concrètes et qui seront, je l'espère, largement acceptées. Nous devons prendre les choses en main. Nous espérons que vous nous en donnerez l'occasion. Nous avons besoin d'orientations pour pouvoir le faire.

Deuxièmement, je vais revenir sur le rôle du gouvernement fédéral, en particulier dans le dossier des médicaments onéreux. Le gouvernement est réticent à se joindre aux discussions parce

the bill. If they do not come to the table, it is patients who pay the bill. Someone will pay those costs. It is critically important that we take the failure of the first health accord to move forward on catastrophic drugs and have everyone come around the table, not because anyone should be left stuck with the bill but because it takes the leader to say we need to have this dialogue and come up with solutions that meet everybody's needs. That is the type of leadership we are hoping from the federal government.

**The Chair:** Thank you, on the important aspect of a question that has come up during the course of this meeting. I would like to come back and try to focus in on this aspect: We are really dealing overall with home care, but that is tied into care in whatever facility is required to deliver the care at the time of life we are talking about today. You have all talked about the need for a timely, coordinated and effective care system in this area. That does not mean it should not be in every other area, but we are talking about this area specifically.

During the course of your answers, you have referred to issues that I will lump under the term "the silo effect." I will ask you to think about this further after you leave here today and to give us additional further input on your observations here with regard to identifying some of those silos a little more clearly for us. If you are able to, be as frank as you can about those, and indicate the kinds of things that you see that block the dialogue among the caregivers that are required to come together to deliver this home care.

You have given examples of where, if this were to happen, substantial benefit would occur, and almost certainly savings to the overall system. When you are improving the health and happiness of the individual and reducing money at the same time, that is a good thing, obviously; we have heard this in a number of categories, and we want those examples.

In the end, this ties in to the topic that has come up again in several of the questions, and that is the leadership issue. That means different things to different people in different circumstances, but we have a very complex system here. We talk about federal government leadership versus provincial government leadership, and that is at one level. They can deal with things on a large kind of scale. You have identified some of the ways they can talk together about providing leadership in critical areas. However, down at the level of care delivery, we have additional fragmentation. We have a big part of the delivery system that does not report to any of the same people that many of you do and the people you work with, and that is the physicians in terms of who provides the leadership. Senator Demers, Senator Braley and others are used to taking the leadership and making it happen, but we hear that there are certain sectors that do not answer to anyone directly within that system. That does not mean they should not.

qu'il craint notamment, je crois, d'avoir à payer la facture. S'il ne le fait pas, ce sont les patients qui paieront la facture. Quelqu'un devra le faire. Il est indispensable que nous allions de l'avant dans le dossier des médicaments onéreux après l'échec du premier accord sur la santé et que tous prennent place à la table des discussions, non pas parce qu'il faut quelqu'un pour payer la facture, mais parce qu'il faut quelqu'un pour prendre les rênes et décider qu'il faut avoir ce débat et trouver des solutions qui répondent aux besoins de tous. C'est là le type de leadership que nous attendons du gouvernement fédéral.

**Le président :** Merci. Il y a un élément important qui a fait surface au cours de la réunion. J'aimerais y revenir. Nous parlons dans l'ensemble des soins à domicile, mais ces soins sont en lien avec ceux dispensés dans les installations qui sont nécessaires pour les offrir à l'étape de la vie dont nous discutons aujourd'hui. Vous avez tous mentionné qu'il était nécessaire d'avoir des soins efficaces, coordonnés et opportuns dans ce domaine. Cela ne veut pas dire qu'il en va autrement dans les autres domaines, mais c'est de ce domaine dont nous parlons précisément aujourd'hui.

Dans vos réponses, vous avez mentionné divers problèmes que je vais regrouper sous l'expression « l'effet de silo ». Je vais vous demander d'y réfléchir après que vous nous aurez quittés aujourd'hui pour étoffer vos idées et nous préciser la nature de ces silos. Soyez le plus franc possible à ce sujet et dites-nous quels sont, à votre avis, les obstacles au dialogue entre les fournisseurs de soins qui interviennent dans la prestation des soins à domicile.

Vous nous avez donné des exemples qui ouvriraient la porte à des gains d'efficacité importants, et probablement aussi, à des économies dans l'ensemble du réseau. Si on réussit à améliorer la santé et à rendre plus heureux les gens, tout en réduisant les coûts, c'est naturellement une bonne chose. Vous nous avez donné divers exemples et nous voulons en prendre bonne note.

En fin de compte, cela rejoint le sujet qui a fait surface à maintes reprises, encore une fois, dans vos réponses, soit la question du leadership. Le sens de ce mot varie en fonction des gens et des situations, et nous sommes en présence d'un système très complexe. Nous parlons du leadership du gouvernement fédéral et du leadership des gouvernements provinciaux, et ce n'est là qu'un niveau. Ils peuvent s'occuper d'une foule de choses. Vous avez mentionné des façons pour eux de nouer le dialogue pour assurer un leadership dans des domaines cruciaux. Toutefois, dans le domaine de la prestation des soins, il y a une fragmentation additionnelle. Il y a, en effet, tout un pan des intervenants dans la prestation des soins qui ne relève pas des mêmes gens que bon nombre d'entre vous et des gens avec qui vous travaillez, soit les médecins, en ce qui concerne le leadership. Le sénateur Demers, le sénateur Braley et bien d'autres ont l'habitude de prendre des projets en main pour les concrétiser, mais nous apprenons que certains secteurs ne relèvent de personne directement au sein du réseau. Cela ne veut pas dire qu'il devrait en être autrement.

If we are going to bring about an effective system and be able to provide recommendations forward, we need you. We had very frank input at our last session. We were pleased with the degree of frankness that the witness had put forward. You have been very forthcoming with regard to the issues you face. Be frank with us about the barriers you see that are probably historical, probably artificial, but that interfere with the way you move forward.

I want to come to one specific example that occurred as part of I believe your answer, Ms. Henningsen, in terms of in-home care delivery. I have been following closely these new developments with regard to having that video direct link to a centre that is set up deliberately to be able to interface with caregivers on site with individual patients in the home. I think that this is an issue, and we talked about this with regard to the answer to Senator Braley's question about getting information on how the family responds in general ways where they can help and how they can help identify the kind of response that is needed. Those two are linked in terms of providing information just in time. Business today operates on a just-in-time delivery. We need to coordinate the health care delivery so it is just in time but, in order for it to be just in time, someone has to know what is needed. You all mentioned the savings that could occur and the psychological benefit that occurs to patients in their home, especially in the categories you are talking about.

If you can incorporate that concept of technology, helping the on-site care deliverer interface with a backup system that delivers the information needed right now, those are the kinds of examples you could add to the issues I have raised.

I would now like to turn to Senator Eggleton, who said he had one quick question. We might be able to get that in if it is still timely.

**Senator Eggleton:** We have been talking about home care and a few other related issues today in the context of what is happening in Canada, but what can we learn from what is happening in other parts of the world? Are there one or two good international examples that we should perhaps follow? That is a kind of question that maybe gets a one- or two-word answer. Are there any particular countries we should look at that have home care down pat or pretty close to it or are much ahead of us?

**Ms. Fralick:** I would put a vote in for Australia. We considered that in great depth when coming up with our own policy discussions. We have an in-depth brief that details a lot of what is happening in Australia, and I can make that available to you.

**Ms. Henningsen:** I would suggest that it is a potentially slippery slope to compare to international models, because often the context is very different. The flip side is that a lot of provincial home care programs are starting to use a standard assessment of clients, and then they assess what care they need. It is called an interRAI assessment, and the interRAI assessment is worldwide.

Pour mettre en place un réseau efficace, et formuler des recommandations à cet effet, nous avons besoin de vous. On nous a fait des suggestions très franches lors de la dernière réunion. Nous avons été heureux de la franchise dont ont fait preuve nos témoins. Vous nous avez parlé très ouvertement des problèmes auxquels vous devez faire face. Dites-nous honnêtement quels sont les obstacles que vous voyez, qui sont probablement historiques ou artificiels, mais qui vous empêchent d'avancer.

Je veux revenir à un exemple précis que vous avez mentionné, je crois, Madame Henningsen, en réponse à une question et qui concerne la prestation des soins à domicile. J'ai suivi de près l'évolution du dossier de lien vidéo direct avec un centre qui permet une interaction avec les aidants et les patients à la maison. Je crois que c'est un élément important qui a fait surface dans la réponse à la question du sénateur Braley sur la façon d'obtenir de l'information sur la participation des membres de la famille à la planification des soins. Ces deux éléments sont liés pour fournir de l'information juste-à-temps. De nos jours, les entreprises appliquent le principe du juste-à-temps dans la livraison. Il faut coordonner la prestation des soins de santé de manière à appliquer le principe du juste-à-temps, mais pour y arriver, il faut que quelqu'un soit informé de ce qui est nécessaire. Vous avez tous parlé des économies qui peuvent être réalisées et des bienfaits psychologiques pour les patients qui peuvent demeurer à la maison, notamment dans les catégories de soins dont nous avons parlé.

Si on peut intégrer ce type de technologie, qui permet aux aidants d'obtenir de l'information sur-le-champ par l'entremise d'un système auxiliaire, voilà le genre d'exemples que vous pouvez ajouter aux questions que j'ai soulevées.

Je vais maintenant céder la parole au sénateur Eggleton, qui a mentionné vouloir poser une petite question. Nous aurons sans doute le temps si ce n'est pas trop long.

**Le sénateur Eggleton :** Nous avons parlé des soins à domicile au Canada et de quelques questions qui y sont liées aujourd'hui, mais savons-nous ce qui se passe dans ce domaine ailleurs dans le monde? Y a-t-il dans le monde un ou deux bons exemples dont nous pourrions nous inspirer? C'est le genre de question à laquelle on peut sans doute répondre en quelques mots. Y a-t-il des pays qui sont de grands spécialistes en la matière ou dont nous pourrions nous inspirer?

**Mme Fralick :** Je dirais l'Australie. Nous avons examiné leur modèle attentivement dans le cadre de nos discussions stratégiques. Nous avons un dossier bien étoffé sur la prestation de ce type de soins en Australie, et je peux vous le faire parvenir si vous le voulez.

**Mme Henningsen :** J'aimerais mentionner toutefois que les comparaisons avec des modèles internationaux peuvent être risquées, car le contexte est parfois fort différent. En revanche, beaucoup de provinces utilisent maintenant de plus en plus une norme pour évaluer les clients et déterminer ensuite les soins requis. Il s'agit de l'évaluation interRAI, et c'est une évaluation reconnue partout dans le monde.

There is actually data that can compare the complexity and care needs of a Canadian in B.C. versus someone in Spain and what the systems develop and how the systems support it. There is the ability to be able to compare. We will pick up your challenge and try to find some models, but it is challenging because a lot of the context is very different.

**The Chair:** I will now come to wrap up the session. If you have those best practices examples, regardless of where they occurred, if you could incorporate that into your additional responses to us, we would find that most helpful.

At this stage, it is obvious that the subject that you have helped inform us on today is on the minds of all the senators. With some clear exceptions, we fall into the category Ms. Fralick mentioned at the opening of her comments. We are not disinterested parties for a number of reasons in this circumstance. Nevertheless, it is critical to Canadians. You have touched on many important aspects of it. If you can help us get an integrated, thoughtful observation out of this in the manner that I reviewed a moment ago, we would be most grateful.

If you also think of additional aspects of the issue that you want to provide to us subsequently, we would welcome that. I would hope that if we have questions that occur to us later, that we could put them to you and you would be willing to respond to us.

With that, I would like to thank my colleagues for being perhaps not as efficient with their preambles this time as yesterday, but thank you for allowing us to get through all of our senators for questions and bringing forward issues that are absolutely essential for us to learn about. Thank you, witnesses, for the wonderful way you responded to us today.

With that, I declare this meeting adjourned.

(The committee adjourned.)

Il existe en fait des données qui nous permettent de comparer la complexité et les besoins en matière de soins d'un patient qui se trouve en Colombie-Britannique à un patient qui se trouve en Espagne, ainsi que des systèmes mis en place et du soutien offert. Il y a des comparaisons possibles. Nous allons relever votre défi et tenter de trouver quelques modèles. C'est complexe toutefois, car le contexte est souvent très différent.

**Le président :** Je vais maintenant clore la réunion. Si vous avez des exemples de pratiques exemplaires, peu importe l'endroit, nous vous saurions gré de les joindre aux renseignements additionnels que vous nous ferez parvenir.

En ce moment, il ne faut aucun doute que le sujet dont vous nous avez parlé aujourd'hui préoccupe tous les sénateurs. À quelques exceptions évidentes, nous faisons partie de la catégorie dont Mme Fralick a parlé au début de ses observations. Nous ne faisons pas partie des parties désintéressées pour diverses raisons. C'est néanmoins une question cruciale pour les Canadiens. Vous avez abordé nombre d'éléments importants. Si vous pouviez nous aider à avoir un point de vue global et réfléchi comme je vous l'ai mentionné un peu plus tôt, nous vous en serions très reconnaissants.

N'hésitez pas non plus à nous faire parvenir vos commentaires sur tout autre aspect de la question. J'ose espérer que si nous avons des questions qui nous viennent plus tard, vous aurez la gentillesse de nous répondre.

Sur ce, je tiens à remercier mes collègues qui ont été plus brefs qu'hier dans leurs préambules afin de permettre à tous les sénateurs de poser des questions et de soulever des points pour lesquels nous devons absolument avoir des réponses. Merci aussi à nos témoins d'avoir si bien répondu à nos questions.

(La séance est levée.)





## WITNESSES

### Thursday, September 29, 2011

#### *Association of Canadian Academic Healthcare Organizations:*

Christine Power, Chair, Board of Directors;  
Glenn Brimacombe, President and Chief Executive Officer.

#### *Wait Time Alliance:*

Dr. Chris Simpson, Chair;  
Stephen Vail, Director, Policy and Research.

#### *Institute for Clinical Evaluative Sciences:*

Dr. Michael Schull, Senior Scientist.

#### *As an individual:*

Dr. Brian Postl, Dean of Medicine, University of Manitoba.

### Wednesday, October 5, 2011

#### *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada:*

Dr. Andrew Padmos, Chief Executive Officer;  
Danielle Fréchette, Director, Office of Health Policy.

#### *Human Resources and Skills Development Canada:*

Jean-François LaRue, Director General, Labour Market  
Integration;  
Marc LeBrun, Director General, Canada Student Loans.

#### *Health Canada:*

Robert Shearer, Acting Director General, Health Care Programs  
and Policy Directorate, Strategic Policy Branch;

Shelagh Jane Woods, Director General Primary Health Care and  
Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health  
Branch.

#### *Société Santé en français:*

Dr. Brian Conway, President.

### Thursday, October 6, 2011

#### *Canadian Healthcare Association:*

Pamela Fralick, President and Chief Executive Officer.

#### *Canadian Cancer Society:*

Daniel Demers, Director, National Public Issues.

#### *Canadian Home Care Association:*

Nadine Henningsen, Executive Director.

#### *Canadian Hospice Palliative Care Association:*

Sharon Baxter, Executive Director.

## TÉMOINS

### Le jeudi 29 septembre 2011

#### *Association canadienne des institutions de santé universitaires :*

Christine Power, présidente, conseil d'administration;  
Glenn Brimacombe, président et directeur général.

#### *Alliance sur les temps d'attente :*

Dr Chris Simpson, président;  
Stephen Vail, directeur, Politiques et recherches.

#### *Institut de recherche en services de santé :*

Dr Michael Schull, scientifique principal.

#### *À titre personnel :*

Dr Brian Postl, doyen, faculté de médecine, Université du  
Manitoba.

### Le mercredi 5 octobre 2011

#### *Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada :*

Dr Andrew Padmos, directeur général;  
Danielle Fréchette, directrice, Bureau des politiques de la santé.

#### *Ressources humaines et Développement des compétences Canada :*

Jean-François LaRue, directeur général, Intégration au marché du  
travail;  
Marc LeBrun, directeur général, Programme canadien de prêts aux  
étudiants.

#### *Santé Canada :*

Robert Shearer, directeur général par intérim, Direction des  
programmes et des politiques de soins de santé, Direction  
générale de la politique stratégique;

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de  
santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la  
santé des Premières nations et des Inuits.

#### *Société Santé en français :*

Dr Brian Conway, président.

### Le jeudi 6 octobre 2011

#### *Association canadienne des soins de santé :*

Pamela Fralick, présidente et chef de la direction.

#### *Société canadienne du cancer :*

Daniel Demers, directeur, Questions publiques nationales.

#### *Association canadienne des soins et services à domicile :*

Nadine Henningsen, directrice exécutive.

#### *Association canadienne des soins palliatifs :*

Sharon Baxter, directrice générale.