

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

Wednesday, November 2, 2011
Thursday, November 3, 2011

Le mercredi 2 novembre 2011
Le jeudi 3 novembre 2011

Issue No. 6

Fascicule n° 6

Seventh and eighth meetings on:

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

Septième et huitième 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	Hubley
Campbell	* LeBreton, P.C.
Champagne, P.C.	(or Carignan)
* Cowan	Martin
(or Tardif)	Merchant
Demers	Seidman
Dyck	Verner, P.C.

* Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

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

The Honourable Senator Campbell replaced the Honourable Senator Cordy (*November 2, 2011*).

The Honourable Senator Hubley replaced the Honourable Senator Callbeck (*November 2, 2011*).

The Honourable Senator Callbeck replaced the Honourable Senator Hubley (*October 27, 2011*).

The Honourable Senator Champagne, P.C., replaced the Honourable Senator Eaton (*October 27, 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	Hubley
Campbell	* LeBreton, C.P.
Champagne, C.P.	(ou Carignan)
* Cowan	Martin
(ou Tardif)	Merchant
Demers	Seidman
Dyck	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 Campbell a remplacé l'honorable sénateur Cordy (*le 2 novembre 2011*).

L'honorable sénateur Hubley a remplacé l'honorable sénateur Callbeck (*le 2 novembre 2011*).

L'honorable sénateur Callbeck a remplacé l'honorable sénateur Hubley (*le 27 octobre 2011*).

L'honorable sénateur Champagne, C.P., a remplacé l'honorable sénateur Eaton (*le 27 octobre 2011*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, November 2, 2011
(10)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:12 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Champagne, P.C., Demers, Dyck, Eggleton, P.C., Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman and Verner, P.C. (10).

Other senators present: The Honourable Senators Lang and Patterson (2).

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. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 3.*)

WITNESSES:*Government of Yukon:*

Stuart J. Whitley, Deputy Minister, Health and Social Services;
Sherri Wright, Assistant Deputy Minister, Health and Social Services.

Government of the Northwest Territories:

Debbie DeLancey, Acting Deputy Minister, Department of Health and Social Services;
Robert Dana Heide, Assistant Deputy Minister, Operation Support, Department of Health and Social Services.

The chair made a statement.

Mr. Whitley and Ms. DeLancey, each made a statement and, together with Ms. Wright and Mr. Heide, answered questions.

At 5:59 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 2 novembre 2011
(10)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 12, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Champagne, C.P., Demers, Dyck, Eggleton, C.P., Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman et Verner, C.P. (10).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Lang et Patterson (2).

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 poursuit son étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 3 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :*Gouvernement du Yukon :*

Stuart J. Whitley, sous-ministre, Santé et Services sociaux;
Sherri Wright, sous-ministre adjointe, Santé et Services sociaux.

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest :

Debbie DeLancey, sous-ministre par intérim, ministère de la Santé et des Services sociaux;
Robert Dana Heide, sous-ministre adjoint, Support des opérations, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le président prend la parole.

M. Whitley et Mme DeLancey font chacun une déclaration, puis, avec l'aide de Mme Wright et de M. Heide, répondent aux questions.

À 17 h 59, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Thursday, November 3, 2011
(11)

[English]

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

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Campbell, Champagne, P.C., Demers, Dyck, Eggleton, P.C., Hubley, Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman and Verner, P.C. (12).

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. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 3.*)

WITNESSES:

Canadian Public Health Association:

Debra Lynkowski, Chief Executive Officer.

Public Health Agency of Canada:

Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer.

Canadian Task Force on Preventive Health Care:

Dr. Richard Birtwhistle, Vice-President.

Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health:

Ian Manion, Executive Director.

Canadian Psychological Association:

Karen Cohen, Chief Executive Director.

The chair made a statement.

Dr. Butler-Jones, Dr. Birtwhistle, Ms. Lynkowski, Ms. Cohen and Mr. Manion each made a statement and, together, answered questions.

At 12:26 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, le jeudi 3 novembre 2011
(11)

[Traduction]

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

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Campbell, Champagne, C.P., Demers, Dyck, Eggleton, C.P., Hubley, Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman et Verner, C.P. (12).

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 poursuit son étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 3 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Association canadienne de santé publique :

Debra Lynkowski, directrice générale.

Agence de la santé publique du Canada :

Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique.

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs :

Dr Richard Birtwhistle, vice-président.

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

Ian Manion, directeur exécutif.

Société canadienne de psychologie :

Karen Cohen, chef de la direction.

Le président prend la parole.

Le Dr Butler-Jones, le Dr Birtwhistle, Mme Lynkowski, Mme Cohen et M. Manion font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

À 12 h 26, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Jessica Richardson

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, November 2, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:12 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 Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*English*]

I am Kelvin Ogilvie, a senator from Nova Scotia, and I am the chair of the committee. I ask my colleagues to introduce themselves, starting on my left with the deputy chair of the committee.

Senator Eggleton: Art Eggleton from Toronto.

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

Senator Dyck: Lillian Dyck from Saskatchewan.

Senator Merchant: Pana Merchant from Regina, Saskatchewan.

Senator Demers: Jacques Demers from Quebec.

[*Translation*]

Senator Champagne: Andrée Champagne, also from Quebec. Good afternoon.

[*English*]

Senator Seidman: Judith Seidman from Montreal, Quebec.

The Chair: I would remind everyone that today we continue to examine the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care in Canada. This is our eighth meeting, and the topic today is access to care in the North.

I welcome our witnesses for today's meeting. From the Government of Yukon, we have Stuart Whitley, Deputy Minister, Health and Social Services; and Sherri Wright, Assistant Deputy Minister, Health and Social Services. From the Government of the Northwest Territories, we have Debbie DeLancey, Acting Deputy Minister, Department of Health and Social Services; and Robert Dana Heide, Assistant Deputy Minister, Operation Support, Department of Health and Social Services.

From the Government of Nunavut, our scheduled witness, Peter Ma, unfortunately had to cancel at the last minute.

TÉMOIGNAGE

OTTAWA, le mercredi 2 novembre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 12, pour étudier 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 sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Je m'appelle Kelvin Ogilvie, sénateur de la Nouvelle-Écosse, et je préside le comité. Je demanderais à mes collègues de se présenter, à partir de ma gauche et en commençant par le vice-président du comité.

Le sénateur Eggleton : Art Eggleton, de Toronto.

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

Le sénateur Dyck : Lillian Dyck, de la Saskatchewan.

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

Le sénateur Demers : Jacques Demers, du Québec.

[*Français*]

Le sénateur Champagne : Andrée Champagne, de la province de Québec aussi. Bonjour.

[*Traduction*]

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

Le président : Je rappelle à tous que nous poursuivons aujourd'hui l'étude des progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé au Canada. Il s'agit de notre huitième séance, et nous parlerons aujourd'hui de l'accès aux soins de santé dans le Nord.

Bienvenue aux témoins de la séance d'aujourd'hui. Nous accueillons Stuart Whitley, sous-ministre, et Sherri Wright, sous-ministre adjointe, Santé et Services sociaux, gouvernement du Yukon; Debbie DeLancey, sous-ministre par intérim, ministère de la Santé et des Services sociaux, et Robert Dana Heide, sous-ministre adjoint, Support des opérations, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Nous devons recevoir Peter Ma, du gouvernement du Nunavut, mais malheureusement, il a dû annuler notre rendez-vous au dernier moment.

I invite our witnesses to present their joint submission. We will start with Mr. Whitley, followed by Ms. DeLancey.

[*Translation*]

Stuart J. Whitley, Deputy Minister, Health and Social Services, Government of Yukon: Thank you for the opportunity to appear before you this afternoon. Unfortunately, we did not have enough time to prepare a presentation in French, so I will continue in English.

[*English*]

Each senator will have received a deck of materials in two parts. The first part is “Access to Care in the North,” a short presentation that is an overview of what we will cover this afternoon; and a separate deck from each of us will speak specifically to some of the issues in our respective jurisdictions. If you care to follow me along, I will refer to this deck by page number.

“Access to Care,” at page 2, indicates that we were to have three specific presentations but for the unfortunate absence of Nunavut. Following two presentations, we will go to a more interactive discussion with members of the committee.

On page 3 we make the very important point that without the Territorial Health System Sustainability Initiative, THSSI, we could not have made the progress we have made with respect to access to care in the North. On page 4, we briefly make the points that in addition to the supply of funding from the federal government toward access to health care, we also manage our base budgets as effectively as we can, which we will demonstrate in the presentations to come, to ensure that access to health care for Canadians in the North is increasing. We also want to acknowledge the important point that Canada has long recognized the need to assist the North with respect to its health care funding arrangements going back as far as 2003, in particular the 10-year accord and the Territorial Health System Sustainability Initiative, which initially was a three-year arrangement and then a two-year arrangement, which takes us to 2014.

I will move to page 5. Over the course of time since 2005, THSSI funding has provided \$30 million per year shared between the three territories. That funding has played a critical role in the development, implementation and delivery of innovative and transformative health services in the North. It bears repeating that we are hugely grateful for the final extension of THSSI until 2014.

Over to page 6, the goals that were stated at the outset as agreed upon by the territories and the federal government were that we would reduce reliance over time on the health care system — and we will come back to that with some force when we speak specifically to what is going on in the territories — strengthen our community level services, and build self-reliant capacity to provide services in the territory. They are huge goals that in many respects present enormous challenges.

J’invite les témoins à présenter leur exposé. Nous allons commencer par M. Whitley, suivi de Mme DeLancey.

[*Français*]

Stuart J. Whitley, sous-ministre, Santé et Services sociaux, Gouvernement du Yukon : Je vous remercie de l’occasion de nous présenter devant vous cet après-midi. Malheureusement, nous n’avons pas eu suffisamment de temps pour préparer un texte de présentation en français, donc je poursuivrai en anglais.

[*Traduction*]

Chaque sénateur devrait avoir reçu nos documents, divisés en deux groupes. Le premier document est une présentation qui porte sur l’accès aux soins de santé dans le Nord et qui donne un aperçu de ce dont nous allons parler cet après-midi. Les autres documents concernent certaines questions liées à nos territoires respectifs. Si vous permettez, je vais me référer au premier document en donnant le numéro de page.

À la page 2, concernant l’accès aux soins de santé, il est indiqué que nous devons présenter trois documents — un par territoire —, mais malheureusement le représentant du Nunavut n’est pas ici. Après la présentation des deux documents, nous pourrions discuter davantage avec les sénateurs.

À la page 3, on souligne un point essentiel : sans l’Initiative de viabilité du système de santé des territoires, l’IVSST, nous n’aurions pas été en mesure d’accomplir les progrès réalisés en matière d’accès aux soins de santé dans le Nord. À la page 4, nous disons brièvement qu’en plus de recevoir des fonds du gouvernement fédéral, nous faisons de notre mieux pour gérer efficacement nos budgets de base, comme nous allons le montrer dans nos prochains documents, afin d’améliorer l’accès aux soins de santé des Canadiens dans le Nord. Nous sommes conscients que le gouvernement du Canada reconnaît depuis longtemps la nécessité d’aider les gens dans le Nord. Le Canada a pris des arrangements dès 2003 pour financer les soins de santé, notamment le plan décennal et l’Initiative de viabilité du système de santé des territoires, qui devait au départ durer trois ans et qui a été prolongée de deux ans, jusqu’en 2014.

Passons à la page 5. Depuis 2005, l’IVSST a réparti 30 millions de dollars par année entre les trois territoires. Ces fonds ont joué un rôle capital dans l’élaboration, la mise en œuvre et la prestation de services de santé innovateurs et déterminants dans le Nord. Il convient de répéter que nous sommes énormément reconnaissants de la dernière prolongation de l’IVSST jusqu’en 2014.

À la page 6, les objectifs fixés au départ par les territoires et le gouvernement fédéral consistaient à réduire au fil du temps l’utilisation du système de santé — et nous allons insister quelque peu là-dessus lorsque nous parlerons de ce qui se passe dans les territoires —, à consolider les services aux communautés et à développer nos capacités et notre autonomie pour fournir les services dans les territoires. Ces objectifs sont très élevés, et ils comportent des défis énormes à bien des égards.

Over to page 7, the three funding components of the territorial funding would address key priorities, including support for medical travel costs. As you might expect because of the nature of our geography and the nature of our modest infrastructure, we rely heavily on medical travel to outside jurisdictions for the purposes of augmenting our health care delivery services. That includes our pan-territorial projects, which we will speak about during our discussion, mass media collaboration, support for the Arctic Health Research Network, mental health first aid, and medical travel program evaluation, which is an ongoing exercise.

Over on page 8, the federal priorities that are communicated to us frequently by the federal government rest upon the Northern Strategy. There are four pillars there, and I will not run through them all, but you can see that these have been now referred to many times by the Prime Minister as priorities for the federal government.

Probably one of the most significant concerns of the federal government is cost containment, as it is for all our three governments in the North. The increasing costs of health care impact our programs exponentially in the North, and it is in all our interests to contain costs.

Over to page 10, headed "Health is a Strategic Federal Investment," the North presently is experiencing an economic boom. All three territories now are in the process of experiencing considerable economic investment and considerable investment in the effects of global warming, of which there have been several announcements by the federal government in respect of sovereignty issues in the North. All of these are not possible to develop fully without healthy people and healthy communities. In respect of that, the funding that is available to us under THSSI is a significant means by which we not only improve the health of northerners but also help to manage the cost curve, which, of course, is affecting all jurisdictions.

Over to page 11, headed "Current Northern Context," probably every member at this table will be aware that we have significantly poorer health indicators in the North, particularly for Aboriginal and Inuit people. We have higher costs because of our smaller communities, our vast distances and our reliance on the infrastructure of other jurisdictions to deliver our services. We have health care human resource challenges because of our remoteness and the smallness of our communities. It significantly impacts our recruitment and retention. Our small populations mean a smaller tax base. We are hoping that will change, as, indeed, the indicators are starting to show. We are starting to generate more and more in the way of resource-based royalties. We are now in the process of experiencing population growth in the Yukon and Northwest Territories. Unfortunately, not all of that growth in the territories is of a permanent nature. Many of the exploration-type activities involve in-and-out labour groups, who nevertheless will depend upon our services but who do not actually live here so they can affect the funding formula or the tax base.

À la page 7, on peut voir les trois volets de financement des territoires pour répondre aux grandes priorités, comme le soutien des coûts de transport à des fins médicales. Compte tenu des grandes distances et de nos infrastructures modestes, nous transportons, bien sûr, beaucoup de patients à l'extérieur des territoires pour donner de meilleurs soins. Les volets de financement comprennent aussi les projets qui concernent les trois territoires, dont nous allons discuter, la collaboration avec les médias, le soutien accordé au Réseau de recherche sur la santé dans l'Arctique, les soins de première ligne en santé mentale et l'évaluation continue du programme de transport à des fins médicales.

À la page 8, les priorités du gouvernement fédéral nous sont communiquées fréquemment et elles se fondent sur la Stratégie pour le Nord. Il y a quatre grandes priorités et je ne vais pas toutes les passer en revue, mais le premier ministre a souvent parlé de ces priorités.

Une des principales préoccupations du gouvernement fédéral, c'est sans doute la limitation des coûts, au même titre que les gouvernements des trois territoires du Nord. Les coûts croissants des soins de santé représentent un fardeau toujours plus lourd pour nos programmes dans le Nord. Il est dans l'intérêt de tous de limiter les coûts.

Le titre de la page 10 est : « La santé est un investissement stratégique pour le gouvernement fédéral ». Le Nord connaît actuellement un boum économique. Les trois territoires sont l'objet d'investissements considérables, en partie en raison du réchauffement climatique, et le gouvernement fédéral a fait plusieurs annonces sur les questions de souveraineté dans le Nord. Aucun projet ne peut se concrétiser sans l'apport de gens et de communautés en santé. À ce propos, les fonds auxquels nous avons accès dans l'IVSST sont très importants et ils nous permettent non seulement d'améliorer la santé des gens du Nord, mais aussi de gérer la courbe des coûts, qui nuit bien sûr à tous les territoires.

À la page 11, il est question du contexte actuel dans le Nord. Vous n'êtes probablement pas sans savoir que les indicateurs de santé dans le Nord sont bien plus bas, surtout pour les Autochtones et les Inuits. Nous devons assumer des coûts plus élevés en raison de la taille modeste de nos communautés, de leur éloignement et de notre utilisation d'autres infrastructures que les nôtres pour fournir les services. Étant donné que nos communautés sont éloignées et qu'elles sont petites, nous avons des problèmes importants de recrutement et de fidélisation des ressources humaines dans la santé. De plus, notre faible population signifie une assiette fiscale plus modeste. Nous espérons que les choses vont changer, comme les indicateurs commencent à le montrer. Nous commençons à obtenir de plus en plus de redevances liées aux ressources naturelles. Il y a présentement une augmentation de la population au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. Malheureusement, cette augmentation n'est pas toujours permanente, dans les territoires. Bien des activités d'exploration entraînent le recours à des travailleurs qui peuvent utiliser nos services, mais qui ne vivent pas ici. Ces personnes n'influencent pas la formule de financement ou l'assiette fiscale.

For the first time in the history of the territories, we are starting to see, particularly in Yukon and Northwest Territories, people retiring in their home communities, which has put an additional burden that we have not experienced up until now. It goes without saying that there are limited economies of scale.

I think two of us, if not Nunavut, have had scrutiny from the Auditor General of Canada, and we always welcome pointers on how we can do things better, even if they are a little harsh in the observation. They have said to us, in the course of their performance audits, that we need to strengthen recruitment and retention. Well, hallelujah, we agree with that. We need to improve our systems performance measurement and monitoring. We completely agree with that. We agree in the Yukon, at least, with all of the recommendations of the Auditor General. However, it means that we are looking at a major investment in systems to bring our capacity to do the kinds of evaluations, tracking and trend predictions that they want us to do more easily.

Finally, I would point out that the Truth and Reconciliation Commission, which has worked its way through the North now, has really peeled the scab off a serious social ill. All of you will know what that is, the scale and scope of it, but to have it come to our communities and to have the multi-generational nature of that impact exposed in a way that this inquiry did has put significant burdens on our health care system as well as our social services system. We point out, I think as is appropriate, that the largest group of survivors and descendants of survivors is in the North.

On page 13, headed “Stability in Health Care Funding,” the point we want to make here is that health care system transformation takes time. Elsewhere in our background materials that you were provided with yesterday, and I am sure most of you would not have had the opportunity to review them as yet, the point we make is that often — I quote an Australian prime minister just last year on this — governments are obsessed with “short-termism.” In other words, if we invest now, will we have a product or something to show at the end of our mandate? That is putting it somewhat crassly; nevertheless, we see that in the funding arrangements. When THSSI was given to us for five years, first of all it took a year for the money to start running, and for four years, we were gradually building up programs, accounting for some missteps, looking at the results we were getting, and by that time, we had to think about how we could continue this. Then it was extended for another short period of time. That process started all over again, and we had to recruit people who thought it was going to end and they were going to leave. It is a bit of a mess when it is not taken as a given that transformation of health care systems does not occur overnight, that is, long-term, stable, permanent kinds of transformations.

Pour la première fois dans l'histoire des territoires, surtout au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, nous commençons à voir des gens prendre leur retraite dans leurs communautés d'origine, ce qui alourdit notre fardeau comme jamais auparavant. Il va sans dire que les économies d'échelle sont limitées.

Je ne sais pas pour le Nunavut, mais je pense que deux territoires ont été examinés par la vérificatrice générale du Canada. Nous sommes toujours réceptifs concernant ce que nous pouvons améliorer, même si les observations du Bureau du vérificateur général sont un peu sévères. Durant les vérifications de gestion, le Bureau du vérificateur général nous a dit qu'il fallait consolider le recrutement et la fidélisation. Nous sommes bien d'accord. Nous devons améliorer nos mesures de rendement et la surveillance pour ce qui est de nos systèmes. Nous sommes tout à fait d'accord. Au moins au Yukon, nous sommes d'accord sur toutes les recommandations de la vérificatrice générale. Cela signifie toutefois que nous devons investir beaucoup dans les systèmes pour améliorer nos capacités et effectuer plus facilement les évaluations, les suivis et les prévisions, comme veut le BVG.

Par ailleurs, je souligne que la Commission de vérité et de réconciliation, qui tient maintenant des activités dans le Nord, vient régler un problème social important. Vous connaissez tous le mandat de la commission, mais sa présence dans nos communautés et l'enquête qui a mis de l'avant les conséquences multigénérationnelles ont alourdi considérablement le fardeau de nos systèmes de santé et de services sociaux. Il convient de souligner que le principal groupe de survivants et de descendants de survivants se situe dans le Nord.

La page 13 porte sur la stabilité du financement des soins de santé. Il faut du temps pour transformer le système de santé. Ailleurs dans la documentation que vous avez reçue hier, et je suis certain que la plupart d'entre vous n'ont pas encore eu l'occasion de la consulter, nous disons que les gouvernements sont souvent obsédés par le court terme, comme disait le premier ministre de l'Australie l'an dernier. Autrement dit, les gouvernements se demandent si leurs investissements vont leur permettre de montrer un produit ou quelque chose à la fin de leur mandat. C'est dit de façon quelque peu grossière; toutefois, nous le constatons dans les ententes de financement. Lorsque l'IVSST nous a été donné il y a cinq ans, il a d'abord fallu un an pour que nous commencions à recevoir de l'argent. Durant quatre ans, nous avons élaboré des programmes graduellement, nous avons rendu des comptes sur certaines erreurs et nous avons examiné les résultats, puis nous devons voir comment nous pouvions poursuivre sur notre lancée. L'IVSST a ensuite été prolongé pour une autre courte période. Le processus s'est répété, et nous avons dû recruter des gens qui pensaient que l'initiative se terminerai et qu'ils allaient partir. C'est quelque peu la pagaille lorsqu'on ne tient pas pour acquis que la transformation des systèmes de santé ne se fait pas du jour au lendemain. Il est question d'une transformation à long terme, stable et permanente.

We also make the point on this slide that the present funding arrangement is not adequate, and I know that this committee is not aimed in that direction, if I can put it that way. Nevertheless, we think it is important to put a marker on that point as well.

Finally, an important point that we in the Yukon will dwell upon is that health care funding is not a stand-alone issue: The social determinants of health must be taken into account. As long as we continue to look at health care as a siloed activity, as an activity that is primarily driven by the acute care system, we will never make significant changes in a way that will permanently impact its cost.

I have done the 100-yard dash through our overview. I will turn it over to my colleague, Ms. DeLancey, from the Northwest Territories.

Debbie DeLancey, Acting Deputy Minister, Department of Health and Social Services, Government of the Northwest Territories: Thank you, Mr. Chair. We also have a slide deck from the Northwest Territories. We are appearing with a pan-territorial presentation, and, of course, the three territories do have many similarities, but we also have our own unique challenges. We will each try to speak to those. I will quickly walk you through some of the unique challenges we have in the Northwest Territories, some of the progress we have been able to make, in part, because of the investment of federal funding, and some of the challenges that still lie before us.

On slide 2, you will see a map of the Northwest Territories, which shows you the eight health and social services regions that we use to deliver our services.

To pick up a little more detail on some of the points that my colleague from the Yukon made, we have a population of just over 43,000 people spread across a large land mass, 33 communities — many of them remote — and the majority of them with no year-round road access. This creates not only issues of distance from services but also the need to duplicate services. If you had a population of 43,000 people in a southern municipality, one health centre or hospital would do the trick. We need to duplicate some level of infrastructure in every one of those communities.

Our population is about 50 per cent Aboriginal. That group faces some unique health and wellness challenges. We have 12 distinct Aboriginal groups that are negotiating self-government. This drives us towards perhaps 12 different arrangements for jurisdiction over some elements of health and social services. It is a complex system. We are trying to deliver it in 11 official languages. We have cultural and linguistic barriers that drive cost and present challenges in access to services.

Most of our communities do not have resident physicians. When people from the North hear that having access to a family physician is a big challenge in the South, they sometimes laugh. Only six communities out of 33 fund resident physicians. Of those

Nous disons aussi dans cette diapo que l'entente de financement actuelle est inadéquate. Je sais que votre comité ne s'oriente pas dans une telle direction, si je peux dire. Néanmoins, nous pensons qu'il convient de le souligner également.

Enfin, nous insistons au Yukon pour dire que le financement des soins de santé n'est pas une question indépendante. Les principaux facteurs sociaux de la santé doivent aussi être pris en compte. Tant que nous continuerons à voir les soins de santé comme une activité isolée et surtout axée sur les soins actifs, nous n'apporterons jamais les changements importants qui auront une influence permanente sur les coûts.

C'était une brève synthèse de notre aperçu. Je vais céder la parole à ma consœur, Mme DeLancey, des Territoires du Nord-Ouest.

Debbie DeLancey, sous-ministre par intérim, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest : Merci, monsieur le président. Nous avons aussi une présentation pour les Territoires du Nord-Ouest. Nous témoignons avec des représentants des autres territoires. Les trois territoires ont beaucoup en commun, mais nous devons aussi relever des défis propres à chacun. Nous aborderons nos défis respectifs. Je vais rapidement vous parler des problèmes particuliers des Territoires du Nord-Ouest, de certains progrès que nous sommes parvenus à accomplir, en partie à l'aide des fonds fédéraux, et de certains défis que nous devons relever.

À la diapo 2, vous voyez une carte des Territoires du Nord-Ouest qui montre les huit régions relatives à la prestation des soins de santé et des services sociaux.

Pour vous donner un peu plus de détail sur certaines questions soulevées par mon confrère du Yukon, les Territoires du Nord-Ouest comptent un peu plus de 43 000 habitants répartis sur un grand territoire, 33 communautés dont bon nombre sont éloignées et qui, en majorité, n'ont pas d'accès routier durant toute l'année. Non seulement des problèmes de distances se posent pour utiliser les services, mais il faut doubler des services. Dans une ville du Sud de 43 000 personnes, un établissement de santé ou un hôpital réglerait la question. Pour notre part, nous devons construire certaines infrastructures dans chaque communauté.

Notre population est composée d'environ 50 p. 100 d'Autochtones qui doivent relever de nombreux défis uniques en matière de santé et de bien-être. Il y a actuellement 12 groupes autochtones distincts qui prennent part à des négociations sur l'autonomie gouvernementale. Ces négociations déboucheront peut-être sur 12 différentes ententes concernant les soins de santé et les services sociaux. Il s'agit d'un système complexe. Nous nous efforçons d'offrir nos services dans les 11 langues officielles. Nous sommes confrontés à des barrières culturelles et linguistiques qui engendrent des coûts et nuisent à l'accès aux services essentiels.

La plupart de nos communautés n'ont pas de médecins résidents. Lorsque les habitants du Nord entendent que l'accès à un médecin de famille constitue un problème majeur dans le Sud, ils trouvent ça drôle. Seulement six communautés sur 33 paient des médecins

six, we are only able to recruit and retain resident physicians in two communities. In effect, we have 31 communities with locums and visiting physicians.

These are to provide some context.

On slide 3 we have listed some of our key challenges. I will touch briefly on each one. We feel that overall our residents have access to a reasonably well-delivered range of programs and services. We have 90 per cent positive feedback on our patient satisfaction surveys. However, we recognize the system is not keeping up with needs, demands and challenges in the area of health human resources. One of the key issues we face is that it is difficult to recruit to remote communities. We have a lot of vacancies and a lot of turnover. Professional staff, physicians and nurses like to live where they have a professional community. It can be challenging and sometimes scary to be alone with just perhaps one other practitioner in a remote community, needing to deal with the whole range of acute care issues.

We do have to fund and provide specialized training for our community health nurses, because in 26 communities they are the sole practitioner. Being trained as an RN often is not enough for people to go into our remote communities. We hear from residents that their quality of care suffers from the turnover and lack of stability from having a revolving door of casual nurses and locums.

As you can imagine, medical travel is a huge cost driver for all of the territories. We have about 23,215 scheduled medical travel trips per year. Over and above that, we have a huge number of unscheduled medical evacuations. These are costly and often can provide risk or some level of discomfort for patients.

Our delivery model is a challenge. We want to provide an equitable access to a range of basic health and social services to all our residents. That is hard to do when you do not have the resources to have the full range of practitioners in every community. We have developed an approach that we call an integrated service delivery model, which relies on community health nurses. It is a nurse-led model. Those community health nurses usually will have a community wellness worker or health worker. We have certain services that we provide only in regional centres, certain services provided only at our territorial hospital and some services we have to send people out for.

We try to use a mix of health practitioners and be as innovative as possible — recognizing how difficult it is to recruit physicians — through the use of nurse practitioners or midwives, but those bring their own challenges in terms of training, certification, and retention.

résidents. Parmi ces six, nous sommes capables de recruter et de maintenir en poste des médecins résidents dans deux seules communautés. En fait, il y a 31 communautés qui font appel à des médecins itinérants et suppléants.

Nous allons vous situer un peu en contexte.

La troisième diapositive présente quelques-uns de nos principaux défis. Je vais les décrire brièvement. Nous sommes d'avis que dans l'ensemble, les habitants de nos communautés ont accès à des programmes et à des services raisonnables. D'après les sondages que nous menons auprès de la population, 90 p. 100 des patients se disent satisfaits. Cependant, nous reconnaissons que le système n'est pas adapté aux besoins, ni à la demande ou aux difficultés sur le plan des ressources humaines en santé. Le recrutement dans les communautés isolées est l'une des principales difficultés à laquelle nous devons faire face. On y observe de nombreux postes vacants et un taux de roulement élevé. Les professionnels de la santé, les médecins et les infirmières aiment vivre au sein d'une communauté professionnelle. Il peut être difficile et parfois même inquiétant de devoir gérer seul, peut-être avec un autre praticien, toute la prestation des soins actifs.

Nous devons financer et offrir une formation spécialisée à notre personnel infirmier en santé communautaire, parce que dans 26 communautés, les infirmières sont les seules praticiennes. Une formation d'IA ne suffit souvent pas pour inciter les gens à travailler au sein de nos communautés éloignées. D'après ce que nous disent nos habitants, le taux élevé de roulement et le manque de stabilité découlant du personnel infirmier occasionnel et suppléant ont une incidence sur la qualité des soins.

Comme vous pouvez l'imaginer, le transport pour raison médicale représente un coût énorme pour tous les territoires. Nous prévoyons environ 23 215 déplacements par année, et c'est sans compter les évacuations sanitaires qui sont imprévues. Ces déplacements sont onéreux et présentent souvent des risques ou un niveau d'inconfort pour les patients.

Notre modèle de prestation de services constitue tout un défi. Nous voulons offrir à tous les habitants un accès équitable aux soins de santé et aux services sociaux de base. Toutefois, ce n'est pas évident lorsqu'on n'a pas suffisamment de ressources pour recruter tous les praticiens nécessaires dans chaque communauté. Nous avons élaboré un modèle de prestation de services intégrés fondé sur le personnel infirmier en santé communautaire. Ces infirmières en santé communautaire auront habituellement un travailleur social ou un travailleur de la santé dans la communauté. Certains services sont strictement offerts dans des centres régionaux, d'autres uniquement à notre hôpital territorial, et il y a d'autres services pour lesquels les gens doivent sortir du territoire.

Nous essayons de faire appel à différents professionnels de la santé et d'être le plus innovateurs possible — compte tenu de la difficulté à recruter des médecins — par l'intermédiaire d'infirmières praticiennes ou de sages-femmes, mais cela crée d'autres problèmes en matière de formation, de certification et de maintien en poste.

My colleague from the Yukon touched briefly on population health status. We call it a bit of a wellness crisis in the Northwest Territories. We have higher rates of chronic diseases, obesity, smoking and heavy drinking than the average across Canada. Our population reports lower levels of physical activity, less likely to eat a healthy diet, and lower levels than the Canadian average for self-reported health status and mental wellness. These are cost drivers. We have great demands and great needs, and these are spread amongst all our remote communities. It is very difficult to respond to those.

I will not talk a lot about governance and structure. The point I tried to make with that first slide is that we do face complexities with the cultural diversity and number of Aboriginal self-government tables being negotiated. Our delivery system needs to accommodate that, while being as efficient and effective as possible.

Accountability is an emerging issue in health across the country and was an issue identified by the Auditor General of Canada in the recent review of our system. As a small jurisdiction with eight different authorities that have different data collection systems, staff and ways of operating, we have been very challenged to start putting accountability measures in place. This is an area where we know we have a lot of work to do.

Finally I will note that there are fiscal pressures on our system, many of which are shared across Canada. Every health system in Canada is facing the costs of an aging population, rising costs of pharmaceuticals and the cost of complying with new standards. Of course we have some that are unique to our jurisdiction, like the huge use of medical travel. Hopefully that gives you a flavour of some of what we see as what we are struggling with.

Moving on to slide 4, we feel we have had some successes and are making some progress. The federal funding has been instrumental in allowing us to make some of the investments and do some of the research necessary to try to turn some of these issues around.

In terms of the human resource aspect, we have been able to develop training programs for community health nurses. The feeling is that when these folks go into remote communities with a level of confidence and a level of skill, they are more likely to stay and provide stable service. We have been able to start deploying nurse practitioners and midwives in a few of our communities. We are lucky to have a physician community that is very open to seeing different allied health professionals supporting them. They are very open to saying, "Do we really need to have a doctor in this region when we might have two nurse practitioners?" We have been able to start implementing some of those different

Mon collègue du Yukon a parlé brièvement de l'état de santé de la population. Nous sommes en quelque sorte aux prises avec une crise du bien-être dans les Territoires du Nord-Ouest. On signale un plus grand nombre de cas de maladies chroniques, d'obésité, de tabagisme et de consommation abusive d'alcool qu'ailleurs au Canada. Les membres de notre population sont moins susceptibles de faire de l'activité physique et de s'alimenter sainement, et on y rapporte plus de problèmes de santé physique et mentale. Ce sont des inducteurs de coûts. La demande est forte et les besoins sont grands au sein de toutes nos communautés éloignées. Il est très difficile de répondre à la demande.

Je ne vais pas m'attarder sur la gouvernance ni sur la structure. Ce que j'essayais de faire valoir avec cette première diapositive, c'est que notre situation est plutôt complexe, compte tenu de la diversité culturelle et du nombre d'ententes d'autonomie gouvernementale en cours de négociation. Notre système de prestation de services doit s'y adapter, tout en demeurant le plus efficace possible.

La reddition de comptes est un nouvel enjeu dans le domaine de la santé partout au Canada et aussi une question qui a été relevée par le Bureau du vérificateur général du Canada dans son récent examen de notre système. Étant donné que nos huit administrations ont chacune leur propre système de collecte de données, leur personnel et leur façon de procéder, nous avons dû mettre en place des mesures de reddition de comptes. Nous sommes néanmoins conscients que c'est un secteur dans lequel nous avons beaucoup de travail à faire.

Par ailleurs, j'aimerais mentionner que notre système est soumis à des pressions financières, dont bon nombre sont largement répandues au Canada. Tous les systèmes de santé au Canada devront assumer les coûts associés au vieillissement de la population et à l'obligation de se conformer aux nouvelles normes, de même que la hausse des prix des produits pharmaceutiques. Évidemment, nous éprouvons aussi des problèmes qui sont propres à notre administration, comme les nombreux déplacements pour raison médicale. J'espère que cela vous donnera un aperçu des problèmes auxquels nous sommes confrontés.

Passons maintenant à la quatrième diapositive. Sachez que nous avons connu quelques réussites et réalisé des progrès. Le financement fédéral nous est essentiel puisqu'il nous permet d'effectuer certains investissements et de mener des recherches nécessaires au règlement de nos problèmes.

Sur le plan des ressources humaines, nous avons pu mettre sur pied des programmes de formation à l'intention du personnel infirmier en santé communautaire. Nous estimons que lorsque ces infirmières se rendent dans des communautés éloignées avec un niveau élevé de confiance et de compétences, il est plus probable qu'elles veulent y rester et qu'elles soient en mesure d'offrir des services stables. Nous avons commencé à déployer des infirmières praticiennes et des sages-femmes dans quelques-unes de nos communautés. Nous sommes chanceux d'avoir une communauté qui est disposée à recevoir l'appui de différents professionnels de la santé. Notre communauté est ouverte au point de dire :

arrangements. We have also been able to invest a little more in physician recruitment and trying to come up with a full complement of physicians.

In terms of medical travel, there is dedicated THSSI funding to support the direct cost, which has been hugely helpful to our territory. With the other territories, we have also been able to invest in looking at how we can improve our administration of medical travel and manage the process more effectively. With some of the management and administrative changes that have been made in the Northwest Territories we feel we have actually been able to bend that curve, and in the last two years our medical travel costs have remained stable. We are not sure we will ever see them go down, but if that line is not going up every year, we consider that a success.

In terms of access to basic services, we are seeing some accomplishments. The advent of telehealth — e-health, electronic medical records, teleconferencing for counselling and diagnostic consultation, sending digital images from one community to another for an X-ray consultation — is starting to have an impact on our system. We are starting to see people in small communities have faster access to services without having to travel. We still have a lot of work to do there.

We have been able to put some program enhancements in place with the support of THSSI funding. One example is an expanded dialysis program for a small investment. It has had a huge change in the quality of life for patients who now do not need to travel out of the territories for that treatment. Some of our human resource initiatives that I already talked about are starting to result in stabilization of services that our communities are seeing.

Another success that we should mention, and I will pick up on our overview presentation, is the establishment of the Arctic Health Research Network. All the three territories now have established a research capacity that is starting to support us in looking at accountability and performance measurement and starting to be able to match territorial research needs up with researchers and academics from the South to address some of our unique challenges.

On page 5, we talk briefly about some of the priorities. This is the work that we still need to do. There is still a lot to do to make improvements in our system. We need to continue to improve access to the range of basic services for our residents. We are looking right now at our service delivery model. I talked about the use of midwives and nurse practitioners. We are doing a review of how we can be more creative and what the best deployment of those health human resources is to provide service to the greatest number of people.

« Avons-nous réellement besoin d'un médecin dans la région alors que nous pourrions avoir deux infirmières praticiennes? » Nous avons pu commencer à mettre en œuvre certaines de ces différentes ententes. Nous avons également investi un peu plus dans le recrutement des médecins en vue de se doter d'un effectif complet.

Pour ce qui est du transport sanitaire, il y a un fonds, l'IVSST, destiné à financer les coûts directs de ces déplacements, qui a été extrêmement utile à notre territoire. De concert avec les autres territoires, nous nous sommes penchés sur des façons d'améliorer notre administration de ces déplacements, et de gérer le processus plus efficacement. Grâce aux modifications qui ont été apportées à la gestion et à l'administration dans les Territoires du Nord-Ouest, nous estimons que nous avons réussi à infléchir la courbe, et ces deux dernières années, les coûts liés aux déplacements pour raison médicale sont demeurés stables. Nous ne sommes pas certains si ces coûts diminueront, mais s'ils n'augmentent pas chaque année, nous considérons cela comme une réussite.

Quant à l'accès aux services de base, nous observons des progrès. L'arrivée de la télésanté — la cybersanté, les dossiers médicaux électroniques, les téléconférences pour les consultations et les tests de diagnostic, l'envoi d'images numériques d'une communauté à une autre pour des rayons X — commencent à avoir des retombées positives sur notre système. Nous voyons de plus en plus de gens dans des petites communautés avoir un accès rapide à des services sans se déplacer. Il reste tout de même beaucoup de chemin à faire.

Grâce à l'IVSST, nous avons apporté des modifications au programme. Par exemple, moyennant un petit investissement, nous avons mis en place un programme de services de dialyse élargis. Cela a eu un impact énorme sur la qualité de vie des patients qui n'ont plus à se déplacer en dehors des territoires pour recevoir ce traitement. Certaines de nos initiatives en matière de ressources humaines dont j'ai déjà parlé commencent à apporter une certaine stabilisation des services offerts aux communautés.

Une autre réussite qu'il convient de mentionner, et je vais reprendre notre exposé, c'est l'établissement du Arctic Health Research Network. Les trois territoires ont tous établi une capacité de recherche visant à nous appuyer sur les plans de la reddition de comptes et de la mesure de rendement et à faire correspondre les besoins en recherche des territoires avec les chercheurs et les universitaires du Sud afin de surmonter les difficultés qui nous sont propres.

À la page 5, nous abordons brièvement quelques-unes des priorités. On peut voir le travail qu'il nous reste à accomplir. Sachez qu'il y a beaucoup d'améliorations à apporter à notre système. Nous devons continuer de faciliter l'accès aux services fondamentaux. Nous nous penchons actuellement sur notre modèle de prestation de services. J'ai parlé plus tôt du recours aux sages-femmes et aux infirmières praticiennes. Nous essayons de voir comment nous pourrions être plus créatifs et de trouver la meilleure façon de déployer ces ressources humaines en santé afin d'offrir des services au plus grand nombre de gens possible.

We continue to roll out e-health initiatives. We are lucky that in the Northwest Territories, almost all of our physicians are on salary. We are able, therefore, to roll out a common electronic medical records system across the Northwest Territories, which will be hugely helpful in terms of taking advantage of some of the e-health technology that has become available.

We are looking at setting up a virtual call centre for our community health nurses and staff out in the regions so there is a 24-7 staffed centre with all the e-health technology. When they have a patient in a community and they need someone to help with a diagnosis or to determine if that person needs to be medevaced or treated in the community, there will be dedicated staff available to do that. To date, this has happened on an ad hoc basis and often we get patients flown into a territorial hospital simply because a community health nurse was not able to find a doctor to assist with that diagnosis.

The Auditor General has recommended that we need to do a comprehensive five-year plan for health human resources in the Northwest Territories. That is a big project. That is something we will look to THSSI funding to help us undertake.

We are also looking at improving how we manage chronic diseases. Seventy per cent of our hospitalizations are due to chronic diseases such as type 2 diabetes, heart and lung issues and mental health and addictions-related issues. We know that if we make the proper investments in helping with early intervention, such as giving people self-management tools and the support they need at the community level, we can prevent a lot of those situations from reaching the stage of needing acute care or needing to be medevaced to the hospital.

I have talked about medical travel; while we have made improvements, we feel there is a lot more that can be done. We are looking at our policy right now and looking at a way that we can centralize dispatch and triage so there is one coordinated medical travel, flight control and air traffic control for the whole Northwest Territories.

In terms of accountability, I mentioned that we have a lot to do. We are looking at moving all of our authorities onto shared financial systems so that we can implement system-wide performance measurements and have performance agreements with them. We are moving towards putting all the physicians onto one electronic medical record, and that will support our ability to do tracking of outcomes and reporting at a territorial level.

The last slide speaks to what we think are some of the benefits of a continued investment in health care in the Northwest Territories. We have seen that we can contain some of the increasing costs by using economies of scale and new approaches to delivering service. We have also seen that we can improve access to service for our residents. It is a wonderful thing when

Nous continuons de lancer des initiatives de cybersanté. Dans les Territoires du Nord-Ouest, nous sommes chanceux que la plupart de nos médecins touchent un salaire. Par conséquent, nous sommes en mesure d'instaurer un système de dossiers de santé électroniques à l'échelle du territoire, ce qui nous aidera à tirer profit des technologies en matière de cybersanté maintenant disponibles.

Nous envisageons d'établir un centre d'appel virtuel afin que le personnel infirmier en santé communautaire dans les régions puisse communiquer en tout temps avec des gens qualifiés et avoir accès aux technologies de cybersanté. Lorsque les infirmières doivent poser un diagnostic sur un patient dans une communauté ou déterminer si cette personne doit être traitée dans la communauté ou être évacuée d'urgence, elles pourront compter sur du personnel dévoué. Jusqu'à maintenant, nous avons toujours effectué les déplacements de façon ponctuelle, et souvent, nous avons dû transporter des patients en avion à un hôpital territorial simplement parce qu'une infirmière n'a pas pu trouver un médecin pour poser un diagnostic.

Le Bureau du vérificateur général a recommandé d'élaborer un plan exhaustif quinquennal des ressources humaines en santé dans les Territoires du Nord-Ouest. C'est un projet majeur. À cet égard, nous comptons sur le financement versé dans le cadre de l'IVSST.

Nous voulons aussi améliorer notre façon de gérer les maladies chroniques. Soixante-dix pour cent de nos hospitalisations sont des cas de maladies chroniques, comme le diabète de type 2, des problèmes cardiaques et pulmonaires ainsi que des problèmes de santé mentale et de dépendance. Nous estimons qu'en investissant dans l'intervention précoce, c'est-à-dire en donnant aux gens les outils d'autogestion et le soutien dont ils ont besoin au sein de la communauté, nous serons en mesure de prévenir bon nombre de ces situations avant qu'elles ne nécessitent des soins actifs ou des évacuations sanitaires à l'hôpital.

J'ai parlé du transport pour raison médicale; nous avons beau avoir réalisé des progrès à ce chapitre, n'empêche qu'il y a encore beaucoup à faire. Nous examinons actuellement notre politique et nous essayons de trouver un moyen de centraliser la répartition et le triage de façon à avoir un seul centre qui coordonne le transport des patients, les vols et le trafic aérien dans l'ensemble des Territoires du Nord-Ouest.

Pour ce qui est de la reddition de comptes, j'ai indiqué qu'il restait beaucoup de chemin à faire. Nous voulons orienter nos administrations vers des systèmes financiers partagés afin d'établir des mesures du rendement globales et de conclure des ententes de rendement avec elles. Nous sommes à instaurer un système de dossiers médicaux électroniques, ce qui nous aidera à faire le suivi des résultats et à produire des rapports à l'échelle du territoire.

La dernière diapositive porte sur les bienfaits d'un investissement continu dans les soins de santé des Territoires du Nord-Ouest. Nous avons vu que nous pouvons restreindre les coûts croissants au moyen d'économies d'échelle et de nouvelles approches en matière de prestation de services. Nous savons également que nous pouvons faciliter l'accès de nos habitants aux services de base. C'est

someone in a remote community who requires psychiatric counselling can receive that on a weekly basis through video conference rather than having to fly into the hospital and stay in a psych ward for three months. That is a reality. Those things are happening now.

We are working in partnership with our health care providers to improve our risk management, quality assurance and performance measurement. This is all key because we heard from my colleague in the Yukon about the economic activity in the territories. We need to be able to have our population take advantage of that, and a healthy population is a healthy workforce. It is in all of our interests to ensure that people are healthy and well enough to take advantage of what is going on.

We feel that the federal funding has helped, both through direct investment in those tough areas like medical travel, but also in helping us to find our way to solutions. We hope to be able to continue to rely on that funding to do so.

The Chair: Mr. Whitley, I gather you will sum up?

Mr. Whitley: Yes, I will sum up after I speak to the Yukon's particularity.

The Chair: Could you move that along with some alacrity?

Mr. Whitley: I will take your advice.

Before I do, I just point out that although Nunavut is not present and I do not presume to speak for Nunavut, I think it is important to make the observation that many of the issues that confront us in our jurisdictions in the Northwest Territories and the Yukon are equally present, if not more seriously so, in Nunavut.

I will try not to repeat the points that were made that have applicability to the Yukon as I work through this short deck. This is about Yukon access to care in the North. I am starting on page 2.

I saw the illustrations that my colleagues put in here for the first time on the plane on the way down here. If any of your questions have to do with the illustrations, it may be more of an iterative exercise than I thought.

With respect to the illustrations on page 2, it struck me that the smallest illustration to the right is the three premiers of the territories when THSSI was renewed for the last time.

On page 3, I will just point out, in addition to what you can read there as well, there are about 34,000 people in the territory. We think that is quite under-counted at the moment. It is probably closer to 36,000. About 23 or 24 per cent of those are First Nations, and of those First Nations there are 14 separate languages and First Nations themselves.

I mentioned medical travel. On page 5, there are a few illustrations there. What you cannot read with respect to the document shown on the one page is boil water advisories. That is

extraordinaire de voir qu'une personne vivant dans une communauté éloignée peut bénéficier d'une consultation psychiatrique chaque semaine par le biais de la vidéoconférence au lieu de devoir se rendre à l'hôpital en avion et de faire un séjour de trois mois à l'unité de psychiatrie. C'est une réalité. Ce sont des choses que l'on voit aujourd'hui.

Nous travaillons en partenariat avec nos fournisseurs de soins de santé afin d'améliorer la gestion des risques, l'assurance de la qualité et la mesure du rendement. C'est essentiel puisque nous avons entendu ce que mon collègue du Yukon nous a dit au sujet de l'activité économique dans les territoires. Notre population doit en tirer avantage, et une population en santé signifie une main-d'œuvre en santé. C'est dans notre intérêt à tous de nous assurer que les gens sont en bonne santé et qu'ils peuvent bénéficier de ce qu'on leur offre.

Nous estimons que le financement fédéral nous a aidés, que ce soit pour investir directement dans les secteurs plus difficiles comme le transport sanitaire, ou pour trouver des solutions à nos problèmes. Nous espérons pouvoir continuer de compter sur ce financement à l'avenir.

Le président : Monsieur Whitley, je suppose que vous allez conclure?

M. Whitley : Oui, après avoir parlé de la particularité du Yukon.

Le président : Pourriez-vous le faire rapidement?

M. Whitley : Bien sûr.

Avant toute chose, même si le représentant du Nunavut est absent, et je ne veux surtout pas parler à sa place, je tiens à souligner que bon nombre des problèmes auxquels sont confrontés les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon touchent également, sinon plus, le Nunavut.

En récapitulant, je vais essayer de ne pas répéter ce qui a été dit au sujet du Yukon. Je veux parler de l'accès aux soins de santé dans le Nord. Je vais commencer à la page 2.

J'ai vu pour la première fois les illustrations que mes collègues ont insérées lorsque j'étais à bord de l'avion en route vers ici. Si vous avez des questions concernant ces illustrations, cela pourrait s'avérer être un exercice plus itératif que je ne le croyais.

Si vous prenez les illustrations de la page 2, vous pouvez apercevoir, à droite, les trois premiers ministres des territoires lorsqu'on a renouvelé le financement de l'IVSST la dernière fois.

À la page 3, on indique qu'il y a environ 34 000 habitants au Yukon. Pourtant, nous estimons que la population se chiffre plutôt autour de 36 000 habitants. Environ 23 ou 24 p. 100 d'entre eux sont des membres des Premières nations, issus de 14 Premières nations qui ont chacune leur langue.

J'ai parlé du transport sanitaire. À la page 5, vous pouvez voir quelques illustrations. Dans ce que vous ne pouvez pas lire, on parle des avis d'ébullition de l'eau, qui sont assez fréquents dans

more frequently the case in rural Yukon than not. The others refer to poor dental health and poor housing, all of which are serious issues for us.

With respect to what we have done in relation to access to health care, in terms of the expectation that we will manage our own affairs, we did conduct an extensive community review and consultation around our health care system. To summarize that review, people are happy with our health care system; they do not want us to take anything away from it and there is not a strong groundswell to actually pay for it in the way of direct user fees. I do not think that reaction is much different than anywhere else in the country. Certainly that is what we found.

I also want to point out — you have it in your package of materials — that the health behaviour study in school-aged children is quite possibly one of the most dismal documents you will ever read. It speaks to the high-risk behaviours that a majority of our kids are engaging in, particularly kids in rural Yukon, which have to do with smoking, drug use, bullying, depression, dropouts, dysfunction in the home and hunger. All of these issues have huge downstream effects for our acute care system.

As a result of a couple of unfortunate deaths in our facilities, we struck the Task Force on Acutely Intoxicated Persons at Risk, the recommendations of which you have in your package, again, presenting us with enormous challenges in terms of resources for a very small constituency, although desperately in need.

You can read the portion on medical travel for yourselves. It has to do with the astonishing escalation in costs for medical travel and the reasons for that.

Page 8 details the kinds of thing we have done with THSSI funding to increase and improve access to health care on a number of fronts.

On page 9, one of the things that we are investing heavily in, in terms of resources, is a wellness strategy, fully recognizing that you cannot boil the ocean. We are focusing on children and youth. We are also looking at how we can target populations within the Yukon to improve their overall wellness. This is predicated on the working assumption, which I think we all intuitively understand, that we cannot make an impact on the acute care system unless we make an impact on the overall health of citizens, and that includes the social inclusion strategy as well. We are looking at issues like housing, education, mental health and the kinds of supports that people need so that they are well. As part of the social inclusion strategy, we are looking at aging well, and we are developing a health human resource strategy so that we can ensure a continued supply of medical professionals.

les régions rurales du Yukon. Il est aussi question de la mauvaise hygiène dentaire et des mauvaises conditions de logement, qui sont toutes des préoccupations importantes pour nous.

En ce qui a trait aux mesures que nous avons prises relativement à l'accès aux soins de santé, en prévision d'une autonomie gouvernementale, nous avons mené un examen complet de notre système de santé et tenu des consultations à ce sujet. Pour résumer les résultats de cette étude, sachez que les gens sont satisfaits de notre système de soins de santé; ils ne veulent pas qu'on y enlève quoi que ce soit et ils ne souhaitent pas payer des frais pour ces services. Je ne pense pas que cette réaction soit bien différente d'ailleurs au pays. C'est ce que nous avons constaté.

En outre, je tiens à dire que l'enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire — que vous trouverez dans les documents que nous vous avons remis — est probablement le document le plus triste que vous lirez. Il se penche sur les comportements à risque de la majorité de nos enfants, particulièrement dans les régions rurales du Yukon, associés à la consommation de tabac et de drogue, à l'intimidation, à la dépression, au décrochage, au milieu familial dysfonctionnel et à la malnutrition. Tous ces problèmes ont des répercussions sur notre système de soins actifs.

Des cas malencontreux de mortalité survenus dans nos établissements nous ont amenés à créer un groupe de travail sur les personnes en état d'alcoolémie dangereuse. Ses recommandations se trouvent dans le dossier que vous avez entre les mains. Elles représentent un défi énorme à relever, vu les ressources très limitées dont dispose une population très petite, qui en a désespérément besoin.

Vous pourrez lire le passage sur les déplacements pour raison médicale, plus particulièrement l'explosion stupéfiante de leurs frais et ses causes.

À la page 8, nous exposons en détail les réalisations qu'a permises le financement de l'IVSST, pour accroître et améliorer l'accès aux soins de santé de diverses façons.

À la page 9, on lit que nous consacrons beaucoup de ressources à la stratégie du mieux-être, notamment, tout en reconnaissant que ce n'est qu'une goutte dans l'océan. Nous concentrons notre action sur les enfants et les jeunes. Nous cherchons également une façon de cibler des populations du Yukon pour améliorer leur mieux-être général. Cette action repose sur l'hypothèse que, à mon avis, nous comprenons tous intuitivement, selon laquelle nous ne pouvons pas influencer sur le système de soins de courte durée à moins d'influer sur la santé générale des citoyens, ce qui fait appel, également, à une stratégie d'inclusion. Nous examinons les enjeux tels que le logement, l'éducation, la santé mentale et les types de soutien dont les personnes ont besoin pour bien se sentir. Dans le cadre de la stratégie d'inclusion, nous examinons le vieillissement en bonne santé et nous élaborons une stratégie pour les ressources en santé humaine qui assurera une offre continue de professionnels de la santé.

I will not go through page 10. You can read that for yourselves. There are ways in which we have now improved, in a very direct way, access to care as a result of federal assistance.

I want to point out that the last bullet on page 11, the dental health program, is not something that we had before without the THSSI funding. With that, we were able to implement a dental health program for children. I think everyone understands that dental health is the gateway to overall physical health. In many instances, as one of the illustrations portrays, the state of dental health in rural, particularly Aboriginal, kids in the Yukon is atrocious, and we must do something about that.

The interesting thing is when THSSI was coming to an end and we were just getting this program started and then the news came that we no longer had the funding to continue it and the minister mused about the problem with that in the house, there was a hue and cry about the urgency of maintaining a program like that, the urgency of maintaining a program of early psychosis detection, which we heavily invested in with THSSI funds. Yet, somehow we are supposed to find money from the highways branch or the department of education to fund for programs that continue to bloat the health care budget.

Slide 12 speaks to the important relationships that we have continued to foster in the Yukon, the First Nations partnerships in particular. Although it refers to the specialist community there, we also have to acknowledge with gratitude the relationships that we have with the big hospitals in Vancouver, Edmonton and Calgary.

I do not think it can be sufficiently underscored how grateful the territories are for the funding that we have received to date so that we can do this kind of innovative and forward-thinking work.

In summary, we are small and complicated — maybe the word “complex” is a better choice of words — in the sense that we are diverse in our population. We are scattered and remote. We have ethnic diversity. Our geography is vast. As you all know, we are all experiencing incredible changes — demographic, social and climate — and all of us are working very hard to address our needs to take into account these kinds of issues, as well as the needs of our population. We think we are getting results. There was the 50-yard dash through the Yukon situation. I turn it back to you, Mr. Chair.

The Chair: Thank you very much. I will now open it up to my colleagues for question.

Senator Eggleton: I was interested in the difference in the presentations between the Yukon and the Northwest Territories, even though you say things are much the same. Mr. Whitley, in your comments, you said the THSSI funds had significant impact. You also said that it stopped. I believe in Budget 2010 some

Je saute par-dessus la page 10. Vous pouvez la lire vous-mêmes. Nous avons amélioré d'un certain nombre de façons, très directement, l'accès aux soins de santé, grâce à l'aide fédérale.

Je tiens à souligner le dernier alinéa de la page 11, sur le programme de soins dentaires, qui n'existait pas avant que nous n'obtenions le financement pour l'IVSST. Grâce à lui, nous avons pu mettre sur pied un programme de soins dentaires pour les enfants. Je pense que tous comprennent que la santé physique générale passe d'abord par les soins dentaires. Dans de nombreux cas, comme celui que montre l'une des illustrations, la santé dentaire des populations rurales, notamment celle des enfants autochtones du Yukon, est déplorable, et nous devons réagir.

Fait intéressant, lorsque l'IVSST tirait vers sa fin et que nous venions à peine de faire démarrer ce programme, nous avons appris que nous ne recevions plus le financement qui permettrait de le poursuivre. Les commentaires du ministre à ce sujet, devant l'Assemblée législative, ont arraché des cris d'indignation pour l'urgence de maintenir un tel programme et un programme de détection rapide des psychoses, dans lesquelles nous avons beaucoup investi grâce aux fonds de l'IVSST. Pourtant, je ne sais comment, nous sommes censés trouver de l'argent auprès de la direction des routes ou du ministère de l'Éducation pour financer des programmes qui continuent de gonfler le budget des soins de santé.

La diapo 12 porte sur les liens importants que nous avons continué de tisser au Yukon, les partenariats avec les Premières nations, notamment. Bien qu'elle concerne les spécialistes, nous devons également souligner avec reconnaissance les relations que nous avons nouées avec les grands hôpitaux de Vancouver, d'Edmonton et de Calgary.

On ne pourra jamais assez souligner assez à quel point les territoires sont reconnaissants pour le financement qu'ils ont reçu jusqu'à ce jour, qui leur a permis ce genre de travail innovant et tourné vers l'avenir.

Bref, nous sommes petits et complexes, en voulant dire, par là que notre population est diversifiée. Nous sommes dispersés et éloignés. Nous possédons une diversité ethnique. Notre territoire est vaste. Comme vous le savez tous, nous vivons tous des changements incroyables — démographiques, sociaux et climatiques — et nous nous efforçons tous de répondre à la nécessité d'en tenir compte ainsi que des besoins de notre population. Nous pensons que nous obtenons de bons résultats. C'était un survol très rapide de la situation du Yukon. Je vous cède maintenant la parole, monsieur le président.

Le président : Merci beaucoup. Je la cède à mon tour à mes collègues pour la période de questions.

Le sénateur Eggleton : J'ai trouvé très intéressante la différence dans les exposés du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, même si leur teneur est à peu près la même. Monsieur Whitley, dans vos observations, vous avez dit que les fonds destinés à l'IVSST ont eu un effet considérable. Vous avez également dit que ce financement

money was recommitted for it, so it is still going. You can answer that along with the rest of the question. You say it has made a significant difference in the Yukon.

Ms. DeLancey: you used more modest words when you talked about the successes. In fact, you used the word “start” two or three times. Has it been a little different in the Northwest Territories? Is there much of an impact noticeable on the ground amongst the population in terms of the use of these funds for improving programs and services?

Mr. Whitley: The initial agreement was for five years. Into the fourth year, the message was that it would not be renewed and that we would have to start winding down the programs and extracting ourselves from any kinds of commitments. We were not able to guarantee people employment or assure the communities that we were going to continue with these programs simply because there was no alternative source of funding.

As that edged on and the negotiations ramped up, that changed, and ultimately it was extended for a further two years. All that did was take us back into the same situation that we were in before. It got started, it stopped, it got started, and it stopped again. It was not a very good way to run some of our programs.

Ms. DeLancey: I would refer back to Mr. Whitley’s opening comments about how fundamental reform in the health system takes time. I certainly did not mean to understate the value that the Northwest Territories has gained from THSSI and from Canada Health Transfer funding, both in terms of helping with some direct pressures, like medical travel, but more important, starting to do that analysis of where we can actually accomplish change.

In terms of the start, a number of studies were done. There have been a number of reviews, for example, medical travel, which has started to point us in the direction that we need to go, but there is still work to be done in terms of applying the results of those reviews that we have done. In terms of health human resources, we have been able to test out the effectiveness of nurse practitioners and midwives, but there is still a lot of work to be done to figure out how extensively we can afford to deploy those other allied health professionals and what the mix of providers looks like. When I said it is a start and talked about modest success, I certainly did not mean to imply that we had not made great progress as a result of the funding. However, I believe we do feel, and I think we have heard it from our colleagues in the Yukon, that we still have a ways to go. In terms of THSSI funding, we have a fully developed work plan for the next two years for moving forward some of those one-time investments that hopefully will change how we deliver services.

Senator Eggleton: Do your populations feel that there is a difference? Do they notice a difference in the application of this funding?

est terminé. Je crois que, dans le budget de 2010, on y a engagé des sommes, de sorte que le financement se poursuit. Vous pouvez répondre à cette observation ainsi qu’au reste de la question. Vous dites que, au Yukon, cela a changé beaucoup de choses.

Madame DeLancey, quand vous avez parlé de vos réussites, vous vous êtes exprimée de façon plus modeste. En fait, vous avez parlé de début ou de commencement deux ou trois fois. Est-ce que, dans les Territoires du Nord-Ouest, les choses ont été légèrement différentes? Dans la population, voit-on l’effet de l’utilisation de ces fonds sur l’amélioration des programmes et des services?

M. Whitley : À l’origine, l’accord était quinquennal. Dans sa quatrième année, nous avons appris qu’il ne serait pas reconduit et que nous devions commencer à mettre fin à des programmes et à nous désengager, le cas échéant. Nous n’étions pas en mesure de garantir les emplois ni d’assurer aux collectivités le maintien des programmes, faute, tout simplement, de sources de financement de rechange.

Comme la date limite approchait et que les négociations s’amplifiaient, la situation a changé. Au bout du compte, on a reconduit l’accord pour encore deux ans. Nous sommes ainsi revenus à la situation antérieure. Après un premier arrêt, puis un nouveau démarrage, ça s’est encore arrêté. Ce n’était pas très bon pour certains de nos programmes.

Mme DeLancey : Je vous renvoie aux observations préliminaires de M. Whitley, sur le temps que prend une réforme fondamentale du système de santé. Loin de moi l’idée de minimiser l’utilité, pour les Territoires du Nord-Ouest, de l’IVSST et du financement de transfert de Santé Canada, qui ont aidé à diminuer certaines pressions directes, comme celles des déplacements pour raison médicale, et ce qui est plus important encore, à entreprendre l’analyse des éléments perfectibles du système.

Au début, nous avons effectué un certain nombre d’études. Il y en a eu, par exemple, sur les déplacements pour raison médicale, qui ont commencé à nous montrer la voie à suivre, mais il reste à en appliquer les résultats. Chez les ressources humaines de la santé, nous avons pu éprouver l’efficacité des infirmières praticiennes et des sages-femmes, mais il reste beaucoup à faire pour déterminer dans quelle mesure nous pouvons nous offrir le déploiement de ces autres alliées professionnelles de la santé et ce à quoi ressemble le bouquet de fournisseurs de services. En parlant de début et de réussite modestes, je ne voulais pas dire que nous avons fait peu de choses grâce au financement. Cependant, je crois que nous avons l’impression, et je pense l’avoir entendu de nos homologues du Yukon, que nous sommes loin du but. En ce qui concerne le financement de l’IVSST, nous avons un plan de travail tout à fait au point pour les deux prochaines années concernant des investissements uniques qui, espérons-le, changeront nos méthodes de prestation de services.

Le sénateur Eggleton : Les populations ont-elles l’impression que quelque chose a changé? Observent-elles une différence dans l’application du financement?

Ms. DeLancey: I think it would be more accurate to say they would notice a difference if the funding were suddenly withdrawn, for example, a government that did not have enough money to cover medical travel budgets. Again, we do not see changes in population health outcomes at this point. There are some minor areas. For example, the feedback we have had on the nurse practitioners and midwives, where we have been able to fund those positions, has been very positive, but they are only in three or four communities at this point. They are not universal across the Northwest Territories.

Senator Eggleton: Mr. Whitley, in your presentation you talked about the social determinants of health and the critical need to address that issue. If there is a successor to THSSI, or a continuance of THSSI funds beyond 2014, would you like to see some of it put into that area, into social determinants? If so, what would they be?

Also, what should be the focus if there is a continuing THSSI? What program or programs should be the focus of it?

Mr. Whitley: There were a couple of questions in your comments. The first one has to do with the continuation of THSSI, whether it should in some way be directed to the social determinants of health. The short answer to that question would be yes, but what does that entail?

The issue of the relationship between public health and public disease, if I can put it that way, is one that is just starting to get some traction across the country. In meetings with my colleagues, we talk about how important it is to consider issues like housing, education and poverty in relation to the impacts on health that those things are going to have.

For us, at least in Yukon, we need to get a better understanding of what that relationship is. That is why we are developing a social inclusion strategy, as well as a wellness strategy.

The problem of poverty is intractable. In some discussions, I heard some political people say it is beyond solving, that there will always be some sort of poverty somewhere. I am not entirely sure that is correct, although experience suggests otherwise.

Nevertheless, we need to understand much better how those determinants relate overall to the impacts on health. We know that they do; but, for example, will ensuring everyone access to a home have an impact on the health care system? That is a pretty big jump to make. I am not even sure we could do that. We have some people in Yukon that are hard to house. Every place we put them, they seem to have difficulty and end up back on the street.

What can we do about that? We are working right now with the Yukon Anti-Poverty Coalition on a social inclusion strategy. They are involved to a lesser extent in the wellness strategy. We

Mme DeLancey : Je pense qu'il serait plus précis de dire qu'elles observeraient une différence si le financement cessait tout d'un coup, par exemple si l'État n'avait pas suffisamment d'argent pour les budgets des déplacements pour raison médicale. Encore une fois, nous ne voyons pas encore de modifications dans la santé de la population. Il y a des points mineurs. Par exemple, les réactions que nous avons reçues sur les infirmières praticiennes et sur les sages-femmes, dont nous avons pu financer les postes, ont été positives, mais, au moment où nous nous parlons, on ne les trouve que dans trois ou quatre collectivités. Ce n'est pas un service universel dans tous les Territoires du Nord-Ouest.

Le sénateur Eggleton : Monsieur Whitley, dans votre exposé, vous avez parlé des facteurs sociaux déterminants de la santé et du besoin aigu de s'y attaquer. Si un programme succède à l'IVSST ou si le financement de cette initiative est reconduit après 2014, aimeriez-vous qu'une partie soit consacrée à ces facteurs? Desquels s'agirait-il alors?

En outre, si l'initiative est reconduite, sur quoi devrait-elle se concentrer? Sur quels programmes, il peut y en avoir un ou plusieurs, devrait-elle se concentrer?

M. Whitley : Vous m'avez posé plusieurs questions. La première concerne la reconduction de l'initiative, et s'il y a lieu son orientation vers les facteurs sociaux déterminants de la santé. À cela, je réponds oui, mais qu'est-ce que cela comporte?

La question du rapport qui existe entre la santé publique et la maladie publique, si vous me passez l'expression, commence à peine à éveiller l'attention au Canada. Dans les réunions avec mes collègues, on parle de l'importance d'examiner l'effet sur la santé des questions telles que le logement, l'éducation et la pauvreté.

Pour nous, au Yukon du moins, il faut que nous comprenions mieux ce rapport. C'est pourquoi nous élaborons une stratégie d'inclusion et une de mieux-être.

Le problème de la pauvreté est difficile à résoudre. J'ai entendu des politiciens dire qu'il était impossible à résoudre, que subsistera toujours, quelque part, une forme de pauvreté. J'en doute, en dépit des leçons de l'expérience.

Néanmoins, il faut que nous comprenions mieux comment ces facteurs déterminants sont globalement reliés aux effets sur la santé. Nous savons qu'ils le sont; mais, par exemple, est-ce que le fait d'assurer un toit à tous influera sur le système de santé? Le raccourci entre les deux est audacieux. Sommes-nous même autorisés à le faire? Au Yukon, des personnes sont difficiles à loger. Quel que soit l'habitat, elles semblent éprouver de la difficulté et elles aboutissent dans la rue.

Que pouvons-nous y faire? Actuellement, avec la coalition du Yukon contre la pauvreté, nous travaillons à une stratégie d'inclusion. Dans une moindre mesure, cet organisme s'intéresse

are getting the advice of the community on how this works. To me, that is a first step. We could not do this work without the THSSI funding.

To answer your question as carefully as I can, it would be unwise to set aside funds for addressing the social determinants of health without understanding what that relationship is and how they can be most effectively deployed. In my view, money always follows a good idea, and we are at the stage where we have good ideas about how to fix things like poverty.

However, again, I said that we cannot boil the ocean; we have to target our activities. I would say that we have good technical solutions for many problems. We have things as simple as condoms. If we could simply increase condom use in Yukon, we would slow the increasing rate of sexually transmitted infections.

We have a fairly active campaign now, but that does not seem to be doing the trick, as far as we can see. There is a problem. People are not using a very simple technique to avoid sexually transmitted diseases, which have considerable downstream consequences for many people in Yukon.

We have good technical solutions for disease eradication, yet we do not have better than about 60 per cent take-up on vaccines. Why is that? Part of it has to do with education; part of it has to do with lack of awareness; part of it has to do with poverty and marginalization. We need to understand how we can more effectively communicate to those groups.

Sorry, I am going on at length.

The Chair: I was listening very carefully to your answer because I listened to your comments on social determinants. It is a complex issue. The idea of just trying to solve it with a task force on acute toxicity is not getting at the overall issue. I think your answer to Senator Eggleton framed it in a larger context. It is hard to get a handle on that total issue.

Senator Merchant: I thought your presentation was sympathetic and empathetic, and a plea for continuity. I thought you spoke from the heart; it was a very engaging presentation that you gave us.

I have a question, following a little bit on the previous questioner: Do you find that sometimes the traditional approaches for the population that you serve may also complicate things a little bit? With your aging population, how do you handle that? Are you able to put people in homes or do they prefer to stay with their families? How do you handle that when you have a small population spread out over such a wide expanse?

à la stratégie axée sur le mieux-être. Nous obtenons l'avis de la collectivité sur le mode de fonctionnement. Pour moi, il s'agit d'une première étape. Nous ne pourrions pas accomplir ce travail sans le financement de l'IVSST.

Pour répondre à votre question avec toutes les précautions voulues, il ne serait pas judicieux de réserver des fonds pour s'attaquer aux facteurs sociaux déterminants de la santé sans comprendre la relation dont je vous ai parlé ni comment on peut les employer de la façon la plus efficace. À mon avis, l'argent suit toujours une bonne idée, et nous nous trouvons à une étape où nous avons de bonnes idées sur des solutions qui s'appliqueraient à des choses comme la pauvreté.

Cependant, encore une fois, ce n'est qu'une goutte dans l'océan; nous devons cibler nos activités. Je dirais que nous possédons de bonnes solutions techniques pour de nombreux problèmes. Nous disposons de choses aussi simples que des condoms. Si nous pouvions simplement augmenter leur utilisation au Yukon, nous ralentirions la transmission des infections transmissibles sexuellement.

Nous avons actuellement un programme bien visible, mais il ne semble pas donner de résultats, pour autant que nous le sachions. Il y a un problème. Des gens n'utilisent pas une technique très simple pour éviter les MTS, qui ont des conséquences considérables pour beaucoup de Yukonnais.

Nous disposons de bonnes solutions techniques pour l'éradication de la maladie. Pourtant, nous ne pouvons pas faire mieux que d'obtenir un taux de vaccination d'environ 60 p. 100. Pourquoi? En partie à cause de l'éducation, de la sensibilisation, de la pauvreté et de la marginalisation. Nous devons comprendre comment nous pouvons communiquer de façon plus efficace avec nos clientèles.

Je suis désolé, je ne sais plus m'arrêter.

Le président : Je vous ai écouté très attentivement, parce que vos observations sur les facteurs sociaux déterminants pour la santé m'ont beaucoup intéressé. C'est une question complexe. L'idée de simplement essayer de la résoudre au moyen d'un groupe de travail sur l'intoxication aiguë par l'alcool ne permet pas de saisir le problème dans son entier. Je pense que votre réponse au sénateur Eggleton se situait dans un contexte plus large. Le problème est difficile à saisir dans toute son étendue.

Le sénateur Merchant : J'ai trouvé qu'il y avait de l'empathie et de la compassion dans votre exposé, qu'il préconisait la continuité. Je pense que vous avez parlé du fond de votre cœur; j'ai trouvé votre exposé très mobilisateur.

J'ai une question, un peu dans la même veine que celle qui a précédé : constatez-vous que, parfois, les méthodes traditionnelles appliquées à la population que vous desservez peuvent également compliquer un peu les choses? Dans une population vieillissante, comment faites-vous? Êtes-vous capable de loger les personnes dans des foyers, ou préfèrent-elles demeurer dans leurs familles? Comment faites-vous quand une petite population est dispersée sur un vaste territoire?

Ms. DeLancey: I would refer this question to Mr. Heide.

Robert Dana Heide, Assistant Deputy Minister, Operation Support, Department of Health and Social Services, Government of the Northwest Territories: We try to incorporate traditional practices in how we deliver services, particularly for elders and people living a traditional lifestyle.

We have taken a strategy around developing home care and home supports in small communities, and developing as much capacity as possible to keep elders in their homes. We also have a strategy within our housing corporation to reduce seniors' rents in public housing to the point where they can afford to stay in their homes and still eat well and survive well.

In our regional centres, we have long-term care facilities. They also try to reflect traditional practices and traditional ways of being. We encourage and train local correct language speakers to be in those facilities. However, at the higher level of registered nursing and physician supports, we struggle with providing that. To answer your question, yes, we incorporate as much traditional lifestyle and practices as we possibly can.

Senator Merchant: It would be difficult to yank someone from their family and community and send them off a great distance to be in one of those facilities. You have to go to them rather than pull them toward you.

Mr. Heide: You are absolutely right. Our last option would be moving someone out of a community. One of our innovative ways of using tele-medicine is to reconnect families through the telehealth system for Sunday visits. You will see elders and people who have been placed in a regional centre visiting with each other via telehealth on a Sunday afternoon, very much like people would visit. That family connection is maintained as much as possible.

Senator Merchant: I think Mr. Whitley mentioned telehealth and e-health. That was an important part of the 10-year plan.

Recently Senator Sibbeston spoke in the Senate about the value of a fibre optic link along the Mackenzie Valley to improve these services. I assume you have some difficulties in extending these kinds of services and information technologies to remote northern communities. Could you tell us to what extent information technology is used in your territory to meet these health care needs, and what needs to be done to make better use of these technologies?

Mr. Whitley: If it is the Mackenzie Valley, I will defer to my colleague. I can speak to that after she does.

Ms. DeLancey: I did note that we are using telehealth more and more in our jurisdiction. We are certainly finding great benefits, but we are challenged by the availability of bandwidth. For example, we have put video conferencing telehealth facilities

Mme DeLancey : Je vais demander à M. Heide de répondre.

Robert Dana Heide, sous-ministre adjoint, Support des opérations, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest : Nous essayons d'intégrer les pratiques traditionnelles dans les méthodes de prestation de services, notamment aux personnes âgées et à celles dont le mode de vie est traditionnel.

Nous avons adopté une stratégie pour la mise au point des soins et du soutien à domicile dans les petites collectivités et pour la mise en place d'une capacité aussi grande que possible de maintien des personnes âgées dans leurs domiciles. Notre société d'habitation possède également une stratégie pour réduire le montant des loyers que paient les personnes âgées dans les logements sociaux, pour leur permettre d'y demeurer tout en mangeant bien et en vivant bien.

Dans nos centres régionaux, nous disposons d'établissements de soins prolongés. Nous essayons également de faire une place aux usages et au mode de vie traditionnels. Nous encourageons la présence, dans ces établissements, de conférenciers qui s'expriment selon l'usage local et nous les formons. Cependant, à un niveau plus élevé, celui des infirmières autorisées et du soutien médical, c'est difficile. Pour répondre à votre question, oui, nous intégrons autant que possible le mode de vie et les usages traditionnels.

Le sénateur Merchant : Il serait difficile de sortir quelqu'un de sa famille et de sa collectivité, pour l'envoyer au loin dans l'un de ces établissements. Vous devez les rejoindre, plutôt que de les amener à vous.

M. Heide : Vous avez absolument raison. Ce n'est qu'en dernier lieu que nous songerions à retirer quelqu'un de la collectivité. L'une de nos méthodes innovante de télémédecine consiste à réunir les familles grâce au système de télésanté, pour les visites dominicales. Les personnes âgées et les personnes placées dans un centre régional se visitent mutuellement par le réseau de télésanté, le dimanche après-midi, à peu près comme elles le feraient physiquement. On maintient autant que possible ce lien familial.

Le sénateur Merchant : Je pense que M. Whitley a parlé de télésanté. Cela constituait un élément important du plan décennal.

Récemment, le sénateur Sibbeston a parlé, au Sénat, de la valeur d'un lien par fibre optique, le long de la vallée du MacKenzie, pour améliorer ces services. Je suppose que vous avez des difficultés à étendre ce genre de services et les technologies de l'information aux collectivités éloignées du Nord. Pourriez-vous nous dire dans quelle mesure les technologies de l'information servent, dans votre territoire, à répondre à ces besoins en matière de soins de santé et nous dire ce qu'il faut faire pour mieux les utiliser?

M. Whitley : S'il s'agit de la vallée du MacKenzie, je vais céder la parole à ma collègue. Je pourrai ensuite ajouter des précisions.

Mme DeLancey : J'ai remarqué que nous utilisons de plus en plus la télésanté dans notre territoire. Nous y trouvons certainement de grands avantages, mais nous sommes stimulés par l'accessibilité de la bande passante. Par exemple, nous avons pourvu

in 26 communities. There is a partnership with the department of education so we are constantly vying for who has access to the bandwidth and whose uses take priority. For telehealth to be fully utilized, we need a more reliable access. Our physicians and practitioners are very excited about the potential, but they have all experienced situations where the technology has not worked as well as it should, and they become reluctant to fully utilize it.

Certainly, the fibre optic cable is something we hope will make telehealth, access to education and some of the more creative uses of e-health, such as what Mr. Heide talked about, more effective in the territory.

Mr. Heide: We are very proud of our advancement in our electronic health record system and our overall e-health system. We have digital X-rays in all communities, so that physicians in the regional centres can support clinician nurses in the communities, often avoiding medical travel by being able to diagnose and instruct the community practitioner in how to move forward.

Ms. DeLancey talked about our partnership with education. We are providing speech language therapy, where in the past there was no access to speech language therapists. We have installed the telehealth system in all the schools and provide distance speech language therapy, which is having amazing results in the elementary schools.

Mr. Whitley: We have much the same as Mr. Heide just described. We have televideo with real-time diagnostics by doctors in Whitehorse working with nurses in remote communities. We have access to lab data and we have teleradiology in all communities. We are a bit different from the Northwest Territories and Nunavut in that all of our communities are road access with the exception of one. There is not quite the isolation that the other two jurisdictions have. I will ask my colleague, Ms. Wright, to speak to the point about home care.

Sherri Wright, Assistant Deputy Minister, Health and Social Services, Government of Yukon: As much as possible, we like to be able to keep people in their homes. With the THSSI funding we have been able to significantly expand our palliative care programs. We have a team that works with all of the health workers in the communities, so we can keep people at home longer.

In terms of traditional medicine and services, we have a First Nations health program that runs out of the Whitehorse General Hospital in our capital city. In our continuing care facilities, we do our best to offer traditional diets to elders from the various First Nations. Sometimes being small is a good thing. One of the neat, innovative things we have been able to do for one of our fly-in communities in Old Crow is to offer wintertime extended care to

26 collectivités d'installations de télésanté par visioconférence. Il existe un partenariat avec le ministère de l'Éducation qui fait que nous rivalisons constamment pour l'accès à la bande passante et pour la priorité à accorder à tel ou tel usage. Pour utiliser totalement la télésanté, nous avons besoin d'un accès plus fiable. Nos médecins et nos praticiens sont très excités par les possibilités offertes, mais ils ont tous vécu des défaillances, si bien que, devenus méfiants, ils n'utilisent pas la technologie à plein.

Il est certain que le câble à fibres optiques est quelque chose qui, nous l'espérons, rendra la télésanté, l'accès à l'éducation et certaines autres utilisations plus créatives de la cybersanté, comme celles dont a parlé M. Heide, plus efficaces dans le territoire.

M. Heide : Nous sommes très fiers de nos progrès touchant notre système de dossiers électroniques de santé et de notre système global de cybersanté. Nous avons la radiographie numérique dans toutes les collectivités, de telle sorte que les médecins dans les centres régionaux peuvent appuyer les infirmières cliniciennes, ce qui permet souvent d'éviter des déplacements pour raison médicale parce qu'ils sont en mesure de diagnostiquer le problème et de donner des instructions sur la façon d'aller de l'avant avec le traitement.

Mme DeLancey a parlé de notre partenariat avec l'éducation. Nous offrons des services d'orthophonie alors que par le passé, il n'y avait pas d'accès aux orthophonistes. Nous avons installé le système de télésanté dans toutes les écoles et nous offrons des services d'orthophonie à distance, ce qui donne des résultats extraordinaires dans les écoles primaires.

M. Whitley : Nous avons des choses très semblables à celles que M. Heide vient de décrire. Nous avons la télévidéo avec diagnostic en temps réel par des médecins de Whitehorse qui travaillent avec des infirmières dans les collectivités éloignées. Nous avons accès aux données de laboratoire et nous avons de la téléradiologie dans toutes les collectivités. Nous sommes un peu différents des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut du fait que toutes nos collectivités sont accessibles par la route sauf une. Le degré d'isolement n'est pas tout à fait le même que dans les deux autres territoires. Je demanderais à ma collègue, Mme Wright, de parler des soins à domicile.

Sherri Wright, sous-ministre adjointe, Santé et Services sociaux, gouvernement du Yukon : Dans la mesure du possible, nous aimons garder les gens dans leur foyer. Grâce au financement de l'IVSST, nous avons été en mesure d'étendre de manière assez importante notre programme de soins palliatifs. Nous avons une équipe qui travaille avec tous les travailleurs de la santé dans les collectivités, de sorte que nous puissions garder les gens à la maison plus longtemps.

En ce qui concerne la médecine traditionnelle et les services, nous avons un programme de santé des Premières nations qui est dirigé depuis l'Hôpital général de Whitehorse, notre capitale. Dans nos établissements de soins prolongés, nous faisons de notre mieux pour offrir un régime alimentaire traditionnel aux aînés des Premières nations. Parfois, le fait d'être petit est un avantage. Une des choses vraiment bien, novatrices, que nous avons été en

elders in the community of Old Crow. In the spring, when it is a little easier on them, they go back to their communities and live with their families on the land. That is something innovative we have been able to do as well.

Senator Dyck: Some of the issues that you have raised are actually quite depressing. I believe Mr. Whitley said that you cannot boil the ocean. If you do not have clean water to drink, good food and a house, you have a lot of strikes against you.

My first question pertains to jurisdictional issues. Does the THSSI funding allow you to address any issues that might come up with respect to access to health between the different groups? I believe that Ms. DeLancey talked about self-governing First Nations and the diversity within the different nations and languages. Sometimes funding for health care has provincial versus territorial issues. Is that covered by the agreements? Are there ways to optimize so that a particular patient does not fall through the cracks? Do they get the health care they need?

My second question pertains to wellness strategies. I think you were indicating that a lot of diseases probably could be alleviated by prevention. What are the sorts of things that could be done? For example, it was quite awful to see the dental suffering that might be due to the water system not being fluoridated or to a lack of dental care within the school system. What programming could help with that?

Ms. DeLancey: I will speak to the jurisdiction question first and, if I may, ask if Mr. Heide can speak to the wellness question from the Northwest Territories perspective. The THSSI funding is helping us to deal with some of the complexities in our jurisdictional setup. You may be aware that at one time many jurisdictions in Canada had moved to regional health authorities to try to get local involvement in decision making. The pendulum has swung such that many jurisdictions have gone back to one structure or health board per province.

In the Northwest Territories, because of the cultural and linguistic differences and many groups negotiating self-government, we are struggling to find a balance so that we can operate as an integrated system. Again, you made a very good point: Patients need to move seamlessly from one authority to another, when they need to reach a higher level of care. We need to respect that Aboriginal groups are negotiating some elements of jurisdiction over some of the social services and the promotion programs.

mesure de faire pour une de nos collectivités accessibles par avion de Old Crow est d'offrir des soins prolongés pendant l'hiver aux aînés de la collectivité de Old Crow. Au printemps, lorsque c'est plus facile pour eux, ils retournent dans leur collectivité et vivent avec leur famille sur la terre. C'est quelque chose de nouveau que nous avons été en mesure de faire également.

Le sénateur Dyck : Certaines des questions qui ont été soulevées sont, en fait, assez déprimantes, je pense. Je crois que M. Whitley a dit que vous ne pouvez pas faire bouillir l'océan. Si vous n'avez pas d'eau potable, si vous n'avez pas d'aliments de bonne qualité et une maison, cela fait beaucoup de choses contre vous.

Ma première question concerne les questions de compétences. Est-ce que le financement de l'IVSST vous permet de faire face aux questions qui pourraient surgir en ce qui concerne l'accès aux soins de santé entre les différents groupes? Je crois que Mme DeLancey a parlé de Premières nations autonomes et de la diversité entre les différentes nations et langues. Parfois, le financement des soins de santé se heurte à des questions liées à la différence entre les provinces et les territoires. Est-ce que cela est couvert en vertu de ces accords? Y a-t-il des façons d'optimiser les choses de manière qu'un patient particulier ne soit pas laissé pour compte? Reçoivent-ils les soins de santé dont ils ont besoin?

Ma deuxième question concerne les stratégies de mieux-être. Je pense que vous avez dit que l'on pourrait probablement réduire l'incidence de beaucoup de maladies par la prévention. Qu'est-ce que l'on pourrait faire? Par exemple, il est assez épouvantable de voir tous les problèmes dentaires qui sont peut-être attribuables au fait qu'il n'y a pas de fluor dans l'approvisionnement en eau ou qu'il n'y a pas de soins dentaires au sein du système scolaire. Quels programmes pourraient être utiles dans ce cas?

Mme DeLancey : Je vais d'abord parler de la question de compétences et, si vous le permettez, je demanderais à M. Heide de parler de la question du mieux-être du point de vue des Territoires du Nord-Ouest. Le financement de l'IVSST nous aide à faire face à certaines des difficultés de notre structure administrative. Vous savez peut-être qu'à une époque, de nombreuses entités administratives au Canada ont adopté le principe des autorités régionales de la santé pour essayer d'obtenir la participation locale dans la prise de décision. Le retour du pendule est tel que de nombreuses entités administratives sont revenues à la structure unique ou à un seul conseil de la santé par province.

Dans les Territoires du Nord-Ouest, en raison des différences culturelles et linguistiques et du fait que de nombreux groupes sont en train de négocier l'autonomie gouvernementale, nous avons de la difficulté à trouver un équilibre de sorte que nous puissions fonctionner comme un système intégré. Encore une fois, vous avez soulevé un excellent point : les patients doivent pouvoir se déplacer d'une autorité sanitaire à une autre sans heurts, lorsqu'ils ont besoin de passer à un palier plus élevé en matière de soins de santé. Nous devons respecter le fait que des groupes autochtones sont en train de négocier certains éléments de compétence portant sur certains services sociaux et programmes de promotion de la santé.

The THSSI has helped us to do some of these one-time investments in looking at how we can balance those off. For example, we had a study done that has come up with some concrete and practical recommendations, for example, how we might set up a back office or shared services for our different health authorities so that they could maintain some of their regional footprint and programs while sharing financial and laboratory services and recruitment and retention — all the services that do not touch a patient. We are now looking at using THSSI funding for the second phase to determine how to put that together.

The other area where we are relying on THSSI is to help us deal with the whole area of accountability. In a system that is as complex as ours, how do we work together so that we can agree on the important measures; and what are the important indicators that we should be tracking and reporting to the public? In fact, THSSI is helping us to deal with some of our unique jurisdictional challenges.

Mr. Heide: That is a great question. Prevention is where we need to get to. We do a significant amount of prevention in both messaging and health promotion on stop smoking; drinking; healthy lifestyles; and the wellness approach. We have oral health rooms built into the schools. Our issue is attracting, recruiting, and retaining people for the jobs. One strategy took local people out to be trained and brought them back to deliver those programs. However, when they leave the North, they are often seduced by the bright lights of the big city; and we have a hard time getting them back. It is a constant challenge to find people to provide good oral health.

We also have a jurisdictional issue around good dental care. When oral health is failing us, dental care in small communities is difficult to provide. It is based on dentists travelling into the communities; and they tend to come when there is a profit to be made. When there is no profit to be made, they often do not come in.

Mr. Whitley: A couple of comments, Mr. Chair, and then Ms. Wright will speak to the dental issue specifically.

In terms of the jurisdictional issues around THSSI, we just have not experienced them at all. We have had nothing but cooperation with our colleagues across the North and with the federal government. The department of health has worked with us in a very cooperative way. Even when it came to our concerns about renewal or non-renewal of the arrangements, our colleagues have been nothing but collaborative and cooperative with us.

L'IVSST nous a aidés à faire certains de ces investissements ponctuels pour examiner comment nous pourrions équilibrer ces éléments. Par exemple, nous avons commandé une étude qui nous est arrivée avec certaines recommandations concrètes et pratiques, par exemple, comment nous pourrions établir des services de soutien ou partagés pour nos autorités sanitaires différentes de manière qu'elles puissent maintenir une empreinte et des programmes régionaux tout en partageant les services financiers et de laboratoire, le recrutement et le maintien en poste — tous des services qui ne touchent pas le malade. Nous envisageons maintenant l'utilisation du financement de l'IVSST pour la deuxième étape afin de déterminer comment nous pouvons mettre tout cela ensemble.

Un autre domaine où nous comptons sur l'IVSST, c'est celui de toute la question de la responsabilisation. Dans un système aussi complexe que les nôtres, comment pouvons-nous travailler ensemble de manière que nous puissions nous entendre sur les mesures importantes; et quels sont les indicateurs importants que nous devrions suivre et dont nous devrions faire rapport au public? En fait, l'IVSST nous aide à faire face à certains de nos défis administratifs uniques.

M. Heide : C'est une bonne question. La prévention, c'est ce qu'il nous faut. Nous faisons un travail important de prévention aussi bien au niveau des messages que de la promotion de la santé en ce qui concerne le tabagisme, l'alcool, les modes de vie sains et l'approche axée sur le mieux-être. Nous avons des salles de santé bucco-dentaire dans les écoles. Notre problème, c'est d'attirer, de recruter et de maintenir en poste des gens pour ces emplois. Dans le cadre d'une stratégie particulière, nous avons envoyé des gens de la collectivité suivre une formation pour qu'ils reviennent offrir ces programmes. Toutefois, lorsqu'ils quittent le Nord, ils sont souvent séduits par les néons de la grande ville et nous avons beaucoup de difficultés à les faire revenir. C'est un défi constant que de trouver des gens pour assurer une bonne santé bucco-dentaire.

Nous avons également un problème de compétences en ce qui concerne les soins dentaires. Lorsque la santé bucco-dentaire se détériore, il est difficile d'assurer des soins dentaires dans les petites collectivités. Le système dépend des dentistes itinérants qui se rendent dans les collectivités; or, ils ont tendance à venir lorsqu'il y a un profil à faire, mais lorsqu'il n'y a pas de profit, souvent ils ne se déplacent pas.

M. Whitley : Quelques observations, monsieur le président, et ensuite, Mme Wright parlera de la question des soins dentaires particulièrement.

En ce qui concerne les problèmes de compétence autour de l'IVSST, nous n'en avons tout simplement pas vus. Nos collègues partout dans le Nord ainsi que le gouvernement fédéral nous ont accordé une excellente collaboration. Le ministère de la Santé a travaillé avec nous en faisant preuve d'une excellente collaboration. Même lorsqu'il a été question de nos préoccupations au sujet du renouvellement ou du non-renouvellement des accords, nos collègues faisaient preuve d'une collaboration et d'une coopération incomparables avec nous.

Where the jurisdictional splits cause problems for us comes down to the social determinants of health. Clean water, access to nutritious food, housing — these issues have blurred edges around their jurisdiction. Whose responsibility is it? That is where we start to fall down.

If we need to drill a well on First Nation land, the question then is where do they get the money to do that? The federal government might well take the position that you have money, you decide how you will spend it, but we have given you what you need to have. Then they come to the territorial government, and the territorial government will take another position, which will perhaps be that the municipality has been funded appropriately, and if that is not enough for you, well, too bad.

There is a good deal of “siloism,” if I can put it that way, around funding for what I would call soft needs, although they are in fact hard needs. Decisions are often taken that cause ripple effects for us in the North.

For example, the closing of the dental tech school in the Prairies. That was our sole source for dental techs. We had funding arrangements for students to go and get their training and then come back and work in our communities. Now we are scrambling. Where do we send our kids to learn these skills that will help us solve this problem? That decision was taken relatively at arm's length. There could have been more discussion about that. Again, this is not an exercise in blaming or finger pointing, but it illustrates the jurisdictional issue that the senator raised.

Ms. Wright: I want to talk a little bit about dental health in the North. I know you are all familiar with the problems we have with the dental health of children, and Yukon is no exception. One of the things that the THSSI funding has allowed us to do is it has given me and my colleagues time to pause and think about what we might be able to do to effect greater change in specific areas, and this is one of them.

One of the programs we were able to explore was something as simple as putting workers in daycares and teaching small children how to brush their teeth. When you have seen what happens with kids who have to be anaesthetized and put in operating rooms to have all their teeth removed at very young ages, we have seen great success with this program. It is a wonderful thing that we have been able to do with this program. I wanted to share that with you.

Là où les écarts de compétence ont entraîné des problèmes pour nous, c'est au niveau des déterminants sociaux de la santé. L'eau potable, l'accès à des aliments nutritifs et le logement — ces questions ont brouillé la démarcation entre les compétences. À qui appartient la responsabilité? C'est là que l'édifice commence à s'effondrer.

Si nous devons forer un puits sur le territoire d'une Première nation, la question qui se pose alors, c'est où trouveront-ils l'argent pour le faire? Le gouvernement fédéral pourrait très bien adopter la position suivante : vous avez l'argent, à vous de décider où vous allez le dépenser, mais nous vous avons donné ce que vous deviez avoir. Ensuite, c'est au tour du gouvernement territorial, et celui-ci prendra une autre proposition, qui sera peut-être que les municipalités seront bien financées, et si cela n'est pas suffisant pour vous, eh bien, tant pis.

Il y a beaucoup de cloisonnement, si je peux m'exprimer ainsi, concernant le financement de ce que j'appellerais les besoins modérés, bien qu'en fait, ce sont des besoins réels. On prend souvent des décisions qui ont des répercussions chez nous, dans le Nord.

Par exemple, la fermeture de l'école de formation des techniciens dentaires dans les Prairies. Il s'agissait de notre seule source de techniciens dentaires. Nous avions des modalités de financement pour que les étudiants puissent fréquenter l'école, y recevoir leur formation et revenir ensuite travailler dans nos collectivités. Maintenant, nous ne savons plus où donner de la tête. Où allons-nous envoyer nos enfants pour qu'ils apprennent ces compétences qui nous aideront à corriger cette situation? Cette décision a été prise de manière relativement indépendante. Il aurait pu y avoir plus de discussion sur cette question. Encore une fois, il ne s'agit pas de blâmer quelqu'un ou de pointer le doigt sur quiconque, mais cela illustre le problème de compétence soulevé par le sénateur.

Mme Wright : Je veux parler un peu de la santé bucco-dentaire dans le Nord. Je sais que vous êtes tous au courant des problèmes que nous avons avec la santé dentaire des enfants, et le Yukon n'échappe pas à cette réalité. Une chose que le financement de l'IVSST nous a permis de faire, c'est qu'il nous a donné l'occasion, à mes collègues et à moi, de nous arrêter et de penser à ce que nous serions peut-être capables de faire pour provoquer un changement plus important dans des domaines précis, et la santé dentaire est un de ces domaines.

Un des programmes que nous avons été en mesure d'explorer était quelque chose d'aussi simple que d'envoyer des travailleurs dans les garderies pour montrer aux jeunes enfants comment se brosser les dents. Lorsque vous voyez ce qui arrive aux enfants qui se font anesthésier pour se faire extraire chirurgicalement toutes les dents de la bouche à un très jeune âge, c'est un programme qui a beaucoup de succès. C'est une chose merveilleuse que nous avons pu faire grâce à ce programme. Je voulais partager cette information avec vous.

I want to echo what Mr. Whitley said about our relationship with our counterparts in the Yukon and the federal government, as well as the First Nations. I am very proud of our relationship and the way that we are able to work together. That is not to say that we do not encounter problems or difficulties from time to time, but the fact that our relationships are so strong really makes things a lot easier and more efficient for us.

Senator Martin: Thank you very much for being here. I think my colleagues have asked some of the questions that I had, but just going back to the word “focus,” I thought I should really focus on a few things that have come to mind.

As you know, the committee is examining the progress that we have made in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care, and specifically with your presence here, looking at the access to care in the North component of the 2004 accord. As a former educator, and talking about authentic assessment and how we evaluate the effectiveness of a program or whatever it is we are doing, I would like to hear from each of you — and perhaps it could be in a follow-up paper or document, or an answer this evening — how you would evaluate the 2004 accord, specific to the access to care in the North component. What specifically was effective in that accord?

In our recommendations we can then say these items and this language was very effective, we need clear targets, we need certain matrices in there. What helped you assess the improvements and success in the North in the delivery of health care?

That is a very big question, but maybe you can focus on one or two items that you felt helped you assess and allowed you to do what did you well effectively.

Ms. DeLancey: It is a big question. If I understand correctly, you are looking not just for where we would evaluate that we have had some success, but more what, in the way the accord was structured, was helpful.

I was going to flip through my binder to look for the document itself, but one thing that comes to mind is the fact that the accord took into consideration specific northern circumstances. For example, whereas in the South the focus was on wait times, there is specific wording in the North about improving access to services. In the North wait times is not our issue. That is one point that I would raise. That wording spoke specifically to what Northern challenges are and then opened the door to using that funding to tackle those North-specific issues.

Mr. Whitley: The issue of wait times is the example that I was going to use as well. That is to say, it is important that we have flexibility to address the issues that confront us in the North.

Je veux me faire l'écho des propos de M. Whitley au sujet de notre relation avec nos homologues du gouvernement du Yukon et du gouvernement fédéral ainsi que des Premières nations. Je suis très fière de notre relation et de la façon dont nous avons pu travailler ensemble. Cela ne veut pas dire que nous n'ayons pas de problèmes ou de difficultés de temps à autre, mais le fait que nos relations soient si fortes rend vraiment les choses plus faciles et plus efficaces.

Le sénateur Martin : Merci beaucoup de votre présence ici. Je pense que mes collègues ont posé certaines de mes questions, mais simplement pour revenir au mot « concentration », j'ai pensé que je devrais vraiment me concentrer sur un petit nombre de choses qui viennent à l'esprit.

Comme vous le savez, le comité examine les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004, et, plus précisément, en raison de votre présence ici, il examine le volet de l'accord de 2004 concernant l'accès aux soins de santé dans le Nord. À titre d'ancienne enseignante, et parlant de l'évaluation authentique et de la façon dont nous évaluons l'efficacité d'un programme ou de quoi que ce soit que nous faisons, j'aimerais entendre de chacun d'entre vous — il est possible que ce soit dans un document ultérieur que vous nous ferez parvenir ou dans une réponse que vous donnerez ce soir — dire comment vous évalueriez l'accord de 2004, en ce qui concerne expressément le volet accès aux soins de santé dans le Nord. Qu'est-ce qui, précisément, a été efficace dans cet accord?

Dans nos recommandations, nous pourrions alors dire que certains points, certaines formulations ont été très efficaces, nous avons besoin de cibles claires, nous avons besoin de certaines matrices. Qu'est-ce qui vous a aidés à évaluer les améliorations et le succès dans la prestation des soins de santé dans le Nord?

C'est une question très vaste, mais peut-être que vous pourriez vous concentrer sur un ou deux points qui, à votre avis, vous ont aidés à évaluer et vous ont aidés à faire ce que vous avez bien fait de manière efficace.

Mme DeLancey : C'est une question très vaste. Si je comprends bien, vous voulez savoir non pas seulement les endroits où nous avons estimé avoir eu un certain succès, mais en plus ce qui, de la façon dont l'accord a été structuré, a été utile.

J'allais fouiller dans mon cartable pour regarder le document en question, mais une chose qui vient à l'esprit, c'est le fait que l'accord a pris en considération des particularités du Nord. Par exemple, alors que dans le Sud, l'accent était mis sur les temps d'attente, il y a une formulation particulière dans le Nord au sujet d'améliorer l'accès aux services. Dans le Nord, les temps d'attente ne sont pas le problème. Voilà un élément que je soulèverais. Cette formulation précisait les défis propres au Nord et ouvrait la porte à l'utilisation de ce financement pour faire face à ces défis.

M. Whitley : La question des temps d'attente est un exemple que j'allais utiliser aussi. C'est-à-dire qu'il est important que nous ayons la souplesse nécessaire pour pouvoir faire face aux

Requiring us to show progress on wait times, for example, was not that helpful. As my colleague pointed out, wait times is not so much an issue for us in the North.

We would like to take you up on the opportunity to look at the wording and provide you with a document on what we think the wording might have been and how it might have been improved or what worked. We have done some work on that, but we will provide that to the committee.

The Chair: I think what Senator Martin focused on were the two aspects, the last one that you mentioned, and also to note any language in the existing accord that allowed you to do things specifically. You mentioned the issue around wait times and being different from access to health care. If you could identify some of those specific examples in illustrating the point, both from the past and language for the future, it would be most helpful.

Senator Martin: I know it cannot be simplified in this way, but sometimes I like to see the matrix and have the number value and I can look at it and say, in sentence structure, a five. Having specific language or grids or matrices could be helpful. I do not know if those are some things that you would like to see that would help you measure and help you improve the accountability in the medical system.

We have heard of that lack of accountability or the need for more accountability and very specific targets. What I heard you say is that having something specific to the North is important and that is something we need to do in our next accord.

May I ask one more question regarding staffing? I have heard from clinicians that, in terms of infrastructure, some state-of-the-art clinics do exist in remote areas, but that, as you pointed out, the retention and attracting staff to those facilities is an issue.

I am curious: What percentage of staff would you say are from the North? That would start early on in the education process, modelling and mentoring in order to ensure that the people you have there are culturally sensitive and committed. Do you have a figure or an estimate as to how many people of the North stay and give back to the community in that way?

Ms. DeLancey: I cannot give you percentages today, senator. We can say that we certainly are seeing an increase, and we could follow up. In some of our investments in human resources, for example, we have medical student bursaries with a return of

problèmes auxquels nous sommes confrontés dans le Nord. Exiger de nous que nous améliorions les temps d'attente, par exemple, n'a pas été très utile. Comme l'a fait remarquer ma collègue, les temps d'attente ne constituent pas un problème si important pour nous dans le Nord.

Nous aimerions donner suite à l'occasion que vous nous donnez d'examiner la formulation et de vous fournir un document précisant ce qu'aurait pu être, à notre avis, la formulation, et comment elle aurait pu être améliorée ou ce qui a fonctionné. Nous avons fait un certain travail sur cette question, mais nous allons mettre cela à la disposition du comité.

Le président : Je pense que le sénateur Martin faisait référence à deux aspects, le dernier que vous avez mentionné, mais également noter la formulation, dans l'accord existant, qui vous a permis de faire les choses de manière particulière. Vous avez parlé de la question des temps d'attente et du fait que cela est différent de l'accès aux soins de santé. Si vous pouviez donner certains de ces exemples précis pour illustrer le point, aussi bien dans la formulation de l'ancien accord que dans la formulation future, ce serait très utile.

Le sénateur Martin : Je sais que cela ne peut être simplifié de cette façon mais parfois, j'aime voir la matrice et avoir des valeurs numériques; je peux alors regarder cela et dire, dans une structure de phrase, c'est un cinq. Avoir une formulation spécifique, ou des grilles, ou des matrices pourrait être utile. J'ignore si ce sont des choses que vous aimeriez voir qui vous aideraient à mesurer et à améliorer la responsabilisation dans le système médical.

Nous avons entendu parler de l'absence de responsabilisation et de la nécessité d'avoir plus de reddition de comptes et d'avoir des cibles plus précises. Ce que je vous ai entendu dire, c'est que le fait d'avoir quelque chose de particulier au Nord est important et c'est quelque chose que nous devons répéter dans le prochain accord.

Puis-je poser une autre question concernant la dotation en personnel? J'ai entendu des cliniciens dire qu'en termes d'infrastructure, il existe des cliniques ultramodernes dans les régions éloignées, mais que, comme vous l'avez signalé, c'est un problème d'attirer du personnel dans ces installations et de le maintenir en poste.

Je suis curieuse; à votre avis, quel pourcentage du personnel vient du Nord? Cela débiterait plus tôt dans le processus d'éducation, les modèles et le mentorat de manière à s'assurer que les gens que vous avez sont adaptés du point de vue culturel et engagés. Avez-vous un chiffre ou une estimation du nombre de personnes qui restent dans le Nord et qui redonnent à la collectivité de cette façon?

Mme DeLancey : Je ne peux vous donner des pourcentages aujourd'hui, sénateur. Nous pouvons dire qu'il y a certainement une augmentation, mais nous pourrions faire un suivi. Dans certains de nos investissements dans les ressources humaines, par

service, so we do see some of our youth who are going away to medical school coming back to the North. These are, of course, small numbers at this point.

In Aurora College we have a registered nurse program. At this point, we try to guarantee graduates a position. We have so many graduates who have gone to work in our territorial hospital in Yellowknife that there are no more vacancies. We have stabilized the nursing pool in Yellowknife. Similarly, we have a social work training program.

However, it is slow progress. As Mr. Heide noted earlier, in some cases, when we invest in training, we have kids who go south to medical school, but then they want to become cardiac surgeons, and we do not employ those in the North.

We will undertake to try to provide you more specific data.

Mr. Whitley: The interesting thing about your question is that for many years, our recruitment efforts were focused on trying to get medical professionals from elsewhere. We would provide northern allowances, top-ups, perks and benefits that would lure medical professionals to the North. To an extent, that has been relatively successful, although the retention part has sometimes not been as good as it could be.

We have changed our strategy around that now. Partly, that is because the nature of the North is changing. It used to be that northern communities, except for traditional Aboriginal and Inuit communities, were fairly transitory. People would come, stay for a few years, have a northern experience, and then leave.

What we are finding now is that just as more and more people are retiring in the North, more and more of our young people are coming back to live in the North. Therefore, we have altered our recruitment strategy for physicians, for example, to encourage our own graduates to go to medical school. In fact, I think we have seven young people now in medical schools across the country. We have secured a permanent ongoing seat at Memorial University, which specializes in remote communities in their medical program. We have started an LPN program at Yukon College in Whitehorse to essentially grow our own.

It is early days, of course, but we are finding that the likelihood of retaining medical professionals now is much stronger than simply trying to lure someone from another part of Canada or, in fact, another part of the world. In many instances, our internationally trained physicians or international medical graduates come to the Yukon, qualify within a year or two, and leave. For a time, Yukon was almost a portal to the rest of Canada for IMGs. That does not serve us in the long run. We are hopeful that this new strategy will yield fruit.

exemple, nous avons des bourses pour les étudiants en médecine accompagnées d'un service dans le Nord pendant un certain temps, alors nous voyons effectivement des jeunes qui partent vers les facultés de médecine et qui reviennent dans le Nord. Évidemment, en ce moment, les chiffres ne sont pas très élevés.

Au Collège Aurora, nous avons un programme d'infirmiers et d'infirmières autorisés. À l'heure actuelle, nous essayons de garantir un poste aux diplômés. Nous avons tellement de diplômés qui sont allés travailler dans notre hôpital territorial à Yellowknife qu'il n'y a plus de postes vacants. Nous avons stabilisé le bassin d'infirmiers et d'infirmières à Yellowknife. De la même manière, nous avons un programme de formation en travail social.

Toutefois, les progrès sont lents. Comme l'a fait remarquer M. Heide, dans certains cas, lorsque nous investissons dans la formation, les jeunes vont s'inscrire dans les facultés de médecine du Sud, et lorsqu'ils veulent devenir chirurgiens cardiaques, on n'a pas d'emploi à leur offrir dans le Nord.

Nous essaierons de vous fournir des données plus précises.

M. Whitley : Votre question soulève un point intéressant : pendant des années, on a cherché à recruter ailleurs les professionnels de la santé. Nous leur fournissions des indemnités, des suppléments de rémunération, des avantages et des privilèges afin de les attirer dans le Nord. Cela a relativement bien marché, même si nous n'avons pas eu un taux de rétention aussi élevé que nous l'aurions souhaité.

Nous avons aujourd'hui modifié notre stratégie; en partie, parce que la nature du Nord a changé. Mis à part les collectivités autochtones et inuites traditionnelles, les collectivités nordiques étaient plutôt mobiles : les gens venaient, restaient quelques années pour vivre leur expérience nordique, puis s'en repartaient.

Nous constatons aujourd'hui que de plus en plus de gens prennent leur retraite dans le Nord, et que de plus en plus de jeunes y reviennent. Nous avons donc modifié notre stratégie de recrutement des médecins, en encourageant, par exemple, nos propres diplômés à s'inscrire dans les facultés de médecine. Je crois en fait que nous y avons envoyé sept jeunes dans l'ensemble du pays. Nous avons par ailleurs obtenu un siège permanent à l'Université Memorial, où la faculté de médecine offre une spécialisation dans la santé des collectivités éloignées. Nous avons amorcé un programme pour infirmières et infirmiers autorisés au Collège du Yukon, à Whitehorse, afin de former notre propre personnel.

Il est évidemment encore trop tôt pour arriver à des conclusions définitives, mais nous constatons déjà qu'il est aujourd'hui plus facile de garder les professionnels de la santé que de les faire venir d'autres régions du Canada ou du monde. Dans bien des cas, nos médecins formés à l'étranger ou nos jeunes qui avaient obtenu un diplôme à l'étranger venaient au Yukon, se qualifiaient dans un délai d'un an ou deux, puis repartaient. Pendant un certain temps, le Yukon a presque été pour le reste du Canada un portail pour les diplômés internationaux en médecine. À long terme, ce n'est pas dans notre intérêt. Nous espérons ainsi que cette nouvelle stratégie portera fruit.

Senator Champagne: I was wondering if there was some kind of financial interest for young nurses or doctors to go. For example, I remember my husband coming back from a concert tour in all the territories. They went all the way to Grise Fiord. They travelled all around and met young teachers in school. A young couple, man and wife, went there and said: Yes, food is expensive. Yes, we live with records and DVDs that people mail to us. However, the money is so good. When we go back home in three or four years, we can buy a home and we are set for life.

Is it the same situation for medical personnel, doctors or nurses, that they would make more money going up North for two or three years than they would be making down South? Will they be negotiating with any of your governments or with the federal government, or is it a regular fee for everyone? I know that for teachers, there was a big difference.

Mr. Whitley: There is a different model of funding, senator, in the territories. I will let my colleague speak to how they pay their doctors and nurses over there.

With respect to our physicians, it is a fee-for-service arrangement whereby they do the work and charge the Yukon territorial government for each actual service that they deliver.

I do not think it is an overstatement to say that doctors in our territory make a very good living. We have a fairly strong retention of doctors who come to set up practice in the Yukon. I am not talking now about the international medical graduates; I am talking about doctors who are Canadian-qualified and come to establish a practice in the Yukon. I am not sure they would be happy about giving you a range, but they do okay.

Senator Champagne: I was wondering if they were making a little more than they would be making down South, like the teachers do. That was my question.

Mr. Whitley: I have not heard any complaints, although negotiations are coming up.

Senator Champagne: Do you still have problems retaining them?

Mr. Whitley: Not so much. Again, not the IMGs, but the doctors who come to the Yukon to set up their practices are pretty much with us. Because they are reaching their late fifties and sixties and now, we expect to replace them with the cohort that is presently in medical school.

With respect to nurses, there is a recruitment bonus and a retention bonus, and their salaries are very competitive. I have never heard that they can work for two years and buy a house in the South, but maybe that is a secret I do not know about.

Ms. DeLancey: Our physicians are on salary. This is a move we made about 10 years ago, and almost all of them are on salary. Again, we are in negotiations, but I can say that their salaries fall in a comfortable range relative to the rest of Canada. What we

Le sénateur Champagne : Je me demande s'il n'y avait pas quelque intérêt financier qui attirait les jeunes infirmières ou docteurs. Je me rappelle ce que mon mari m'avait dit à son retour d'une tournée dans tous les territoires. Ils étaient même allés jusqu'au fjord Grise. Bref, ils s'étaient déplacés un peu partout et avaient rencontré de jeunes enseignants. Un jeune couple, homme et femme, leur avait dit : « Oui, la nourriture est chère; oui, nous vivons grâce aux disques et aux DVD qu'on nous envoie par la poste. Mais la paye est tellement bonne que lorsque nous rentrerons chez nous dans trois ou quatre ans, nous pourrions nous acheter une maison et nous serons installés pour la vie.

Est-ce la même chose pour les membres du personnel médical, médecins ou infirmières, qui gagneraient beaucoup plus d'argent s'ils restaient deux ou trois ans dans le Nord? Doivent-ils pour cela négocier avec vos administrations ou est-ce le même traitement pour tout le monde? Je sais que pour les enseignants, la différence était énorme.

M. Whitley : Le modèle de financement est différent dans les territoires, madame. Je vais laisser mon collègue vous parler de la rémunération des médecins et des infirmières.

Les médecins sont rémunérés à l'acte et facturent le gouvernement territorial du Yukon.

Je ne pense pas qu'il soit exagéré de dire que les médecins gagnent très bien leur vie dans notre territoire. Le taux des médecins qui y établissent leur pratique et y restent est assez élevé. Je ne parle pas des diplômés internationaux en médecine mais de ceux qui ont obtenu leur diplôme au Canada et sont venus s'établir au Yukon. Je ne sais pas s'ils vous divulgueraient volontiers leur salaire, mais ils se débrouillent.

Le sénateur Champagne : Je me demandais s'ils gagnaient un peu plus que dans le Sud, comme les enseignants. C'était là ma question.

M. Whitley : Je n'ai pas entendu de plaintes, encore que les négociations approchent.

Le sénateur Champagne : Avez-vous toujours des problèmes à les garder?

M. Whitley : Pas autant. Encore une fois, je ne parle pas des diplômés internationaux en médecine mais des médecins qui viennent établir leur pratique au Yukon et qui sont là pour rester avec nous. Comme ils approchent maintenant la fin cinquantaine et soixantaine, nous nous attendons à ce qu'ils soient remplacés par la cohorte qui se trouve actuellement dans les facultés de médecine.

Quant aux infirmières, elles ont une indemnité d'embauche et de continuité d'emploi, et leurs salaires sont très concurrentiels. Je ne savais pas qu'elles pouvaient travailler deux ans et se construire une maison dans le Sud, mais peut-être est-ce un secret.

Mme DeLancey : Nos médecins sont salariés. Nous avons adopté cette approche il y a à peu près 10 ans et presque tous sont salariés. Encore une fois, nous sommes en négociations, mais je peux dire que leurs salaires sont confortables par rapport à ceux

really sell with moving physicians to salaries is lifestyle. We have found that we have actually been able to attract more physicians who are younger, who are interested in work-life balance and having parental leave and all those benefits of employment.

With respect to nurses, we are more challenged. We are not able to offer recruitment and retention bonuses because they are part of our broader union of government employees. Again, we do find that nurses respond to the lifestyle, the challenge of working in small communities, and the extra training that we provide them, and we do provide a number of educational incentives for nurses who are prepared to go into the remote communities.

I think the situation you have described with teachers does not exist in the Northwest Territories anymore, since we stopped paying for staff housing. The young teachers are now struggling in the North as well.

Senator Seidman: Actually, in an ongoing way, you have answered my question. You are really tackling a North-specific issue when you tackle the whole issue of human resources. Studies have shown that health outcomes are often improved when patients receive health care services in close proximity to their communities and to their friends and families, when they have their networks to support them, and when they have familiarity with the environment and the customs. This all helps in speeding up recovery. I am not sure if there is anything more you want to say about this because it is a very big issue.

I would like to continue talking about to what extent people from your local communities are meeting the demand for health care professionals, such as doctors, nurses, radiologists and lab technicians, anything that you might need for front-line primary care services and promotion of health. What type of incentives do you think could be most effective in promoting recruitment and ensuring that people stay there?

The Chair: Ms. DeLancey, could you focus in on the aspects of community health access that you have not touched on to this point?

Ms. DeLancey: Yes. Our biggest challenge in training community people to meet the needs is basic literacy levels and school success levels in the Northwest Territories, particularly amongst the Aboriginal population and the population in the remote communities outside Yellowknife and the regional centres.

It would be fair to say that to a great extent we have been successful. The non-Aboriginal kids who attend the regional high schools and do well are getting training and are taking advantage of our own programs and in many cases succeeding. In order to do a better job of getting more northerners, particularly Aboriginal northerners into the system, it is not something that we within the health department or the college system can control. It is really a basic educational achievement challenge, and it goes back to those inter-dependencies that my colleague talked about.

des médecins du reste du Canada. Ce que nous cherchons à leur vanter, c'est le style de vie. Nous avons pu attirer de jeunes médecins, qui cherchent un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle, et ont des congés parentaux et toute la gamme des avantages sociaux.

Côté infirmières, la situation est plus difficile. Nous ne pouvons pas leur offrir des indemnités de recrutement et de continuité d'emploi parce qu'elles font partie d'un grand syndicat de la fonction publique. Mais elles aussi sont sensibles à l'argument du style de vie, et elles aiment le défi que représente le travail dans les petites collectivités et la formation supplémentaire que nous leur offrons pour travailler dans les collectivités éloignées. Nous avons d'ailleurs diverses mesures d'encouragement aux études pour les infirmières qui sont prêtes à aller dans les collectivités isolées.

La situation que vous décrivez au sujet des enseignants n'existe plus dans les Territoires du Nord-Ouest, car nous avons arrêté d'offrir des indemnités de logement. La vie est donc maintenant aussi difficile pour les enseignants dans le Nord.

Le sénateur Seidman : En fait, tout au long de votre intervention, vous avez répondu à ma question. Lorsque vous abordez le thème global des ressources humaines, vous touchez réellement à un enjeu particulier au Nord. Les études ont prouvé que les résultats en matière de santé sont souvent meilleurs lorsque les patients sont soignés dans leur collectivité, à proximité de leurs amis et parents, lorsqu'ils ont des réseaux pour les appuyer et lorsqu'ils connaissent bien l'environnement et les coutumes. Tous ces éléments contribuent à la guérison. Je ne sais pas si vous avez quelque chose à ajouter à ce sujet, qui est extrêmement important.

J'aimerais poursuivre en vous demandant dans quelle mesure les collectivités locales sont en mesure de trouver les professionnels de la santé dont elles ont besoin, à savoir médecins, infirmières, radiologues et techniciens de laboratoire, bref tous ceux qui œuvrent en première ligne et font de la prévention. Quel genre de mesures seraient les plus propices au recrutement et au maintien en place de ce personnel?

Le président : Madame DeLancey, pourriez-vous vous pencher sur les éléments de l'accès aux services de santé communautaire que vous n'avez pas encore traités?

Mme DeLancey : Oui. Notre plus grand défi est de répondre aux besoins les plus criants en matière d'alphabétisation et de succès scolaire dans les Territoires du Nord-Ouest, surtout chez les Autochtones et dans les collectivités qui sont loin de Yellowknife et des centres régionaux.

Il serait juste de dire que, dans une large mesure, nous avons réussi. Les enfants non autochtones qui fréquentent les écoles secondaires régionales réussissent et tirent profit de nos programmes. Pour ce qui est d'intégrer au système davantage de gens du Nord, et surtout d'Autochtones, nos services de santé et réseaux de collèges n'en ont pas le contrôle. Nous touchons là à un défi fondamental de l'éducation qui relève de ces éléments d'interdépendance dont parlait mon collègue.

The Chair: Earlier you said something that sounded to me kind of like a staff physician character. Could you elaborate with regard to that? Is that a concept you are using in the Northwest Territories, a staff physician kind of position? Perhaps I misinterpreted what you said.

Ms. DeLancey: A staff physician?

The Chair: Yes.

Ms. DeLancey: Yes. Our entire complement of physicians are employees, except for three or four. They are on salary.

The Chair: That is what you meant when you said they are all salaried?

Ms. DeLancey: That is right.

The Chair: Thank you. I just wanted to make sure there was not a distinction. Mr. Whitley, did you have a follow-up?

Mr. Whitley: Just a quick addendum, Mr. Chair. We recently had a conversation with some of our professional staff, non-doctors, about needs and what attracts them to the Yukon. It will be no surprise to you that what we are finding is that young people are interested in variety. They are not interested in settling in a community for long periods of time any longer. They are interested in time off to explore their particular passions; they are interested in work-life balance; and they are interested in technology. In other words, everything that you would expect from young people now, in any realm of endeavour, we have to start catering toward that kind of persona.

The difficulty with that is that we have issues that relate to continuity of care. The idea of the family doctor or the local nurse that has been in a community for 25 years — I am not sure I should be saying this — is probably a thing of the past. I think in remote communities we will see more of a cohort that will supply care. We are thinking of that now in obstetric care in Whitehorse, that the person who actually sees you through your pregnancy may not be the person who delivers you simply because doctors are no longer interested in a 24-7 lifestyle that perhaps a generation ago was taken for granted.

We are looking at changing our approach at how we recruit nurses. On the other hand, we have to take into account the impact that will have on our traditional views of what health care is all about.

Senator Champagne: I was reading, and you were saying, that you are training nurses to be midwives, especially in the remote communities. In your presentation on the Yukon, you indicated that you have one main hospital and two cottage hospitals. We all know that in delivering a child, there is a chance that something could go wrong.

Le président : Vous avez dit quelque chose qui évoquait un type de médecin salarié. Pourriez-vous élaborer? Est-ce un concept utilisé dans les Territoires du Nord-Ouest, une sorte de poste de médecin salarié? Peut-être vous ai-je mal compris.

Mme DeLancey : Un médecin salarié?

Le président : Oui.

Mme DeLancey : Oui, l'effectif complet de médecins est constitué d'employés, à part trois ou quatre. Ils reçoivent un salaire.

Le président : C'est ce que vous vouliez dire lorsque vous affirmiez que ce sont tous des salariés?

Mme DeLancey : C'est exact.

Le président : Merci, je voulais juste m'assurer qu'il ne s'agissait pas d'autre chose. Monsieur Whitley, avez-vous un commentaire à ajouter?

M. Whitley : Juste une petite remarque, monsieur le président. Nous avons eu récemment une conversation avec des professionnels qui ne sont pas médecins, à propos des besoins et de ce qui les attire au Yukon. Vous ne serez pas surpris d'apprendre que c'est la variété qui intéresse les jeunes. Ils ne se soucient plus guère de s'installer pendant longtemps dans une collectivité. Ils veulent avoir du temps pour explorer leurs passions particulières; ils souhaitent un équilibre entre la vie professionnelle et personnelle; ils s'intéressent à la technologie. En d'autres mots, tout ce à quoi vous vous attendriez de la part de jeunes gens d'aujourd'hui, dans n'importe quelle sorte d'entreprise, c'est cela que nous devons chercher à leur fournir.

Dans ce contexte, c'est la continuité des soins qui pose problème. Le concept de médecin de famille ou d'infirmière locale qui vivent depuis 25 ans dans la collectivité — peut-être ne devrais-je pas dire cela — est probablement chose du passé. Dans les collectivités éloignées, nous aurons, je crois, de plus en plus affaire à une cohorte pourvoyeuse de soins. C'est ce que nous envisageons actuellement dans le département d'obstétrique de Whitehorse. Autrement dit, la personne qui vous suit pendant la grossesse ne sera peut-être pas celle qui vous fera accoucher tout simplement parce que les docteurs ne veulent plus être disponibles 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, comme on le tenait peut-être pour acquis il y a de cela une génération.

Nous envisageons de modifier notre mode de recrutement des infirmières. Ce faisant, nous devons tenir compte des conséquences que cela aura sur les concepts traditionnels de soins de santé.

Le sénateur Champagne : Je lisais, et vous disiez, que vous formiez des infirmières au métier de sage-femme, surtout dans les collectivités éloignées. Dans votre exposé sur le Yukon, vous indiquiez que vous aviez un hôpital principal et deux hôpitaux communautaires. Nous savons tous par ailleurs qu'un accouchement n'est pas sans risque.

Is there a way — for example, from the cottage hospitals — that telehealth could be helpful? If someone was having problems in one of the cottages or something, would they be able to use a computer or television to get help from a doctor who might be on duty in the hospital? Is that possible?

Mr. Whitley: I think that is possible in the abstract. However, in the Yukon, midwives as yet do not practice, at least in a regulated way. They practice informally, but they are not regulated and are not funded by the government. It is a matter of ongoing discussion right now about credentials, regulation and funding.

I think midwives are active in the other two territories, so perhaps I can direct that question to my colleagues.

Mr. Heide: With respect to the use of telemedicine around birthing, with the peripherals around the telemedicine system, you can use ultrasounds and fetal heart monitors, which are all connected into the telemedicine system. It is a matter of practice and a matter of having the right provider on one end to deliver and the right provider on the other end providing support and advice to the person in the community. It is always a matter of balance.

Yes, there are some ways and some technologies to support out-of-hospital births.

Senator Champagne: Whatever this new accord can bring to facilitate this possibility as far as white band or whatever to ensure that it can be sent to a hospital where a doctor is on duty would be helpful, would it?

Mr. Heide: Yes.

Senator Braley: I have heard a lot of good and interesting things in the development of the health care system.

What role can the federal government play in the future? If you cannot answer that today, maybe you have to send in a bit of a written report for us to be able to help. What role can the federal government play in helping to manage your systems and your territories? It has to be simple so that everyone understands.

The Chair: Without attempting to solve the entire health care system in your answer, perhaps the senator is looking for a clear focus on something that stands out at this point and then to follow up with further thoughts.

Senator Braley: Exactly.

Mr. Whitley: The obvious answer is to continue to help fund what we do. I think even more important than that is the need to have the federal government lay out exactly where its role is in relation to health care. It is simply not helpful to say that this is a provincial-territorial responsibility and *ex gratia* we are helping out with the funding.

Serait-il possible d'utiliser la télésanté, par exemple, dans les hôpitaux communautaires. Grâce à l'ordinateur ou à la télévision, ne pourrait-on pas obtenir l'aide du médecin de service dans l'hôpital principal?

M. Whitley : Théoriquement, je crois que c'est possible. Au Yukon toutefois, les sages-femmes ne pratiquent pas encore, du moins en vertu d'un règlement. Leur pratique est officieuse, et elle n'est ni réglementée ni financée par le gouvernement. Il y a d'ailleurs en ce moment des pourparlers à propos des titres de compétences, de la réglementation et du financement.

Les sages-femmes pratiquant dans deux autres territoires, je devrais peut-être poser la question à mes collègues.

M. Heide : Par rapport à l'utilisation de la télémédecine dans les accouchements, vous pouvez ajouter au réseau des périphériques comme des appareils à ultrasons et des appareils de surveillance du rythme cardiaque fœtal. Ce n'est plus alors qu'une question de pratique dans laquelle un fournisseur offre son appui à un autre fournisseur qui conseille le patient hospitalisé dans l'hôpital communautaire. C'est toujours une question d'équilibre.

Oui, il y a des moyens et des technologies utiles pour les naissances qui ont lieu en dehors des hôpitaux.

Le sénateur Champagne : Tout ce que ce nouvel accord peut apporter pour faciliter cette possibilité par rapport aux bandes blanches ou autres éléments que l'on peut envoyer à l'hôpital où un docteur est en service, tout cela serait utile, n'est-ce pas?

M. Heide : Oui.

Le sénateur Braley : J'ai entendu de bonnes et intéressantes choses dans l'élaboration du système de soins de santé.

Quel rôle le gouvernement fédéral peut-il jouer à l'avenir? Si vous ne pouvez pas répondre à cette question aujourd'hui, vous pourriez nous envoyer un rapport écrit un peu plus tard. Nous pourrions ainsi vous aider. Quel rôle le gouvernement fédéral peut-il jouer dans la gestion de vos systèmes et de vos territoires? Il faut que cela soit simple pour que tout le monde puisse comprendre.

Le président : Le sénateur ne s'attend pas à ce que vous nous fournissiez dans votre réponse une solution pour l'ensemble du système de soins de santé. Il voudrait peut-être que l'on mette l'accent sur des éléments qui ressortent actuellement pour pouvoir y donner suite.

Le sénateur Braley : Exactement.

M. Whitley : La réponse évidente serait de poursuivre le financement de ce que nous faisons. Mais il y a, je crois, un point encore plus important : le gouvernement fédéral doit préciser exactement quel est son rôle par rapport aux soins de santé. Cela ne suffit pas de dire qu'il s'agit d'une responsabilité provinciale ou territoriale et que, à titre gracieux, il contribue au financement.

The fact is that health care is a defining plank in our citizenship as Canadians. There is not a Canadian, I think, on the face of this country that would consider himself or herself a citizen of this country without considering that health care is central to that identity.

For that reason alone, the federal government has a responsibility to lay out exactly where it stands in relation to health care. If we knew that, our partnership could move forward in a much more effective way rather than what appears to be from a distance a dance that does not seem to have an end to it until an actual drop-dead date is set.

The conversation that takes place between jurisdictions would take place in a much more rational and sensible way if we all knew what our roles were. We have the role of delivering health care services in our jurisdictions. We know that. That is clear.

However, when it comes to the federal government, if you take away the military, and First Nations to an extent, and other small pockets of clear federal interest, it is not so clear any longer. In my respectful opinion, and this is without consulting with my new minister, who actually has not been appointed yet, that is probably one of the most important things that the new accord could establish.

Ms. DeLancey: We would identify two things. The first is, on an ongoing basis, to recognize that our territories will continue to need some support with those high-cost areas over which we have no control, like medical travel, especially when the territories are so limited in our ability to raise own-source revenues. That is where Canada really can play a role over the longer term. In the short term, it is recognizing that the flexibility we get from a fund like THSSI has allowed us to do the research and to put in place some innovations and some one-time investments that will help change how we deliver services. That support is critical as well.

Senator Braley: Does travel get replaced if we had robotics and someone in Ontario doing the surgery on someone in your territory?

Ms. DeLancey: Actually, we are seeing the ability to reduce medical travel through the use of e-health and telehealth, and we are doing that to some extent right now. At the same time, there are some situations where medical travel is never going to be replaced, particularly as we have an aging population, a greater percentage of people who are seniors and have more acute needs and need to travel out. We also have an injury rate that is twice the Canadian average. There are some situations where we have no control. People will need to travel. We are seeing some changes, and I think it is safe to say that the savings we realize in medical travel by using technology and e-health may be offset by the pressures of an aging population.

Mr. Whitley: It is not a one-way street. It is not as if you give us the money and we take care of the delivery. I think it is entirely appropriate that the federal government insists on accountabilities

Le fait est que les soins de santé sont un élément déterminant de notre citoyenneté canadienne. Personne dans ce pays ne se considérerait citoyen canadien si les soins de santé n'étaient pas au cœur de cette identité.

Pour cette seule raison, le gouvernement fédéral a la responsabilité de préciser exactement sa position. Si nous le savions, notre partenariat pourrait évoluer beaucoup plus efficacement. Ce partenariat ressemble en effet aujourd'hui à une danse que l'on voit de loin et qui ne cesserait qu'à la mort d'un des deux partenaires.

La conversation que tiennent les deux administrations serait beaucoup plus rationnelle et intelligente si nous savions tous quel était notre rôle. Nous savons bien toutefois que c'est à nous qu'il revient d'exécuter les services de soins de santé. Ce rôle est clair.

Quand on en vient par contre au rôle du gouvernement fédéral, si l'on exclut l'armée, les Premières nations et quelques autres secteurs de modeste envergure, ce rôle n'est plus tout à fait aussi clair. Avec tout le respect que je vous dois et sans avoir consulté notre nouveau ministre, qui en fait n'a même pas encore été nommé, c'est probablement l'un des éléments les plus importants qu'un nouvel accord pourrait établir.

Mme DeLancey : Nous verrions deux éléments. Premièrement, et de façon permanente, reconnaître que nos territoires continueront d'avoir besoin d'aide pour assumer les coûts élevés sur lesquels ils n'ont pas de contrôle, comme les déplacements médicaux, surtout si l'on pense à leurs capacités si limitées d'accroître leurs recettes. C'est là où le Canada peut jouer un rôle à long terme. À court terme, reconnaître que la souplesse que nous donne un fonds comme celui de l'IVSST nous a permis de faire de la recherche et de mettre en place certaines innovations et certains investissements ponctuels en vue de changer les modalités de prestation des services. Cet appui est lui aussi critique.

Le sénateur Braley : Ne pourrait-on pas remplacer les déplacements par des robots qui seraient manipulés par des chirurgiens à partir de l'Ontario?

Mme DeLancey : En fait, nous envisageons la possibilité de réduire les déplacements médicaux grâce à la cybersanté et à la télésanté; et nous le faisons déjà dans une certaine mesure. Il y a en même temps des cas où l'on ne pourra jamais les remplacer. En effet, avec le vieillissement de la population, de plus en plus d'aînés auront des besoins aigus et devront se déplacer pour être soignés. Par ailleurs, les taux de blessures sont le double de la moyenne canadienne. Il y a des situations sur lesquelles nous n'avons pas de contrôle. Des gens auront toujours besoin de se déplacer. Nous voyons certes des changements, mais l'on peut dire sans se tromper que les économies réalisées grâce à l'utilisation de la cybersanté et des technologies pour remplacer les déplacements pourraient être annulées par les pressions qu'apporte sur le système une population vieillissante.

M. Whitley : Il ne s'agit pas d'un processus à sens unique. Ce n'est pas comme si vous nous donniez l'argent et que nous nous occupions de la mise en œuvre. Je crois que pour tout accord qui sera

in any accord that moves forward after 2014 — accountabilities in relation to cost containment, accountabilities in relation access to health care, and accountabilities in relation to innovation and creativity. All those kinds of things are as important. Even as sometimes we chafe under the restrictions that the federal government imposes, we think that is entirely appropriate in return for the continued support of the federal government.

Senator Braley: I still think it has to come from within. You tell us how we can help and the best way to do it, and then we can decide whether it is cost-effective or not and apply the basic principles or shuffle the responsibilities and the priorities around. There is only so much money, and it cannot grow if inflation is 2 per cent by 6 or 8 per cent a year. Rationalizations and cost-effectiveness have to be put in. That is why we need your help to tell you how to do it, and we will listen.

The Chair: I think the take-away, and where Senator Braley is going with that, if I can be so bold as to take it a little further, is that it is not just the issue of telling us that one level has responsibility overriding or another has a certain responsibility or the issue of money but, rather, what are the specific directions? What kind of focus can help with regard to an actual program? Money and general responsibility, in their own right, do not solve things. The actual action plans and strategies are required. I think Senator Braley was hoping that you might, as you leave here, reflect on that to some degree and further illustrate for us, if you can, some specific strategies.

With that, and in pulling the meeting to a conclusion, I would like to summarize a little bit here. We have actually heard some very interesting things today. We would have expected that. You represent a remarkable stretch of total territory, using that in the broad sense of the three regions that we are hearing from today, directly and indirectly. We are aware that you have to a large degree what other parts of Canada have to a smaller degree in terms of their population. You have illustrated a number of those issues.

From my own point of view, I have been pleasantly enlightened by your comments with regard to medically trained personnel and a number of other infrastructure issues. On the other hand, you have illustrated significant issues that are based clearly in larger social issues and community issues of a larger nature. The solutions to those will require looking at other than just how you deliver vaccines. They have to look at how you get at the social structure overall.

To come in to some specific examples, you have been very positive with regard to some of the applications to this point with regard to video conferencing, electronic access and so on. In fact, I think probably most people in the room have seen in the news over the last couple of years, in particular, fairly dramatic examples of the use of even television access through to specific situations that have occurred in the North.

ratifié après 2014, il est tout à fait approprié que le gouvernement fédéral exige la responsabilisation — responsabilisation concernant la limitation des coûts, l'accès aux soins de santé, et l'innovation et la créativité. Ces enjeux sont tous d'égale importance. Même si les restrictions imposées par le gouvernement fédéral nous irritent parfois, nous pensons que c'est tout à fait approprié s'il nous soutient de façon continue.

Le sénateur Braley : Je suis tout de même d'avis que cela doit venir de l'intérieur. Vous nous dites de quelle façon nous pouvons le mieux vous aider, et ensuite nous déterminons si c'est rentable et appliquons les principes de base ou attribuons les responsabilités et modifions les priorités. Les sommes sont limitées et ne peuvent pas augmenter de 6 ou de 8 p. 100 par année si l'inflation est à 2 p. 100. La rationalisation et la rentabilité sont nécessaires. C'est pourquoi nous avons besoin que vous nous disiez comment procéder, et nous vous écouterons.

Le président : Je pense que ce que veut dire le sénateur Braley, si je peux me permettre d'ajouter quelque chose, c'est qu'il ne s'agit pas seulement de nous dire qu'un ordre de gouvernement a des responsabilités prédominantes ou qu'un autre a certaines responsabilités, ou de la question de l'argent, mais plutôt de l'orientation exacte. Comment orienter les choses pour des programmes? L'argent et les responsabilités générales en tant que telles ne règlent pas les problèmes. Il faut mettre en œuvre des plans d'action et des stratégies. Je pense que le sénateur Braley espérait que puisque vous nous quittez, vous vous exprimiez à ce sujet dans une certaine mesure et nous donniez des exemples de stratégies, si possible.

Cela dit, et c'est ce qui nous mènera à la fin de la séance, j'aimerais récapituler un peu les choses. Nous avons entendu des choses très intéressantes aujourd'hui. C'est ce à quoi nous nous attendions. Vous représentez un vaste territoire; je fais référence aux trois régions que vous représentez et qui se sont exprimées aujourd'hui de façon directe et indirecte. Nous sommes conscients que pour ce qui est de la population, vous avez des problèmes que d'autres régions du Canada ont dans une moindre mesure. Vous avez donné un certain nombre d'exemples.

Pour ma part, ce que vous avez dit au sujet du personnel médical formé et d'un certain nombre d'autres questions liées à l'infrastructure m'a éclairé. Par ailleurs, vous avez donné des exemples de problèmes importants qui découlent clairement de problèmes sociaux et communautaires plus vastes. Pour résoudre ces problèmes, il ne suffira pas d'examiner la façon dont les vaccins sont administrés. Il faut examiner les façons de changer la structure sociale en général.

En ce qui concerne les exemples précis que vous nous avez donnés, vous avez dit des choses très positives au sujet du recours à la vidéoconférence et de l'accès électronique, par exemple. En fait, je pense que ces dernières années en particulier, la plupart des gens ici ont probablement vu aux nouvelles des exemples éloquentes où l'on utilisait même la télévision pour des situations précises dans le Nord.

When you are reflecting on your meeting with us today, could you think about the specific successes that you can identify in the electronic health record through the video access issues? Perhaps you could provide some examples there. In addition, is there anything innovative that you believe in this area that has facilitated something in the North that you are not aware of that you have seen in just the general literature on the use of technology?

Beyond that, I would like to come back to the concept of innovation and see if you can identify innovative delivery methods and programs, either that you have implemented and you think there is room for further application, or those things that you are aware of from elsewhere that you think might have real application in the North. We are seeing overall some narrow innovations that are not getting broadly applied, and innovation is only useful if it is applied in a broad sense. It really is not innovation until it gets beyond the initial demonstration site into the larger community. I have gotten the sense that you are willing in your areas to look at things in a slightly different way. Could you identify innovative practices for us that you think might hold promise or have shown promise? To come back to something I said a moment ago, if there are any truly innovative situations that you recognize, in thinking about it, that you have implemented in the North that might have broader application as well, it is a two-way street, hopefully, in the health care application.

With that, on behalf of my colleagues, I thank you for the very thoughtful and careful way you have responded to their questions. I think it would be fair to say we have gotten a very good insight into issues that you are dealing with, from a very positive and constructive point of view. I want to thank you for that in particular. Finally, on behalf of my colleagues, thank you for having attended. The clerk will attempt to identify specific questions where they occur. You have the sense to think more broadly and come back with things you may not have mentioned to this point, beyond the questions that were specifically asked.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Thursday, November 3, 2011

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

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

[*English*]

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

[*Translation*]

I welcome you to the Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Après notre réunion d'aujourd'hui, pourriez-vous penser aux réussites que vous connaissez, des dossiers de santé électroniques à l'accès à la vidéo? Vous pourriez nous donner des exemples. De plus, y a-t-il des innovations à cet égard qui ont été utiles dans le Nord que vous ne connaissez pas, mais au sujet desquelles vous avez lu dans la littérature portant sur l'utilisation de la technologie?

Au-delà de cela, j'aimerais revenir sur l'idée d'innovation et savoir si vous pouvez relever des méthodes et des programmes novateurs que vous avez appliqués et qui pourraient être appliqués ailleurs selon vous, ou bien qui existent ailleurs et qui seraient applicables dans le Nord. En général, les innovations sont limitées et ne sont pas apportées de façon globale, et les innovations ne servent à rien si elles ne sont pas apportées de façon globale. On ne peut vraiment pas parler d'innovation tant qu'elle n'a pas dépassé l'étape d'essai dans une grande collectivité. J'ai senti que vous étiez prêts à examiner les choses de façon un peu différente. Pourriez-vous relever des pratiques novatrices qui selon vous pourraient être prometteuses ou qui le sont déjà? Pour revenir à ce que j'ai dit il y a un moment, si après réflexion, il y a des exemples que vous trouvez vraiment novateurs, que vous avez appliqués dans le Nord et qui pourraient se généraliser, il est à espérer que ce n'est pas un processus à sens unique dans les soins de santé.

Sur ce, au nom de mes collègues, je vous remercie d'avoir répondu aux questions des membres du comité de façon très réfléchie et précise. Il est juste de dire que vous nous avez donné une très bonne idée des problèmes que vous affrontez, et de façon très constructive. Je veux vous remercier de cela en particulier. En terminant, au nom de mes collègues, je vous remercie de votre présence. La greffière tentera de cerner les questions précises. Vous savez que vous pouvez y réfléchir davantage et nous donner d'autres renseignements qui peuvent aller au-delà des questions qui vous ont été posées aujourd'hui.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le jeudi 3 novembre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 28, 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 sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[English]

I am Kelvin Ogilvie, a senator from Nova Scotia and chair of the committee. I will ask my colleagues to introduce themselves.

Senator Seidman: Senator Seidman from Montreal, Quebec.

[Translation]

Senator Verner: I am Senator Josée Verner from Quebec City.

Senator Demers: Senator Jacques Demers from Hudson, Quebec.

[English]

Senator Braley: Senator Braley from Ontario.

Senator Hubley: Senator Hubley from Prince Edward Island.

Senator Merchant: Senator Merchant from Saskatchewan.

Senator Dyck: Senator Dyck from Saskatchewan.

Senator Eggleton: Senator Eggleton, deputy chair of the committee, from Toronto.

The Chair: Thank you very much. I want to remind us all that we are continuing our study, as directed by the Senate of Canada, to examine progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care in Canada. This is our ninth meeting. The overall title of this meeting is prevention, promotion and public health.

We have five presenters this morning. I will introduce them as I call them to speak. We have an agreed order and I will call them in that order. I would remind my colleagues that because of the number of witnesses, I would implore you to be efficient with words in putting your questions so that we can get all of your questions on the record.

With that, I will start with the Public Health Agency of Canada and ask Dr. David Butler-Jones, the Chief Public Health Officer, to begin his presentation.

Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer, Public Health Agency of Canada: Mr. Chair and members of the committee, thank you for inviting me to speak today. It is a pleasure to be here this morning to discuss progress on the public health aspects of the 2004 health accord.

[Translation]

I would like to start with a description of what is meant by public health.

[Traduction]

Je m'appelle Kelvin Ogilvie. Je suis un sénateur de la Nouvelle-Écosse et le président du comité. Je vais demander à mes collègues de se présenter.

Le sénateur Seidman : Je suis le sénateur Seidman, de Montréal, Québec.

[Français]

Le sénateur Verner : Je suis le sénateur Josée Verner, de Québec.

Le sénateur Demers : Sénateur Jacques Demers, de Hudson, Québec.

[Traduction]

Le sénateur Braley : Sénateur Braley, de l'Ontario.

Le sénateur Hubley : Sénateur Hubley, de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le sénateur Merchant : Sénateur Merchant, de la Saskatchewan.

Le sénateur Dyck : Sénateur Dyck, de la Saskatchewan.

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

Le président : Merci beaucoup. Je rappelle à tous que nous poursuivons notre étude, selon les directives du Sénat du Canada, sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé au Canada. Nous en sommes à notre neuvième séance. Elle portera principalement sur la prévention, la promotion et la santé publique.

Nous avons cinq témoins à entendre ce matin. Je vais les présenter au fur et à mesure. Nous avons établi un ordre, et je vais présenter les témoins dans cet ordre. En raison du nombre de témoins, je demande à mes collègues d'être le plus concis possible dans leurs questions, afin que tout le monde puisse prendre la parole.

Sur ce, nous allons commencer par l'Agence de la santé publique du Canada, et je vais demander au Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique, de présenter son exposé.

Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada : Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. Je me réjouis d'être ici ce matin pour discuter des progrès accomplis en ce qui concerne les aspects de l'accord de 2004 portant sur la santé publique.

[Français]

J'aimerais d'abord donner une description de la santé publique.

[English]

Public health is the organized efforts of society to improve health and well-being and to reduce inequalities of health. Put simply, it is about promoting good health, preventing disease, protecting the population and prolonging life.

While care is about the individual and about treatment for disease and injury, public health focuses on the whole population, preventing the need for that treatment. While health care is primarily a provincial and territorial responsibility, public health is the responsibility of all levels of government and involves all sectors of society — health, transportation, justice, education, environment and beyond. These are all connected, and our health and prosperity rely on the interplay between them. The level of success is dependent on all sectors acting together. Public health is a team sport, with the shared goal of a healthy population, the added benefit of which is a more sustainable health care system. Together, public health and health care make for a complete health system.

[Translation]

Since the 2004 health accord, the public health landscape has changed for the better in Canada.

[English]

The accord helped put public health on the agenda and made it part of the conversation. Before the accord, public health was rarely if ever on the agenda of federal, provincial, ministerial or deputy ministers' tables, let alone a top-of-mind issue for Canadians. However, in the wake of the SARS outbreak in 2003, the momentum was finally there for calls to action on a more collective approach to addressing public health challenges in Canada — among them, calls for a national immunization strategy and the Pan-Canadian Public Health Network. While these initiatives predated the accord by a few months, they were validated by this renewed focus on public health.

[Translation]

These are some of the areas I want to touch on today.

[English]

The context surrounding the timing of the accord is important here. SARS occurring a year earlier was truly a national wake-up call, if not for the world. The untimely deaths, illnesses and costs it created were the salt on the wound of a badly fragmented system.

There was a recognition that during an emergency is not the time to be exchanging business cards. We needed to build trusted relationships and practised networks that transcend borders and

[Traduction]

Il s'agit des efforts structurés déployés par la société pour améliorer la santé et le bien-être et réduire les inégalités en matière de santé. La santé publique, c'est tout simplement la promotion d'une bonne santé, la prévention des maladies, la protection de la population et la prolongation de la vie.

Les soins de santé concernent l'individu et sont liés au traitement des maladies et des blessures, alors que la santé publique est axée sur l'ensemble de la population et permet d'éviter que ce traitement soit nécessaire. Les soins de santé relèvent avant tout des provinces et des territoires, alors que la santé publique est la responsabilité de tous les ordres de gouvernement et comprend tous les secteurs de la société — la santé, le transport, la justice, l'éducation, l'environnement et les autres domaines, qui sont tous liés. Notre santé et notre prospérité dépendent de leur influence réciproque; le niveau de succès dépend de la collaboration entre tous les secteurs. La santé publique est un sport d'équipe axé sur un objectif commun : une population en santé. Et l'avantage qui en découle est un système de santé plus durable. Ensemble, la santé publique et les soins de santé constituent un système de santé complet.

[Français]

Depuis l'accord sur la santé de 2004, la situation dans le domaine de la santé publique s'est améliorée au Canada.

[Traduction]

L'accord a contribué à placer la santé publique à l'ordre du jour et à l'inclure dans les discussions. Auparavant, la santé publique se trouvait rarement, voire jamais, à l'ordre du jour des réunions des ministres ou sous-ministres fédéraux et provinciaux, et elle était encore moins un enjeu prioritaire pour les Canadiens. Mais l'écllosion du SRAS, en 2003, a donné l'élan nécessaire pour passer à l'action en établissant une approche plus collective permettant de relever les défis liés à la santé publique au Canada, dont la stratégie nationale d'immunisation et le Réseau pancanadien de santé publique. Même si ces initiatives ont été entreprises quelques mois avant l'accord, elles ont été validées par cet intérêt renouvelé en matière de santé publique.

[Français]

Ces points prioritaires font partie de ceux que je veux aborder aujourd'hui.

[Traduction]

Le contexte entourant le moment de la signature de l'accord est important, car le SRAS, qui était apparu une année plus tôt, a véritablement provoqué une prise de conscience à l'échelle nationale, et même mondiale. Les maladies, décès et coûts inattendus causés par le SRAS ont agi comme le sel dans la plaie d'un système sérieusement fragmenté.

Il était évident que la situation d'urgence qui existait ne se prêtait pas à l'échange de cartes professionnelles. Nous devions nouer des relations fiables et mettre en place des réseaux éprouvés

jurisdictions before an emergency. The network has since been one of our most important success stories and has provided a means of facilitating effective coordination between provincial, territorial and federal players.

This new level of collaboration became indispensable during coordinated efforts in the 2009 H1N1 pandemic. In terms of collaboration, the way jurisdictions, communities and individuals came together to address H1N1 was unprecedented. It resulted in Canada having one of if not the best response in the world.

[*Translation*]

Canada's management of H1N1 was not our only success.

[*English*]

We have used the Pan-Canadian Public Health Network to negotiate and sign two memoranda of understanding on information sharing and provision of mutual aid during health emergencies with provinces and territories. It was also used to negotiate the declaration on prevention and promotion, which was endorsed by ministers of health and healthy living last year, then endorsed by ministers of sport and recreation and engaging ministers of education.

We are working together to address, for one, childhood obesity as a particular concern. Otherwise, this may be the first generation of children not to live as long as or as healthy as their parents. Mixing policy and practice and different levels of government and experts keeps us all on the same page, working toward the same aims. It is much more powerful when we are all rowing in the same direction.

The PHN provided a mechanism that allowed us to get down to work on helping Canadians avoid preventable infectious and chronic diseases. On the former, we have the National Immunization Strategy, and on the latter, the Pan-Canadian Healthy Living Strategy. I will begin with the NIS.

Through the National Immunization Strategy, the Government of Canada is collaborating with all jurisdictions to prevent diseases by maximizing equitable and timely access to vaccines for all Canadians. The government has also supported immunization through trust funds, including through a three-year, \$300-million trust to introduce four new childhood and adolescent vaccine programs to prevent meningitis, pneumonia, chicken pox and whooping cough. All provinces and territories now have publicly funded immunization programs for these diseases. Today, twice as many Canadian children and youth in every province and territory are protected from the dangers of these.

allant au-delà des frontières et des administrations avant que ne survienne une urgence. Depuis, le réseau est l'une de nos plus grandes réussites. Il permet aux intervenants provinciaux, territoriaux et fédéraux de coordonner efficacement leurs efforts.

Ce nouveau niveau de collaboration est devenu essentiel pendant le déploiement d'efforts coordonnés pour lutter contre la pandémie de grippe H1N1, en 2009. La collaboration entre les administrations, les collectivités et les individus dans la lutte contre la grippe H1N1 a été sans précédent. Par conséquent, le Canada avait l'une des meilleures capacités d'intervention au monde, sinon la meilleure.

[*Français*]

La gestion de la pandémie de grippe H1N1 n'a pas été la seule réussite du Canada.

[*Traduction*]

Nous avons utilisé le Réseau pancanadien de santé publique pour négocier et signer deux protocoles d'entente sur l'échange d'information et l'entraide en cas d'urgence sanitaire avec les provinces et les territoires, ainsi que pour négocier la Déclaration sur la prévention et la promotion, qui a été approuvée par les ministres de la Santé et des Modes de vie sains l'année dernière, puis par les ministres des Sports et des Loisirs, et qui suscite l'intérêt des ministres de l'Éducation.

Nous collaborons pour lutter notamment contre le problème de l'obésité infantile, sans quoi il se pourrait bien que ce soit la première génération d'enfants qui vivront moins vieux et moins en santé que leurs parents. En combinant politique et pratique et en regroupant divers ordres de gouvernement et divers experts, nous pourrions demeurer unis et travailler à l'atteinte des mêmes objectifs. Nous sommes beaucoup plus efficaces quand nous allons tous dans la même direction.

Le Réseau de santé publique nous a donné les moyens d'aider les Canadiens à se protéger contre les maladies infectieuses et chroniques évitables. Dans un premier temps, il y a la Stratégie nationale d'immunisation et, dans un deuxième temps, la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains. Je parlerai d'abord de la première.

Grâce à la Stratégie nationale d'immunisation, le gouvernement du Canada collabore avec toutes les administrations à la prévention des maladies en maximisant l'accès équitable et rapide aux vaccins pour tous les Canadiens. Le gouvernement a aussi favorisé l'immunisation grâce à des fonds en fiducie, notamment une fiducie de 300 millions de dollars sur trois ans visant à inaugurer quatre nouveaux programmes de vaccination des enfants et des adolescents afin de prévenir la méningite, la pneumonie, la varicelle et la coqueluche. Toutes les provinces et tous les territoires ont maintenant des programmes de vaccination financés par les fonds publics pour ces maladies. Aujourd'hui, deux fois plus d'enfants et d'adolescents canadiens dans toutes les provinces et tous les territoires sont protégés des dangers posés par ces maladies.

The federal government created a second three-year, \$300-million trust fund in 2007 to support the introduction of human papillomavirus vaccine. By the time this funding ended in 2010, all jurisdictions had introduced this vaccine.

Immunization works because it allows Canadian to entirely avoid certain illnesses. This federal leadership has improved the immunization landscape in Canada, which has resulted in the unprecedented introduction of vaccination programs and higher vaccine uptake across the country.

While immunization rates in Canada are high and the occurrence of several diseases has been reduced, the risk of exposure remains, and improving immunization continues to be a priority. We are working closely with our colleagues in the provinces and territories and stakeholders to renew the National Immunization Strategy and ensure this important program remains relevant and effective. The health care system does not incur costs to treat diseases that people do not get.

[Translation]

This is a crucial point.

[English]

It has been said many times that it is far better to have a good fence at the top of the cliff than a good ambulance service at the bottom. Canadians suffering with chronic diseases like diabetes, cancer, heart and lung and kidney disease, to name just a few, are being hospitalized across the country and this carries a huge personal, social and economic burden. Much of this disease burden is in fact preventable.

The prevention and promotion agendas have benefited from increased attention in the years since the accord. The Pan-Canadian Healthy Living Strategy was a commitment from all jurisdictions to take more coordinated action in prevention and promotion. Governments have been able to fund critical activities in these areas.

Our own federal contribution to this pan-Canadian approach is called the Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease. The integrated strategy commits \$69.9 million every year to promoting healthy eating and healthy weights, increasing physical activity and implementing disease-specific prevention strategies.

Mr. Chair, from the Public Health Network to the National Immunization Strategy and the pandemic plan, to new programs, surveillance, research and partnerships, our collective public health efforts have grown from the vision within the accord less

En 2007, le gouvernement fédéral a créé un deuxième fonds en fiducie de 300 millions de dollars sur trois ans visant à inaugurer des programmes de vaccination contre le virus du papillome humain. Lorsque le fonds est venu à échéance, en 2010, toutes les administrations avaient ajouté ce vaccin à leur programme.

La vaccination donne de bons résultats, car elle permet aux Canadiens d'éviter entièrement certaines maladies. Les investissements du gouvernement fédéral ont contribué à l'amélioration du domaine de l'immunisation au Canada. Grâce à eux, un nombre sans précédent de programmes de vaccination a vu le jour et les taux de vaccination au pays sont à la hausse.

Même si les taux de vaccination au Canada sont élevés et que plusieurs maladies se font de plus en plus rares, le risque d'exposition persiste et l'amélioration des taux de vaccination reste une priorité. Nous travaillons en étroite collaboration avec nos collègues des provinces et des territoires, ainsi qu'avec les intervenants pour renouveler la Stratégie nationale d'immunisation et assurer la pertinence et l'efficacité à long terme de cet important programme. Les maladies dont ne souffre pas la population n'entraînent pas de coûts pour le système de soins de santé.

[Français]

Il s'agit là d'un élément crucial.

[Traduction]

Comme nous l'avons souvent dit, il est de beaucoup préférable d'avoir une bonne clôture au sommet d'une falaise qu'une ambulance au bas de la falaise. Les Canadiens qui souffrent de maladies chroniques comme le diabète, le cancer, les maladies cardiovasculaires et pulmonaires, et les maladies du rein, pour n'en nommer que quelques-unes, sont hospitalisés, ce qui constitue un énorme fardeau individuel, social et économique, un fardeau en grande partie évitable.

Les programmes de prévention et de sensibilisation ont profité d'un intérêt accru depuis la signature de l'accord. La Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains découle d'un engagement de toutes les administrations en faveur de mesures plus coordonnées pour la prévention et la promotion. Les gouvernements ont été en mesure de financer des activités essentielles dans ces domaines.

La contribution fédérale à cette approche pancanadienne est la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. Chaque année, la stratégie intégrée investit 69,9 millions de dollars dans la promotion d'une saine alimentation et d'un poids santé, l'accroissement de l'activité physique et la mise en place de stratégies de prévention propres à certaines maladies.

Monsieur le président, qu'il s'agisse du Réseau de santé publique, de la Stratégie nationale d'immunisation ou du Plan de lutte contre la pandémie, ou encore de nouveaux programmes de surveillance ou de recherche ou encore de partenariats, nos

than a decade ago. As a result, we have since contributed to healthier Canadians in a healthier world, and to sustaining our publicly funded health care system.

[*Translation*]

However, there is much more work to do.

[*English*]

As agreed to in the Declaration on Prevention and Promotion, a better balance between prevention and treatment must be achieved. Surveillance, research and knowledge sharing can always be improved and more attention can be given to collaboration — quite simply, working together toward common objectives.

As I have indicated in my annual reports to Parliament on the state of public health in Canada, the role of public health is to help find collective solutions to ensure good health across the population, to improve health overall and to minimize the gaps in health. I am pleased to say the inclusion of public health in the 2004 accord has clearly benefited Canadians, and we look forward to the future.

[*Translation*]

Thank you very much, Mr. Chair and honourable senators.

[*English*]

The Chair: Thank you very much. I will now turn to the Canadian Task Force on Preventive Health Care and invite Dr. Birtwhistle, Vice-President, to present.

Dr. Richard Birtwhistle, Vice-President, Canadian Task Force on Preventive Health Care: I am pleased to be able to present the Canadian Task Force on Preventive Health care to you. I think you have a PowerPoint presentation in front of you that I will lead you through.

The task force was reconstituted by the Public Health Agency of Canada, PHAC, in 2009. We have been working diligently on trying to produce our first guideline, which will be coming out imminently.

The mandate of the Canadian Task Force on Preventive Health Care is to develop and disseminate clinical practice guidelines for primary and preventive care, based on a systematic analysis of the scientific evidence.

We are 14 members on the task force, 7 of whom are family doctors. All of us have expertise in methods around guidelines and in epidemiology. As I said before, we are established and funded through the PHAC.

efforts collectifs en matière de santé publique sont issus de la vision de l'accord conclu il y a moins d'une décennie. Résultat : nous avons depuis contribué à améliorer la santé des Canadiens dans un monde plus sain et à assurer la viabilité de notre système de soins de santé financé par les fonds publics.

[*Français*]

Il reste toutefois beaucoup de travail à faire.

[*Traduction*]

Conformément à ce qui a été convenu dans la Déclaration sur la prévention et la promotion, il faut atteindre un meilleur équilibre entre la prévention et le traitement. La surveillance, la recherche et le partage de connaissances peuvent toujours être améliorés. De plus, une plus grande attention peut être accordée à la collaboration. Il suffit de travailler ensemble à l'atteinte d'objectifs communs.

Comme je l'ai indiqué dans mes rapports annuels au Parlement sur l'état de la santé publique au Canada, le rôle de la santé publique est d'aider à trouver des solutions collectives pour assurer la bonne santé de l'ensemble de la population, améliorer la santé en général et réduire les écarts en matière de santé. Je suis heureux d'affirmer que l'ajout de la santé publique dans l'accord de 2004 a été grandement profitable aux Canadiens, et nous avons confiance en l'avenir.

[*Français*]

Monsieur le président, honorables sénateurs, je vous remercie beaucoup.

[*Traduction*]

Le président : Merci beaucoup. Je vais maintenant demander au Dr Birtwhistle, vice-président du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, de nous présenter son exposé.

Dr Richard Birtwhistle, vice-président, Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : Je suis heureux de pouvoir vous parler du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Je crois que vous avez devant vous un document PowerPoint que je vais parcourir avec vous.

Le groupe d'étude a été reconstitué par l'Agence de la santé publique du Canada, l'ASPC, en 2009. Nous travaillons assidûment à produire notre premier guide, qui sera publié incessamment.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a pour mandat d'élaborer et de diffuser des guides de pratique clinique en matière de soins primaires et de soins préventifs, en s'appuyant sur des analyses systématiques des données scientifiques.

Le groupe d'étude est composé de 14 membres, dont sept sont des médecins de famille. Nous possédons tous des compétences dans la préparation de guides et en épidémiologie. Comme je l'ai déjà dit, le groupe a été créé et est financé par l'ASPC.

The task force structure is the task force itself, but we also have a number of people who are really helping us with our work. We have a task force office at the PHAC that has scientific officers and directors that help with the development of the guidelines, as well as thinking about knowledge translation strategies for helping to make the guidelines useful and getting them out.

We also have an evidence review and synthesis centre. This is the place where a lot of the systematic market reviews of the particular subject are done. It is currently at McMaster University and is funded through a partnership between the Canadian Institutes of Health Research, CIHR, and PHAC.

We also have a number of stakeholders who are really important in our work in giving us advice about what the important topics are around prevention from their perspective.

I will just take a moment and talk about how evidence-based guidelines are developed. First, there is a group in the task force that creates the topics, but we accept information from the public through our website through various groups who may have topic suggestions for guidelines that we want to develop.

We set certain criteria for whether we are going to select a topic or not. Obviously, one of those would be how important it is for the public health of our country and disease burden as to whether there is any new evidence out there.

A workgroup is established of a small member subcommittee of the task force and key questions are developed to answer around each guideline. Those questions clearly are often around what the benefit is of whatever screening manoeuvre or preventive manoeuvre you are going to do versus the harms. Increasingly, we are recognizing that there are both of those things.

The next step, once the key questions are developed, is that the evidence census and review centre assembles the evidence. This takes a number of months doing comprehensive literature reviews. The guidelines and the evidence are assessed using a system called the grade system, which is grading a recommendation's assessment, development and evaluation, and it is used to rate both the quality of the evidence and the strength of the recommendations.

The workgroups then work through the systematic reviews and the literature searches and then draft recommendations that are based on the evidence review. Those drafts are peer-reviewed and discussed within the small group before going to the task force as a whole.

The final thing is debate at the task force about the recommendations that happen before they are published.

La structure du groupe d'étude est composée du groupe d'étude lui-même, mais aussi d'un certain nombre de personnes qui nous aident beaucoup dans notre travail. Nous avons un bureau à l'ASPC, où des agents et directeurs scientifiques contribuent à l'élaboration des guides et réfléchissent à des stratégies de transfert des connaissances afin de rendre les guides utiles et de faciliter leur adoption.

Nous avons également un centre d'analyse et de synthèse des données probantes, où sont effectuées un grand nombre d'analyses systématiques de marché pour le sujet en question. Actuellement, le centre est situé à l'Université McMaster et il est financé grâce à un partenariat entre les Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC, et l'ASPC.

En outre, de nombreux intervenants contribuent de façon appréciable à notre travail en nous donnant des conseils sur les sujets importants, selon eux, en ce qui concerne la prévention.

Je vais prendre quelques instants pour vous parler de la façon dont sont élaborés les guides fondés sur des données probantes. D'abord, un groupe de travail composé de membres du groupe d'étude choisit les sujets, mais divers groupes du public ayant des suggestions de sujets à nous présenter pour les guides que nous voulons élaborer peuvent le faire sur notre site web.

Nous choisissons les sujets en nous appuyant sur divers critères. L'un d'entre eux est, bien sûr, de savoir s'il s'agit d'une question importante pour protéger la santé publique au pays et si nous avons de nouvelles données au sujet du fardeau de la maladie.

Le groupe d'étude met ensuite sur pied un groupe de travail, composé de quelques membres du groupe d'étude, qui est chargé d'élaborer les questions clés auxquelles on s'emploiera à répondre dans chacun des guides. Les questions visent le plus souvent à établir, naturellement, quels sont les avantages d'une mesure de dépistage ou de prévention par rapport aux problèmes de santé comme tels. Nous sommes de plus en plus conscients que ces deux éléments sont importants.

Une fois que les questions clés ont été élaborées, l'étape suivante consiste à demander au Centre d'analyse et de synthèse des données de rassembler les données en procédant à un examen exhaustif de la documentation. Cette étape peut prendre quelques mois. Le guide et les données probantes sont évalués à l'aide d'un système appelé GRADE, qui permet de noter l'évaluation et l'élaboration des recommandations, de même que la qualité des données et le bien-fondé des recommandations.

Ensuite, après avoir consulté les examens systématiques et la recherche documentaire, le groupe de travail prépare un projet de recommandations basées sur les données probantes qui fera l'objet d'un examen par les pairs et de discussions avant d'être soumis au groupe d'étude.

Le groupe d'étude en discute alors à son tour, et c'est la dernière étape avant leur publication.

We have a dissemination strategy that involves both knowledge translation through publication and developing tools that can be used by practitioners as well as the public to interpret and use the guideline.

We are also planning on doing research on the effectiveness of the dissemination implementation and evaluation strategies as part of our looking at the task force impact on preventive care in this country.

What does the task force bring to prevention? I think it brings credible, appropriate, easily accessible guidelines that will improve preventive care in Canada. It has evidence-based guidelines in the area of preventive health care to help ensure efficiencies in the health care system. We have linkage with PHAC for capacity building in the public health system and, finally, some accountability around benchmarking the types of preventive tests and programs that happen across the country.

Thank you for your attention.

The Chair: Thank you very much, Dr. Birtwhistle. I will now move to the Canadian Public Health Association and invite Debra Lynkowsky, Chief Executive Officer, to present.

Debra Lynkowsky, Chief Executive Officer, Canadian Public Health Association: Thank you for the invitation to be here today. I represent the Canadian Public Health Association. We are Canada's only non-governmental organization that focuses exclusively on public health. Our membership is nationwide and we represent over 25 different disciplines that deal with quite a broad range of health and social issues.

I was going to speak to you about progress, what remains to be done and our recommendations, but I heartily agree with all of the progress outlined by Dr. Butler-Jones, so I will not repeat that. I want to flag for you that he probably neglected to say that one of the other areas of progress is that the creation of the Chief Public Health Officer's position has been a huge benefit to this country. His work has been exemplary. We have only to look at the response to H1N1 and the profile of the CPHO, of the Public Health Agency of Canada and the local public health response to say we actually got this one right.

We do have a few areas that we still are lagging behind in. Dr. Butler-Jones talked about the National Immunization Strategy. I agree that there has been significant progress there, but, as he said, it has to be a priority to continue to improve that. The NIS lags behind in terms of creation of a registry and in educational programs for the public, because we know there is still an anti-vaccine movement in terms of a research plan and in terms of harmonized schedules for immunization across the country.

Nous avons ensuite une stratégie d'application et de diffusion des connaissances qui vise à mettre à la disposition des praticiens et de la population des outils pour utiliser et interpréter les guides.

Le groupe d'étude prévoit de plus effectuer une recherche sur l'efficacité de ses stratégies d'évaluation, de diffusion et de mise en œuvre dans le cadre de l'examen des répercussions de ses activités sur les soins préventifs au pays.

Quel est l'apport du groupe d'étude à la prévention? Son apport réside, je crois, dans la production de guides facilement accessibles qui contiennent de l'information crédible et pertinente qui permettra d'améliorer les soins préventifs au Canada. Ces guides reposent sur des données probantes et contribueront à assurer l'efficacité du système de santé. Grâce aux liens que nous avons avec l'ASPC, nous contribuons à renforcer les capacités du système de santé. Nos guides peuvent, par ailleurs, servir de point de référence pour la surveillance et l'établissement de rapports concernant les critères et les programmes de prévention au pays.

Je vous remercie de votre attention.

Le président : Merci beaucoup, docteur Birtwhistle. Nous allons maintenant passer à l'Association canadienne de santé publique et demander à sa directrice générale, Mme Debra Lynkowsky, de nous faire son exposé.

Debra Lynkowsky, directrice générale, Association canadienne de santé publique : Je tiens tout d'abord à vous remercier de votre invitation à comparaître aujourd'hui. Je représente l'Association canadienne de santé publique. Nous sommes la seule organisation non gouvernementale au Canada à nous consacrer uniquement à la santé publique. Nous avons des membres partout au pays et nous représentons plus de 25 disciplines qui s'occupent d'une très grande variété de questions sanitaires et sociales.

J'avais l'intention de vous parler des progrès réalisés, de ce qu'il reste à faire et de nos recommandations, mais comme je suis tout à fait d'accord avec ce qu'a dit le Dr Butler-Jones au sujet des progrès réalisés, je ne vous répéterai pas tout cela. J'aimerais toutefois souligner qu'il a omis de dire au sujet des progrès réalisés que la création du poste d'administrateur en chef de la santé publique a été un très gros atout pour le pays. Il a fait un travail exemplaire. Pour s'en convaincre, il suffit d'examiner les moyens mis en œuvre pour lutter contre la grippe H1N1, le parcours de l'ACSP et de l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que les efforts déployés par les responsables en santé publique dans les collectivités pour se rendre compte que rien ne nous a échappé dans ce cas.

Toutefois, nous tirons de l'arrière dans quelques domaines. Le Dr Butler-Jones a parlé de la Stratégie nationale d'immunisation, la SNI. Nous avons fait des progrès considérables, j'en conviens, mais comme il l'a mentionné, il faut en faire une priorité si nous voulons continuer sur cette voie. La SNI n'a pas encore de registre et de programmes d'éducation du public — nous savons qu'il y a encore un mouvement contre la vaccination —, ainsi que de plan de recherche et de calendriers d'immunisation harmonisés à l'échelle du pays.

The 2004 plan also talked about a pan-Canadian public health strategy that looked at indicators and outcomes for health status for Canadians. That is still something we need to develop. That was reiterated in the Senate's own report that was led by Senators Keon and Pépin regarding the need for a population health strategy. We need to move on that if we are to have an impact.

You have a detailed brief in front of you and I do not want to repeat everything in it. I want to highlight some of the recommendations for any new health agreement. Dr. Butler-Jones alluded to some of them. In it, we call for a shift in focus from health care to health equity as a guiding principle of any new health agreement. We urge that any new agreement include public health and figure that prominently so that we are focusing on disease prevention, injury prevention and health promotion and surveillance. We recommend better coordination between the Canada Health Transfer and the Canada Social Transfer because a lot of how our health is determined actually falls outside of the health sector. We need to look at those non-health factors.

We strongly urge that any new accord include meaningful commitments to public health human resources infrastructure and surge capacity. Our capacity to respond to H1N1, while exemplary, tested the limits of everyone on the ground. It also delayed many other public health programs, some of which will not be caught up.

In closing, I want to leave you with some overall observations and a challenge. None of this is in the brief. When we were preparing this we took out all of the briefs we have done to parliamentary committees for the last 10 years. Essentially, we cut and pasted the things we have been saying for many years. What that says to me is, while we have made progress, we have not made enough progress, and we have to move further and faster.

What stands out for me is that public health continues to be funded at 5 per cent of all health expenditures. When Dr. Naylor did his report, he said it was 2 to 3 per cent. I told that to a reporter once, who said, "Then there has been significant progress." Five per cent of all health expenditures are targeted at preventing illness and keeping people healthy, and we wonder why we spend 95 per cent on acute care and in curing the sick. We need to change that balance because the math defies all logic.

We seem to respond to public health and there is a flurry of activity when there is a crisis. We ably deal with those crises, whether it is SARS, H1N1, Walkerton or listeriosis. Everyone in public health rises to that challenge, but when the flurry of activity ends there is a silence again, and as it relates to funding, public health is lumped in with all other health funding. When we

Dans le plan de 2004, il était également question de mettre en place une stratégie pancanadienne en matière de santé publique reposant sur des indicateurs et des résultats pour améliorer l'état de santé des Canadiens. Cela n'a pas encore été fait. Dans son rapport préparé sous l'égide des sénateurs Keon et Pépin, le Sénat a lui-même réitéré que nous devons mettre en place une stratégie sur la santé. C'est un outil indispensable pour que nos efforts portent des fruits.

Notre mémoire est très détaillé et je ne veux pas répéter tout ce qui s'y trouve. J'aimerais simplement souligner quelques recommandations à l'égard d'un nouveau plan en matière de santé. Le Dr Butler-Jones en a mentionné quelques-unes brièvement. Nous demandons notamment au gouvernement d'avoir comme principe directeur pour tout nouvel accord non pas les soins de santé, mais l'équité en santé. Nous pressons le gouvernement de placer la santé publique au cœur de tout nouvel accord afin que nous puissions mettre l'accent sur la prévention des maladies et des blessures, ainsi que sur la promotion et la surveillance de la santé. Nous recommandons de mieux coordonner le Transfert canadien en matière de santé et le Transfert canadien en matière de transferts sociaux afin de tenir compte du fait que bien des facteurs extérieurs au secteur de la santé influent sur la santé. Nous devons donc examiner ces facteurs.

Nous exhortons le gouvernement à faire en sorte que tout nouvel accord comprenne des engagements significatifs à l'égard des ressources humaines, de l'infrastructure et de la capacité d'appoint. Bien que notre capacité d'intervention dans le dossier de la grippe H1N1 ait été exemplaire, nous avons pris conscience des limites de chacun sur le terrain. Bon nombre de programmes de santé publique ont été mis de côté pour y parvenir, et dans certains cas, on ne réussira pas à rattraper le retard.

En terminant, je veux vous faire part de quelques remarques générales et vous lancer un défi. Vous ne trouverez pas cela dans le mémoire. En guise de préparation pour la présente comparution, nous avons ressorti tous les mémoires que nous avons présentés à des comités parlementaires au cours des 10 dernières années. Nous avons fait essentiellement du copier-coller. J'en déduis donc que si nous avons fait des progrès, nous n'en avons pas fait assez et que nous devons faire plus et plus vite.

Ce qui me frappe, c'est que la santé publique représente encore aujourd'hui seulement 5 p. 100 du budget total en santé. Dans son rapport, le Dr Naylor parlait de 2 ou 3 p. 100. Un journaliste à qui j'ai mentionné cela m'a répondu qu'il y avait donc eu des progrès importants. Nous consacrons 5 p. 100 du budget en santé à la prévention de la maladie et au maintien de la population en santé, et nous nous étonnons d'avoir à consacrer 95 p. 100 du budget aux soins actifs et au traitement des malades. Ces données défient toute logique et c'est pourquoi il faut modifier ce rapport.

Il semble que nous soyons en mode réactif en santé publique et qu'une crise suscite un élan d'énergie. Nous réussissons à bien nous en occuper, que la crise ait pour nom SRAS, H1N1, Walkerton ou listériose. Tous les intervenants en santé publique se jettent dans la mêlée, mais quand l'élan s'évanouit, il ne se passe plus rien, et le budget de santé publique est fondu avec le

talk about initiatives that are cost-cutting or that there is no new money, it does not make sense that in an area that has been chronically underfunded for decades we do not look at new investment for that area specifically.

The challenge to create a healthy, productive society takes decades. That takes political commitment, commitment from organizations such as ours, that spans decades. That is the challenge for Parliament, for the Senate and for all of us who are working on this so diligently. That is where the real change will come about.

We have all of the answers already. I know you have read it, but the report done by the Senate in 2009 was brilliant. If all of the recommendations in there were implemented, we would make huge progress. If we implemented the recommendations in the CPHO's reports, we would make huge progress. Our challenge as a nation is to finally implement that which we so strongly recommend.

I leave you finally with this thought. The evidence says that the average lifespan of Canadians has increased by more than 30 years since the 1900s and 25 of those years are attributable to advances in public health such as immunization, water safety, et cetera. If we want to maintain that legacy and further those advances, we need to make sure that any new health agreement prominently features disease prevention and public health.

As a final thought, what you can do as an individual to protect yourself, your family and those around you is to get your flu shot as soon as possible.

Karen Cohen, Chief Executive Director, Canadian Psychological Association: Thank you, senators, for this invitation to CPA to join you today. As you may know, CPA is a national professional association of psychologists. There are about 18,000 regulated practitioners of psychology in Canada, making us the country's largest group of regulated, specialized mental health care providers. I want to give you a bit of our perspective on the implementation of the 2004 accord and then talk a bit about the role of psychological factors in health.

The Chair: Slow your presentation. The translators are finding it hard to keep up with you.

Ms. Cohen: In terms of health human resources, I think some of the discussions we have been having since 2004 have evolved to talk about supply in relation to need. It is really important that we look to the needs of community when it comes to mental illness and health promotion and that we respond to those in ways that are cost- and clinically effective. We would like to mention that improving access is not only about reducing wait times for publicly funded services, but also about enhancing access to services that are not publicly funded, which is an acute issue in mental health. The 2004 accord talks about mental health in

reste du budget en santé. Lorsqu'on parle d'initiatives pour réduire les coûts ou de l'absence d'argent frais, je trouve qu'il est insensé de priver un secteur qui est sous-financé depuis des décennies de nouveaux investissements.

Bâtir une société productive et en santé prend des décennies. Il faut pour ce faire un engagement politique, l'engagement d'organisations comme la nôtre, qui s'étire sur des décennies. Voilà le défi que le Parlement, le Sénat et nous tous qui travaillons avec diligence dans le secteur de la santé devons relever. C'est ce qu'il faut pour provoquer un changement véritable.

Nous avons déjà toutes les réponses. Comme vous le savez, le rapport produit par le Sénat en 2009 était génial. Si toutes les recommandations qu'il contient étaient mises en œuvre, nous ferions des progrès phénoménaux. Si les recommandations contenues dans le rapport de l'ACSP étaient mises en œuvre, nous ferions des progrès phénoménaux. Le défi qui se présente à notre nation est de réussir enfin à mettre en œuvre ces solides recommandations.

Je termine enfin en vous demandant de réfléchir à ce qui suit. Les données indiquent que l'espérance de vie moyenne des Canadiens s'est accrue de plus de 30 ans depuis les années 1900 et que les avancées dans le domaine de la santé publique comme l'immunisation, la salubrité de l'eau, et cetera, ont permis à elles seules de l'accroître de 25 ans. Si nous voulons conserver nos acquis et poursuivre sur notre lancée, nous devons nous assurer que la prévention de la maladie et la santé publique seront au cœur de tout nouvel accord sur la santé.

J'aimerais ajouter enfin que ce que nous pouvons tous faire pour nous protéger, pour protéger les membres de notre famille et tous ceux qui nous entourent, c'est de nous faire vacciner contre la grippe le plus tôt possible.

Karen Cohen, chef de la direction, Société canadienne de psychologie : Merci, mesdames et messieurs les sénateurs, d'avoir invité la SCP à comparaître aujourd'hui. Comme vous le savez sans doute, la SCP est une association professionnelle de psychologues. Nous sommes environ 18 000 praticiens réglementés au Canada, ce qui fait de nous le plus important groupe de fournisseurs de soins spécialisés et réglementés en santé mentale au pays. Je vais tout d'abord vous parler de notre point de vue sur la mise en œuvre de l'accord de 2004 et vous parler ensuite du rôle des facteurs psychologiques dans la santé.

Le président : Je vous demanderais de ralentir votre exposé, car nos interprètes ont de la difficulté à vous suivre.

Mme Cohen : En ce qui a trait aux ressources humaines dans le secteur de la santé, les discussions qui ont eu lieu depuis 2004 ont évolué pour porter principalement aujourd'hui sur l'offre par rapport au besoin. Il est très important que nous examinions les besoins des collectivités en matière de santé mentale et de promotion de la santé et que nous y répondions de façon économique et cliniquement efficace. Nous aimerions souligner, par ailleurs, qu'améliorer l'accès ne veut pas dire seulement réduire les temps d'attente pour les services financés par l'État, mais aussi élargir l'accès aux services qui ne sont pas financés par l'État, car il s'agit là

relation to home care, the challenge being that home care is not the intervention that best addresses the majority of problems experienced by Canadians when it comes to mental health, namely anxiety and depression. For those kinds of problems, we are looking at psychological and other kinds of community-based treatments and supports.

Finally, investment in research is really an important need when it comes to mental health, but in the full range of biological, psychological and social inquiry. Any condition, be it mental health or not, is impacted by this variety of factors.

It is clear, when we talk about health promotion and illness prevention, that we need services and supports that support health. However, as I am sure all of us know, building the recreation centre is easier than getting people to it. There are a lot of factors that impact whether or not people behave in healthy ways. A lot of those are psychological factors. Good health correlates with self-worth, peer connectedness, school engagement and parental nurturing, as well as healthy behaviour. Poor health is correlated with poor mental health. Many chronic diseases, like heart disease, diabetes and stroke, are risk factors for depression. Depression itself is a risk factor for first and recurrent cardiac events. One in 20 Canadians will experience a mental disorder in a given year. Seventy per cent of these, as I am sure Dr. Manion will explain in more detail, begin before young adulthood. Depression is the fastest growing category of disability costs. In 2003, the economic burden was estimated at \$51 billion.

The strongest evidence for return on investment in mental health and mental health promotion are services and supports geared to children and youth that reduce conduct disorders and depression, deliver parenting skills, provide anti-bullying and anti-stigma, promote health in schools and provide screening in primary care. Health-promotion and illness-prevention efforts, however, also benefit people living with illness and at points in between. Positive mental health and good health behaviour not only maintain health but also help a person to manage chronic illness. Some of us will get those illnesses.

Treatment for mental disorders will be needed for some, and there are barriers to getting it. Psychologists are not funded by provincial health insurance plans, and their services are not sufficiently accessible to Canadians with modest incomes or no insurance. Other countries have recognized this. The U.K. has

d'un problème grave en santé mentale. L'accord de 2004 traite des problèmes de santé mentale dans le contexte des soins à domicile, alors que la plupart des problèmes de santé mentale dont souffrent les Canadiens, notamment l'anxiété et la dépression, nécessitent un autre type d'intervention. Les traitements et les services d'aide psychologiques ou autres offerts au sein de la collectivité sont en effet mieux indiqués dans ce cas.

Finalement, en santé mentale, il est très important d'investir dans la recherche, mais il faut couvrir l'ensemble du spectre, soit les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ces divers facteurs exercent toujours une influence, qu'une personne souffre d'un problème de santé mentale ou autre.

Pour promouvoir la santé et prévenir la maladie, nous avons besoin naturellement de mettre en place des services et d'offrir du soutien à cette fin. Vous savez tous, toutefois, qu'il est plus facile de construire un centre de loisirs que d'amener les gens à l'utiliser. Bien des facteurs influent sur les habitudes de vie d'une personne, et ces facteurs sont souvent de nature psychologique. Une bonne santé rime avec estime de soi, réseau social, éducation et soins parentaux, de même qu'avec saines habitudes de vie. Piètre santé rime avec piètre santé mentale. De nombreuses maladies chroniques, comme les maladies du cœur, le diabète et les accidents vasculaires cérébraux, sont des facteurs de risque de la dépression. La dépression est elle-même un facteur de risque d'une première crise cardiaque et de crises récurrentes. Un Canadien sur 20 souffrira d'un trouble mental au cours d'une année donnée. Dans 70 p. 100 des cas, et le Dr Manion vous donnera assurément plus de détails à ce sujet, ces troubles apparaissent avant l'âge adulte. La dépression est la maladie dont les coûts croissent le plus rapidement. En 2003, son fardeau économique était évalué à 51 milliards de dollars.

Les données indiquent que la meilleure façon de rentabiliser les investissements en santé mentale et dans la promotion de la santé mentale est d'investir dans les services et le soutien offerts aux enfants et aux jeunes pour réduire les troubles des conduites et la dépression, améliorer les compétences parentales, lutter contre l'intimidation et la stigmatisation, promouvoir la santé dans les écoles et offrir du dépistage dans le cadre des soins primaires. Il est à noter toutefois que les efforts en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie profitent également aux personnes souffrant d'une maladie, et entre les deux. En effet, une santé mentale positive et de saines habitudes de vie permettent non seulement de demeurer en santé, mais elles aident également une personne à gérer une maladie chronique. Certains d'entre nous souffriront de ce genre de maladie un jour.

Certaines personnes souffrant de troubles mentaux auront besoin de traitements, et il leur sera difficile de les obtenir. Les services offerts par les psychologues ne sont pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie et ne sont pas suffisamment accessibles pour les gens qui n'ont pas d'assurance ou ont un

invested about 400 million pounds to make psychological therapies more accessible, and Australia has also enhanced access to psychologists through its publicly funded health insurance plans.

We have several recommendations that I will leave you with. The first is targeted transfers for mental health proportionate to the burden of illness in Canada. The second is health promotion and illness prevention upstream, with a focus on children and youth. The third is that intervention for mental health and illness, when necessary, needs to be collaborative and integrated across public and private sectors to include funders, organizations that deliver care, health professionals who provide it and those of us who receive it. The fourth is that there needs to be research into the full biological, psychological and social determinants and treatments for mental health problems. Finally, we call on government and other funders to help us improve access to effective psychological services for people with mental health problems who need it.

Ian Manion, Executive Director, Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health: Thank you very much for recognizing the importance, in any health dialogue, of child and youth mental health. I think there has been a great deal of progress since the 2004 accord. We have heard of a lot of the wonderful accomplishments. I think, though, that the landscape has changed. We also recognize that the dialogue around mental health in general, and child and youth mental health in particular, has been more prominent and should be represented in the 2014 accord.

There are several recommendations we would like to make to the group. It is all in the brief, but I will go over them briefly. The first recommendation is to address the inequities in the Canadian health care system by identifying child and youth mental health as an explicit priority in the 2014 health accord, with dedicated funding for reform and innovation, based on measurable outcomes. Fifty per cent of adults with mental illness tell us that it first appeared before they were 14, and 70 per cent say it appeared before they were 18. We know that, in our country, \$51 billion a year of economic burden can be attributed to mental health and that it all starts with child and youth mental health. In many ways, child and youth mental health is probably the best barometer of how we are doing as a nation in health and well-being. Increasingly, in terms of children's mental health, we cannot say we are doing well as a nation in health care or health prevention.

Our second recommendation is to increase investment in health research, with immediate emphasis on applied research in child and youth mental health. Through talking with families and service providers, we know that they want effective tools, based

revenu modeste. Certains pays ont pris conscience de ce problème. C'est le cas notamment du Royaume-Uni qui a investi environ 400 millions de livres pour faciliter l'accès aux thérapies psychologiques, ainsi que de l'Australie, qui a facilité l'accès à des psychologues dans le cadre de ses régimes publics d'assurance-maladie.

Voici les quelques recommandations que nous avons à vous faire. Premièrement, instaurer des transferts ciblés pour les soins en santé mentale qui sont proportionnels au fardeau de la maladie au Canada. Deuxièmement, promouvoir la santé et prévenir la maladie en amont, en ciblant les enfants et les jeunes. Troisièmement, faire en sorte que les interventions en santé et en maladies mentales soient axées sur la collaboration et intégrées entre les secteurs public et privé afin d'inclure les bailleurs de fonds, les organisations chargées de la prestation des services, les professionnels de la santé qui dispensent les soins et ceux qui les reçoivent. Quatrièmement, insister sur l'importance de mener des recherches qui couvrent l'ensemble des déterminants biologiques, psychologiques et sociaux et des traitements en santé mentale. Enfin, nous demandons au gouvernement et autres bailleurs de fonds d'améliorer l'accès à des services psychologiques opportuns pour les gens qui en ont besoin.

Ian Manion, directeur exécutif, Centre d'excellence de l'Ontario pour la santé mentale des enfants et des adolescents : Je tiens à vous remercier de reconnaître l'importance de la santé mentale des enfants et des adolescents dans tout dialogue sur la santé. À mon avis, nous avons fait des progrès remarquables depuis l'accord de 2004. Nous avons entendu parler d'un grand nombre de réalisations formidables. Je crois, cependant, que la situation a évolué. Nous croyons aussi que le dialogue entourant la santé mentale en général, et la santé mentale des enfants et des adolescents en particulier, a pris de l'importance et qu'il devrait faire partie de l'accord de 2014.

Nous avons plusieurs recommandations à vous faire. Elles sont toutes incluses dans le mémoire, mais je vais les mentionner rapidement. La première recommandation consiste à aborder les inégalités présentes dans le système de santé canadien en désignant la santé mentale des enfants et des adolescents comme une priorité explicite dans l'accord sur la santé de 2014, en plus d'y consacrer des fonds pour la réforme et l'innovation en fonction de résultats mesurables. En effet, 50 p. 100 des adultes souffrant de problèmes de santé mentale affirment que leurs problèmes sont apparus avant l'âge de 14 ans, et 70 p. 100, avant l'âge de 18 ans. Au Canada, nous savons que le fardeau économique des problèmes de santé mentale est évalué à 51 milliards de dollars par année, et que ces problèmes débutent à l'enfance et à l'adolescence. À bien des égards, la santé mentale des enfants et des adolescents est probablement le meilleur baromètre pour mesurer la santé et le bien-être d'une nation. En ce qui a trait à la santé mentale des enfants, nous pouvons de moins en moins dire que nous effectuons un bon travail en matière de soins et de prévention.

Notre deuxième recommandation est d'accroître les investissements dans la recherche en santé mentale, en mettant immédiatement l'accent sur la recherche appliquée en santé mentale des enfants et des adolescents. Nos conversations avec les familles et

on research, that can help them meet the family's needs across the full continuum of care, from prevention to early identification to intervention and, yes, to chronic care. Increasingly, we are aware that young children with mental illness do become older children, adolescents and adults with mental illness. We can decrease the burden of that by identifying things quite early.

Our third recommendation is to establish a pan-Canadian child and youth mental health surveillance system to obtain ongoing and reliable nationwide incidence and prevalence data to support informed decision making at all levels. Currently we are making decisions for child and youth mental health based on data from the 1980s, and mostly from regional studies, not national studies. We do not have good data to look at the scope of the problem. We cannot make decisions around mental health human resource planning without up-to-date data, and we cannot tell whether we are making a difference or not without having integrated data, particularly as it relates to child and youth mental health.

The fourth recommendation is to develop and implement a national suicide prevention strategy that is supported by a full continuum of evidence-informed mental health services. We know that roughly 25 per cent of children and youth report to us having significant issues, ideas and concerns around suicide. For 90 per cent of the young people who take their lives, we can identify a mental illness that was part of the complex web of factors that contributed to that suicide. In this community, it is part of the dialogue on a daily basis. You open the paper, and you cannot help but see another person who, without the effective tools to cope with their mental illness or with the other stresses of their life, has decided to cope by taking their life. It is time for us to do something significant in the area of suicide prevention.

The final recommendation is to develop and implement a universal parenting program. In many ways, the biggest yield we can have, both in health and mental health for children and youth, is by effectively equipping parents to deal with their children at all levels and with the transitions that those children face into the school system, into high school, out of high school and into adulthood. Parents are clamouring for assistance, not just when things get so bad that they are beyond their means, but at the front end of care, in their primary role as the effective teachers and caregivers for their children. Thank you very much for your time, and good luck with your very important work.

les prestataires de soins nous ont appris qu'ils veulent avoir à leur disposition des outils efficaces, qui s'appuient sur la recherche, pour les aider à répondre aux besoins des familles pour toute la gamme des soins, de la prévention au dépistage précoce à l'intervention et, eh oui, jusqu'au traitement des maladies chroniques. On constate de plus en plus que les enfants qui souffrent de maladie mentale deviennent des adolescents et des adultes avec les mêmes problèmes. Nous pouvons donc alléger le fardeau qui en découle par un dépistage précoce.

Notre troisième recommandation consiste à mettre en place un système pancanadien de surveillance de la santé mentale des enfants et des adolescents afin d'obtenir continuellement des données fiables sur l'incidence et la prévalence à l'échelle nationale afin d'appuyer la prise de décisions éclairées à tous les niveaux. À l'heure actuelle, la prise de décision repose sur des données qui datent des années 1980, et qui proviennent dans la plupart des cas d'études régionales et non pas nationales. Nous ne disposons pas de données fiables qui nous permettraient de bien mesurer l'étendue du problème. Nous ne pouvons pas planifier les besoins en ressources humaines en santé mentale sans avoir des données à jour, et nous ne pouvons pas savoir si nos interventions portent des fruits sans avoir des données intégrées, en particulier sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

La quatrième recommandation consiste à élaborer et à mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention du suicide appuyée par une gamme complète de services de santé mentale basés sur des données probantes. Nous savons qu'à peu près 25 p. 100 des enfants et des jeunes nous signalent qu'ils ont des pensées suicidaires ou que la question du suicide les préoccupe énormément. Dans 90 p. 100 des cas de suicide chez les jeunes, nous pouvons reconnaître qu'une maladie mentale faisait partie de l'enchevêtrement complexe des facteurs qui ont contribué à leur suicide. Dans notre communauté, on en discute quotidiennement. On ouvre le journal, et on ne peut s'empêcher de remarquer que, faute d'outils efficaces pour affronter sa maladie mentale ou les autres stress de sa vie, une autre personne s'est suicidée. Il est temps que nous fassions quelque chose d'important dans le domaine de la prévention du suicide.

Finalement, nous recommandons d'élaborer et de mettre en œuvre un programme d'éducation parentale universel. À bien des égards, c'est en dotant les parents des outils dont ils ont besoin pour s'occuper de leurs enfants et de leurs adolescents à tous les niveaux et pour gérer les périodes de transition que ces jeunes doivent traverser lorsqu'ils entrent à l'école primaire, lorsqu'ils passent de celle-ci à l'école secondaire et lorsqu'ils quittent l'école secondaire et deviennent des adultes que l'on obtient les meilleurs résultats, et ce, tant en santé qu'en santé mentale. Les parents réclament de l'aide à cor et à cri, pas seulement lorsque les choses se gâtent à un point tel qu'ils sont dépassés, mais aussi au début, lorsqu'ils doivent assumer leur rôle premier d'enseignant et de fournisseur de soins auprès de leurs enfants. Je vous remercie infiniment d'avoir pris le temps de m'écouter, et je vous souhaite beaucoup de chance dans votre important travail.

Senator Eggleton: Thank you for your presentations. I would like to explore further the Pan-Canadian Healthy Living Strategy, initially with Dr. David Butler-Jones, but certainly with anyone else who wants to come into it. My understanding was that there were three targets to be achieved by 2015, including increasing the proportion of Canadians who make healthy food choices by 20 per cent, the proportion of Canadians who participate in regular physical activity also by 20 per cent and the proportion of Canadians of normal body weight, based on the body mass index or BMI, also by a 20 per cent target. Can you tell me how we are proceeding on this? Are we on track to meet these 2015 target dates? How far along the path are we at this point?

Dr. Butler-Jones: The short answer is no, which is part of the challenge.

These are not our targets. These are shared targets across jurisdictions in terms of recognizing the challenges. As I said before, it is a challenge particularly for this generation of children if something does not fundamentally change the situation they will be in as they grow into adulthood. We are making progress but, also, it is reflected, I think, in the declaration on prevention, the framework for tackling childhood obesity, the emphasis of multiple ministerial groups, the focus on the after-school period with education ministers and others and the realization that we need to make much more effective progress.

It is not just about governments; it is about communities and industry. We are starting to see some of the changes in industry. For example, we have seen McCain reformulating all their products and other companies reducing salt. They are not bragging about it because they do not want to scare people, but they are actually reducing the salt and sugar content in their foods, et cetera. We are making progress, but there is a lot more progress to be made. I would be surprised if we were to hit those targets, but we need to step up the efforts.

Senator Eggleton: How can we help do that? What kind of push can we give? Is there something relevant to the upcoming 2014 accord that we should be pushing on in this connection?

Dr. Butler-Jones: One of the things that, at least, I am hearing and I think is reflected at the table here and elsewhere, whether it is from professional associations, NGOs, ministers, deputy ministers and others, is that whatever we do, and not specific to the accord but moving forward, if we do not get primary care and public health right, we are in a pickle. It is not just about money. It is also about how we work in concert and how we work together.

Le sénateur Eggleton : Je vous remercie de vos exposés. J'aimerais examiner davantage la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, d'abord avec l'aide du Dr David Butler-Jones, mais aussi avec l'aide de qui que ce soit d'autre qui souhaiterait aborder la question. Je crois comprendre qu'elle comporte trois objectifs à atteindre d'ici 2015, soit augmenter de 20 p. 100 la proportion de Canadiens qui font des choix alimentaires sains, augmenter de 20 p. 100 la proportion de Canadiens qui pratiquent régulièrement une activité physique et augmenter, aussi de 20 p. 100, la proportion des Canadiens ayant un poids normal, selon l'indice de masse corporelle ou l'IMC. Pouvez-vous me dire comment nous nous y prenons à cet égard? Sommes-nous en bonne voie d'atteindre ces objectifs d'ici 2015? Quels progrès avons-nous accomplis jusqu'à maintenant?

Dr Butler-Jones : La réponse est tout simplement non, et cela fait partie du problème.

Ces objectifs ne sont pas les nôtres. Les différentes administrations s'entendent pour reconnaître que ce sont les défis à relever. Comme je l'ai dit auparavant, c'est particulièrement problématique pour la génération actuelle d'enfants. Ces derniers auront des difficultés si rien ne vient modifier fondamentalement la situation qui sera la leur quand ils auront atteint l'âge adulte. Nous faisons des progrès mais, à mon avis, cela est également illustré par la déclaration sur la prévention, le cadre pour freiner l'obésité juvénile, l'accent que de nombreux groupes ministériels mettent sur cette question, l'attention qu'on dirige sur la période après la classe en collaboration avec les ministres de l'Éducation et les autres et le fait d'admettre que nous devons faire des progrès beaucoup plus importants.

Cela ne dépend pas uniquement des gouvernements; cela dépend aussi des collectivités et de l'industrie. Nous commençons à observer des changements dans l'industrie. Par exemple, McCain a reformulé tous ses produits, et d'autres entreprises ont réduit la teneur en sel et en sucre de leurs aliments. Elles ne s'en vantent pas pour ne pas effrayer les consommateurs, mais elles réduisent bel et bien la teneur en sel, en sucre, et cetera, de leurs aliments. Nous réalisons des progrès, mais nous en avons bien d'autres à accomplir. Je serais très étonné que nous atteignions ces objectifs, mais nous devons accroître nos efforts.

Le sénateur Eggleton : Comment pouvons-nous vous aider à accomplir cela? Quel genre d'impulsion pourrions-nous donner? Y a-t-il quelque chose de pertinent pour le prochain accord de 2014 que nous devrions prôner dans le cadre de notre étude?

Dr Butler-Jones : L'un des commentaires que j'entends et dont, à mon avis, se font l'écho les gens assis à cette table et ailleurs, qu'il s'agisse d'associations professionnelles, d'ONG, de ministres, de sous-ministres ou d'autres personnes, c'est que quoi que nous fassions — et pas nécessairement en ce qui concerne l'accord, mais dans les années à venir — nous serons dans le pétrin si nous ne réglons pas les problèmes liés aux soins primaires et à la santé publique. Ce n'est pas uniquement une question d'argent. Cela dépend également de la façon dont nous travaillons ensemble et en concertation.

Two things changed the tobacco challenge and made it actually a much more positive thing. The first is the recognition of the effect of second-hand smoke and the efforts around addressing exposure to smoke, and the second is when all the organizations, governments, NGOs, and communities started rowing in the same direction. In other words, you did not have a lung tobacco strategy and a heart tobacco strategy. The NGOs worked together, and governments worked with them and with other groups and communities to actually change the face.

Similarly, whether or not on obesity or other issues, some of it is about funding or some of it is about how we direct the funding or use the funding that we have. Some of it is how we direct our resources, not just funding but people and how we act. For example, when you look at something, the clinical intervention, so back to whether it is preventive practices or guidelines, just that five- or ten-minute intervention and two minutes of it spent about not just how we diagnose and treat the current condition but how it might be prevented in the future and what advice might we give to the patient or the family so they can avoid it in the future.

Senator Eggleton: That is what this is. It is intended to be a prevention kind of program.

Dr. Butler-Jones: Yes, but it is really about having that inculcated throughout the system at all levels, not just doctors or nurses and not just in the community, but that each reinforces the other.

For example, in the early days, I remember talking to patients with a kid with asthma or an ear infection and saying, "If you want to quit, I can help you, but if you do not smoke in the house, then your kid is half as likely to have those problems." It is the teachable moment. What struck me is how effective that couple minutes of intervention was because of the time they were there with the kid, the kid is in pain, et cetera and the number of people who then stopped smoking inside and then eventually quit because it just felt stupid, et cetera. It is a mix of those things; specifically governments and NGOs and individuals have a role. It is about creating opportunities for healthier choices for everyone.

Senator Eggleton: There is still a long way to go, though.

Dr. Butler-Jones: A long way to go, yes.

Deux éléments ont transformé le défi que représentait le tabagisme en quelque chose de beaucoup plus positif. Premièrement, on a reconnu les effets de la fumée secondaire et déployé des efforts pour lutter contre l'exposition à la fumée. Deuxièmement, les organisations, les gouvernements, les ONG et les collectivités ont tous commencé à ramer dans la même direction. En d'autres termes, on n'a pas adopté à la fois une stratégie de lutte contre le tabagisme axée sur la santé pulmonaire et une stratégie de lutte contre le tabagisme axée sur la santé cardiaque. Les ONG ont travaillé en concertation, et les gouvernements ont collaboré avec elles, ainsi qu'avec d'autres groupes et les collectivités afin de transformer le visage du tabac.

De même, qu'il soit question d'obésité ou d'autres enjeux, certains défis sont liés au financement, tandis que d'autres ont trait à la façon dont nous affectons ou utilisons le financement dont nous disposons. Parfois, les résultats dépendent de la façon dont nous affectons nos ressources, tant financières qu'humaines, et de la façon dont nous agissons. Par exemple, lorsque l'on considère les interventions cliniques, que l'on décide d'adopter des pratiques préventives ou des lignes directrices, il n'est pas nécessaire que nous consacrons la totalité des cinq ou dix minutes de leur durée à la façon dont nous diagnostiquons et traitons la maladie en question. Nous pourrions utiliser deux de ces minutes à décrire au patient ou à la famille la façon dont cette maladie peut être évitée à l'avenir et à leur prodiguer des conseils en ce sens.

Le sénateur Eggleton : C'est ce dont il est question. Ce plan est censé être un programme préventif.

Dr Butler-Jones : Oui, mais il faut que ces préceptes soient inculqués à tous les niveaux, pas seulement par les médecins, les infirmiers ou les collectivités. Il faut que ces derniers se renforcent les uns les autres.

Par exemple, je me rappelle que, dans les premiers temps, je disais à mes patients dont les enfants souffraient de crises d'asthme ou d'otites : « Si vous voulez cesser de fumer, je peux vous aider, mais si vous vous absteniez de fumer dans la maison, vos enfants risquent deux fois moins de développer ces problèmes. » Ces moments sont propices à l'enseignement. J'ai été frappé par le degré d'efficacité de ces quelques minutes d'intervention qui était imputable au fait que les patients étaient accompagnés d'un enfant, que l'enfant était souffrant, et cetera, ainsi que par le nombre de personnes qui cessaient ensuite de fumer à l'intérieur et qui, tôt ou tard, cessaient de fumer complètement parce que leur comportement leur semblait stupide. C'est un mélange de toutes ces choses; plus particulièrement, les gouvernements, les ONG et les personnes ont un rôle à jouer. Il s'agit de donner à tous des occasions de faire des choix plus sains.

Le sénateur Eggleton : Toutefois, nous avons encore beaucoup de chemin à parcourir.

Dr Butler-Jones : Oui, beaucoup.

Senator Eggleton: Mental health was not part of this strategy. I am talking about this specific strategy. Dr. Manion has given us some excellent recommendations regarding youth. How should we get mental health either into this strategy or into the health accord?

Dr. Butler-Jones: That is more of a political question that I will defer. I can say it really is about thinking about health comprehensively. What are the interests of all jurisdictions moving forward that collectively we can do better, whether it is mental health or prevention and promotion. It is not a battle and it should not be a battle between prevention and care. It should be if we want the best possible outcomes, what are the investment strategies and approaches on the prevention and promotion end, on the treatment end and on the care end that gives you the best outcomes.

The purpose of the health system is better health. It is not about how many beds and hospitals. It is about do we actually achieve better health. We have tended to block it as separate silos. If we think of it as a system, we will invest in those areas that have been spoken of today.

Senator Eggleton: I do not. One of the areas I would like to talk about is social determinants of health, because that keeps getting raised by our witnesses. That is quite a broad area. It affects health, and it is everything from housing to education to poverty, et cetera. How should we get social determinants of health into the next accord? Anyone else can respond on this as well.

Dr. Butler-Jones: The social determinants, health services, including public health, is one element of the various determinants of health, but it is not the exclusive element. On the prevention agenda, it is not just Ministers of Health. It is ministers of sports and ministers of education and ministers in other sectors that must be engaged. That is at the political, governmental and bureaucratic level.

We just came back from the Rio summit on social determinants of health, and the declaration there is worth reading because it does speak to the various ways in which, at each level, we can better coordinate our activities so we are not working at cross-purposes and are gaining the synergies, because a healthy population is good for the economy, and a good economy is good for health. It is a virtuous cycle. Making those interventions, the health sector can deal with health, but it can also engage other sectors, not in a health imperialist way, such as, "You must do this because it is important to health," but, "What do we have to offer collectively that makes for a functional, successful and healthy community?" That is where it crosses sectors, and breaking down some of the sectoral barriers is absolutely essential to that.

Le sénateur Eggleton : La santé mentale ne faisait pas partie de cette stratégie. Je parle de cette stratégie en particulier. M. Manion nous a fourni d'excellentes recommandations concernant les jeunes. Comment pourrions-nous faire pour intégrer la santé mentale soit dans cette stratégie, soit dans l'accord sur la santé?

Dr Butler-Jones : Votre question est de nature plus politique et il m'est difficile d'y répondre. Je peux dire, toutefois, qu'il faut vraiment envisager la santé dans son ensemble. Les administrations ont tout intérêt à ce qu'ensemble, nous puissions en faire davantage, que ce soit sur le plan de la santé mentale, de la prévention ou de la promotion. Il n'y a pas et ne devrait pas y avoir de concurrence entre la prévention et les soins de santé. Si nous souhaitons obtenir les meilleurs résultats qui soient, nous devons nous demander quelles stratégies ou approches en matière d'investissement dans la prévention, la promotion, les traitements ou les soins de santé donneront les meilleurs résultats.

Le système de santé vise à améliorer la santé. On ne mesure pas sa réussite en fonction du nombre de lits et d'hôpitaux qu'il offre, mais en fonction de l'amélioration de la santé. Nous avons eu tendance à grouper ses services et à les traiter comme des entités distinctes. Si nous les envisageons comme un système, nous investirons dans les domaines qui ont été abordés aujourd'hui.

Le sénateur Eggleton : Je ne le fais pas. J'aimerais parler, entre autres, des déterminants sociaux de la santé, parce que les témoins ne cessent de soulever cette question. Ce sujet est très vaste. Il a des répercussions sur la santé et comprend tout, du logement à l'éducation, en passant par la pauvreté. Comment pouvons-nous nous assurer que le prochain accord tiendra compte des déterminants sociaux de la santé? N'importe qui d'autre peut également répondre à cette question.

Dr Butler-Jones : Les services de santé, dont ceux liés à la santé publique, font partie des éléments des divers déterminants de la santé, mais il y en a d'autres. Pour ce qui est du programme de prévention, il ne dépend pas uniquement des ministres de la Santé. Les ministres des Sports, de l'Éducation et d'autres domaines doivent également y participer, c'est-à-dire à l'échelon politique, gouvernemental et bureaucratique.

Nous venons juste de participer au sommet de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, et la déclaration qui en a découlé vaut la peine d'être lue, parce qu'elle parle des diverses façons de mieux coordonner nos activités à chaque niveau. Ainsi, nous ne travaillerons pas à contre-courant, et nous créerons des synergies, car une population en santé est salubre pour l'économie, et une économie prospère est salubre pour la santé. Il s'agit là d'un cercle vertueux. En procédant à ces interventions, le secteur de la santé peut pourvoir à la santé, mais il peut aussi inviter d'autres secteurs à participer, non pas en leur ordonnant de manière impérieuse de faire quelque chose en raison de son importance pour la santé, mais plutôt en leur demandant ce qu'ils ont à offrir collectivement qui permettrait de rendre la société opérationnelle, florissante et saine. C'est à ce niveau-là que l'enjeu touche tous les secteurs, et il est absolument essentiel d'abolir à cet effet certaines des barrières sectorielles.

Mr. Manion: In terms of how to integrate mental health, I am consistent with Dr. Butler-Jones. Every time you have a preventive effort, talking about family doctors asking specific questions, there is a question about mental health that can be done every single time. Mental wellness checks are as important as physical wellness checks. It can become part of the training that we do fundamentally. It could be part of the discourse we have every time. It can be part of what we check for in the workplace. It can be that systematic in our approach. Prevention without mental health does not make any sense, and health without mental health does not make any sense. They are not two solitudes; they are two sides of the same coin.

Senator Hubley: Welcome to you, and thank you for your presentations. My question is along the same line. According to the *Report on the State of Public Health in Canada, 2011*, we learned that Australia, Finland, Sweden and the United States have developed national suicide prevention strategies. However, the report states that Canada can address suicide prevention as part of a broader wellness strategy that promotes mental health, prevents mental illness and also includes the broader determinants of health. Do you feel that that is strong enough, given the recommendations that we heard from Dr. Manion? What recommendations would you have in order to address the issues of suicide a bit stronger in our public health systems?

Mr. Manion: The irony is that Canadians helped develop most of those international policies in other countries. We have a huge amount of capacity here — knowledge, research, experts in the field — that have been guiding others to develop their policies for years. I think having a strong policy on suicide across the age span but with a focus on young people is necessary but insufficient.

The best way to prevent suicide is to have strong systems of care that look at providing support along the full continuum. When you prevent mental illness, you are decreasing the rate of suicide. When you are educating young people about health and wellness and equipping them with tools to cope with difficult times, you are actually having a huge impact on suicide. When you are looking at social determinants of health, decreasing abuse and trauma through effective parenting, you are having an impact on suicide.

Above and beyond a specific strategy on suicide, we have to understand how all the other aspects of health are contributors to a situation that could lead someone to suicide. We cannot put all our efforts in one direction. It must be a holistic approach and a

M. Manion : En ce qui a trait à la façon d'intégrer la santé mentale, mon point de vue concorde avec celui du Dr Butler-Jones. Chaque fois que les médecins de famille posent des questions précises dans le cadre d'un effort préventif, l'une d'elles devrait toujours porter sur la santé mentale. Il est aussi important de vérifier la santé mentale de quelqu'un que sa santé physique. Cet aspect peut être intégré à la formation de base que nous donnons. Il pourrait faire partie de chaque conversation que nous avons, de chaque vérification que nous effectuons dans les milieux de travail. Nous pourrions systématiquement nous renseigner à ce sujet. Faire de la prévention sans tenir compte de la santé mentale des personnes n'a aucun sens, tout comme exclure la santé mentale d'un bilan de santé. La santé et la santé mentale ne sont pas des éléments distincts; ce sont les deux côtés d'une même médaille.

Le sénateur Hubley : Je vous souhaite la bienvenue et je vous remercie des exposés que vous nous avez donnés. Ma question est dans la même veine que celle de mon collègue. Dans le *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2011*, nous avons appris que l'Australie, la Finlande, la Suède et les États-Unis avaient élaboré des stratégies nationales de prévention du suicide. Cependant, le rapport indique qu'au Canada, on peut prévenir le suicide dans le cadre d'une stratégie pour le mieux-être plus vaste qui favorise la santé mentale, prévient la maladie mentale et tient également compte des déterminants plus généraux de la santé. Compte tenu des recommandations que nous avons entendu M. Manion émettre, croyez-vous que cette approche soit suffisamment solide? Que recommanderiez-vous que nous fassions pour cerner un peu mieux les questions de suicide dans nos systèmes de santé publique?

M. Manion : Le comble de l'ironie, c'est que les Canadiens ont aidé la plupart de ces pays à élaborer leur politique en la matière. Le Canada dispose d'une grande capacité dans ce domaine — des connaissances, des études, des experts en la matière — et aide les autres à élaborer leurs politiques depuis des années. Je pense qu'il est nécessaire d'avoir une politique de lutte contre le suicide solide qui est adaptée à tous les Canadiens, quel que soit leur âge, mais qui met l'accent sur les jeunes. Toutefois, c'est insuffisant.

Le meilleur moyen de prévenir le suicide est de posséder des systèmes de soins solides qui cherchent à offrir une gamme complète de services d'appui. En prévenant la maladie mentale, on réduit le taux de suicide. Lorsqu'on renseigne les jeunes sur la santé et le bien-être et qu'on leur donne les outils dont ils auront besoin pour faire face aux périodes difficiles, on a en fait une énorme incidence sur le suicide. Pour ce qui est des déterminants de la santé, en réduisant les mauvais traitements et les traumatismes à l'aide de programmes d'éducation parentale efficaces, on a également un effet sur le suicide.

En plus de développer une stratégie particulière pour lutter contre le suicide, nous devons saisir la façon dont toutes les autres facettes de la santé contribuent à une situation qui pourrait pousser quelqu'un à se suicider. Nous ne pouvons pas orienter

loud signal that we will not tolerate the levels of suicide we are seeing across the country, especially in certain groups and communities. We must be able to do much better than that.

Dr. Butler-Jones: I think those might have been my words; everything does occur in a context. If you look at the work, we know that on many reserves, for example, adolescent suicide is a huge challenge.

However, when that was studied, looking at different communities that had more control — in other words, they are actively involved in land claims and have some control over health services, police, education, et cetera — the suicide rates virtually disappear. When you look at the social determinants, the basics in place — roof over your head, et cetera — I was struck by the fact that there are poor communities that are very functional and more affluent communities that are not.

Once you have the basics in place, the two things that actually make a fundamental difference are, first, do you have some sense of control that what you do influences your future, that you can make a better future, in which case you do that? Second, do you have people that love you and that you love? For adolescents and children, if those two things are not in place — and for adults as well — then the chances of good health are poor.

Senator Champagne: I was reading an article this morning that mentioned that there are many websites that young people look at to give them ways to commit suicide successfully. Should there be a way for the government to ban those sites or to do something about them? That worried me this morning; and as you brought up the suicide problem again, I thought that maybe this is something that we should recommend our government to do.

Dr. Butler-Jones: It is probably a question for Justice, but from my understanding, it is counselling to suicide, which is what the sites are doing. I thought that was illegal in Canada.

The challenge for websites, whether it is about how to produce a bomb or how to commit suicide, is that they are all over the world. I know law enforcement agencies are addressing that. Dr. Manion, do you have more specific information on that?

Mr. Manion: I think you are absolutely right. There are people that are watchdogs for these kinds of sites right now. They proliferate like crazy; you cannot control them in a systematic way.

The better investment and strategy is where you provide young people with different kinds of information at a fundamental time, before they reach the point where they are looking for

tous nos efforts dans une seule direction. Nous devons adopter une approche globale et signaler clairement que nous ne tolérerons pas les taux de suicide que nous observons partout au pays, en particulier au sein de certains groupes ou de certaines communautés. Nous devons être en mesure de faire beaucoup mieux que cela.

Dr Butler-Jones : Je crois que j'aurais pu dire la même chose; tout se produit dans un certain contexte. L'étude indique que, par exemple, le suicide chez les adolescents représente un énorme défi dans beaucoup de réserves.

Toutefois, à l'époque de l'étude de cette question, il n'y avait pratiquement plus de suicides dans les collectivités qui exerçaient un plus grand contrôle — celles qui participaient activement aux négociations sur les revendications territoriales et qui avaient un droit de regard sur les services de santé, la police, l'éducation, et ainsi de suite. Ce qui m'a étonné, en ce qui a trait aux déterminants sociaux — les besoins essentiels tels que les logements, et cetera —, c'est le fait que des collectivités pauvres ont un très bon bilan, alors que d'autres collectivités plus riches en ont un moins bon.

Dès que les gens disposent de ce dont ils ont essentiellement besoin, deux questions qui se posent à leur sujet peuvent faire une différence fondamentale. Premièrement, ont-ils le sentiment d'être maîtres de leur propre destinée, de pouvoir améliorer leurs perspectives d'avenir, et dans ce cas, vont-ils s'employer à se bâtir un meilleur avenir? Et deuxièmement, y a-t-il des gens qui les aiment et qu'eux-mêmes aiment? Une réponse négative à ces deux questions réduit chez les adolescents, les enfants, et même chez les adultes, les chances d'être en bonne santé.

Le sénateur Champagne : Ce matin, j'ai lu un article qui mentionne que les jeunes visitent beaucoup de sites web où ils trouvent des explications sur la façon de réussir un suicide. Le gouvernement devrait-il interdire ces sites ou prendre des mesures à leur rencontre? J'en étais préoccupée ce matin et puisque vous soulevez de nouveau la question du suicide, je me suis dit que c'était une initiative que nous pourrions recommander au gouvernement.

Dr Butler-Jones : C'est probablement une question qui relève du ministère de la Justice. En ce qui me concerne, ces sites font de l'incitation au suicide. Je croyais que c'était illégal au Canada.

Le problème des sites web — qu'ils décrivent le procédé de fabrication d'une bombe ou expliquent comment se suicider —, c'est qu'il y en a partout dans le monde. Je sais que les autorités policières étudient ce problème. Monsieur Manion, avez-vous d'autres informations précises à ce sujet?

M. Manion : Je pense que vous avez tout à fait raison. Ces sites sont surveillés de près. Ils se multiplient à une vitesse fulgurante et il est impossible de les contrôler de façon systématique.

Le meilleur investissement et la meilleure stratégie seraient de fournir aux jeunes toutes sortes de renseignements au moment crucial, c'est-à-dire avant qu'ils n'adoptent un comportement

maladaptive ways of coping. Mental health literacy in schools and in the workplace, equipping people with appropriate skills to cope with or even tolerate distress will go a lot further.

Increasingly, we are looking to how young people turn to the Internet; but they turn to something more than the Internet, and that is to their peers. Where is the opportunity to engage the peers, young people themselves, in finding solutions to this problem? I do not think anyone in this room will find a solution to social media and the negative aspects of it. However, if we engage young people creatively, they can tell us how to use it more effectively to promote health and wellness and to prevent illness and tragedies.

Senator Hubley: As a quick comment on that, on Prince Edward Island, which is a pretty idyllic place to grow up, the suicide rate among our young people is the leading cause of death after accidental deaths, which is hard for me to believe.

Mr. Manion: We know right across Canada that suicide is the second leading cause of mortality after accidents, but we also know that the risk for death by suicide is higher in rural communities, for a variety of different reasons. We know that young men die more often by suicide, but young women think more about suicide and attempt it more often.

It is a very complex area. We need to understand not just some of the variables — there is lots of research on the variables. We need to do research on the solutions — effective programs to prevent suicide; post-intervention in the communities, when the risks go up; and understanding such subtleties about why certain communities are affected.

I know the studies Dr. Butler-Jones was referring to. It is not, by definition, a certain type of community that will be at risk; but there are things within a community that can be protective but also place that entire community at risk. There are a number of rural factors that we know increase the risk, even in idyllic situations.

Senator Merchant: If the objective of a health care system is better health, to keep people as healthy as possible and provide the care they need when they need it in a timely, quality and cost-effective manner, then we have to think about new innovations.

We have heard from other people about multidisciplinary settings. Are there any pilot projects that you are aware of that are in the works right now that would help us to set up systems in the next accord that would function better?

Dr. Butler-Jones: In Canada, ironically, my first specialty was family medicine. The way I was trained in the 1970s was in multidisciplinary care and clinics — social workers, psychologists, physicians, nurse practitioners, et cetera working together, bringing each of their collective skills to bear on the issues from

mésadapté. On obtiendrait de bien meilleurs résultats si l'on offrait des cours sur la santé mentale dans les écoles et en milieu de travail et si l'on donnait aux gens les moyens nécessaires pour composer avec la détresse ou même l'accepter.

Nous constatons que les jeunes utilisent Internet de plus en plus, mais ce qu'ils préfèrent à Internet, c'est les camarades de leur âge. Comment pouvons-nous pousser les camarades, les jeunes eux-mêmes, à trouver des solutions au problème? Je ne crois pas que quiconque ici présent puisse régler le problème des médias sociaux et de ce qu'ils offrent de négatif. Mais, si nous encourageons les jeunes à se mobiliser de façon créative, ils pourront nous dire comment utiliser Internet plus efficacement pour promouvoir la santé et le mieux-être et prévenir maladies et tragédies.

Le sénateur Hubley : Je voudrais faire une petite observation à ce sujet. Dans l'Île-du-Prince-Édouard, qui est un endroit idyllique pour passer son enfance et son adolescence, le suicide chez les jeunes est la deuxième cause de décès après les morts par accident. J'ai du mal à le croire.

M. Manion : Nous savons que dans l'ensemble du Canada, le suicide est la deuxième cause de décès après les accidents, mais également que le risque de décès par suicide est, pour diverses raisons, plus élevé dans les collectivités rurales. Nous savons que le suicide est souvent la cause de décès des hommes jeunes, mais les jeunes femmes pensent plus à se suicider et commettent plus fréquemment des tentatives de suicide.

C'est une question fort complexe. Non seulement nous devons comprendre les variables — qui font l'objet de beaucoup de recherches —, mais nous devons aussi faire des recherches pour trouver des solutions, des programmes efficaces de prévention du suicide, pour intervenir a posteriori dans les collectivités quand le risque augmente et pour comprendre les raisons sous-jacentes qui font que ce problème touche certaines collectivités.

Je connais les études mentionnées par le Dr Butler-Jones. Ce n'est pas un certain type de collectivité qui sera à risque; il y a des éléments propres à une collectivité qui peuvent la protéger mais qui la mettent aussi en danger. Nous savons qu'un certain nombre de facteurs ruraux augmentent le risque, même dans des endroits idylliques.

Le sénateur Merchant : Si les objectifs du système des soins de santé sont d'assurer une meilleure santé, de maintenir les gens dans le meilleur état de santé possible et de leur fournir rapidement et à moindre coût les soins de qualité dont ils ont besoin quand ils en ont besoin, il nous faudra alors chercher des innovations.

D'autres personnes nous ont parlé de modèles multidisciplinaires. À votre connaissance, y a-t-il actuellement des projets pilotes qui nous aideraient à incorporer des systèmes plus efficaces dans le prochain accord?

Dr Butler-Jones : Ma première spécialité au Canada était paradoxalement la médecine familiale. Dans les années 1970, j'ai appris à travailler dans un environnement multidisciplinaire, dans lequel les travailleurs sociaux, les psychologues, les médecins, le personnel infirmier praticien, et cetera, travaillaient ensemble et

a prevention standpoint. We were well connected with public health locally to link our prevention activities clinically and at the community level as well.

However, people came out into practice with fee for service, and you could not bill for a nurse practitioner. Suddenly the schools for nurse practitioners dried up.

There are a number of community health centres that do aspects of that. Some are better than others, but there are lots of models in Canada where people try different things to provide some success.

I think former Senator Keon and perhaps Senator Eggleton were looking a bit at Cuba. Not to argue for the Cuban system, but one thing it does well is link all the levels of care. It is not a series of isolated silos. You have a physician and a nurse that look after your basic care. If you need more complex care, you go to the polyclinic or to a hospital, as needed.

In your basic care, every patient is classified in terms of do you have a chronic condition or risk factors, and there are protocols to ensure people have access to that. If there is only so much penicillin, you have criteria for this; you have some prevention programs. It is more of an integrated system. That piece of it is worth learning from.

We see elements and examples of that across the country. There is a lot written by the College of Family Physicians, the Canadian Nurses Association and other professional associations. There is actually a lot of good evidence there and work that we can draw on.

Again, it is not fractionated care. In Canada, we have moved to specialized care; you need a specialist for everything. In my view, good generalists can do most of the basic stuff, make the right links and see you as a whole patient, as a whole individual, as part of a family and a community, not as a body part. That is one of the big challenges in Canada.

We are starting to see in medical schools and elsewhere more training of family physicians, better integration of multiple disciplines into teams, et cetera. However, by and large, we are not trained in teams; we are trained as isolated or individual professions.

There is a real desire to be more integrated. I think we are seeing a lot of improvement in that. We are seeing more young women particularly going into medicine and family medicine that are more willing to work in rural areas.

mettaient à profit leurs compétences en misant sur la prévention pour prévenir les problèmes. Nous collaborions étroitement avec les organismes locaux chargés de la santé publique pour établir un lien entre nos activités de prévention en clinique et dans la collectivité.

Cependant, les gens ont commencé à exercer la médecine en fixant leurs honoraires à l'acte sans pouvoir facturer les services du personnel infirmier praticien. Les écoles des sciences infirmières se sont soudainement trouvées à court d'étudiants.

Un certain nombre de centres de soins communautaires, des bons et des moins bons, offrent des soins multidisciplinaires, mais beaucoup de modèles sont mis en œuvre au Canada pour obtenir de bons résultats dans ce domaine.

Je crois que l'ancien sénateur Keon, et peut-être le sénateur Eggleton, faisaient un peu référence à Cuba. Sans vouloir défendre le système cubain, s'il y a une chose qu'il fait bien, c'est d'établir un lien entre tous les niveaux de prestations de soins de santé. Le système n'est pas organisé en services cloisonnés. Les soins primaires sont assurés par un médecin et un infirmier ou une infirmière. Pour des soins plus complexes, il faut aller dans une polyclinique ou un hôpital, si cela est nécessaire.

Au niveau des soins primaires, le patient est classifié selon qu'il a une maladie chronique ou des facteurs de risque, et des protocoles sont en place pour assurer l'accès à ces soins. Des critères d'admissibilité aux soins sont prévus en cas de pénurie de pénicilline; il y a des programmes de prévention. C'est un système qui est plus intégré. Sur ce plan, nous pourrions apprendre quelque chose.

Nous voyons des éléments et des exemples de ce système partout au pays. Le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et d'autres associations professionnelles ont énormément écrit à ce sujet. Il y a beaucoup de preuves probantes et de bons travaux que nous pourrions utiliser.

Encore une fois, le système ne fonctionne pas en vase clos. Au Canada, nous sommes passés à la prestation de soins spécialisés; chaque maladie a son spécialiste. Je pense que les bons médecins généralistes peuvent traiter la plupart des symptômes, établir les bons liens et voir le patient comme un tout, comme faisant partie d'une famille et d'une collectivité, et ne pas le voir seulement comme un corps humain. C'est l'un des plus grands défis à relever au Canada.

Les écoles de médecine et d'autres établissements commencent à former de plus en plus de médecins de famille et les différentes disciplines sont mieux intégrées dans des équipes, et ainsi de suite. Toutefois, nous ne sommes pas formés pour travailler en équipe, nous sommes formés pour travailler en vase clos et individuellement.

Il existe une véritable volonté d'une plus grande intégration des différentes disciplines. Nous constatons qu'il y a beaucoup de progrès dans ce domaine. En particulier, les jeunes femmes sont de plus en plus nombreuses à faire de la médecine et de la médecine familiale et elles sont plus enclines à exercer leur métier dans des zones rurales.

However, nurse practitioners are not a substitute for lack of a physician. Nurse practitioners have their own set of skills, which are valuable in the city, the country and everywhere. It is about blending the series of skills, providing appropriate levels of care to the individual and then having a system of care so that if you need more complexity, it is there.

One last illustration: I used to teach family medicine. If I had a patient I was worried about, I would call up the surgeon or the internist or whatever it was, explain what I found and what I had done, and they would be seen that day or the next one. There was no waiting list for people who really needed to be seen.

For others, it could be three or six weeks or whatever — fine, if this changes, come back. Again, it is thinking of it as a system of care, not just my few minutes with a patient. It is about how that fits with the rest of the system and what is happening in the community on the public health and prevention side.

Senator Merchant: We have been told that it is not that the system needs more money necessarily, but it is how we manage our services. I think that should be kept in mind because we can throw a lot of money at things, but it does not necessarily produce the results that we want.

Dr. Birtwhistle: I want to give a personal reflection because I am a practising family doctor. I practise in a health care team that has nurse practitioners, nurses, a pharmacist, a social worker and a dietician. This team makes my life a lot easier. There is no question that I think we provide better care. Taking smoking as an example, I can talk about smoking to patients as they come in, and I do frequently, but our team has actually organized a program in which there is support, phone calls and medication if people need it. This team is highly functioning in terms of cross-over with public health and others, and models of care in primary care are crucial in terms of how you put this together. The evidence for this very expensive team is not there yet because this has just started across the country. However, I think it important to encourage thinking about this as a future model of care.

Mr. Manion: I agree. It is not a matter of just pouring more money into things. It is understanding how we are using the money. The family health teams are an amazing model. There is some good research coming out of that now. Do we know the various skill sets that we need within that team across jurisdictions? Do we have enough of those skill sets? Are we training enough social workers and psychiatrists and psychologists to be able to meet the needs in different jurisdictions? We do not have that national health human

Cependant, le personnel infirmier praticien ne peut pas prendre la place du médecin. Le personnel infirmier praticien a ses propres compétences qui sont utiles en zone urbaine, en zone rurale et partout ailleurs. Il s'agit de rassembler les compétences, d'offrir des soins appropriés aux patients et d'avoir un système de soins de santé qui puisse offrir des soins plus complexes au besoin.

Je vous donne un dernier exemple. J'enseignais la médecine de famille. Si j'étais préoccupé par l'état de santé d'un de mes patients, je téléphonais au chirurgien, à l'interniste ou à tout autre responsable, pour lui faire part de mon diagnostic et du traitement que j'avais prescrit. Ce spécialiste voyait mon patient le jour même ou le jour suivant. Les patients qui devaient vraiment voir un médecin ne passaient pas par la liste d'attente.

Les autres patients pouvaient attendre de trois à six semaines ou plus. On leur demandait de revenir si leur état de santé empirait. Encore une fois, il faut considérer qu'il s'agit d'un système de soins de santé et pas d'une consultation de quelques minutes avec un patient. Il s'agit de trouver le moyen d'intégrer cette façon de procéder au système et savoir ce qui se passe dans la collectivité en matière de santé publique et de prévention.

Le sénateur Merchant : On nous a dit que ce qui importe est la façon dont nous gérons nos services et pas forcément le fait que le système nécessite plus d'argent. Je pense qu'il ne faut pas oublier cela parce que nous pouvons injecter beaucoup d'argent dans le système sans nécessairement obtenir les résultats escomptés.

Dr Birtwhistle : Je voudrais donner un avis personnel à titre de médecin de famille faisant partie d'une équipe soignante composée d'infirmiers praticiens, d'infirmiers, d'un pharmacien, d'un travailleur social et d'un diététiste. Cette équipe a rendu mon travail beaucoup plus facile. Je suis convaincu que nous produisons des soins de meilleure qualité. Prenons par exemple le tabagisme. Je peux en parler à mes patients et je le fais souvent, mais notre équipe a mis sur pied un programme qui offre du soutien, un service d'assistance téléphonique et des médicaments à ceux qui en ont besoin. L'équipe est très efficace sur le plan des relations avec les services de santé publique et d'autres services. Les modèles de soins de première ligne ont une importance cruciale pour organiser le tout. Les résultats de cette équipe très coûteuse ne sont pas encore évidents du fait qu'on commence tout juste à en mettre en place au pays. Cependant, je pense que nous devrions encourager la réflexion sur un modèle de soins de ce genre pour l'avenir.

M. Manion : Je suis d'accord. La solution n'est pas de simplement injecter plus d'argent dans le système, il faut savoir comment utiliser cet argent. Les équipes de santé familiale sont un exemple remarquable. De bonnes études leur sont consacrées. Savons-nous quelles compétences cette équipe doit avoir dans les différentes provinces? Disposons-nous de suffisamment de ressources humaines qui ont ces compétences? Formons-nous suffisamment de travailleurs sociaux, de psychiatres et de

resource plan to tell us whether we are creating the right kinds of skill sets to equip those teams to look at the health needs holistically of the people across different communities.

Ms. Lynkowski: Briefly, beyond the health care team, the success that is happening with regard to addressing the social determinants of health and health inequities happens at the community level. There are some communities that have exemplary programs with regard to this. I believe it is because there are relationships there that go beyond a systems approach. They really look at the level of education of a person and income, and communities come together to actually address some of those root causes of the problem well up front as opposed to dealing with it after the effect.

Senator Seidman: I would like to explore further the child and youth mental health issues. You may know that Dr. Robert Boulay, President of the College of Family Physicians of Canada, testified before this committee just two weeks ago. During that meeting, I asked Dr. Boulay a question about the collaborative position paper that was written by the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association in 2010. In that paper, a vision was presented for the partnership between primary care and mental health providers, including the integration of mental health services in primary care settings. Specifically, I wanted to know the extent to which mental health services could be integrated into the primary care system and what barriers we would face. My particular interest was in child and youth mental health. I asked witnesses to address this focus. You can understand, then, why I was rather taken aback when Dr. Boulay candidly responded to my question with these words:

Child and youth mental health services in Canada are bordering on a national embarrassment. We need to push forward in that realm.

This statement was frank, and it was very poignant. I am hoping that you, with your expertise, can help us understand the barriers that we face and explain how a future health accord could work to address some of these challenges.

Mr. Manion: Thank you for your question. I think you have put it quite well in terms of an embarrassment. There are a number of barriers. One of the barriers we face too often is that the Canadian population does not believe that children and youth can suffer from a mental illness. They do not think it is a reality. They do not understand that the majority of those who will have lifelong mental illnesses actually experience them during childhood and adolescence.

psychologues pour pouvoir répondre aux besoins dans les provinces? Nous n'avons pas de plan national sur les ressources humaines dans le secteur de la santé sur lequel nous appuyer pour déterminer si les compétences que nous créons donneront aux équipes les moyens de répondre globalement aux besoins en matière de santé des habitants des diverses collectivités.

Mme Lynkowski : Je voudrais dire rapidement qu'au-delà du cadre de l'équipe de soins de santé, c'est au niveau de la collectivité que sont résolus les problèmes liés aux déterminants sociaux et aux inégalités en matière de santé. Un certain nombre de collectivités ont des programmes exemplaires à cet égard. Je pense que cette réussite est due aux rapports qui sont établis et qui vont au-delà de l'approche systémique. Ils tiennent vraiment compte du niveau d'études et du revenu des personnes, et les collectivités travaillent ensemble pour s'attaquer bien à l'avance aux causes d'un problème au lieu d'attendre que le problème se manifeste et de réagir après coup.

Le sénateur Siedman : Je voudrais m'arrêter davantage sur les problèmes de santé mentale chez les jeunes et les enfants. Vous savez peut-être qu'il y a seulement deux semaines, le Dr Robert Boulay, président du Collège des médecins de famille du Canada, a témoigné devant le comité. Au cours de la séance, je lui ai posé une question sur l'exposé de principes publié en 2010 par le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des psychiatres du Canada. Cet exposé présentait une stratégie de partenariat entre les prestataires de soins primaires et ceux de santé mentale, qui comprenait l'intégration des services de santé mentale dans le contexte des soins primaires. Je cherchais à savoir dans quelle mesure les services de santé mentale peuvent être intégrés aux soins primaires et savoir aussi quels obstacles nous allions rencontrer. Je m'intéressais particulièrement à la santé mentale chez les jeunes et les enfants. J'ai demandé aux témoins d'axer leurs réponses sur ce sujet. Vous pouvez comprendre alors ma surprise d'entendre le Dr Boulay répondre candidement :

Au Canada, les Services de santé mentale des enfants et des jeunes ne sont pas loin d'une gêne nationale. Nous devons pousser dans ce domaine.

Cette déclaration était franche et très émouvante. J'espère que vous pouvez, grâce à votre expertise, nous aider à comprendre les obstacles auxquels nous nous heurtons et nous expliquer comment un accord à venir sur la santé pourrait s'attaquer aux défis qui se présentent dans ce domaine.

M. Manion : Merci pour votre question. Je pense que votre citation montre très bien qu'il y a une gêne. Il y a plusieurs obstacles. Le fait que la population canadienne ne croit pas que les enfants et les jeunes puissent souffrir de maladies mentales constitue l'un des obstacles que nous rencontrons le plus souvent. Les Canadiens ne croient pas que les enfants souffrent de maladies mentales. Ils ne comprennent pas que la majorité des personnes qui seront atteintes d'une maladie mentale qui durera toute leur vie commencent à en ressentir les effets dès l'enfance et l'adolescence.

The other issue we have talking about children and youth is that it is not just one sector. We cannot just talk about health and primary care. We cannot look at those needs without talking about education and child welfare and youth justice and recreation. Unfortunately, each one of those sectors has a different language, different culture, different barriers and different policies that guide them. All of those differences create barriers to integration, to holistic care and to preventive efforts. We need to develop a common language and a national understanding of how relevant mental health is to our children and youth and how we have an opportunity to actually do some significant prevention during primary school, high school and key transition periods. We need to start to understand that and train that across all disciplines, for anyone that works with a child, thinking about police officers and dentists and teachers. They all have a role to play. That is when we will have the right kind of impact and a better appreciation of a system of care that looks at things in a holistic manner.

Dr. Butler-Jones: It was a previous Senate committee and review that gave rise to the mental health commission looking at a number of these issues. I think that is really important.

To reiterate on the issue of the integration, our mind is not separate from our body, nor is it separate from our culture. We need to have an integrated view so that we are thinking about mental health issues along with physical health issues in other areas.

One area is children, and we just assume kids will be fine. Another area is people with chronic disease or chronic pain and the mental health implications of that. We tend to focus on the physical ailment and not even acknowledge sometimes the mental components of it. There is huge opportunity as professionals and as communities to come together in a different way, which I think will benefit everyone at the end of the day.

Ms. Cohen: In terms of early identification of problems for children and youth, as Dr. Manion said, it is not just through primary care. We need to have resources in schools and in the communities in which they live where those kinds of problems are likely to be most early identified. The challenges are infrastructure in terms of how health care is delivered. The bulk of providers of specialized mental health care are social workers and psychologists, and those services are not funded. If we have an infrastructure that is funded fee for service, it makes it more difficult to access that care in a timely way, in addition to the stigma.

Senator Seidman: You are getting at some interesting issues. If we specifically look at improving access to services, for example, and wait times and improving the knowledge and training of health care workers — and I think you were already starting to

L'autre chose au sujet des enfants et des jeunes, c'est qu'il n'y a pas qu'un seul secteur. Nous ne pouvons pas parler seulement de la santé et des soins primaires. Nous ne pouvons pas examiner ces besoins sans faire référence à l'éducation, au bien-être des enfants, à la justice et aux loisirs pour les jeunes. Malheureusement, chacun de ces secteurs a une terminologie, une culture, des entraves et des politiques qui lui sont propres. Tous ces facteurs différents sont des entraves pour l'intégration, les soins holistiques et les mesures préventives. Nous devons développer une terminologie commune et une compréhension à l'échelle nationale de la pertinence de la santé mentale pour les enfants et les jeunes. Nous devons comprendre aussi que nous avons l'occasion de prendre d'importantes mesures préventives au niveau de l'école primaire, de l'école secondaire et des périodes de transition critiques. C'est quelque chose que nous devons commencer à comprendre et à enseigner dans toutes les professions, à tous ceux qui travaillent avec des enfants, comme les policiers, les dentistes et les enseignants. Ils ont tous un rôle à jouer. C'est ainsi que nous aurons l'effet escompté et une meilleure appréciation d'un système qui offre des soins holistiques.

Dr Butler-Jones : Un comité sénatorial et un examen précédents sont à l'origine de l'étude de ces questions par la Commission de la santé mentale. Je pense que c'est quelque chose de vraiment important.

Pour revenir à l'intégration, notre esprit n'est séparé ni de notre corps ni de notre culture. Nous devons adopter une approche globale pour pouvoir établir un lien entre les problèmes de santé mentale et les problèmes de santé physique qui touchent d'autres groupes.

Les enfants constituent l'un de ces groupes, mais nous supposons tout simplement qu'ils n'auront aucun problème. Un autre groupe est composé de personnes atteintes de maladies chroniques ou qui souffrent de douleur chronique et de leurs effets sur la santé mentale. Nous avons tendance à centrer nos efforts sur les maladies physiques sans même parfois tenir compte des préjudices mentaux qui les accompagnent. Les professionnels et les collectivités ont une excellente occasion de travailler ensemble d'une manière différente qui profitera en fin de compte à tout le monde.

Mme Cohen : Comme l'a dit M. Manion, le dépistage précoce de troubles chez les enfants et les jeunes ne se fait pas seulement au stade des soins primaires. Il faut attribuer des ressources dans les écoles et dans les collectivités où vivent les enfants et les jeunes et où il y a de plus fortes chances de dépister le plus tôt possible ce genre de troubles. Le problème se pose au chapitre du mode de prestation des soins de santé. Les travailleurs sociaux et les psychologues forment la majeure partie des fournisseurs de services spécialisés de santé mentale; or, ces services ne sont pas subventionnés. Lorsque le paiement à l'acte s'applique, il est plus difficile d'avoir accès aux soins en temps opportun, et un sentiment de stigmatisation vient s'ajouter.

Le sénateur Seidman : Vous soulevez des points intéressants. Auriez-vous quelque chose de précis à proposer dans le cas où nous envisagerions, par exemple, d'élargir l'accès aux services, de réduire les délais d'attente, de perfectionner les connaissances et d'améliorer

touch on that — as well as the other settings and professionals who can deliver the kind of programs that you might be talking about, do you have something specific to offer in those areas?

Mr. Manion: A significant amount of work has been done on access and wait times in general health procedures. Increasingly, we are looking at how that has to be applied now to the mental health questions. Unfortunately, when a population does not understand mental health or mental health care, often they will go to the most specialized provider as quickly as possible, creating bottlenecks in the system. We do not have a lot of pediatric child and youth psychiatrists in Canada, but not everyone with a mental health concern should be going to see a psychiatrist necessarily. That is for a certain kind of problem. There are community-based providers, psychologists and social workers that have tremendous skill sets that can meet the need across the continuum and decrease some of the bottlenecks that are created in our system, but there must be a mutual understanding and respect for the various roles in that system that I think we are lacking, for all the reasons that have been mentioned, including the lack of cross-training. We do not train our professionals to understand other professions. We train our professionals to work in silos, and then magically we expect them to work as teams when they get out. That has to change.

Senator Martin: I have so many questions. I will try to focus to the 2004 health accord. In terms of mental health and the growing need and concerns that we have as Canadians, would you say that the 2004 health accord made a difference in how we have done? Although we say we are not doing a good job, did it assist in ensuring that we do a better job with mental health? If not, what should we be looking at in the next accord? I am asking specifically about the language of the text that needs to be there so that we can focus. I think this is an area that we must focus on. We all agree around this table. My first question is with regard to the 2004 health accord and what it did or did not do and what we need to ensure we have in the next one.

Mr. Manion: When you talk about the 2004 accord in terms of explicit mention of mental health in the accord, it was incredibly limited. It was subsumed in small pieces under other things, which did not give it the chance to be highlighted for some cohesive and focused action.

As has been mentioned, other Senate committees have looked at the issue of mental health, such as the *Out of the Shadows at Last* report that spawned the Mental Health Commission of Canada, which I think has gone a long way to changing the dialogue nationally. They were awaiting recommendations and a plan from the commission, but the 2014 accord cannot wait. We must acknowledge that this is something that has to be part of conversations now.

I will be honest with you in that I was a little disappointed when I looked at all the different themes and testimony of how we are trying to get mental health in the back door as opposed to

la formation des travailleurs de la santé — vous en avez déjà parlé me semble-t-il — et d'améliorer aussi les autres modèles de soins et la formation des autres professionnels qui peuvent offrir le genre de programmes auxquels vous avez fait référence?

M. Manion : On a travaillé fort pour améliorer l'accès et les temps d'attente relativement aux interventions en médecine générale. On cherche de plus en plus à appliquer ces connaissances aux questions de santé mentale. Malheureusement, les gens comprennent mal la santé mentale ou les soins afférents et exigent souvent de rencontrer un fournisseur de soins hautement spécialisé dès que possible, ce qui engorge le système. Le Canada ne compte pas beaucoup de psychiatres pédiatriques spécialisés dans la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, mais il ne faut pas nécessairement consulter un tel spécialiste pour toute question de santé mentale. Ils sont là pour traiter certains problèmes. Les intervenants communautaires en matière de santé, des psychologues et des travailleurs sociaux extrêmement compétents, peuvent répondre à toute une gamme de besoins et contribuer ainsi à désengorger le système. Or, je pense qu'il faut que les différents fournisseurs de soins se comprennent et se respectent mutuellement, mais ce n'est pas le cas pour toutes les raisons que j'ai mentionnées, y compris le manque de formation réciproque. Nos professionnels n'apprennent pas à comprendre les autres professions. On leur enseigne à travailler de façon isolée, mais après leurs études, on s'attend à ce qu'ils se mettent à travailler en équipe comme par magie. Cela doit changer.

Le sénateur Martin : J'ai tellement de questions. Je vais essayer de m'en tenir à l'accord de 2004 sur les soins de santé. En ce qui concerne la santé mentale ainsi que les besoins et les soucis grandissants des Canadiens à ce sujet, croyez-vous que l'accord a influencé le cours des choses? Malgré notre piètre rendement, l'accord nous a-t-il permis de nous améliorer en matière de santé mentale? Sinon, que devrait contenir le prochain accord? J'aimerais savoir sur quoi le libellé devrait mettre l'accent. Je pense que nous devons examiner cette question particulière; nous sommes tous d'accord. Ma première question porte donc sur les effets de l'accord de 2004 sur les soins de santé, et sur le libellé du prochain accord.

M. Manion : L'accord de 2004 parlait très peu de santé mentale explicitement. Il fractionnait la notion dans divers sujets, ce qui empêchait d'avoir une vue d'ensemble des mesures cohésives et bien ciblées à adopter.

On a dit tout à l'heure que d'autres comités sénatoriaux se sont intéressés à la question de la santé mentale. Par exemple, le rapport *De l'ombre à la lumière* a mené à la création de la Commission de la santé mentale du Canada, qui a énormément fait progresser le dialogue national, à mon avis. On attend toujours les recommandations et le plan de la commission, mais l'accord de 2014 ne peut pas attendre. Il faut absolument en discuter dès maintenant.

Bien honnêtement, je suis un peu déçu de constater que dans les différents témoignages et études, on essaie d'aborder la santé mentale de façon détournée plutôt que d'y accorder la priorité.

being the primary focus. Leadership goes a long way in this respect. If it is an add-on, it will always be the poor cousin, and it must be a focus.

Ms. Cohen: One of things that has happened since 2004, whether a direct result of the accord or not, is the Primary Health Care Transition Fund that was funded by Health Canada. There were two aspects. One was enhancing interdisciplinary care in general across health care providers, and the other one was the Canadian Collaborative Mental Health Initiative, which looked specifically at collaborative care in mental health.

There has been a lot more discussion and recognition about the importance of collaborative care in terms of providing accountable and effective service. As Dr. David Butler-Jones mentioned, there is a lot more recognition that working collaboratively makes people's jobs easier rather than harder because there is a team upon whose expertise you can rely. Where we have stopped a bit is at the barriers. We know how to do it better, but there are further infrastructure barriers in the way of doing so.

Dr. Butler-Jones: I would not attribute it to the accord, but I think with the Mental Health Commission, with the investments in research and the kinds of conversations taking place, there is a greater visibility now. At the time the accord was written, it did not have the same kind of visibility. Maybe the fact that it did not have that visibility contributed to having new kinds of important conversations moving forward.

Senator Martin: My question is about these barriers. How do we begin to dismantle or attack them? Can the accord facilitate that?

Dr. David Butler-Jones and Dr. Birtwhistle, you described this integrated or comprehensive centre to provide the kind of health care services that we need and that it should be a trans-disciplinary system. We know that it exists in different places. We know it is the way we must go. I, for one, had to be the quarterback to help navigate my father through the system with many specialists. Not understanding the system myself, I have seen firsthand the importance of doing this for patients who use the medical system. How do we transition towards that? Can the accord in some way facilitate that? We know what we need to do.

Dr. Butler-Jones: I think that is a fair question, and you will provide your advice as to how it could be done through the accord, per se. I think it is essential.

One of the challenges is that we have structural problems. For example, I was responsible for setting up primary care reform in Saskatchewan when I was there a number of years ago. One of the biggest barriers was not finding physicians and others who were interested in working in teams and using a different model of payment, et cetera. There was a rule in Saskatchewan that if you wanted to do that as a new graduate or coming into the province, you first had to build up a fee-for-service practice and then convert it to the new model of payment. That is a very fundamental structural barrier.

C'est ainsi depuis longtemps. La santé mentale doit être au centre de nos préoccupations, sans quoi elle demeurera toujours le parent pauvre de la santé.

Mme Cohen : Une des initiatives créées depuis 2004 est le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, financé par Santé Canada; j'ignore s'il découlait directement de l'accord ou non. Ce fonds comportait deux volets. D'une part, il favorisait les soins interdisciplinaires parmi les différents fournisseurs. L'autre volet était l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, qui se penchait plus particulièrement sur la collaboration dans les soins de santé mentale.

Depuis, on parle beaucoup plus de l'importance de la collaboration en santé mentale, dans l'offre d'un service responsable et efficace. Comme l'a dit le Dr David Butler-Jones, il est maintenant plus communément admis que travailler en collaboration facilite la tâche des fournisseurs de soins puisque chacun peut compter sur la compétence de l'équipe. Ce qui nous ralentit, ce sont les barrières. Nous savons comment nous améliorer, mais l'infrastructure nous empêche de le faire.

Dr Butler-Jones : Même si ce n'est pas attribuable à l'accord, je pense que la santé mentale a gagné en visibilité grâce à la Commission de la santé mentale du Canada, aux investissements en recherche et à la teneur des discussions actuelles. On parlait beaucoup moins de santé mentale lors de la rédaction du libellé de l'accord. C'est peut-être cette faible visibilité qui a donné lieu aux nouvelles discussions orientées vers l'avenir.

Le sénateur Martin : C'est sur ce genre d'obstacles que porte ma question. Par où commencer pour les supprimer ou les surmonter? L'accord peut-il résoudre une bonne partie du problème?

Docteurs Butler-Jones et Birtwhistle, vous avez parlé de centres multidisciplinaires polyvalents qui offrent les services de soins de santé dont nous avons besoin. Nous savons qu'il y en a et que nous devons aller dans cette direction. Pour ma part, j'ai dû aider mon père à s'y retrouver entre les nombreux spécialistes du système médical. Puisque j'ai moi-même du mal à le comprendre, je reconnais l'importance d'emprunter cette voie pour aider les patients. Comment pouvons-nous effectuer la transition? L'accord peut-il nous simplifier la tâche d'une certaine façon? Nous savons ce qu'il faut faire.

Dr Butler-Jones : Je pense que c'est une question qui mérite d'être posée. Vous pourrez donner votre avis sur la façon de réaliser la transition dans l'accord lui-même. Je pense que c'est essentiel.

Or, nous sommes aux prises avec des problèmes structurels. Par exemple, il y a plusieurs années, j'étais responsable de la réforme des soins primaires en Saskatchewan. L'un des principaux obstacles, c'est qu'aucun médecin ou professionnel de la santé n'était prêt à travailler en équipe, à utiliser un autre modèle de paiement, et ainsi de suite. La réglementation de la Saskatchewan obligeait les jeunes diplômés ou les nouveaux arrivants de la province à commencer par la rémunération à l'acte avant d'adopter le nouveau modèle de paiement. C'est un obstacle structurel fondamental.

We have systems where the incentives are identifying the one issue for today because I only have time for one issue. How does the patient know what that one issue is of the 4 or 5 present? You have to do as Dr. Birtwhistle and his colleagues do, actually work through and then figure it out. You may have to come back and deal with them later, but how does the patient know that? If you just have a regular prescription, why would a patient have to come in for an appointment, take time off work and try to find a parking space just for a renewal of a prescription when their blood pressure is well-controlled and they are managing it at home?

Again, these are structural problems that we have created by the systems we have created, and those are just a few examples.

This is a chance to step back. In the conversations around the accord, independent of what the future looks like in terms of accords or not, there is a real appetite for the conversations and the planning around how we can address these things more effectively.

Senator Martin: It would be great to see what the structural barriers are and if we could dismantle 40 per cent or else. I know that is not possible, but try to attack those barriers. It would be great to get a list of those key structural barriers from you, Dr. Butler-Jones, for consideration in our report. I am sure we have a running list as it is, but are there specific ones?

Dr. Butler-Jones: Another running list or something in addition. For example, the College of Family Physicians, the Canadian Nurses Association and others have focused on the challenges in primary care and the way forward. It is really about what we need to do now as opposed to what some of the problems were in the past. What kind of system do we think would serve us well into the future?

When the Hall commission was established in the 1960s, they went around the world and looked at what the best match and the best system would be for us, and then we could look at how to get there. If there were barriers to getting there, they looked at how to identify them. I am not sure we have had that kind of conversation, but there is a huge appetite for it today.

Dr. Birtwhistle: To put one of the barriers on the table, and hopefully it has been improving, it is a political barrier in terms of a physician giving up turf. This is an issue that physicians have had difficulty with over the years. It is changing, but it is still there.

Senator Dyck: I want to return to the topic of suicide amongst youth. The statistics you provided to the committee are quite shocking. I knew that the rates were high within the Aboriginal population, particularly up North in Nunavut, and other groups are also at risk. Given that the Aboriginal population is relatively young — half of the population is under the age of 25 — and because it is growing rapidly, they are particularly at risk.

Dans certains systèmes, le médecin demande au patient de lui parler d'un seul problème de santé par manque de temps. Comment un patient ayant quatre ou cinq problèmes de santé peut-il en choisir un seul? Il faut plutôt procéder comme le Dr Birtwhistle et ses collègues, c'est-à-dire examiner tous les problèmes du patient avant de prendre une décision. Il se peut que le médecin n'ait pas le temps de tout régler en un seul rendez-vous. Mais comment peut-on demander au patient de déterminer son problème prioritaire? Lorsqu'un patient doit uniquement renouveler sa prescription habituelle, pourquoi doit-il prendre rendez-vous, s'absenter du travail et trouver un stationnement s'il gère bien sa pression artérielle à la maison, par exemple?

Il s'agit donc de quelques exemples de problèmes structureux découlant des systèmes que nous avons conçus.

Nous avons maintenant l'occasion de prendre du recul. On constate un véritable désir d'améliorer l'efficacité du système dans les discussions entourant l'accord, indépendamment de la suite des choses.

Le sénateur Martin : Il serait merveilleux de savoir quelles sont les barrières structurelles. Nous pourrions par exemple essayer de supprimer 40 p. 100 d'entre elles. Je sais que c'est impossible, mais j'aimerais que vous nous les montriez du doigt. Docteur Butler-Jones, nous vous serions très reconnaissants de nous dresser une liste de barrières structurelles pour notre rapport. Je suis certaine que la liste est longue, mais pourriez-vous en nommer quelques-unes?

Dr Butler-Jones : Vous voulez une liste de plus. Par exemple, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, entre autres, se sont préoccupés avant tout des enjeux entourant les soins primaires et de l'avenir. Ce qui compte, c'est ce que nous devons faire, et pas les problèmes du passé. Quel type de système répondra à nos besoins à venir?

Dans les années 1960, les responsables de la Commission royale d'enquête sur les services de santé ont parcouru le monde afin de trouver le système de santé qui nous conviendrait le mieux. Ils ont ensuite cherché à le mettre en œuvre, et c'est seulement à ce moment qu'ils ont identifié les obstacles à surmonter, le cas échéant. J'ignore s'il en a été question, mais cette idée plaît énormément aujourd'hui.

Dr Birtwhistle : L'une des barrières politiques, ce sont les médecins qui défendent leur profession comme une chasse gardée; j'espère que la situation s'améliore. Les médecins se montrent réfractaires depuis des années. C'est mieux qu'auparavant, mais le problème n'est toujours pas réglé.

Le sénateur Dyck : J'aimerais revenir sur le suicide chez les jeunes. Vous nous avez présenté des statistiques bouleversantes. Je sais que le taux de suicide est élevé chez les Autochtones, surtout au Nunavut, dans le Nord, et que d'autres groupes sont aussi exposés au risque de suicide. La population autochtone est particulièrement vulnérable, car elle est relativement jeune — la moitié des Autochtones sont âgés de moins de 25 ans — et elle augmente rapidement.

With regard to the Canadian Task Force on Preventive Health Care and the model that you presented, Dr. Birtwhistle, how would various groups interact in terms of designing preventive structures? Is there a mechanism whereby people from the school, parents or organizations that youth might be involved with after school, can have input? It seems to me that, relatively speaking, a young person probably does not see their family doctor very often, I would guess maybe once or twice a year, unless there are other health problems. With something like suicide, because often those thoughts are kept to the person themselves, they may not interact with the family doctor.

Within a model of health care, how do we reach people like that? Is that covered by the kind of structures that we have in order to cast as wide a net as possible in order to pick up those first signals? Those signals may not come through the typical medical care system.

Dr. Birtwhistle: I think you have expressed the point very well. I do not necessarily think that the primary health care or medical care system is the way we will move this forward. I think it can be part of the solution once things are identified but often, you are right, young and healthy individuals do not see their doctors often or even visit the health team often. I think it is in other places that the antenna must be put up in terms of trying to move this forward with regard to the identification.

Mr. Manion: I think we have to be careful. Often when people are beginning to have mental health concerns, it shows as physical symptoms. We have done research where we have asked young people about risk and suicide, and roughly a third of them who had suicidal thoughts told us they never told anyone before. Half of the young men told us they have never told anyone before, yet they just told us. Therefore, sometimes asking the question explicitly should be part of the examination.

If a young person is presenting with some physical symptoms because of a problem with anxiety or is self-medicating through using substances, that is the opportunity to find out how that young person copes with things, including going as far as thinking of ending his or her life. If that is the case, what steps has that person they already taken?

We also know that in many communities there has been a huge impact on suicide by never discussing suicide, focusing instead on wellness. Some of the isolated communities we have worked were having suicides every month with people as young as age 10, which, on a monthly basis, is a huge proportion of the population. Going in, working with the natural caregivers and having the community own the prevention and wellness efforts has resulted in no suicides over the last three years.

There are different ways of getting at this question. Part of it is through primary care, part is asking the hard questions at times, even with the family, and that is where parenting comes in, but part is also looking at the holistic approach we have all been talking about today.

Docteur Birtwhistle, en ce qui concerne le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et le modèle que vous nous avez présenté, comment les différents groupes peuvent-ils collaborer afin de renforcer la prévention? Existe-t-il un mécanisme qui met à contribution le personnel de l'école, les parents ou les organismes que les jeunes fréquentent après l'école? Somme toute, un jeune ne doit pas consulter son médecin de famille plus d'une ou deux fois par année, à moins d'avoir d'autres problèmes de santé. Ceux qui pensent au suicide n'en discuteront probablement pas avec leur médecin de famille puisqu'ils n'en parlent habituellement à personne.

Comment peut-on atteindre ces jeunes au moyen du système de santé? Les structures actuelles ont-elles suffisamment de portée pour déceler les premiers signes des pensées suicidaires? Peut-être pas.

Dr Birtwhistle : Je pense que vous avez très bien cerné le problème. Je ne crois pas que la solution réside nécessairement dans les soins de santé primaires ou le système de santé. Ceux-ci font peut-être partie de la solution une fois que les jeunes vulnérables ont été identifiés. Mais vous avez raison de dire que les jeunes en santé ne consultent pas souvent leur médecin ou le personnel médical. Je pense que nous devons déployer nos antennes ailleurs afin de détecter les jeunes à risque.

M. Manion : Je crois qu'il faut être prudent. Souvent, l'apparition d'un trouble de santé mentale se traduit par des symptômes physiques. Dans le cadre d'une étude, nous avons déjà interrogé des jeunes sur le risque et le suicide. Environ le tiers de ceux qui avaient déjà envisagé le suicide nous ont confié ne l'avoir jamais dit à personne auparavant, une proportion qui atteint 50 p. 100 chez les jeunes hommes. Mais ces jeunes nous en ont parlé quand même. Par conséquent, il faudrait parfois poser la question de façon explicite lors de l'examen médical.

Si un jeune présente des symptômes physiques causés par l'anxiété ou qu'il abuse de médicaments, d'alcool ou de drogue, c'est l'occasion de lui demander comment il fait face aux événements de la vie, y compris s'il envisage de mettre fin à ses jours. Dans l'affirmative, on peut alors lui demander quelle démarche il a déjà entreprise.

Nous savons également qu'au sein de nombreuses collectivités, on ne parle jamais de suicide et on met plutôt l'accent sur le bien-être, ce qui a une grande incidence sur le taux de suicide. De plus, nous sommes intervenus auprès de collectivités isolées où des jeunes se suicidaient tous les mois, et parfois dès l'âge de 10 ans. Il s'agit d'une proportion considérable de la population. Nous sommes intervenus en collaborant avec les aidants naturels et en aidant la collectivité à adopter ses propres mesures de prévention et de promotion du bien-être; ces trois dernières années, il n'y a eu aucun suicide.

Il y a différentes façons de s'attaquer au problème. On peut faire un bout de chemin grâce aux soins primaires, en posant parfois des questions difficiles et en mettant à contribution la famille, où l'éducation entre alors en ligne de compte. Mais l'approche globale dont il est question aujourd'hui fait également partie de la solution.

Dr. Butler-Jones: I have a story to reinforce the point of asking the questions, actually listening and the importance of that contact. I was working in the tropical disease clinic and a patient came in, a recent immigrant from the Philippines, who had problems. They assumed it must be a tropical disease; they had had myriad tests, multiple specialities, et cetera. I listened to her for a while and we chatted. Basically, she was being abused in the family, and it was a physical manifestation of abuse in that case. Taking the time and having the time to listen is essential, whether it is a physician, nurse, social worker or psychologist.

The other point is to reinforce the issue of the role in communities and having alternatives for kids. One of the worst things we did in the 1990s to save money in the education system was cut back on after-school programs, bands, orchestras, art and all the things that kept some of us in school. The irony is when you have daily physical activity, orchestras and so forth, kids actually do better in their academic subjects, but those were the first things we cut. That is a simple, practical way, along with having adult mentors such as good teachers, Scout leaders and so forth. It is a huge impact in terms of that positive avoidance of the alternative.

Mr. Manion: We have data that shows that when young people are meaningfully engaged in things like after-school and community activities, they are physically healthier, engage in less risk-taking behaviour, are less likely to become depressed and are less likely to become suicidal.

Dr. Butler-Jones: One good example is the Ranger program in the North. I do not know whether you are familiar with it, but it is one alternative.

Senator Dyck: You are describing the kind of mental health or well-being aspects of having after-school activities. Has anyone ever done a study that shows the economic benefit in terms of maintaining a healthy community with those kinds of supports? Many times, unfortunately, it seems to fall down to how many dollars we will save if we bring these programs back by making people healthier. People would rather cut the programs out to save money instead of investing in well-being. Has there been that kind of study?

Mr. Manion: There have been some studies. Some of the work of a giant in child and youth mental health, Dr. Dan Offord, was about looking at community response, the determinants of health, the role of recreation in terms of improving health and mental health outcomes. Sadly, sometimes for financial reasons, when we try to replicate this work, we cut the guts out of these programs so that they are no longer effective. We are not implementing them with fidelity. I think that we are lacking information in terms of mental health economics. That is an area of research that we should be connected to. There are very few, I think, talented

Dr Butler-Jones : J'ai une anecdote qui confirme l'importance de poser des questions, d'écouter attentivement et d'établir un contact. Lorsque je travaillais dans une clinique spécialisée en maladies tropicales, une nouvelle immigrante des Philippines s'est présentée pour des problèmes de santé. Puisque tout le monde présumait qu'elle était atteinte d'une maladie tropicale, on l'avait soumise à toutes sortes d'examen. Or, j'ai pris le temps de l'écouter et de discuter avec elle. J'ai découvert qu'elle était victime de violence familiale et que son problème en était plutôt la manifestation physique. Il est essentiel que les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et les psychologues aient le temps d'écouter les patients, et qu'ils prennent le temps de le faire.

D'autre part, j'aimerais soulever la question du rôle au sein des collectivités et des choix à offrir aux enfants. L'une des pires décisions prises dans les années 1990 pour réduire les dépenses du système d'éducation a été de restreindre l'offre d'activités parascolaires, comme les groupes de musique, les harmonies scolaires, les arts et toutes les activités qui ont donné à certains d'entre nous une raison d'aller à l'école. Le comble de l'ironie, c'est que ces activités ont été les premières coupées même si les jeunes obtiennent de meilleurs résultats dans les matières classiques lorsqu'ils participent quotidiennement à une activité physique, à une pratique musicale, et ainsi de suite. Les activités parascolaires sont simples et pratiques et permettent l'encadrement d'un adulte, à l'image d'un professeur ou d'un animateur scout. Elles arrivent incroyablement bien à changer les idées des jeunes.

M. Manion : Selon nos données, les jeunes qui s'engagent sérieusement dans une activité parascolaire ou communautaire sont en meilleure santé physique, adoptent moins de comportements à risque et sont moins sujets à la déprime ou aux pensées suicidaires.

Dr Butler-Jones : Le programme des Rangers dans le Nord en est un bon exemple. J'ignore si vous le connaissez, mais c'est une option.

Le sénateur Dyck : Vous nous parlez des bienfaits des activités parascolaires sur la santé mentale et le bien-être. Sur le plan économique, a-t-on déjà démontré les avantages de préserver la santé de la collectivité grâce à ce genre d'activités? Malheureusement, la question se résume souvent à l'argent qu'il est possible d'économiser si on améliore la santé des gens à l'aide de tels programmes. Les gens préfèrent économiser en supprimant ces programmes plutôt que d'investir pour favoriser le bien-être. Y a-t-il déjà eu une étude semblable?

M. Manion : Oui, il y en a eu. Le Dr Dan Offord, un spécialiste émérite de la santé mentale chez les enfants et les adolescents, a mené des travaux sur l'intervention communautaire, les déterminants de la santé et les effets bénéfiques des activités récréatives sur la santé et la santé mentale. Lorsque nous tentons de reproduire ces travaux, les programmes sont malheureusement parfois sabrés pour des raisons financières à un tel point qu'ils ne sont plus efficaces. Ils ne correspondent pas fidèlement au modèle. Je crois qu'il nous manque d'information sur l'économie de la santé mentale. Or, nous devrions mener des recherches dans ce domaine.

researchers that look at mental health economics, especially from a child and youth perspective, and that is an area in which we can have some increased capacity.

Dr. Butler-Jones: Ministers of sport and recreation, ministers of health and ministers of education are working together and focusing on the after-school period for a whole range of reasons. One is adult mentorship. Another reason is when you think of adolescent or youth crime, most of it occurs in that after-school period. It goes on and on. The evidence is clear that small investments in this area — they do not need to be large — have a tremendous impact not just in terms of day-to-day issues but also with respect to those kids' future, their sense of purpose, mentoring and desire to become something.

Ms. Cohen: It is certainly true we know more about what is clinically effective than cost effective. When it comes to programs and issues that have an impact on mental health, the impact is over a great period of time and across sectors. Therefore, you may invest in schools and see the outcome years later in the workplace. That is a challenge because the value of that program is not immediately obvious as it is with cardiac surgery for someone who has a heart problem.

Senator Braley: Many of my questions have been dealt with by Senator Dyck. She did an excellent job.

We have to keep people healthy from birth through the teenage years through adulthood and into older age. My children are in their 40s, and my grandchildren are youngsters, from age 6 months to 22.

I see the education system has not been adjusted so that things like eating good food and ensuring you have exercise all occur as part of the curriculum. I can teach mathematics or history, but there is also just living. I do not know the facts that are needed, and I am sure my children do not know the facts for the grandchildren. There must be a correlation of education and health at the provincial level, but to what extent? Do we tackle that by starting to educate the children as they enter the school system? The parents may not have had the opportunity to do it properly. Then we have to have the social system tie into it so that when a person shows a physical problem, it is immediately identified and can be partially or fully dealt with. I do not know if I have tackled the thing right, but we have to look at how we keep healthy and then reduce the health costs in a major way.

Mr. Manion: There is more work being done in school health than ever before. For example, the Canadian Association for School Health, or CASH, is looking at the best knowledge available to answer the questions you have raised.

With respect to mental health, a national project is looking everywhere in the world at the best programs that are school-based that can help us in terms of the mental health literacy not just of students but also of staff so that we can answer some of those questions.

Je pense que très peu de chercheurs chevronnés s'intéressent à l'économie de la santé mentale, et encore moins chez l'enfant et l'adolescent. Nous devrions étudier davantage la question.

Dr Butler-Jones : Bien des raisons expliquent pourquoi les ministres responsables des sports et des loisirs, de la santé et de l'éducation se serrent les coudes pour cibler les activités parascolaires. L'encadrement d'un adulte en est une. Aussi, c'est surtout après l'école que les jeunes posent des gestes criminels. La liste des raisons est longue. À l'évidence, de petits investissements dans ce domaine — il ne faut pas nécessairement beaucoup d'argent — peuvent avoir un impact incroyable non seulement sur les problèmes quotidiens, mais aussi sur l'avenir des jeunes, leur but dans la vie, leur encadrement et leur désir de devenir quelqu'un.

Mme Cohen : Il est vrai que nous pouvons davantage vous parler d'efficacité sur le plan clinique que de rentabilité. Les répercussions des programmes et des enjeux liés à la santé mentale se font sentir pendant des années et dans bien des secteurs. Par conséquent, il se peut que l'argent investi dans les écoles ne donne pas de résultats concrets avant des années, lorsque ces jeunes seront sur le marché du travail. C'est difficile, car la valeur d'un tel programme ne saute pas aux yeux sur le coup, contrairement à une chirurgie cardiaque chez un patient atteint d'une maladie du cœur.

Le sénateur Braley : Le sénateur Dyck a déjà posé bon nombre de mes questions. Elle a fait un excellent travail.

Nous devons protéger la santé des gens de la naissance jusqu'au troisième âge, en passant par l'adolescence et l'âge adulte. J'ai des enfants dans la quarantaine et des petits-enfants âgés de 6 mois à 22 ans.

Je constate que le programme d'enseignement du système d'éducation n'intègre pas certains éléments comme la saine alimentation et l'exercice physique. On peut enseigner les mathématiques ou l'histoire, mais la vie en général aussi. J'ignore ce qu'il manque, et mes enfants ne le savent probablement pas non plus en ce qui concerne mes petits-enfants. Il doit y avoir une corrélation entre l'éducation et la santé au niveau provincial, mais à quel point? Devrions-nous commencer la formation des enfants en la matière dès leur entrée dans le système scolaire? Il se peut que les parents n'aient pas eu l'occasion de le faire convenablement. Il faut aussi intégrer le système social pour que les problèmes physiques puissent être identifiés immédiatement et pris en charge partiellement ou en totalité. J'ignore si c'est le bon angle d'attaque, mais nous devons trouver des moyens de garder les gens en santé, puis de diminuer considérablement les coûts en santé.

M. Manion : On ne s'est jamais autant intéressé à la santé en milieu scolaire. Par exemple, l'Association canadienne pour la santé en milieu scolaire fait appel aux spécialistes les mieux renseignés en vue de répondre aux questions que vous avez soulevées.

Dans le cadre d'un projet national sur la santé mentale, on parcourt le monde à la recherche des meilleurs programmes scolaires qui permettraient d'apporter une réponse à certaines questions et de mieux renseigner les élèves sur la santé mentale, mais aussi le personnel.

One of the problems is it cannot be on the backs of teachers. Teachers are very busy already. They have a skill set that can be enhanced around identification. However, it will be through partnerships across sectors, for example, education working with service providers in health, mental health, child welfare and youth justice to understand the holistic needs of their students. The school can be a place where much of this can happen, but we must think about whose role is to do what piece. Part of it will be in the curriculum and part of it will be having the right skill sets within the school system. However, a greater part will be breaking down some of the silos between education and the other sectors, so it can be a community response, maybe based in the school, but using the best tools from all the different players at the community level.

Dr. Butler-Jones: I would certainly agree with that. CASH is one forum nationally. There are other fora. As I said, ministers and deputy ministers across the sectors are starting to recognize the importance of getting there and thinking coherently about how we approach it. We often say we should do it in school while realizing the tremendous competition and pressures, but we can assist that, whether it is a public health nurse or whatever to help facilitate that. There are different ways to encourage that.

At the same time, it is not to take away from the parents' responsibility. It is not a substitute for it; it has to be complementary to that, and there is also the issue of supporting parents and communities to support kids.

As for the tools and resources, for example, the options in the cafeteria, there is a lot of good evidence that if you put the salad bar before the checkout, people pick up salads. If the better foods are well lit and the chips and gravy are stuck in a corner, people pick the brighter foods. There are many simple things, ironically, that can encourage that.

Mexico has banned pop from all its schools. Hydration is an issue in Mexico and many schools did not have clean water. First, they made sure every school had clean water, and then they removed the soda pop. Is that the answer? It depends on the community, and each school board is so different. However, to the extent we can help cross-jurisdictions identify the best practices and find easy ways to implement them, we are more likely to be successful. It is complementary, however, and it is important that we support parents as well as the kids in school.

Ms. Lynkowski: The other thing is that for decades we have talked about literacy and promoting it, but it is only in the past little while that we have talked about the concept of health literacy for young people and adults. As we have growing expectations on all of

L'un des problèmes, c'est qu'on ne peut en faire la responsabilité des enseignants, car ils ont déjà assez de pain sur la planche. À leurs compétences, on pourrait ajouter la capacité de déceler les problèmes. Toutefois, pour avoir une compréhension globale des besoins des élèves, il faudra des partenariats entre les différents secteurs; par exemple, les écoles devront collaborer avec les fournisseurs de soins de santé et de santé mentale, l'aide sociale à l'enfance et le système de justice pour les jeunes. Ce peut être fait en grande partie à l'école, mais je pense qu'il faut se demander qui doit assumer chaque rôle. Le programme éducatif fait partie de la solution, mais les compétences nécessaires doivent aussi se trouver au sein du système scolaire. Toutefois, il faudra faire tomber les murs qui séparent l'éducation et les autres secteurs. Il s'agira ainsi d'une véritable intervention communautaire implantée à l'école, mais qui regroupe les meilleurs outils de la collectivité.

Dr Butler-Jones : Je suis tout à fait d'accord. L'Association canadienne pour la santé en milieu scolaire est une tribune nationale, et il y en a d'autres. Comme je l'ai dit, les ministres et les sous-ministres de tous les secteurs commencent à comprendre l'importance de trouver ensemble une façon cohérente d'aborder la question. Souvent, on dit que c'est dans les écoles qu'il faut intervenir, puis on se rend compte de la concurrence et de la pression extraordinaire que cela représente. Or, il est possible de faire appel à une infirmière de la santé publique ou à un autre professionnel. Il y a plusieurs façons de rendre cette solution possible.

Tout ceci n'enlève rien à la responsabilité des parents. Il n'est pas question de s'y substituer, mais plutôt de la compléter. Il faut aussi aider les parents et la collectivité à seconder les enfants.

En ce qui concerne les outils et les ressources, prenons l'exemple des options qui s'offrent à une cafétéria. Il a déjà été démontré que les gens prennent de la salade lorsque le buffet à salades est devant la caisse. Si les aliments sains sont bien éclairés et que les croustilles et la sauce sont placées dans un coin, les gens choisiront les aliments qui ressortent davantage. Ironiquement, on peut donc favoriser une alimentation saine à l'aide de mesures bien simples.

Au Mexique, il est désormais interdit de vendre des boissons gazeuses dans les écoles. L'hydratation est un problème dans ce pays, mais de nombreuses écoles n'offraient même pas d'eau potable. On a donc commencé par remédier à la situation dans toutes les écoles, puis les boissons gazeuses ont été retirées. Devrions-nous procéder ainsi? Tout dépend de la collectivité, car les commissions scolaires sont très différentes les unes des autres. Toutefois, nous avons plus de chances de réussir si nous aidons les différents intervenants à connaître les pratiques exemplaires et à trouver des façons simples de les mettre en application. Il s'agit bien sûr d'une solution complémentaire, et nous devons naturellement aider les parents et les enfants à l'école.

Mme Lynkowski : On encourage l'acquisition de compétences depuis des dizaines d'années, mais on commence tout juste à parler de compétences en santé chez les jeunes et les adultes. Vous devez mettre en place des stratégies et des outils si vous voulez que

us to take more responsibility in managing our own health and our care for our health, you do need strategies and tools to make that happen. There are several recent excellent reports in regard to how to do that at a community and a national level.

Senator Braley: Is it being done? How do we educate the parents? Is it only when they have a baby and they are going for their first baby training? It has to be a whole thing right across the system, like let us reduce smoking or eliminate it. It cannot be done any other way.

Dr. Butler-Jones: I totally agree. It is not just education or advertising, per se. For example, when you go through the grocery store, there should be clearer labelling so you know what is in the product; and you need to have health literacy so you know what actually matters. What we do in terms of school policies does make a difference. For example, what do you sell for the fundraiser at the school?

There are a number of things. It is not just when parents are first considering it. There are other supports throughout life that they can access, particularly as people become more net savvy. There is the downside because there is a lot of junk on the net, but there is also a lot of good information; people need to understand where to find the good and valid information.

Senator Braley: It is the one place where you have their attention because people want a better way of life for their children. You have their attention and you can combine a number of those things, so it is sort of a break point.

Mr. Manion: I am glad you are talking about the parenting issue. That is why it is one of our recommendations in terms of universal parenting. Sadly, a lot of parents only get parenting classes before they become a parent. Even then, we can argue whether the right parents are going for those classes. Where are the incentives to do that?

We also know that the parenting role changes over time. If you treat your 16-year-old like a 4-year-old, you will be in big trouble. Parents are clamouring for easy answers and guidebooks to how to raise their increasingly young adults with various issues.

There is also a knowledge base. We know more about parenting than any other intervention in the world. We have great evidence in terms of what works; we just do not use it. We do not have incentives to encourage parents to use the information. We do not have systems that make it accessible to the general public at all stages of development.

Part of it is finding effective ways of engaging families. The solution to that is to ask families how to engage families, not to sit back and try to guess how they want to be engaged. Not every family will be engaged in the same way because not all families are the same. We need to have a multi-pronged approach.

chaque citoyen gère davantage sa santé et ses soins. Il existe plusieurs excellents rapports qui décrivent comment y arriver à l'échelle communautaire et nationale.

Le sénateur Braley : Le fait-on actuellement? Comment sensibilisons-nous les parents? Est-ce seulement au premier cours prénatal, lorsqu'ils attendent un bébé? Il faut que l'ensemble du système mette la main à la pâte, comme dans le cas de la lutte contre le tabagisme. On ne peut procéder autrement.

Dr Butler-Jones : Je suis tout à fait d'accord. La sensibilisation ou la publicité ne suffisent pas. À l'épicerie, par exemple, l'étiquetage des produits devrait être plus clair pour que le consommateur comprenne ce qu'ils contiennent, mais ce sont ses connaissances en matière de santé qui lui permettront ensuite de déterminer ce qui compte vraiment. Par ailleurs, les politiques scolaires ont bel et bien une influence. Par exemple, quel produit est vendu dans le cadre des activités de financement de l'école?

Plusieurs éléments entrent en jeu. Il ne suffit pas de savoir quand les parents en prennent conscience. Ils auront accès à des ressources tout au long de leur vie, surtout avec le web. Même s'il s'agit souvent d'une véritable poubelle, on y trouve beaucoup d'information pertinente. Les gens doivent savoir où trouver les renseignements fiables.

Le sénateur Braley : Et sur le Web, vous avez toute l'attention des parents, car ils veulent que leurs enfants adoptent un mode de vie sain. C'est un bon point de départ puisqu'on peut y combiner différentes mesures.

M. Manion : Je suis heureux que vous parliez du rôle des parents, car c'est pour cette raison que nous recommandons la création d'un programme universel sur le sujet, entre autres. Malheureusement, l'unique cours sur le rôle parental que bien des parents suivent est le cours prénatal. On peut même se demander si les parents qui suivent ce cours sont ceux qui en ont véritablement besoin. Que faisons-nous pour inciter les parents à suivre ces cours?

Nous savons aussi que le rôle parental évolue au fil du temps. Vous aurez de gros ennuis si vous traitez votre jeune de 16 ans comme un enfant de quatre ans. Les parents réclament à cor et à cri des réponses simples et des guides sur différents sujets afin d'éduquer leurs jeunes adultes en devenir.

Il faut aussi une base de connaissances. Nous en savons plus sur le rôle parental que n'importe où ailleurs. Nous savons ce qui fonctionne, mais nous ne nous en servons tout simplement pas. Rien n'incite les parents à utiliser l'information. Le système ne permet pas de renseigner le grand public pendant toutes les étapes de la vie d'un enfant.

Il faut aussi trouver des façons efficaces de mettre à contribution les familles. J'imagine qu'il faudrait leur demander ce qu'elles préfèrent plutôt que d'essayer de le deviner. La participation des familles variera puisqu'elles sont toutes différentes. La solution doit donc comporter diverses facettes.

Then it has to be accessible and meaningful to them in terms of the kinds of information we are giving them so they can see it has an impact on their family situation. Then they can feel more competent and attached to their child, no matter what age they are, and continue their parenting role without being intrusive either.

[Translation]

Senator Verner: I am still a little stunned to see that, in 2011, we have to teach parents how to be parents. This is nonsensical to me.

My colleagues' questions are very interesting and so are the answers. I would like to address a different aspect with respect to the sharing of information between provinces, the territories and the government in crisis situations like H1N1 and SARS, which happened in 2003.

The analysts have told me that memoranda of understanding were concluded between the provinces, the territories and the federal government to make it easier to share information and to clarify the role and responsibilities of each level of government in public health emergencies. I am told that, in December 2010, the committee made recommendations that would make the sharing of information mandatory and the memoranda of understanding enforceable.

Does the agency still intend to make this issue a priority? Will steps be taken in the near future to make information sharing mandatory?

Dr. Butler-Jones: Access to information is very important. Our agreement with the provinces and territories is in place to receive information in public health emergencies and crisis situations. Cooperation is very important and so is respecting the entity that has jurisdiction in the provinces and territories. That is our arrangement. We have good cooperation with all the jurisdictions when it comes to access to public health information. During the pandemic, it was shown that cooperation was essential, and everyone cooperated.

Senator Verner: I simply wanted to mention a recommendation made by this committee last December.

Dr. Butler-Jones: We now have a formal approach with a jurisdiction in Ontario and we are working with the others for a formal agreement, in addition to a memorandum of understanding.

[English]

Senator Champagne: Dr. Butler-Jones, you were such a big part of that report that we made last fall.

Listening to all of you ladies and gentlemen today, I am alarmed. Dr. Birtwhistle, you were talking about how physicians of different disciplines work together; and Dr. Butler-Jones, you mentioned the fact that ministers of health and ministers of education sometimes do work together. What is alarming me is

De plus, nous devons donner aux familles des renseignements intéressants et à leur portée pour qu'elles en comprennent les répercussions sur leur situation. Les parents se sentiront ainsi plus à la hauteur par rapport à l'enfant, peu importe son âge, et pourront poursuivre son éducation sans devenir accaparants.

[Français]

Le sénateur Verner : Je suis toujours un peu étonnée de voir que, en 2011, on doit éduquer les parents à être parents. C'est pour moi un non-sens.

Les questions de mes collègues sont très intéressantes et les réponses le sont également. J'aimerais aborder un aspect différent en ce qui concerne le partage d'information entre les provinces, les territoires et le gouvernement en situations de crises comme celle du H1N1 et du SRAS, qui a eu lieu en 2003.

Les recherchistes m'indiquent que des protocoles d'entente furent conclus entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral pour faciliter le partage de renseignements et clarifier le rôle et les responsabilités de chaque ordre de gouvernement dans les situations d'urgences en santé publique. On m'indique que le comité, en décembre 2010, a formulé des recommandations selon lesquelles on devrait rendre exécutoire les échanges de renseignements et le protocole d'entente.

Est-ce que l'agence prévoit toujours faire de cette question une priorité? Est-ce que, dans un avenir rapproché, des étapes seront franchies pour rendre le partage d'information exécutoire?

Dr Butler-Jones : L'accès à l'information est très important. Notre accord avec les provinces et les territoires est en place pour recevoir l'information en situations de crises et d'urgences en santé publique. La collaboration est très importante et le respect de l'entité qui a juridiction dans les provinces et les territoires l'est également. Tel est notre arrangement. Nous avons une bonne collaboration avec toutes les juridictions pour ce qui est de l'accès à l'information en matière de santé publique. Il fut démontré, lors de la pandémie, que la collaboration était essentielle, et tous ont fait preuve de collaboration.

Le sénateur Verner : Je tenais simplement à relever une recommandation qui fut faite par ce comité en décembre dernier.

Dr Butler-Jones : Nous avons maintenant une approche formelle avec une juridiction en Ontario et travaillons avec les autres pour un accord formel en plus du protocole d'entente.

[Traduction]

Le sénateur Champagne : Docteur Butler-Jones, vous avez grandement contribué à notre rapport de l'automne dernier.

Après vous avoir tous écoutés aujourd'hui, mesdames et messieurs, je suis inquiète. Docteur Birtwhistle, vous avez parlé de la collaboration entre différents types de médecins; quant à vous, docteur Butler-Jones, vous avez dit qu'il arrive que des ministres de la Santé et de l'Éducation travaillent ensemble. La plupart des

the fact that in most of our schools, we will have a nurse that can look after a scrape or a sprained ankle or wrist, but those who are supposed to be counsellors are not necessarily psychologists.

Are they really trained to recognize the seriousness of some of the problems that may arise from abuse, from bullying, from discovering a different sexual orientation? Maybe having someone trained to recognize the symptoms of the problems before it is too late would be something very important that we might recommend to our ministers so that they could get together and find a solution to that?

Mr. Manion: Currently in the province of Ontario, the ministries of education, health, child and youth services, and colleges and universities are looking at joint efforts so that in schools, teachers have screening tools that they are trained in; but that they are also being trained at the same time as community partners, who are service providers and health providers as well. They have a common language and understanding about how to use the tool.

Then once they identify someone at risk, they realize the limits of their role, and how they now have to partner with the other person from the community to hand off for their next part to be done. That person, whether it is a physician, a psychologist or a social worker, can work effectively with the family and the school and hand back. The goal is to have people reintegrated and be functioning within their systems in their communities.

There are good examples where that is currently happening. What we found in some of the work we are doing across the country is that it is very scattered. There are some school boards that have nailed this. They know exactly how to do this; they have wonderful partnerships, sometimes developed out of need.

Sometimes the poorest of communities have got this right because they have had no choice but to partner together and do it effectively. It is too much happenstance. It is not a cohesive approach to things across the country. You might be in a community where a school has it right or another community where they completely have it wrong and where the person who has the most responsibility for identification intervention at that early period is the least skilled person to do it. Some of the efforts that are required across the country relate to how we gather the best learnings from those who are doing it right and how we facilitate uptake and implementation of those same strategies right across the board with some clear markers for what we can track as success across the systems — not one system but the “systems” involved.

Senator Champagne: All over Canada we have read and heard about this young man in the Ottawa area. We are not talking about some place far away, lost in the great North, where no one could realize in time what this young man was going through. It happens in our cities and in our small municipalities. It happens all over. There must be a way for all those people to get together and make sure that this does not happen again.

écoles ont une infirmière qui s'occupe des égratignures ou des entorses à la cheville ou au poignet. Ce qui me préoccupe au plus haut point, c'est que ceux qui sont censés assurer un service de counseling ne sont pas nécessairement des psychologues.

Ont-ils la formation nécessaire pour reconnaître certains problèmes graves découlant de mauvais traitements, d'intimidation, ou de la découverte d'une orientation sexuelle différente? Ne serait-il pas essentiel que les écoles disposent d'un professionnel en mesure de déceler les symptômes de ces problèmes avant qu'il ne soit trop tard? Nous devrions peut-être recommander aux ministres de collaborer pour trouver une solution.

M. Manion : En Ontario, les ministres de l'Éducation, de la Santé et des Services à l'enfance et à la jeunesse unissent actuellement leurs efforts à ceux des collèges et des universités afin d'offrir aux enseignants des outils qui leur permettent de repérer les jeunes vulnérables dans les écoles. Les enseignants sont formés à ce sujet en même temps que les partenaires communautaires, soit les fournisseurs de services et de soins de santé. Ainsi, tout le monde utilise le même langage et comprend le fonctionnement des outils.

Lorsque l'enseignant détecte un jeune vulnérable et qu'il prend conscience de sa limite, il transfère le dossier à un intervenant communautaire, qui prend le relais. Le médecin, le psychologue ou le travailleur social en question peut ensuite travailler efficacement avec la famille et l'école. L'objectif est de réinsérer le jeune dans son système communautaire pour qu'il puisse y évoluer.

Il existe de bons exemples de ce genre de système, mais nous avons découvert dans le cadre de notre travail qu'ils sont très éparpillés. Certaines commissions scolaires y arrivent très bien. Elles savent exactement comment procéder. Elles ont noué des partenariats incroyables, et parfois en réponse à des besoins.

Certaines collectivités démunies ont réussi à implanter un tel système parce qu'elles n'ont eu d'autre choix que de nouer des partenariats efficaces pour s'en sortir. Le hasard y est pour beaucoup. Il n'y a aucune approche cohésive au pays. Il se peut que l'école d'une collectivité ait réussi, mais qu'une autre soit complètement dans l'erreur, et que la personne responsable de déceler les problèmes et d'intervenir tôt soit la moins qualifiée pour le faire. Il faut donc trouver un moyen de rassembler les apprentissages de tous ceux qui ont réussi d'un bout à l'autre du pays. Il faudra ensuite trouver comment simplifier la mise en œuvre de ces stratégies à l'échelle nationale et prévoir des indicateurs mesurables afin d'en évaluer la réussite dans tous les systèmes — et non pas dans un seul d'entre eux.

Le sénateur Champagne : Partout au Canada, nous avons pu lire et entendre l'histoire de ce jeune homme de la région d'Ottawa. Il n'est pas ici question d'un endroit isolé, perdu dans le Grand Nord, où personne n'aurait été à même de se rendre compte à temps de ce que vivait ce jeune homme. Ça arrive dans nos grandes villes et nos petites localités. Ça peut arriver partout. Il doit y avoir une façon pour que tous les intervenants puissent conjuguer leurs efforts afin d'éviter que des situations semblables se reproduisent.

Mr. Manion: That is a good example of how complex the issues are because I know the situation quite well; I have been involved. I think that we have read in the media about the role of bullying. There was a piece related to bullying. We have heard the issue of sexual orientation; there was a piece of that. What we have heard less, however, is that this young man was suffering from depression and struggling with depression and was receiving some support. There are lots of players that could potentially be involved in this.

We talk about recreation. Sometimes the greatest bullying of individuals happens in recreation centres. This young man was a figure skater. We have some people that have experience with hockey players and the mindsets and the cultures that are developed and how tolerant and accepting we are of differences. There are a lot of different issues here and there is no simple answer to it. Some of that education and helping people become more accepting of differences, to be more aware of different ways of coping; can happen in schools and in families.

There was another tragic loss in our community where a young woman died by suicide. Her father was an assistant coach for one of the national hockey teams. He was quite frank and open about how in his house they talked about everything. They talked about sex, drugs and school. They never talked about mental health. They never talked about suicide. There are places beyond schools where these dialogues can take place. Increasingly, people are standing up and saying we have to do it better, but it is complex. We have to appreciate that the solutions will also be just as complex.

Senator Champagne: Let us hope that our people who make decisions will find a way to get together and help us avoid such sad stories.

Mr. Manion: That is where you have an opportunity to ensure that we have it incorporated in the accord as a frank target for action and not just a side conversation.

The Chair: Final comment, Dr. Butler-Jones?

Dr. Butler-Jones: I would like to just say how important this is. At the one level, there are many solutions and complexities to it. The reality is that sometimes there will be nothing we can do. Someone may be standing on the side of the subway tracks, in an adolescent hormonal whatever, wondering what it would feel like to jump in front of the train. They can act on it or not act on it. They are much less likely to act on it if they think, "Well, what would happen in terms of my family and friends and their view of what I have done? I have something to live for. I want to be a doctor." If no one cares, they might think, "Why do I bother? Life is the pits."

Senator Champagne: Or, "I have inoperable cancer."

M. Manion : Je connais très bien la situation pour y avoir été moi-même mêlé, et je peux vous dire qu'elle montre très bien à quel point ces problèmes peuvent être complexes. Je pense que les médias ont fait état du rôle joué par l'intimidation. C'est l'un des éléments de la problématique. Il a également été question de l'orientation sexuelle; c'est un autre élément. On a toutefois moins parlé du fait que ce jeune homme souffrait de dépression et obtenait du soutien pour lutter contre ce problème. De nombreux intervenants pourraient jouer un rôle à ce chapitre.

Nous parlons d'activité de loisirs. Il arrive que l'intimidation se manifeste encore plus fortement dans les lieux consacrés aux loisirs. Le jeune homme en question était patineur artistique. Nous avons des gens qui ont de l'expérience auprès des joueurs de hockey et qui sont bien conscients des mentalités et des cultures qui peuvent se développer, ainsi que de nos niveaux de tolérance et d'acceptation à l'égard des différences. Il y a un grand nombre de questions qui entrent en jeu, ce qui fait qu'il n'y a pas vraiment de réponse simple. Une partie des efforts requis pour sensibiliser les gens et les amener à mieux accepter les différences, notamment au niveau des mécanismes d'adaptation, peuvent être déployés dans les écoles et au sein même des familles.

Notre communauté a dû déplorer une autre perte tragique à la suite du suicide d'une jeune femme. Son père a été entraîneur adjoint pour l'une de nos équipes nationales de hockey. Il a déclaré très franchement que sa famille discutait de tous les sujets à la maison. Ils parlaient de sexe, de drogue et d'école. Ils ne discutaient jamais de santé mentale. Ils n'ont jamais parlé de suicide. Il y a des endroits où ces dialogues peuvent intervenir en dehors des cadres scolaires. De plus en plus de gens prennent la parole pour dire que nous devrions en faire davantage, mais il s'agit d'un problème complexe et nous devons nous rendre compte que les solutions seront tout aussi complexes.

Le sénateur Champagne : Espérons que nos décideurs trouveront un moyen de se concerter pour que nous n'ayons pas à revivre d'histoires aussi tristes.

M. Manion : C'est à cet égard que vous pourriez intervenir en vous assurant que cela s'inscrive dans l'accord comme un objectif déclaré, et non pas comme quelque chose de corollaire.

Le président : Un dernier commentaire, docteur Butler-Jones?

Dr Butler-Jones : Je veux seulement souligner à quel point cette question est importante. C'est une problématique fort complexe et les pistes de solution sont nombreuses. Le fait demeure que dans certains cas, il n'y a rien que nous puissions faire. On peut par exemple penser à un adolescent qui peut se demander quel effet cela pourrait lui faire de se lancer devant une rame de métro. Il peut passer à l'acte ou non. Il est moins susceptible de le faire s'il songe aux répercussions de son geste sur sa famille et ses amis et sur la manière dont ceux-ci vont l'interpréter. Il peut aussi se dire qu'il a une raison de vivre, qu'il veut par exemple devenir médecin. Mais si personne ne se préoccupe de son sort, il peut tout aussi bien penser : « Pourquoi m'en faire? La vie n'en vaut pas la peine. »

Le sénateur Champagne : Ou bien : « J'ai un cancer incurable. »

Dr. Butler-Jones: Our job is to continue to make the healthiest and the easier choices, to create environments that are supportive to good health and good choices, respect that people will make choices different than ourselves but that we can create environments that will increase the likelihood that those choices will be positive and that, at the end of the day, we all benefit from that.

At the same time, sometimes we will do something really stupid and we will agonize about that. Maybe there was nothing to do about that, but this is an area where we can significantly reduce the numbers, the impact and the consequences in a range of areas. That is why I think this panel is focusing on the upstream, the factors — not just the individual choices but the context in which those choices are made that will allow for a healthier society, the end point being a better economy, better management and an ability to deal with those times when we do get sick in spite of everything and we need appropriate treatment.

Senator Demers: Thank you for being here this morning. I learned a heck of a lot more than I did when I first got to this room today.

With regard to Mr. Manion talking about the hockey player who, unfortunately, lost a child, they were both very good parents, too.

I certainly will never blame teachers because I do not want to lose the friendship of my good friend Senator Martin, a good teacher. In the past few months, I have gone to five different schools across Canada talking about literacy — something that I struggled with when I was younger and, fortunately, overcame it. How do we start? We have to start from the bottom. All the questions were great today from both sides. How do we start when, first, kids go to school without breakfast? How do we start when 57 per cent — statistics are different everywhere — of parents are divorced, where some kids do not know where their father is and other kids live with their mother but she never comes home until two o'clock in the morning? That is not just 1 out of 20; it can be almost 50 per cent in some cases.

When I go into a school, I usually talk to principals and teachers. We have teachers right now that are getting beaten up after school or during class.

We then talk about mental health. We do not have enough people like you, which is the problem, because you are very competent. Where do we start all this?

When I speak to students, I always try to talk to two kids: one young girl and one young boy, 14 or 16. I remember a young girl who said, "I have no hope." It happened to be the case that she was a beautiful young lady. I said, "What do you mean?" She said, "Coach, I was listening to what you were saying. I have no hope. I live with my grandmother. My grandmother is X number

Dr Butler-Jones : Notre rôle demeure de faire les meilleurs choix possibles en matière de santé, de créer des environnements propices à des choix semblables, et de respecter le fait que certains vont faire des choix différents des nôtres, mais qu'il nous est possible de mettre en place des conditions qui maximiseront les possibilités que ces choix soient également positifs et qu'en fin de compte, tous en bénéficient.

Mais il y a également des occasions où nous agissons de façon totalement stupide. Nous allons alors nous blâmer, mais il est possible qu'il n'y avait rien à faire de toute manière. C'est toutefois un domaine où nous pouvons réduire considérablement les statistiques, les répercussions et les conséquences sous différents aspects. C'est la raison pour laquelle les personnes ici présentes se concentrent sur les interventions en amont. Plutôt que de s'intéresser aux seuls choix individuels, on analyse le contexte dans lequel ces choix sont faits, c'est-à-dire les déterminants de la santé. Nous pourrions ainsi compter sur une société en meilleure santé, ce qui aboutira inévitablement à une économie plus prospère, une meilleure gestion et une capacité d'offrir les traitements appropriés lorsque la maladie se manifeste malgré tout ce qui est fait pour la prévenir.

Le sénateur Demers : Merci de votre présence ce matin. J'en sais beaucoup plus maintenant qu'à mon arrivée dans cette salle aujourd'hui.

M. Manion a parlé de cette famille du milieu du hockey qui a malheureusement perdu un enfant, et je peux vous assurer qu'il s'agissait de très bons parents.

Vous pouvez être certains que je ne blâmerai jamais les enseignants, car je ne veux pas perdre l'amitié de ma collègue, le sénateur Martin, une ancienne enseignante. Au cours des derniers mois, j'ai visité cinq écoles de différentes régions du Canada pour parler d'alphabétisation, un problème que je suis parvenu à surmonter après bien des années. Où faut-il commencer? Il faut débiter à la base. Toutes les questions posées aujourd'hui des deux côtés ont été excellentes. Où faut-il commencer lorsque les enfants se présentent à l'école sans avoir déjeuné? Où faut-il commencer quand 57 p. 100 — les statistiques diffèrent d'un endroit à un autre — des parents sont divorcés, quand certains enfants ne savent même pas qui est leur père et quand d'autres vivent avec leur mère qui ne rentre à la maison qu'à 2 heures du matin? Il ne s'agit pas seulement d'un cas sur 20; la proportion peut atteindre près de 50 p. 100 dans certains contextes.

Lorsque je visite une école, je parle habituellement au directeur et aux enseignants. Il y a des enseignants qui se font tabasser après l'école quand ce n'est pas durant les cours.

Nous discutons de santé mentale. Le problème c'est que nous ne pouvons pas compter sur suffisamment de gens très compétents comme vous. Par quoi devons-nous commencer?

Quand je vais dans les écoles, j'essaie toujours de parler à deux jeunes de 14 à 16 ans : une fille et un garçon. Je me souviens d'une belle jeune fille qui m'a dit qu'elle n'avait aucun espoir. Je lui ai demandé ce qu'elle voulait dire exactement. Elle m'a répondu qu'elle m'avait bien écouté, mais qu'elle n'avait aucun espoir. Elle habitait avec sa grand-mère qui était à peine consciente de ce qui se passait

of years old. She hardly knows what is going on in the house.” For a 14-year-old not to have any hope, where do we start from a mental health perspective? We talked about smoking in the house; I never smoked. It is a worse problem than that in our society. I do not know where we start. Your help, or whatever you might say, would add to what I am trying to learn today.

Mr. Manion: Senator Demers, you are actually talking about the determinants of health. You are saying it in a passionate way, but you are speaking to the determinants of health.

It is sad that this generation of young people will probably have less earning power than their parents. The sense of hopelessness and commitment to a future and to a nation is not necessarily there.

You talked about the importance of parenting. We have to be careful, too, because some single parents are doing a magnificent job in raising their children — strong, capable and resilient. There are a lot of circumstances of a lot of intact families that are struggling with their parenting as well. We have to be careful in how we discuss that.

Clearly, there are areas of support well before young kids ever get to school in terms of what we are doing in preschool to prepare them. How are we allowing young kids to experience challenges so they can become more resilient in the face of those challenges?

We talked about determinants of health and Dr. Butler-Jones talked about countries that have healthy economies have healthy people in them because they have a sense of being able to work and a sense of purpose and a sense of self-esteem that allows them to feel well physically and mentally. That trickles down to their kids and their families. There are a lot of things that we can do from an early age, but it goes back to determinants of health.

When we talk about education, it is not formal education. Sometimes it is how we interact as human beings and how parents interact with their children and how that is transmitted to other relationships, including relationships between students and teachers and respectful relationships between students and teachers.

One of the best predictors of a healthy mental health outcome is having one significant person in your life that you feel a secure attachment to. It does not have to be a parent. It can be a mentor or a coach or a number of different things but that one single person. Where are we creating those opportunities for that one person to engage with that young person, whether they are 2 or 22?

Dr. Butler-Jones: I have two quick stories and then a specific reply to what you are asking. There are a number of reasons I got into public health, but here is one example.

dans la maison. Quand on voit ces jeunes de 14 ans qui ont perdu totalement l'espoir, il y a lieu de se demander par où nous devons commencer du point de vue de la santé mentale. Nous avons parlé du tabagisme à la maison; un problème que je n'ai jamais eu. Mais notre société est aux prises avec bien des problèmes plus graves et je ne sais pas par où nous devrions commencer. Je me demande donc si vous pouvez m'aider à y voir encore un peu plus clair aujourd'hui.

M. Manion : Sénateur Demers, vous parlez en fait des déterminants de la santé. Vous en parlez avec beaucoup de passion, mais cela nous ramène aux déterminants de la santé.

Il est triste de constater que la présente génération de jeunes gens sera sans doute la première dont la capacité de gain sera inférieure à celle de ses parents. Il y a donc perte d'espoir et manque d'engagement envers son propre avenir et celui de sa nation.

Vous avez parlé de l'importance du rôle joué par les parents. Il nous faut toutefois rester prudents dans nos déclarations, car certains parents seuls réussissent admirablement bien à élever leurs enfants en se montrant forts, compétents et résilients. Il y a aussi bien des cas où ce sont des familles intactes qui arrivent difficilement à assumer leurs rôles parentaux. Il faut donc bien s'assurer de présenter les choses comme elles sont.

Il y a bien évidemment des possibilités de soutien pour les enfants en bas âge, question de les préparer avant même qu'ils ne commencent l'école. Comment permettons-nous à nos enfants d'être confrontés à certains défis de manière à les rendre plus résilients en pareille situation?

Nous parlons des déterminants de la santé et le Dr Butler-Jones a indiqué que les pays dont l'économie est prospère peuvent compter sur des citoyens en santé, car ceux-ci se sentent mieux physiquement et mentalement en sachant qu'il leur est possible de travailler et d'apporter une contribution valorisante à la société. Ce sentiment filtre jusqu'à leurs enfants et leur famille. Il y a bien des choses qu'il est possible de faire dès les premières années d'un enfant, mais c'est toujours une question de déterminants de la santé.

Lorsque nous parlons d'éducation, ce n'est pas nécessairement à l'intérieur du cadre scolaire à proprement parler. Il s'agit parfois de la façon dont nous interagissons entre êtres humains, de la manière dont les parents interagissent avec leurs enfants et dont cette interaction se transpose dans d'autres relations, y compris celles entre les élèves et les enseignants, et dans le respect qui devrait caractériser ces relations.

Un des meilleurs indicateurs prévisionnels d'une bonne santé mentale est la présence dans sa vie d'une personne qui compte avec laquelle on a établi des liens solides. Ce n'est pas nécessairement un parent. Il peut s'agir d'un mentor ou d'un entraîneur, entre autres possibilités. À quel moment créons-nous pour cette personne importante la possibilité d'intervenir auprès d'un jeune, quand il a deux ans ou 22 ans?

Dr Butler-Jones : J'aurais deux exemples à vous citer brièvement avant de répondre directement à question posée. Mon premier exemple fait partie des nombreuses raisons qui m'ont amené à m'impliquer en matière de santé publique.

A young single mom attempted suicide. I worked with her for six weeks in the mental ward of the hospital, to the point where she was able to go home. It was easy to realize why she did it. She was unemployed and had no family or friends who really cared about her. She was trying to raise these kids; she was in a terrible situation. She had every right to be depressed. I can help her to not be suicidal, but she is in an impossible situation. The only way to address that is by creating environments and by giving her significant people in her life. All of us have mentors, throughout our life, who have made that difference.

I worked with a child psychiatrist who was very wise. He said, "It is not about your parenting style or technique; most of the kids who are truly loved will turn out okay. It is the kids who are not that you really have to worry about."

If I have not mentioned this before, one of the best things we did for health in Saskatchewan in the 1990s was to provide dental and pharmacy benefits to low income families. You could come off welfare and not lose these benefits for your kids. Suddenly, there were thousands of people working. When we studied them, we found out that they were healthier, happier, contributing and feeling like they were contributing. The funny thing is that they were actually making more appropriate use of the system. This was more than a decade ago. Has any other jurisdiction in Canada done that? No, in spite of the evidence. This is not a health policy, but a social policy that contributes directly to health.

Specifically related to your question, Senator Demers, I would say start somewhere. You are looking at the big picture as a Senate committee. You are looking at the broad systemic issues. However, at the end of the day, it is about being practical. Do something. For example recognizing that kids came to school hungry, parent groups in a small health unit said that they would bake muffins and do a voluntary program. The health unit came along and said that they needed three sinks and this and that. The fire marshal said, "You cannot do this and that," et cetera. We had all of the groups sit down and ask how this could be made easy, so that when parents and teachers wanted to do this they did not run out of energy trying to navigate the various bureaucracies. Again, we create these barriers for good reasons, but they are totally inappropriate to, and a disincentive to, a community's ability to organization and address the issue.

Dans l'unité de santé mentale de l'hôpital où je travaillais, j'ai eu comme patiente pendant six semaines une jeune mère qui avait fait une tentative de suicide. Je l'ai traitée jusqu'au moment où elle a pu rentrer à la maison. On pouvait facilement comprendre les motivations de son geste. Elle était sans emploi et n'avait ni famille ni amis qui se préoccupaient vraiment de son sort. Elle essayait tant bien que mal d'élever ses enfants dans une situation vraiment précaire. Elle avait tous les droits d'être déprimée. Je pouvais bien l'aider à se débarrasser de ses pensées suicidaires, mais restait quand même qu'elle vivait une situation impossible. La seule solution consiste à créer des environnements favorables et à lui donner accès à une personne sur laquelle elle pourra compter. Nous avons tous pu compter dans le courant de notre vie sur des mentors qui ont su faire la différence pour nous.

J'ai travaillé avec un pédopsychiatre qui disait très sagement que les techniques et les styles parentaux importaient peu; la plupart des enfants qui sont aimés véritablement vont bien s'en tirer. Ce sont les autres enfants dont il faut s'inquiéter.

Je l'ai peut-être déjà mentionné, mais l'une des meilleures mesures que nous avons prises en matière de santé en Saskatchewan dans les années 1990 a été d'offrir des prestations aux familles à faible revenu pour les soins dentaires et les médicaments. Les familles pouvaient s'affranchir de l'aide sociale sans perdre ces prestations pour leurs enfants. Tout à coup, des milliers de ces parents se sont retrouvés au travail. En réalisant une étude, nous avons constaté que ces gens étaient plus heureux, en meilleure santé et qu'ils avaient l'impression bien fondée de contribuer à la société. Il faut aussi noter que ces familles faisaient un meilleur usage du système. C'était il y a plus de 10 ans. Est-ce qu'un autre gouvernement au Canada nous a emboîté le pas? Non, malgré les données favorables. Ce n'est pas une politique de santé, mais une politique sociale qui contribue directement à la santé.

Pour répondre plus directement à votre question, sénateur Demers, je dirais qu'il faut simplement commencer quelque part. Dans votre rôle de comité sénatorial, vous examinez le tableau dans son ensemble. Vous vous intéressez aux grands problèmes systémiques. Toutefois, en dernière analyse, il faut se montrer pratique. Il faut faire quelque chose. Par exemple, des parents conscients du fait que certains enfants se présentent à l'école le ventre vide ont décidé au sein de leur petite unité de santé qu'ils allaient cuisiner des muffins dans le cadre d'un programme de bénévolat. Les responsables de l'unité ont indiqué qu'il faudrait trois éviers et différents autres trucs. Le chef des pompiers leur a dit qu'ils ne pouvaient pas faire telle et telle chose. Nous avons réuni tous ces intervenants pour voir comment on pouvait faciliter les choses de telle sorte que lorsque des parents et des enseignants souhaitent se livrer à des activités semblables, ils ne gaspillent pas toute leur énergie à naviguer dans les méandres de la bureaucratie. Ces obstacles ont été créés pour des motifs tout à fait justifiés, mais ils entravent et découragent tous les efforts communautaires pour s'organiser en vue de trouver des solutions.

I think doing something is important. As levels of government and professionals, part of our job is to make it easier for people to do the right thing.

Senator Eggleton: This has been a terrific panel and meeting.

Dr. Birtwhistle, you have described what your task force on preventive health care does, how it does it and who is involved with it. Does your task force have any recommendations with respect to the next health accord and things that, from your studies, you think should be in it?

The only other general question I have, and it does not have to be answered at this time, involves best practices, which were mentioned a couple of times. In particular, Dr. Manion mentioned that some schools have it right, while some do not. Do you have any information about where we can find best practices, either domestic or international? That is always good information for us to have because we can look at those further.

Dr. Birtwhistle: From a task force perspective, I think that we want to use our resources in the best possible place. If there are preventive activities going on out there that are not very effective, which I know there are, we should be labelling that and stopping the behaviour, and then using that money for many other things, including mental health, which I think has been highlighted here and is extremely important.

Senator Eggleton: Maybe you could put something in writing to us because you did say you had some recommendations. It would be good to see what some of them were.

Dr. Birtwhistle: I will summarize this aspect at the end.

Senator Merchant: I am not sure if there is a quick answer to this, but I was thinking that the Canada Health Act pertains to services delivered by physicians and in hospitals. We are now moving to a completely different model. We are moving the services to these integrated units. Does that present some difficulty in setting up these units? Do you have trouble dealing with the provinces or with the federal government about your funding models? How do you pay for some of these people who are not in those categories?

Dr. Butler-Jones: It is a mix. First, public health is local. It is essential that you have capacity locally, and then we can complement that provincially and nationally, do value-added, et cetera.

Je pense qu'il est primordial de faire quelque chose. Tant pour les différents ordres de gouvernement que pour nous, professionnels, il importe de faciliter la tâche à ces gens qui veulent améliorer les choses.

Le sénateur Eggleton : Nous recevons aujourd'hui un excellent groupe de témoins, ce qui nous a permis d'avoir une réunion très fructueuse.

Docteur Birtwhistle, vous nous avez parlé du mandat de votre groupe d'étude sur les soins de santé préventifs, de votre mode de fonctionnement et de vos partenaires. Est-ce que votre groupe de travail aurait des recommandations à formuler, à la lumière des études que vous avez menées, concernant les mesures qui devraient se retrouver dans le prochain accord sur la santé?

Ma seule autre question d'ordre général, et vous pourrez y répondre ultérieurement, concerne les pratiques exemplaires dont il a été fait mention à quelques reprises aujourd'hui. Je me souviens notamment que le Dr Manion a indiqué que certaines écoles étaient efficaces, alors que d'autres connaissaient des problèmes. Pourriez-vous nous dire où nous pourrions recenser les pratiques exemplaires, tant au Canada qu'à l'étranger? C'est toujours bon à savoir pour nous en vue d'une analyse plus approfondie.

Dr Birtwhistle : Notre groupe d'étude préconise une utilisation optimale des ressources. Si certaines activités de prévention ne sont pas efficaces, comme nous savons que c'est le cas, nous devrions y mettre fin et utiliser les fonds ainsi dégagés pour financer bien d'autres mesures, notamment en santé mentale, une problématique importante que nous n'avons pas manqué de mettre en lumière aujourd'hui.

Le sénateur Eggleton : Comme vous nous avez dit que vous aviez certaines recommandations à formuler, peut-être pourriez-vous nous soumettre un document écrit. Cela pourrait éclairer notre travail.

Dr Birtwhistle : Je pourrai vous en faire un résumé.

Le sénateur Merchant : Je ne sais pas s'il est possible de répondre brièvement à cette question, mais je me disais que la Loi canadienne sur la santé s'applique aux services dispensés par les médecins dans un cadre hospitalier. Nous sommes en voie d'adopter un modèle complètement différent. Les services seront désormais offerts par le truchement de ces unités intégrées. Est-ce que le mode d'application de la loi complique les choses pour la création de ces unités? Devient-il difficile pour vous de traiter avec les provinces ou avec le gouvernement fédéral concernant vos modèles de financement? Comment assurez-vous le paiement pour certains de ces intervenants ne faisant pas partie des catégories en question?

Dr Butler-Jones : C'est une combinaison de tout cela. D'abord et avant tout, les efforts en santé publique doivent être déployés localement. Il est essentiel qu'une capacité soit présente au sein de la collectivité, avec un soutien provincial et national qui apporte une valeur ajoutée en venant compléter le tout.

To come back to Senator Eggleton's question, our key activities include partly sponsoring this to fill a gap in terms of clinical guidance, and gathering best practices around the world and what I have in my reports, et cetera, through the best practices portal and the chronic disease portal on the website.

The provinces have primary responsibility. Public health is kind of shared. The Canada Health Act and the CHT were originally set up for the insurance system and have been modified a bit since the 1960s. We also have transfers to the provinces and to community groups. About one third of our budget is grants and contributions, for instance. There are different ways that we do it. Going forward, I think there is an appetite for a different kind of conversation. Part of what I am hearing — and I will not presume anyone's view — is that people want a different kind of conversation, not just to do with fiscal transfers, but with how we collectively can actually make this system work better. You then decide who and how and everything else that follows.

Senator Merchant: When people hear that, they start to worry about user fees. You open a different kind of spectrum there.

The Chair: If you could forbear, I will go to Senator Martin to get her question on the record.

Senator Martin: As an educator for 21 years in the B.C. school system, I have seen that there is one school psychologist for the district, sometimes two, and that it takes a year before a child that I refer is even tested. That is the reality.

When education and health overlap, like in the school system, and there is money that gets targeted for action for mental health, or for whatever other health services, within the school system, how do we ensure that that money is spent in that way? How is that accountability built in? I agree that we need to target funds for specific action on mental health and to ensure that schools have the kinds of health practitioners that can address the kinds of needs there face to face.

How do we follow that money? Can we ensure that the money that is targeted is actually spent in that way by the districts? I am not sure how that works at the provincial level when health and education overlap. What can be in this accord? Has it been in the accord in the past but not been fully accountable? I feel that accountability has come up again and again. How do we follow that money to ensure that the money that is targeted goes where it needs to go?

Pour revenir à la question posée par le sénateur Eggleton, nous soutenons notamment une partie des efforts déployés pour combler une lacune en matière d'orientation clinique en recensant par le truchement de nos portails sur les pratiques exemplaires et les maladies chroniques ce qui se fait de mieux ailleurs sur la planète, notamment à la lumière de mes rapports.

La responsabilité première revient aux provinces. La santé publique est en quelque sorte une compétence partagée. La Loi canadienne sur la santé et le Transfert canadien en matière de santé ont été créés au départ aux fins du système d'assurance avant de subir quelques modifications depuis les années 1960. Il y a également des transferts aux provinces et à des groupes communautaires. Environ le tiers de notre budget sert ainsi au versement de subventions et de contributions. Nous pouvons agir de différentes manières. Pour la suite des choses, je crois que l'on souhaiterait un débat d'une autre nature. J'entends notamment — sans vouloir présumer de l'opinion de qui que ce soit — des gens exprimer le désir que l'on ne discute pas uniquement des transferts fiscaux, mais aussi des moyens que nous pouvons collectivement prendre pour faire en sorte que le système fonctionne mieux. On peut ensuite décider qui fera les choses de quelle manière et tout ce qui s'ensuit.

Le sénateur Merchant : Quand les gens entendent cela, ils commencent à s'inquiéter de l'imposition de frais d'utilisation. On ouvre ainsi des perspectives totalement différentes.

Le président : Si vous pouviez vous en tenir là, je vais donner la parole au sénateur Martin pour que sa question puisse être portée au compte rendu.

Le sénateur Martin : J'ai enseigné pendant 21 ans au sein du système scolaire de la Colombie-Britannique. Pour l'ensemble d'un district, il y avait un seul psychologue scolaire, parfois deux, et il fallait compter une année avant que l'on puisse évaluer un enfant. C'est la triste réalité.

Lorsqu'il y a un recoupement entre éducation et santé, comme c'est le cas dans le système scolaire, et que des sommes sont consacrées à des mesures en santé mentale ou à d'autres services de santé au sein du réseau scolaire, comment peut-on s'assurer que ces montants sont dépensés de la manière prévue? Comment se fait la reddition de comptes à cet égard? Je conviens qu'il nous faut prévoir des fonds particuliers pour la santé mentale et pour que les écoles puissent compter sur des spécialistes capables de répondre aux besoins en la matière.

Comment suivons-nous cet argent? Comment nous assurons-nous que les fonds alloués sont effectivement dépensés aux fins prévues par les différents districts? Je ne sais pas comment les choses fonctionnent exactement à l'échelon provincial lorsqu'il y a chevauchement entre santé et éducation. Que pourrait-on retrouver dans cet accord? Y avait-il déjà dans les accords antérieurs des mesures de responsabilisation qui n'ont pas été mises en œuvre entièrement? J'ai l'impression que ce problème de reddition de comptes revient sans cesse à la surface. Comment faire le suivi pour nous assurer que ces sommes sont dépensées là où on en a besoin?

The Chair: I will go to Dr. Cohen, and then, if others of you have input, you can follow up after the meeting.

Senator Martin: They do their best, let me assure you. I have great respect for them, but a one-year wait, minimum, was the reality.

Ms. Cohen: I think you highlight what is really a critical problem. It has been identified to us in many ways. One of the promising things you hear family health teams doing is responding to community needs and staffing accordingly. If a school is in a community where certain needs are identified and where there is a certain incidence or prevalence of kids with learning problems or with other types of behavioural or hearing problems or whatever it is, that information is used to determine staffing in schools.

I think the erosion of other support services is similar to the erosion of other after-school programming and social supports. We are not listening to what communities need and providing those services.

The Chair: As all my colleagues have indicated, today has been another remarkable session in our study. We deeply appreciate the expertise you represent, the knowledge base and your ability to articulate significant aspects of the issues that we are dealing with.

It better be obvious to us that we do not live in a perfect world, as a couple of you alluded to in responding to questions. However, we clearly need to identify areas where we can actually make success and move forward. I hope that on reflecting on today you will think about that perhaps in ways other than you have up to this point. If you could provide us with some thoughts in those areas of specific examples, it could make a big difference to help move through a number of these issues, because what we clearly heard today, and have heard in other sessions, is that our problem is the silo issue.

This occurs in several aspects of the delivery. It is in the different — if I can use the term — bureaucracies of society that need to work together to provide a solution. It is not just the school system and it is just not this or not just that. In many issues we have to have large parts of our society working together to bring about solution, but within individual sectors such as health care we are hearing the silo issue a great deal. Yet we are hearing today and in previous sessions about clear examples of how groups can work together.

Dr. Birtwhistle outlined a family practice unit with real success and we have seen a number of these examples in the popular press. What we do not seem to be seeing is the identification of situations that work in a particular area and then their promulgation across

Le président : Je vais donner la parole à Mme Cohen. Si d'autres témoins ont des observations à cet égard, vous pourrez nous les transmettre après la séance.

Le sénateur Martin : Ces gens-là font de leur mieux, je vous prie de me croire. J'ai un grand respect pour eux, mais le fait demeure qu'il fallait bel et bien attendre un an au minimum.

Mme Cohen : Je crois que vous mettez le doigt sur un problème vraiment grave. Il nous a été signalé de bien des manières. Chose prometteuse, les équipes de santé familiale s'emploient notamment à répondre aux besoins locaux en planifiant leur dotation en conséquence. S'il y a une école où l'on a cerné des besoins particuliers en raison d'une prévalence de problèmes d'apprentissage, de difficultés comportementales ou de troubles auditifs, par exemple, on établit les plans de dotation en tenant compte de ces besoins.

Je crois que l'érosion des autres services de soutien dispensés s'apparente à celle des programmes offerts après l'école et des mesures de soutien social. Nous ne sommes pas à l'écoute des besoins des communautés pour pouvoir leur fournir des services en conséquence.

Le président : Comme tous mes collègues l'ont indiqué, notre séance d'aujourd'hui a été une autre étape remarquable de notre étude. Nous vous sommes extrêmement reconnaissants de nous avoir fait profiter de votre expertise, de votre base de connaissances et de votre capacité à présenter de façon articulée les aspects importants des enjeux sur lesquels nous nous penchons.

Il est évident pour nous tous que tout n'est pas parfait en ce bas monde, comme certains n'ont pas manqué de nous le rappeler en répondant aux questions. Quoi qu'il en soit, il nous faut assurément cerner les secteurs d'intervention où nous pouvons vraiment faire avancer les choses. Je me demandais si vous pouviez en rétrospective réfléchir à ces questions dans une optique un peu différente. Si vous pouviez orienter vos réflexions à partir d'exemples précis, cela nous aiderait grandement à faire progresser bon nombre de ces enjeux. Comme vous l'avez clairement exprimé aujourd'hui, et comme d'autres témoins l'ont fait avant vous, c'est l'existence de silos qui nous pose problème.

C'est le cas dans bien des aspects de la prestation des services. Cela se manifeste également au sein de différentes instances bureaucratiques de la société qui doivent travailler ensemble à la recherche d'une solution. Ce n'est pas uniquement le système scolaire, ni tel ou tel autre élément. Dans bien des dossiers, de larges pans de la société doivent se concerter pour apporter des solutions, mais la présence de silos est également problématique au sein des différents secteurs comme celui de la santé. On nous a pourtant fourni aujourd'hui, comme précédemment, des exemples probants d'une collaboration efficace.

Le Dr Birtwhistle nous a parlé d'une unité de médecine familiale qui procure des avantages véritables et bon nombre d'exemples semblables ont été rapportés dans les médias. Il semble moins fréquent de voir des exemples de réussite dans un secteur particulier

the system. To use a simpler example, discovery is of no value to society until it is implemented and becomes an innovation that is spread across some sector of society.

Is it possible that one of the issues the new accord should deal with is clearly identifying a way to take innovative practices that develop somewhere and find a way to apply them more broadly? Then as we dig down further into the individual areas — in this case I will stick with health care — I will come back to Dr. Birtwhistle.

In one of your slides you outlined the need for credible appropriate, easily accessible guidelines that will improve preventive care in Canada. We have some of those. If we take the anti-smoking campaign, for example, it has had a profound effect. A number of issues have gone into that, as you have outlined. We have heard at this table in the study that there are a number of areas that could have a profound impact on health, such as simply brushing your teeth, children and dental care, impacts at that level.

We have heard in the case of those with diabetes, which are not an insignificant portion of the population, the simple situation of clipping your toenails could avoid a later amputation. We have heard today here, in terms of health, about the school breakfast issue which a number of us have heard in other sectors. I mention these things and I am coming back now to one that crosses into different areas of social responsibility.

I would appeal to you to look at these after you leave here in order to see if you have some recommendations for us of specific examples that you think we could reflect on as we make recommendations forward.

The method-of-payment issue comes up kind of carefully in a lot of our meetings. It seems to me that that may be almost a catalyst in keeping silos as silos or, to put it differently, could be a powerful catalyst in moving away from silos if we could find ways of dealing with method of payment. The example of patients going to their family physician and being limited to one or two questions that day, that occurs widely and that is a payment issue we hear. Then there is the issue of how do groups of expertise come together in a situation like yours, Dr. Birtwhistle. Again, it is sometimes implied that method of payment is a barrier to developing those kinds of situations.

Finally, we have deliberately attempted to deal with the issue of mental health in this round, even though specific aspects of health are not our mandate as such. It is incorporated into the larger issue of preventive health and the development of health for Canadians.

In winding this up, if you could reflect on the questions that my colleagues have put to you today in these areas and try to identify the specific best practices, or even examples that you know have

être étendus à l'ensemble du système. Pour illustrer simplement la chose, disons qu'une découverte n'a de valeur pour une société que lorsqu'elle prend une forme concrète en devenant une innovation qui est utilisée dans différents secteurs.

Pourrait-on dire que le nouvel accord devrait notamment permettre de cerner ces pratiques novatrices pour trouver la façon de les déployer de façon plus globale? Si l'on s'intéresse davantage aux différents secteurs — en l'espèce, je m'en tiendrai à celui de la santé — je dois revenir aux propos du Dr Birtwhistle.

Dans l'une de vos diapositives, vous soulignez la nécessité de compter sur des lignes directrices crédibles, pertinentes et facilement accessibles qui amélioreront les soins préventifs au Canada. Nous en avons déjà certaines. Si on pense à la campagne de lutte contre le tabagisme, par exemple, on peut dire qu'elle a eu un effet considérable. Comme vous l'avez souligné, différentes questions entrent en jeu. Dans le cadre de notre étude, on nous a dit que plusieurs facteurs pouvaient avoir un impact profond en matière de santé, ne serait-ce que l'habitude de se brosser les dents pour la santé dentaire des enfants.

Dans des cas comme celui du diabète, qui touche une portion importante de la population, le simple taillage des ongles d'orteil pouvait éviter une éventuelle imputation. Vous nous avez parlé aujourd'hui du problème pour la santé que peut représenter le déjeuner des écoliers, une question dont bon nombre d'entre nous avons été saisis sur d'autres tribunes. Je ne faisais que mentionner ces éléments pour revenir maintenant à une question qui touche différents aspects de la responsabilité sociale.

Je vous demanderais donc de réfléchir à tout cela pour voir si vous pourriez nous proposer quelques exemples bien précis susceptibles de guider notre réflexion en vue des recommandations que nous devons formuler.

La méthode de paiement a été un sujet abordé avec prudence lors de plusieurs de nos séances. Il me semble que cette question pourrait servir de puissant catalyseur pour démonter les silos actuels si nous pouvions en arriver à des solutions. L'exemple de ces patients limités à une ou deux questions par visite à leur médecin de famille, une situation plutôt fréquente, illustre la problématique du paiement qui nous a été signalé. Il y a aussi la difficulté à mobiliser les groupes d'experts pour des mandats comme le vôtre, docteur Birtwhistle. Encore là, c'est parfois la méthode de paiement qui fait obstacle.

Bien que notre mandat actuel ne porte pas sur les différents aspects de la santé, nous nous sommes délibérément attardés aujourd'hui à la question de la santé mentale. Cela s'inscrit dans l'enjeu plus global de la prévention sanitaire et de la promotion de la santé auprès des Canadiens.

En conclusion, si vous pouviez donc réfléchir aux questions que mes collègues vous ont posées aujourd'hui sur ces différents aspects en essayant de penser à des exemples précis de pratiques

worked in given areas, to illustrate the kinds of recommendations you have made to us to move forward in the next accord, it would be extremely helpful to us.

Lastly, I would repeat that we would like you to bring to us, following this meeting, any issue that occurs to you that on reflection you think we should be aware of.

With that, I want to thank my colleagues and you very much for a remarkable session.

(The committee adjourned.)

exemplaires, ou à des mesures que vous savez efficaces dans différents secteurs, afin d'appuyer vos recommandations à notre intention pour intégration dans le prochain accord, vous nous seriez d'une très grande utilité.

Enfin, je vous rappelle de ne pas hésiter à porter à notre connaissance à l'issue de la présente séance toute question que vous estimez pertinente à notre réflexion.

Je remercie donc grandement mes collègues et vous tous pour cette excellente réunion.

(La séance est levée.)

WITNESSES

Wednesday, November 2, 2011

Government of Yukon:

Stuart J. Whitley, Deputy Minister, Health and Social Services;
Sherri Wright, Assistant Deputy Minister, Health and Social Services.

Government of the Northwest Territories:

Debbie DeLancey, Acting Deputy Minister, Department of Health and Social Services;

Robert Dana Heide, Assistant Deputy Minister, Operation Support, Department of Health and Social Services.

Thursday, November 3, 2011

Canadian Public Health Association:

Debra Lynkowski, Chief Executive Officer.

Public Health Agency of Canada:

Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer.

Canadian Task Force on Preventive Health Care:

Dr. Richard Birtwhistle, Vice-President.

Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health:

Ian Manion, Executive Director.

Canadian Psychological Association:

Karen Cohen, Chief Executive Director;

TÉMOINS

Le mercredi 2 novembre 2011

Gouvernement du Yukon :

Stuart J. Whitley, sous-ministre, Santé et Services sociaux;
Sherri Wright, sous-ministre adjointe, Santé et Services sociaux.

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest :

Debbie DeLancey, sous-ministre par intérim, ministère de la Santé et des Services sociaux;

Robert Dana Heide, sous-ministre adjoint, Support des opérations, ministère de la Santé et Services sociaux.

Le jeudi 3 novembre 2011

Association canadienne de santé publique :

Debra Lynkowski, chef de la direction.

Agence de la santé publique du Canada :

Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique.

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs :

Dr Richard Birtwhistle, vice-président.

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

Ian Manion, directeur exécutif.

Société canadienne de psychologie :

Karen Cohen, chef de la direction.