

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-first Parliament, 2011

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

SOCIAL AFFAIRS,
SCIENCE AND
TECHNOLOGY

Chair:

The Honourable KELVIN KENNETH OGILVIE

Wednesday, November 23, 2011
Thursday, November 24, 2011

Issue No. 8

First (final) meeting on:

Bill S-206, An Act respecting World Autism
Awareness Day

and

Tenth meeting on:

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

INCLUDING:

THE FOURTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Bill S-206, An Act respecting World
Autism Awareness Day)

APPEARING:

The Honourable Leona Aglukkaq, P.C., M.P., Minister of Health

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
quarante et unième législature, 2011

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

AFFAIRES SOCIALES,
DES SCIENCES ET DE LA
TECHNOLOGIE

Président :

L'honorable KELVIN KENNETH OGILVIE

Le mercredi 23 novembre 2011
Le jeudi 24 novembre 2011

Fascicule n° 8

Première (dernière) réunion concernant :

Le projet de loi S-206, Loi instituant la Journée mondiale de
sensibilisation à l'autisme

et

Dixième réunion concernant :

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

Y COMPRIS :

LE QUATRIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Projet de loi S-206, Loi instituant la Journée
mondiale de sensibilisation à l'autisme)

COMPARAÎT :

L'honorable Leona Aglukkaq, C.P., députée, ministre de la Santé

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:

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

* 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 Zimmer replaced the Honourable Senator Dyck (*November 23, 2011*).

The Honourable Senator Eaton replaced the Honourable Senator Braley (*November 22, 2011*).

The Honourable Senator Callbeck replaced the Honourable Senator Hubley (*November 18, 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 :

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

* 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 Zimmer a remplacé l'honorable sénateur Dyck (*le 23 novembre 2011*).

L'honorable sénateur Eaton a remplacé l'honorable sénateur Braley (*le 22 novembre 2011*).

L'honorable sénateur Callbeck a remplacé l'honorable sénateur Hubley (*le 18 novembre 2011*).

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate*, Wednesday, October 26, 2011:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Munson, seconded by the Honourable Senator Hubley, for the second reading of Bill S-206, An Act respecting World Autism Awareness Day.

After debate,

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

The bill was then read the second time.

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

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

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mercredi 26 octobre 2011 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Munson, appuyée par l'honorable sénateur Hubley, tendant à la deuxième lecture du projet de loi S-206, Loi instituant la Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

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

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

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Gary W. O'Brien

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, November 23, 2011
(14)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:18 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

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

In attendance: Karin Phillips and Michel-Ange Pantal, Analysts, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, October 26, 2011, the committee began its study on Bill S-206, An Act respecting World Autism Awareness Day.

WITNESS:

The Honourable Senator Jim Munson, sponsor of the bill.

The chair made a statement.

The Honourable Senator Munson made a statement and answered questions.

It was agreed that the committee proceed to clause-by-clause consideration of Bill S-206, An Act respecting World Autism Awareness Day.

It was agreed that title stand postponed.

It was agreed that the preamble stand postponed.

It was agreed that clause 1 stand postponed.

It was agreed that clause 2 carry.

It was agreed that clause 1 carry.

It was agreed that the preamble, carry.

It was agreed that the title carry.

It was agreed that the bill carry.

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

At 5:09 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 23 novembre 2011
(14)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 18, 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 Callbeck, Cordy, Champagne, C.P., Demers, Eaton, Eggleton, C.P., Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman et Zimmer (11).

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 26 octobre 2011, le comité entreprend son étude du projet de loi S-206, Loi instituant la Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme.

TÉMOIN :

L'honorable sénateur Jim Munson, parrain du projet de loi.

Le président fait une déclaration.

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

Il est convenu que le comité procède à l'étude article par article du projet de loi S-206, Loi instituant la Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme.

Il est convenu de reporter l'adoption du titre.

Il est convenu de reporter l'adoption du préambule.

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

Il est convenu d'adopter l'article 2.

Il est convenu d'adopter l'article 1.

Il est convenu d'adopter le préambule.

Il est convenu d'adopter le titre.

Il est convenu d'adopter le projet de loi.

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

À 17 h 9, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Thursday, November 24, 2011
(15)

[English]

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

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

APPEARING:

The Honourable Leona Aglukkaq, P.C., M.P., Minister of Health.

WITNESSES:

Health Canada:

Glenda Yeates, Deputy Minister;

Abby Hoffman, Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch.

Public Health Agency of Canada:

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

Department of Finance Canada:

Chantal Maheu, General Director, Federal-Provincial Relations and Social Policy Branch.

The chair made a statement.

The minister made a statement and, together with Ms. Yeates and Dr. Butler-Jones, answered questions.

At 11:30 a.m., the committee suspended.

At 11:34 a.m., the committee resumed.

Ms. Maheu made a statement and, together with Ms. Hoffman and Dr. Butler-Jones, answered questions.

At 12:32 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Jessica Richardson

Clerk of the Committee

OTTAWA, le jeudi 24 novembre 2011
(15)

[Traduction]

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

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Champagne, C.P., Cordy, Demers, Eaton, Eggleton, C.P., Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman, Verner, C.P., et Zimmer (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 établi en 2004. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 3 des délibérations du comité.*)

COMPARAÎT :

L'honorable Leona Aglukkaq, C.P., députée, ministre de la Santé.

TÉMOINS :

Santé Canada :

Glenda Yates, sous-ministre;

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

Agence de la santé publique du Canada :

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

Ministère des Finances Canada :

Chantal Maheu, directrice générale, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale.

Le président ouvre la séance.

La ministre fait une déclaration puis, avec Mme Yeates et le Dr Butler-Jones, répond aux questions.

À 11 h 30, la séance est suspendue.

À 11 h 34, la séance reprend.

Mme Maheu fait une déclaration puis, avec Mme Hoffman et le Dr Butler-Jones, répond aux questions.

À 12 h 32, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

REPORT OF THE COMMITTEE

Thursday, November 24, 2011

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

FOURTH REPORT

Your committee, to which was referred Bill S-206, An Act respecting World Autism Awareness Day, has, in obedience to the order of reference of Wednesday, October 26, 2011, examined the said bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

RAPPORT DU COMITÉ

Le jeudi 24 novembre 2011

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

QUATRIÈME RAPPORT

Votre comité, auquel a été renvoyé le projet de loi S-206, Loi instituant la Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme, a, conformément à l'ordre de renvoi du mercredi 26 octobre 2011, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

Le président,

KELVIN K. OGILVIE,

Chair

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, November 23, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill S-206, An Act respecting World Autism Awareness Day, met this day at 4:18 p.m. to give clause-by-clause consideration to the bill.

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

[*English*]

The Chair: Honourable senators, we have one item on the agenda today, and that is Bill S-206. We welcome Senator Jim Munson, the sponsor of the bill, to our deliberations.

The procedure that we will have is we will invite Senator Munson to make any opening comments that he would like to make and we will then open the floor up as usual.

Senator Munson, you probably recognize your colleagues here so I will not have us introduce ourselves in the normal fashion. With that, I would be most happy if you would proceed with your presentation.

Hon. Jim Munson, sponsor of the bill: Thank you very much, chair, for inviting me to return. It is a pleasure to be here again to present my case on my bill respecting World Autism Awareness Day.

It has been almost two years since my last appearance before your committee as sponsor of this bill, An Act Respecting World Autism Awareness Day. Three years ago, I introduced the bill for the first time, and today marks the third time I sit before you with this request that you approve it so it can be sent back to the Senate and continue swiftly through the legislative process. Here is hoping that the third time lucky, the third time charm, may work this time.

In the world that we live in, timing and politics, namely two prerogations and one general election, complicated what should have been a straightforward, one-time passage of this bill. As parliamentarians, we just have to roll with these realities. We also have to remain determined and focused on what matters. This is what fuels progress.

Progress is what Canadians need to address: a health and social crisis that keeps growing and growing. One in 110 children in this country has an autism spectrum disorder, an ASD, and that rate will climb and climb.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 23 novembre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel a été renvoyé le projet de loi S-206, Loi instituant la Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme, se réunit aujourd'hui, à 16 h 18 afin de faire l'étude article par article de ce projet de loi.

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

[*Traduction*]

Le président : Mesdames et messieurs les sénateurs, nous avons un seul point à l'ordre du jour aujourd'hui. Il s'agit du projet de loi S-206. Nous accueillons le parrain de ce projet de loi, le sénateur Jim Munson, à notre séance de travail.

Nous allons procéder de la façon suivante : après avoir invité le sénateur Munson à présenter une déclaration préliminaire, nous allons, comme d'habitude, permettre aux membres du comité de poser des questions.

Sénateur Munson, étant donné que vous reconnaissez probablement vos collègues ici présents, je ne vais pas, comme à l'habitude, vous les présenter. Cela étant dit, je serais très heureux d'entendre maintenant votre exposé.

L'honorable Jim Munson, parrain du projet de loi : Merci beaucoup, monsieur le président, de m'avoir invité à revenir. C'est un plaisir pour moi d'être ici à nouveau pour défendre mon projet de loi proposant la mise en place d'une journée mondiale de sensibilisation à l'autisme.

Cela fait presque deux ans que j'ai comparu pour la dernière fois devant votre comité à titre de parrain de ce projet de loi, la Loi instituant la Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme. Il y a trois ans, j'ai présenté ce projet de loi pour la première fois et aujourd'hui, c'est la troisième fois que je viens devant vous pour vous demander de l'approuver afin qu'il puisse être renvoyé au Sénat et poursuivre rapidement son cheminement dans le processus législatif. Nous espérons que cette fois, la troisième fois, sera la bonne.

Les circonstances du monde dans lequel nous vivons, ainsi que la politique, à savoir deux prorogations et une élection générale, ont compliqué le processus relativement simple d'adoption de ce projet de loi qui aurait dû aboutir dès la première fois. En tant que parlementaires, nous devons nous adapter à ces réalités. Nous devons aussi conserver notre détermination et poursuivre notre objectif. C'est ce qui alimente le progrès.

Les Canadiens ne doivent pas perdre de vue le progrès et doivent s'attaquer à une crise sanitaire et sociale qui ne cesse de s'amplifier. Dans notre pays, un enfant sur 110 est atteint d'un trouble du spectre autistique, TSA, et le pourcentage ne cesse d'augmenter.

The question is, what does this mean for those people with autism, their families and our society? One in 10 people with autism cannot speak. Four out of five autistic adults depend on their parents. Nine out of ten do not have a regular job. These are startling statistics.

We are all getting older. Imagine what this fact of life means to the parents of a child with autism. What will happen to my child if I get sick or when I die?

We are starting to hear more from researchers about the need to integrate people with autism into society, to give them skills so they can work and be independent.

Two weeks ago, an autism researcher from the University of Montreal, Laurent Mottron, shook things up a bit with his statements to the media about the special intellectual skills of people with autism:

People have a cliché, that if he is autistic you can do nothing with him. The fact that you have some terrible autistic life is not representative of autism in general.

Those are the words of the professor.

Shifting the focus from what is wrong with autism to what is right is a compelling and to some a controversial part of Mr. Mottron's message.

What I also hear is this: A dependable, generally accepted knowledge base about autism is lacking. That is an alarming fact. The autism crisis in Canada is far ahead of what we understand and are prepared to deal with.

Looking at history, our own history, my brief eight-year history in the Senate and fighting for this cause, an autistic child who was two at the time I first introduced this bill is now five. An autistic child who was 15 is now an adult, and with that come different, more troubling concerns.

Dr. Susan Bryson is the founding director of the Autism Research Unit at Toronto's Hospital for Sick Children and the Autism Research Centre at the IWK Health Centre in Halifax. An area of special interest to her is the well-being of adolescents and adults with autism. She says that the biggest problem these people face is getting basic medical care. She is direct: "There is nothing for them. They fall off a cliff."

As all honourable senators know, taking on a complex cause like autism is like embarking on a voyage. For more than eight years I have been doing whatever I can to support the interests of people affected by autism and so has this committee.

Qu'est-ce que cela signifie pour les personnes atteintes d'autisme, leurs familles et notre société? Un autiste sur 10 est incapable de parler. Quatre adultes autistes sur cinq dépendent de leurs parents. Neuf autistes sur 10 n'ont pas d'emploi régulier. Ces statistiques sont troublantes.

Nous vieillissons tous. Imaginez ce que cela veut dire pour les parents d'un enfant autiste. Qu'arrivera-t-il à mon enfant si je tombe malade ou si je meurs?

Les chercheurs sont de plus en plus nombreux à évoquer la nécessité d'intégrer les autistes dans la société et de leur donner les habiletés nécessaires qui leur permettraient de travailler et de devenir indépendants.

Il y a deux semaines, un spécialiste de la recherche sur l'autisme, le professeur Laurent Mottron, de l'Université de Montréal, a bousculé un peu les choses par les déclarations qu'il a faites dans les médias au sujet des aptitudes intellectuelles spéciales des autistes :

C'est un cliché de penser qu'il n'y a rien à faire avec un autiste. L'idée que la vie d'un autiste doit être terrible ne correspond pas à la réalité de l'autisme en général.

Ce sont les propres paroles de ce professeur.

Ce qui est fascinant et, pour certains, dérangeant dans le message de M. Mottron, c'est qu'il faut cesser de mettre l'accent sur les côtés négatifs de l'autisme et plutôt souligner ses aspects positifs.

On dit également qu'il n'existe pas de base de connaissances fiable et acceptée par tous au sujet de l'autisme. Voilà une constatation alarmante. La crise de l'autisme au Canada est bien plus avancée que nous l'imaginons et que nous sommes prêts à accepter.

Prenons le temps d'examiner notre histoire, nos propres antécédents. Cela fait seulement huit ans que je suis sénateur et que je me bats pour cette cause. Un enfant autiste qui avait deux ans lorsque j'ai présenté pour la première fois ce projet de loi a maintenant cinq ans. Un enfant autiste qui avait 15 ans est désormais devenu adulte, avec les problèmes nouveaux et plus complexes que cela implique.

La Dre Susan Bryson est directrice fondatrice de l'Autism Research Unit de l'Hospital for Sick Children de Toronto et du Centre de recherche sur l'autisme du Centre de soins de santé IWK à Halifax. Elle s'intéresse tout particulièrement au bien-être des adolescents et des adultes autistes. Selon elle, ces personnes ont d'énormes difficultés à obtenir des soins médicaux de base. C'est le plus grand obstacle auquel font face les autistes. Elle affirme carrément : « Rien n'est prévu pour eux. C'est le vide total. »

Vous savez tous, honorables sénateurs, qu'adopter une cause aussi complexe que l'autisme, c'est un peu comme s'embarquer pour un long voyage. Depuis plus de huit ans, je fais tout ce que je peux pour tenter de venir en aide aux personnes atteintes d'autisme et votre comité en fait de même.

I know about the stresses families endure, the sense of isolation, the desperation for guidance and resources. I know, too, that the situation can change and I am driven to see that it does.

The autism community is made up of extraordinary, dedicated people, families of autistic children and adults, care providers, medical practitioners, researchers and advocates. I am in their corner as they are in mine and I am grateful for this.

I also appreciate the alliances of parliamentarians from all sides who support and carry out their own individual efforts to deal with the autism crisis.

Way back when I launched an inquiry into autism and it ended up with this committee, Senator Eggleton, former Senator Dr. Wilbert Keon and all members embraced what I was trying to do, and we ultimately produced the groundbreaking report, *Pay Now or Pay Later: Autism Families in Crisis*.

Another ally is NDP MP Glenn Thibeault, who often lends an informed voice to public discussion about autism, pushing for a national autism strategy and a better social understanding of the disorder. In his words:

Because of our society's misunderstandings and lack of knowledge about what autism is and how it affects people and families, children with autism can often feel isolated from their friends, classmates, neighbours, communities and of course the world around them.

Who knows where this bill would be today if Conservative MP Harold Albrecht had not introduced it in the house last December. He really became a champion for the bill, and he inspired other members of Parliament to voice their support. I never expected to work with Harold and Harold never expected to work with me. When we talked about this bill, Harold did not understand the issue of autism at that particular time. It was Harold who, as a member of Parliament, a government MP, introduced this measure in the house at that time.

My friend Conservative MP Mike Lake was among those who spoke up that day. He stood in the house and talked candidly about his son Jaden, who is autistic. Parents know better than anyone about the day-in and day-out challenges of raising a child with this complex disorder.

Moving ahead to this latest and I hope last attempt to pass this bill, new alliances continue to emerge. Last month, Senator Judith Seidman's contribution to the debate on my motion for second reading of the bill reached right through to the heart of the matter. Before necessary advancements can be realized, autism needs to be recognized on the national stage. She said:

Je connais les difficultés que les familles doivent traverser, le sentiment d'isolement, la quête désespérée de conseils et de ressources. Je sais aussi que la situation peut changer et je fais tout en mon pouvoir pour faire avancer les choses.

La communauté de soutien aux autistes regroupe des gens extraordinaires, dévoués, des familles d'enfants et d'adultes autistes, des prestataires de soins, des praticiens, des chercheurs et des intervenants. Je les appuie et je peux compter sur leur soutien et je leur en suis reconnaissant.

J'apprécie aussi les alliances des parlementaires de tous les partis qui accordent leur appui et qui font leurs propres efforts pour réagir à la crise de l'autisme.

Il y a quelques années, lorsque j'ai lancé une étude sur l'autisme et que le comité s'en est saisi, le sénateur Eggleton, le Dr Wilbert Keon, ancien sénateur, et tous les membres du comité ont adhéré à ma démarche. Nos travaux ont abouti à la publication du rapport sans précédent intitulé *Payer maintenant ou payer plus tard : Les familles d'enfants autistes en crise*

Le député du NPD Glenn Thibeault est un autre allié qui a souvent participé, à titre de témoin informé, au débat public sur l'autisme, réclamant une stratégie nationale sur l'autisme et une meilleure compréhension sociale de ce trouble. Il a déclaré ceci :

Malheureusement, parce que la société ne comprend pas et ne connaît pas bien l'autisme et ses effets sur les gens, des familles et des enfants vivant avec l'autisme se sentent souvent isolés de leurs amis, de leurs camarades de classe, de leurs voisins, de leurs collectivités, et c'est sans parler, bien sûr, du monde qui les entoure.

Qui sait où en serait le présent projet de loi si le député conservateur Harold Albrecht ne l'avait pas présenté à la Chambre des communes en décembre dernier. Il s'est fait le champion de ce projet de loi et il a encouragé d'autres députés à exprimer leur soutien. Je n'avais jamais pensé travailler avec Harold et Harold n'avait jamais pensé collaborer avec moi. Lorsque nous avons parlé de ce projet de loi, Harold n'avait pas encore saisi l'ampleur du problème de l'autisme. C'est Harold, député du parti au pouvoir, qui a présenté cette mesure à la Chambre.

Mon ami, le député conservateur Mike Lake, est de ceux qui prirent la parole ce jour-là. Il s'est levé en Chambre et a parlé librement de son fils Jaden qui est autiste. Les parents connaissent mieux que quiconque les difficultés qu'il faut surmonter chaque jour lorsqu'ils élèvent un enfant atteint de ce trouble complexe.

De nouvelles alliances continuent à émerger pour soutenir cette plus récente tentative de faire adopter ce projet de loi, tentative qui sera, j'espère, la dernière. Le mois dernier, le sénateur Judith Seidman a contribué au débat sur ma motion à l'étape de la deuxième lecture du projet de loi et elle est allée directement au cœur du problème. Pour que l'on puisse faire les progrès nécessaires, il faut absolument que l'autisme soit reconnu à l'échelle nationale. Voici ce qu'elle a déclaré :

Promoting an understanding of autism in Canada will not only create a more considerate and knowledgeable society, it will also pay tribute to those who are touched by ASD.

With such moving support for this bill, I can only be optimistic that parliamentarians will pass it in time for Canadians to celebrate World Autism Awareness Day on April 2, 2012.

This day will not change the day-to-day realities of families affected by autism. What this modest bill can do, though, is show these families that the people of Canada respect them for doing the best they can in the name of their children, brothers, sisters, grandchildren, nieces and nephews. World Autism Awareness Day will also spark awareness among Canadians about autism, its symptoms, the people who are affected by it, and the need to address the crisis it has become.

Honourable senators, I thank you for your attention and for sharing in the effort to make this bill law.

The Chair: Senator Munson, thank you for your presentation. I will now open the floor up to questions.

Senator Eggleton: Senator Munson, I wish to congratulate you for this bill, which I hope we will all be able to support, and for your ongoing efforts on behalf of people with autism and their families. I remember your inquiry at the Senate, which led to this committee undertaking a study, which culminated in the report which you pointed out, *Pay Now or Pay Later: Autism Families in Crisis*, in March 2007. Congratulations on your persistence. As you say, it has taken three years, not because it is a controversial item but because of the ebb and flow of Parliament. Elections create those kinds of delays and require that the process begin again in many cases. Hopefully this time will be the third time lucky, as you point out.

In the 2007 report, there were a number of recommendations, for example, that the federal government in collaboration with the provinces and territories establish a comprehensive national autism spectrum disorder, ASD, strategy to include child, adolescent and adult treatments and support, and that the federal government convene a federal-provincial-territorial ministerial conference to examine innovative funding arrangements for the purpose of financing autism therapy.

The Senate report also recommended collaboration with the provinces and that the federal government, in implementing the recommendations of the Minister of Finance expert panel on financial security for children with severe disabilities, ensure that autism qualifies as an eligible disability.

En sensibilisant les Canadiens à l'autisme, non seulement nous contribuerons à la création d'une société bienveillante et bien informée, mais nous rendrons également hommage aux personnes touchées par les TSA.

Fort du soutien aussi émouvant que récolte ce projet de loi, je ne peux qu'être optimiste et espérer que les parlementaires l'adopteront à temps pour que les Canadiens puissent célébrer la Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme, le 2 avril 2012.

Cette journée ne changera pas la réalité quotidienne des familles touchées par l'autisme. Cependant, ce modeste projet de loi permettra de montrer à ces familles que la population du Canada les respecte, sachant qu'elles font tout ce qu'elles peuvent pour le bien de leurs enfants, de leurs frères, de leurs sœurs, de leurs petits-enfants, de leurs nièces et de leurs neveux. La Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme permettra également aux Canadiens de mieux connaître l'autisme, ses symptômes, les gens qui en sont atteints et la nécessité de s'attaquer à ce phénomène qui a pris l'ampleur d'une crise.

Honorables sénateurs, je vous remercie de votre attention et des efforts que vous déployez pour que ce projet de loi soit adopté.

Le président : Monsieur le sénateur Munson, merci pour votre présentation. Je vais maintenant donner la parole aux sénateurs qui souhaitent poser des questions.

Le sénateur Eggleton : Monsieur le sénateur Munson, je tiens à vous remercier pour ce projet de loi auquel j'espère nous pourrions tous accorder notre appui. Je vous félicite également pour les efforts constants que vous avez faits au nom des autistes et de leurs familles. Je me souviens de l'enquête que vous aviez entamée au Sénat, qui avait abouti à l'étude entreprise par notre comité, au terme de laquelle le comité a publié le rapport que vous avez mentionné, *Payer maintenant ou payer plus tard : Les familles d'enfants autistes en crise*, en mars 2007. Félicitations pour votre persévérance. Comme vous l'avez signalé, cela a pris trois ans, non pas parce qu'il s'agit d'un sujet controversé, mais en raison des aléas du Parlement. Les élections créent ce genre de retard et nous forcent dans bien des cas à reprendre le processus à zéro. Espérons que cette fois, comme vous l'avez signalé, la troisième fois sera la bonne.

Le rapport de 2007 recommandait notamment que le gouvernement fédéral, avec la collaboration des provinces et des territoires, institue une stratégie nationale complète en matière de trouble du spectre autistique, TSA, comprenant des traitements et des services de soutien pour l'enfant, l'adolescent et l'adulte, et que le gouvernement fédéral convoque une conférence fédérale-provinciale-territoriale afin d'examiner des modalités innovatrices de financement du traitement de l'autisme.

Le rapport du Sénat recommandait également que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces et qu'au moment de la mise en œuvre des recommandations du groupe d'experts du ministre des Finances sur la sécurité financière des enfants gravement handicapés, il s'assure que l'autisme est considéré comme une invalidité.

The report also recommended that the Department of Finance and Canada Revenue Agency study the implications of income splitting, issue a report by June 2008 and that Health Canada invite autistic individuals to attend the symposium I mentioned earlier and be given the opportunity to contribute as equal partners in the exchanges with participants.

Could you tell us how far those recommendations have advanced and where the major needs are at this time?

Senator Munson: I would like to praise the government and Finance Minister Jim Flaherty, for what he has done when he introduced the bill dealing with tax disability. I cannot tell you how many Canadian families have come to me or written to me and perhaps yourselves on how much the ability to put money away over an extended period of time has meant to help an autistic child when the day comes that the parents are gone. That is a good first step. I congratulate Mr. Flaherty and the government for that.

Also, inside Health Canada there are now more people working in an investigative way to try to monitor and come up with numbers of our own. These days we seem to be relying on the health centre in Atlanta, Georgia, looking at their numbers and how we come to the figure of 1 in 110.

I know that the alliance that I work with, or that I help, their pleas are regularly to see that the federal bureaucracy in Health Canada spend more money being so that there are more people to look at the numbers.

On the national strategy, as an analogy, I was a hockey player and I think I would have been a good player for Coach Jacques Demers because I am the kind of guy who likes to go in the corner and I am not scared and I get hit. I will get the puck and come out of the corner and give it to someone else and he will get the goal. I think I have to keep going into more corners with the government to get the puck to move this issue along and to have someone put the puck in the net, because I do not care who scores. What I care about is that I push harder and we continue to push harder to have a conference or to have a meeting and to dare to think outside the hockey rink or the box that we can sit down as a nation and as ministers of health, in the social field or education, so that we can actually have that conversation. I do not think we have had that conversation yet. That is where we have to go.

I always remember what Dr. Keon told me. He reminded me that, yes, you keep pushing for a national autism spectrum disorder strategy but do not forget to push as well where the

Le rapport recommandait par ailleurs que le ministère des Finances et l'Agence du revenu du Canada étudient les répercussions du fractionnement du revenu, publient un rapport en juin 2008 et que Santé Canada invite des personnes autistes à participer au symposium que j'ai mentionné plus tôt, et leur donne la possibilité d'exprimer leurs vues et de contribuer d'égal à égal à un échange avec les autres participants.

Pouvez-vous nous indiquer les progrès qui ont été accomplis dans la mise en œuvre de ces recommandations et nous préciser où se situent actuellement les besoins principaux?

Le sénateur Munson : J'aimerais féliciter le gouvernement et en particulier le ministre des Finances, Jim Flaherty, pour avoir présenté le projet de loi proposant un crédit d'impôt pour les personnes handicapées. Je ne saurais vous dire combien de familles canadiennes m'ont fait savoir, verbalement ou par écrit, et à vous peut-être également, à quel point la possibilité de mettre de l'argent de côté pendant une longue période de temps s'avère utile pour aider un enfant autiste lorsqu'il viendra à perdre ses parents. C'est un premier pas dans la bonne direction et j'en félicite M. Flaherty et le gouvernement.

À Santé Canada, par ailleurs, une équipe plus nombreuse effectue des recherches afin d'obtenir ses propres statistiques. Jusqu'à présent, il semble qu'on s'appuyait sur les données recueillies par le centre de santé d'Atlanta, en Géorgie. C'est à partir de ces données que nous sommes parvenus aux statistiques de un pour 110.

Je sais que l'alliance pour laquelle je travaille ou à laquelle je prête assistance demande régulièrement à l'administration fédérale de Santé Canada de consacrer plus de crédits afin que les chercheurs soient plus nombreux à examiner ces statistiques.

Quant à la stratégie nationale, j'aimerais faire une analogie. J'ai moi-même joué au hockey et je pense que j'aurais été bien vu par un entraîneur comme Jacques Demers parce que je suis le type de gars qui aime aller dans les coins et qui n'a pas peur de prendre des coups. Je suis capable d'aller chercher la rondelle, de la sortir du coin et de faire une passe à un autre joueur qui va pouvoir marquer le but. Je pense que je dois continuer à fouiller dans les coins du gouvernement afin de sortir la rondelle et de faire progresser le dossier afin que quelqu'un le mette dans le filet. En effet, je ne me soucie guère de celui qui parviendra au but. Ce qui m'importe, c'est de me démener et de travailler de plus en plus fort pour obtenir une conférence ou une réunion, et je suis prêt à sortir de la glace ou sortir du cadre et à m'asseoir autour d'une table ronde nationale et avec les ministres de la santé, dans le domaine social ou dans celui de l'éducation, pour que nous puissions avoir cette conversation. Je pense en effet que nous n'avons pas encore eu cette conversation. Voilà ce que nous devons faire.

Je me rappellerai toujours ce que m'a dit le Dr Keon. Il me faisait remarquer que je réclamais à juste titre une stratégie nationale sur les troubles du spectre autistique, mais que je ne

money is for science and research. Science and research are so important as we have discovered in some of the work of your chair, Dr. Ogilvie, in his past life.

Science and research produce results and the more science and research we have the better we are. In that field, I think there has been some quiet progress made, but we have a long way to go.

Senator Eggleton: What are the toughest challenges that families with autistic children are facing right now? It has usually been financial in trying to cope with — particularly if they have two working parents, usually one of them has to leave employment because the child does need a lot of attention. Are those still the biggest issues?

Senator Munson: As I mentioned, we talked about finance, but the real issue for families is waking up each and every morning and thinking, “How do I get through the next 24 hours?” The real issue is simply getting through the next 24 hours.

I just ran into someone yesterday who talked about being in another shopping centre with a son and it was a rough experience, with people looking at you and saying, “My goodness, why can’t that mother take care that of child?”

We have to have attitudinal change. That is what has to happen with the bill I have before you. This kind of thing, this kind of awareness campaign can help change attitudes.

I am reluctant to bring it up, but we had a son who had Down Syndrome who passed away when he was very young. We lived in a small town in northern New Brunswick. He did not live that long, he was a year old when he passed away, but we were living in the shadows in those days of what people in the community would say, “Oh, they are the Munsons. There is a Down’s Syndrome boy there.” We did not know what to do. We had to go to Montreal to get tests. There was no Internet, there was nothing. We felt alone as a family. As a husband and wife, we felt terribly alone.

I think what we see today is these families feeling terribly alone. They want to have people embrace what they have to embrace every day. For our family, dealing with that issue in that era, 1968, when Timothy James Alexander Munson was born, that was the year the Special Olympics was also born. Up until that point people were living in the shadows.

You could not take a Down’s Syndrome young boy or girl or anyone who was developmentally delayed or any kind of disabilities anywhere. People would say, “You can’t play sports, you can’t do that.”

devais pas oublier pour autant de réclamer des fonds pour la science et la recherche. La science et la recherche sont deux dimensions importantes, comme nous l’a montré par ses travaux notre président, le Dr Ogilvie, dans ses activités antérieures.

La science et la recherche produisent des résultats. Et plus on en fait, plus cela nous est profitable. Dans ce domaine, je crois qu’on a noté quelques progrès, mais il y a encore beaucoup de chemin à parcourir.

Le sénateur Eggleton : Quels sont les plus grands défis auxquels font face actuellement les familles responsables d’un enfant autiste? Généralement, ce sont des difficultés financières — en particulier lorsque les deux parents travaillent, car un d’entre eux doit généralement quitter son emploi pour s’occuper de l’enfant qui a besoin de beaucoup d’attention. Est-ce que les plus grandes difficultés se situent toujours dans ce domaine?

Le sénateur Munson : Comme je l’ai mentionné, nous avons parlé de finances, mais la véritable préoccupation des familles, c’est de se demander chaque matin comment va se passer la journée. Le grand problème est tout simplement de savoir ce qui va se passer au cours des 24 prochaines heures.

Hier, j’ai rencontré une personne qui m’a raconté qu’elle a dû gérer une crise de son fils dans un centre commercial. Elle avait l’impression que les gens autour d’elle la regardaient en pensant : « Mais enfin, pourquoi cette mère ne s’occupe-t-elle pas mieux de son enfant? »

Il faut changer les attitudes et le projet de loi que vous avez devant vous peut apporter ce changement. Une campagne de sensibilisation peut entraîner un changement de perception.

Je n’aime pas en parler, mais j’ai eu un fils trisomique qui est mort en bas âge. Nous vivions alors dans une petite ville du Nord du Nouveau-Brunswick. Il n’a pas vécu très longtemps, puisqu’il avait un an quand il est mort, mais, en ce temps-là, on vivait dans l’ombre de ce que disaient les gens de la ville : « Vous savez, ce sont les Munson. Ils ont un petit trisomique. » Nous ne savions pas quoi faire. Il fallait se rendre à Montréal pour faire les analyses. À l’époque, il n’y avait pas d’Internet. En tant que famille, nous nous sentions isolés. Avec ma femme, nous nous sentions terriblement seuls.

Nous pouvons constater aujourd’hui que ces familles sont terriblement seules. Elles souhaitent que tout le monde ait conscience de ce qu’elles doivent affronter chaque jour. C’est ce que notre famille a dû endurer en 1968, lorsque Timothy James Alexander Munson est né, l’année où sont nés également les Jeux olympiques spéciaux. Jusque-là, les gens vivaient dans l’ombre.

Il était impossible d’inscrire nulle part un jeune trisomique, un garçon ou une fille accusant un retard de développement ou atteint d’un handicap quelconque. On disait que ces enfants-là ne pouvaient pas faire de sport.

Look where we are today with our Special Olympians and hundreds of thousands of athletes around the world. I came back from Athens where we had 10,000 athletes and 40,000 people in the stands. In 1968, the games were between Canada and the United States, two teams and maybe a hundred athletes.

I like to look at it from the perspective that the families who have autistic children are in the place where we once were back in the 1960s, in those shadows and terribly alone.

I think that if anything, yes, finances; yes, research; yes, more science; yes, more care; yes, more intensive behaviour therapists. When we get up in the morning and say, "Oh, my goodness, I don't know how I feel today," stop and think. What about those families who need us and who need more of us?

Senator Seidman: Thank you, senator. I think you said that you have been at this for three years. It is a testimony to your patience. Despite the fact that there are still issues of definition of autism, that does not change the fact that raising awareness of autism and as such your autism awareness bill will be important to help Canadian families and children. There is no doubt that our government considers families and children and their concerns of the highest import.

I am sure we all wish to thank you for your perseverance and your efforts. We know that Mike Lake will shepherd this in the other place with the same perseverance as you have done. That is pretty much what I would like to say to you right now. I know it has been a long journey. It has been a good one, I hope, ultimately.

Senator Munson: All I can say to that is, thank you.

Senator Cordy: Thank you, Senator Munson, for being back again and again. I think it was Yogi Berra who said it is déjà vu all over again. We are delighted to have you back again.

Thank you, as Senator Seidman said, for your persistence and your passion. Thank you very much for being a champion for the families who have autism in their family.

I know that, as a teacher, when I would see families with one and sometimes two or three autistic children and the challenges that they faced on a daily basis, when you spoke about feeling alone, that was certainly something that came across clearly. Sometimes, as a teacher, you think, "This was a long day," but then you think about the families who face these challenges 24 hours a day, it is not just 5 or 6 hours a day. Thank you very much for being a champion.

One of the things we have to look at, too, is that we always talk about autism being a children's issue. It is not, as you said earlier. These children are becoming adults and we had best invest now in autism by providing early intervention, which seems to be, in the reading I have done, what works best. We have to start providing

Or, regardez ce qui se passe maintenant avec des athlètes olympiques spéciaux, ces centaines de milliers d'athlètes dans le monde entier. Je reviens d'Athènes où les jeux ont rassemblé 10 000 athlètes et 40 000 personnes dans les gradins. En 1968, les Jeux ne réunissaient que deux équipes, celle du Canada et celle des États-Unis, et peut-être une centaine d'athlètes.

Je pense que les familles qui ont un enfant autiste se trouvent un peu dans la même situation que celle que nous avons vécue dans les années 1960. Elles vivent dans l'ombre et sont terriblement seules.

Je pense qu'il faut plus de fonds, plus de recherches, plus de travaux scientifiques, plus de soins, plus de thérapies comportementales intensives. Quand nous nous levons le matin et que nous nous demandons comment va se passer notre journée, pensons aux familles qui ont besoin de nous, qui ont besoin d'un plus grand appui de notre part.

Le sénateur Seidman : Merci, sénateur. Vous avez dit que cela fait trois ans que vous vous attellez à ce dossier. Cela témoigne de votre patience. On ne s'entend pas toujours sur la définition de l'autisme, mais il n'en reste pas moins important de mieux faire connaître l'autisme, et c'est pourquoi votre projet de loi sera important pour aider les familles et les enfants canadiens. Il ne fait aucun doute que notre gouvernement se soucie des familles et des enfants et accorde la plus grande importance à leurs préoccupations.

Je suis certaine que nous voulons tous vous féliciter pour votre persévérance et vos efforts. Nous savons que Mike Lake reprendra le flambeau à l'autre endroit, avec la même persévérance que la vôtre. Voilà essentiellement ce que je voulais vous dire. Je sais que le chemin a été long, mais j'espère qu'il finira par mener quelque part.

Le sénateur Munson : Tout ce que je peux vous dire, c'est merci.

Le sénateur Cordy : Merci, sénateur Munson, de toujours revenir à la charge. Comme disait, je crois, Yogi Berra, c'est encore du déjà vu. Nous sommes ravis de vous accueillir encore une fois.

Comme l'a dit le sénateur Seidman, merci pour votre persévérance et votre passion. Merci d'être le champion des familles touchées par l'autisme.

J'ai été enseignante et j'ai connu des familles qui avaient un et parfois deux ou trois enfants autistes. Je connais très bien les difficultés auxquelles ces familles font face quotidiennement et je comprends très bien le sentiment d'isolement dont vous avez parlé. Quand on enseigne, on se dit parfois que la journée a été longue, mais quand on y pense bien, les familles d'enfants autistes doivent composer avec cette situation 24 heures par jour et pas seulement pendant cinq ou six heures. Merci beaucoup d'être leur champion.

Par ailleurs, on pense toujours que l'autisme est un problème qui concerne les enfants. Or, ce n'est pas le cas, comme vous l'avez mentionné un peu plus tôt. Les enfants deviennent adultes et il est préférable d'investir dès maintenant dans l'autisme afin d'intervenir de façon précoce car, d'après ce que j'ai pu lire,

early intervention to those with autism, whether they are at the mild end of the spectrum or the more severe end of the spectrum.

Since you are here dealing with Bill S-206, An Act Respecting World Autism Awareness Day, how will a day respecting World Autism Awareness Day benefit the families of those who have autism?

Senator Munson: What I like about working in the Senate is that you can actually connect people on common causes on what we believe is the common good. I think this is one issue where it is common cause, common good, and we can connect ourselves and work at it in a collaborative way. We can sit down and work together.

Under that umbrella, there are autism organizations across the country that have told me that they will see this day as a great lift in their spirits that Ottawa is paying attention, really paying attention to what we are doing. It comes back to not being alone.

Yes, there are some services, and in some cases a lot of good services from the provinces, but for them it will give them an opportunity, for example, to come to Ottawa on that day and to present their case to more of us on how we go forward from here, how we work towards what I still believe we need and that is a national autism spectrum disorder strategy, how we all get into the same room and work on that particular program.

In the private sector we have seen private-public partnerships, which produce incredibly good work from philanthropists, others in Nova Scotia, in Ontario, and out west, people who have literally been spending hundreds of thousands of dollars. We need to get into the same room and work on a private-public partnership. I do not think governments alone can change the way we work in the autistic field. It is those kinds of awareness things.

Also, we can be more proactive in schools. We can fan out across the country and talk to our provincial brothers and sisters about what this day means and that we recognize it here and we recognize it in provincial capitals.

This measure is another step. It is nothing more than one step, but it is a big step in the hearts and minds of those families.

It was an adult autistic gentleman who sat in this very chair when we had our Social Affairs Committee meeting on the autism crisis who said — it was his title — he said he was from New Brunswick, he is in his early thirties, he has a small little computer shop, his parents are proud of him. He works with his brother who keeps an eye on what he does and he said, “Folks, you will either have to pay now or pay later.” It was easy to see the headline in our report. This measure will give a lot of comfort to parents.

I will relate a very brief story. Athens is a young woman from Alberta who has developmentally delayed issues. She is a weight lifter at the Special Olympic Games because there are those who

c'est ce type d'intervention qui donne les meilleurs résultats. Il faut offrir une intervention précoce aux autistes, que le trouble soit léger ou plus lourd.

Puisque vous êtes ici pour nous présenter le projet de loi S-206, Loi instituant la Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme, pouvez-vous nous dire ce qu'une telle journée apportera aux familles touchées par l'autisme?

Le sénateur Munson : Ce que j'aime au Sénat, c'est qu'on peut rallier du monde pour des causes communes que nous croyons utiles pour le bien commun. Je pense que ce projet est une cause commune, pour le bien commun, et que nous pouvons unir nos efforts et travailler en collaboration. On peut se réunir et travailler ensemble.

Dans ce contexte, plusieurs organismes du pays qui viennent en aide aux autistes m'ont dit que cette journée sera très stimulante pour eux, car cela signifiera qu'Ottawa prête attention à la mission qu'ils se sont donnée. On revient à la notion d'isolement.

Bien sûr, les provinces offrent déjà des services qui sont parfois excellents, mais la journée mondiale sera pour les organismes l'occasion de venir à Ottawa et de présenter leurs préoccupations à un plus large auditoire afin de se demander comment on peut progresser, comment on peut franchir la prochaine étape qui, à mon avis, est la mise en place d'une stratégie nationale sur les troubles du spectre autistique, comment se réunir afin de travailler à ce programme particulier.

Nous avons vu que les partenariats entre les secteurs public et privé produisent des résultats extrêmement positifs grâce à la participation de philanthropes et d'autres groupes en Nouvelle-Écosse, en Ontario et dans l'Ouest, des gens qui consacrent littéralement des centaines de milliers de dollars. Nous devons nous réunir et élaborer un partenariat public-privé. Je ne pense pas qu'à eux seuls les gouvernements puissent changer la situation dans le domaine de l'autisme. C'est pourquoi la sensibilisation est importante.

Par ailleurs, nous pouvons être plus proactifs dans les écoles. Nous pouvons nous répartir dans le pays afin d'expliquer à nos frères et nos sœurs dans les provinces ce que signifie cette journée que nous marquons ici, ainsi que dans les capitales provinciales.

Cette mesure n'est rien d'autre qu'une étape, mais une étape énorme dans le cœur et l'esprit de ces familles.

C'est un adulte autiste qui était assis dans ce même fauteuil lorsque le Comité des affaires sociales a consacré une réunion à la crise de l'autisme. C'est à lui que nous devons le titre de notre rapport. C'est un homme dans la jeune trentaine qui vient du Nouveau-Brunswick, où il a une petite boutique d'informatique. Ses parents sont fiers de lui. Il travaille avec son frère qui le supervise un peu. Il nous avait dit : « Messieurs dames, il faudra choisir de payer maintenant ou de payer plus tard. » Le titre de notre rapport était tout trouvé. Cette mesure sera très réconfortante pour les parents.

Je vais vous raconter une brève anecdote. Athens est une jeune femme de l'Alberta qui a un retard de développement. Elle est haltérophile aux Jeux olympiques spéciaux, parce que certains

are autistic who are Special Olympians. Her auntie told my wife and me how concerned her sister was because her husband passed away and then she said, "I am not well and I will pass away," and that her daughter was going to be left alone. She has moved mountains literally beneath the Rockies to work and live on her own and to do what she is doing. She has done that through the community. She has done that through the idea of how the community has changed its attitudes towards her.

We need thousands more of those examples out there of offering support to adults who are autistic.

Senator Cordy: Thank you for your work.

The Chair: Senator Callbeck, and may I say welcome back.

Senator Callbeck: Thank you, Mr. Chair.

Senator, I want to commend you for bringing forth this legislation and for sticking with it. As well, I thank you for all your efforts on behalf of families with children with autism.

The statistics that you gave and the statement you made certainly are alarming. I support this legislation wholeheartedly. I have from the beginning, because I feel it will increase the awareness and knowledge of autism.

I had some questions that I wanted to ask on that report, *Pay Now or Pay Later*, but Senator Eggleton has already covered them so I do not have any questions for you. However, I commend you again for what you are doing.

Senator Munson: I appreciate that. I was thinking that in the last few years we have to remember, too, most of us love the creature comforts of home. Many people that I know personally have left Atlantic Canada, which was once my home, and still the home in my heart, where they have gone west and they have not gone west for oil. They have not gone to Manitoba, Saskatchewan or Alberta to work. They have gone to get care because in the province of Alberta they have a program where you can be cared for at least up until the age of 18. That inconsistency is just not right in this country.

Senator Martin: Thank you, senator, for your leadership on this and for being here. I was here two years ago; I cannot believe it has been two years. Coach, if I am correct, do we call Senator Munson a grinder, someone who goes into the corners?

Senator Demers: First of all, I want to know, can he fight?

Senator Munson: I can take a shot.

Senator Martin: Without what you do, the goal scorers could not put that puck in the net. So I want to thank you for your tireless work.

athlètes sont autistes. Sa tante nous a raconté, à ma femme et moi, que sa sœur était très inquiète parce que son mari est mort, qu'elle-même ne se sent pas très bien et qu'elle ne va pas tarder à le rejoindre. Elle craint donc que sa fille se retrouve toute seule. Elle a littéralement déplacé des montagnes pour pouvoir travailler et vivre de manière indépendante et faire ce qu'elle fait. Elle a pu le faire, grâce au soutien de la communauté. Elle a pu le faire parce que la communauté a changé son attitude à son égard.

Nous avons besoin de milliers d'autres exemples montrant le soutien que la communauté peut offrir aux adultes autistes.

Le sénateur Cordy : Merci beaucoup pour votre travail.

Le président : Madame le sénateur Callbeck. C'est un plaisir de vous revoir.

Le sénateur Callbeck : Merci, monsieur le président.

Monsieur le sénateur, je tiens à vous féliciter de persévérer dans la présentation de ce projet de loi. Je vous remercie aussi pour tous les efforts que vous faites au nom des familles qui élèvent des enfants autistes.

Après avoir entendu les statistiques et l'exposé que vous avez présentés, on ne peut qu'être inquiets. J'appuie sans réserve votre projet de loi, comme je l'ai fait depuis le début, parce que je pense qu'il permettra de faire parler de l'autisme et de mieux connaître ce trouble.

J'avais des questions à poser au sujet du rapport *Payer maintenant ou payer plus tard*, mais le sénateur Eggleton les a toutes soulevées. Je n'ai pas d'autres questions pour vous. Cependant, je vous remercie une fois encore pour votre travail.

Le sénateur Munson : Vos commentaires sont très appréciés. Je pense depuis quelques années que la plupart d'entre nous aiment le confort du foyer. Beaucoup de gens que je connais personnellement ont quitté la région de l'Atlantique où j'habitais autrefois, et qui occupe un endroit spécial dans mon cœur, pour aller chercher du travail dans l'Ouest, dans l'industrie pétrolière. Ils sont allés chercher du travail au Manitoba, en Saskatchewan ou en Alberta. Ils sont partis aussi pour avoir des soins, parce que dans la province de l'Alberta, on peut obtenir des soins au moins jusqu'à 18 ans. Cette disparité est inconcevable dans notre pays.

Le sénateur Martin : Merci, monsieur le sénateur, de porter ce projet à bout de bras et merci d'être venu aujourd'hui. J'étais ici il y a deux ans; j'ai du mal à croire que cela fait déjà deux ans. Monsieur l'entraîneur, dites-moi si le sénateur Munson est ce que l'on qualifierait d'homme fort au hockey, quelqu'un qui aime jouer dans les coins?

Le sénateur Demers : Tout d'abord, il faut savoir s'il sait se battre.

Le sénateur Munson : J'encaisse assez bien les coups.

Le sénateur Martin : Sans votre travail, les marqueurs seraient incapables de lancer la rondelle dans les filets. C'est pourquoi je tiens à vous remercier pour votre travail inlassable.

The question I had was asked by Senator Cordy and, that is, what is the significance of this day? I see it also as being a springboard for other things that could follow. As a former educator, I taught quite a few students with autism but every student was so different. I remember, as an educator, just not feeling equipped to fully address the needs of these individual students, doing my best with what support I had, but I do remember how complex each individual was. As you say, it is a spectrum disorder and there is quite a range, whether from Asperger's to anxiety issues. I also recall that between provinces the programs were quite different.

I do see this as being something that, within the province, because of what they have and what programs that may already be in place, that there can be the national picture but the provinces may have slightly different approaches because education and health care are provincial responsibilities. This is a complex but important issue.

I do want to commend you and I wanted to put on record and say that I think, beyond awareness, real education to deepen our understanding will be important because it is not just "autism," it is not as simple as that.

Perhaps this is the question I could ask: How is Canada doing? When parents from Korea come to Canada, I am told that they do not even know the term Asperger's. They deal with autism as autism, singularly. In Canada there seems to be greater awareness in that sense. Are we, compared to other jurisdictions, more aware and doing better? Is that something you could perhaps shed light on?

Senator Munson: I think we are in the middle somewhere dealing with autism. In my office we are now working on a study to find out exactly what is happening in Europe, Asia and so on. I tried to bring the subject up when I was in China recently and people looked at me with a blank face and did not understand the word "autism." They have just come to the realization in China in terms of those who are developmentally delayed, those who have Down's Syndrome, those who have other issues. The word "autism" is not part of the vocabulary and they are just beginning.

I understand there are some interesting programs going on in Korea that I can share with you in a longer form later. At the end of the day, is it not about best practices? You alluded to the fact that, when you were a teacher, there was a young person in the corner who was very difficult to deal with or whatever the attention span was. I think with awareness comes awareness of the fact that we need more teachers, more trainers and more money. This is what it is all about, is it not? At the end of the day,

Le sénateur Cordy a posé la question que j'avais en tête, question qui portait sur l'importance de cette journée. Je pense qu'elle pourrait servir de tremplin à d'autres causes. Je suis une ancienne éducatrice et j'ai enseigné à plusieurs élèves autistes, mais chaque élève était différent. Lorsque j'enseignais, je me souviens que je me sentais mal équipée pour répondre aux besoins de ces différents élèves. Je faisais de mon mieux, avec l'aide que je pouvais obtenir. Mais je me rappelle que chaque situation était complexe. Comme vous l'avez dit, c'est un trouble qui couvre un spectre assez large qui va de la maladie d'Asperger aux troubles anxieux. Je me souviens aussi que les programmes étaient très différents d'une province à l'autre.

Bien sûr, on peut avoir un programme national, mais les provinces ont déjà des programmes en place et les approches peuvent être légèrement différentes, étant donné que l'éducation et la santé relèvent des provinces. C'est une question complexe, mais importante.

Je tenais à vous féliciter et je voulais préciser pour les fins du compte rendu qu'il faut aller au-delà de la sensibilisation, qu'il faut mettre en place un véritable programme d'éducation pour approfondir nos connaissances parce que l'autisme est un phénomène complexe sur lequel on ne peut pas mettre une étiquette unique.

En fait, j'ai peut-être une question à poser : Quelle est la situation au Canada par comparaison avec les autres pays? On me dit que les parents coréens qui viennent au Canada n'ont jamais entendu parler de la maladie d'Asperger. Pour eux, il y a l'autisme et c'est tout. Au Canada, on semble mieux sensibilisés à cet effet. Par rapport aux autres pays, est-ce que nous sommes mieux avertis et est-ce que nous obtenons de meilleurs résultats? Est-ce que vous pourriez nous informer à ce sujet?

Le sénateur Munson : Je pense que nous nous situons à peu près dans la moyenne pour la connaissance de l'autisme. À mon bureau, nous faisons actuellement une étude en vue de décrire la situation en Europe, en Asie et ailleurs. J'ai essayé d'aborder le sujet lorsque j'étais en Chine récemment, mais j'ai constaté que les gens ne réagissaient pas et ne semblaient pas comprendre le mot « autisme ». En Chine, ils commencent juste à comprendre que certains enfants accusent un retard de développement, sont trisomiques ou éprouvent d'autres difficultés. Le mot « autisme » ne fait pas partie du vocabulaire et ils ne font que commencer à s'intéresser à ces phénomènes.

Je crois qu'il existe en Corée des programmes intéressants dont je pourrais vous parler un peu plus longuement plus tard. Au bout du compte, il s'agit de choisir les meilleures pratiques. Vous avez raconté que vous aviez dans votre classe, lorsque vous étiez enseignante, un jeune avec qui il était très difficile de travailler ou qui avait une très faible durée d'attention. Selon moi, la sensibilisation permet de comprendre que nous avons besoin de plus d'enseignants, de plus de moniteurs et de plus de ressources

it is about facilitating what your job was in the past as opposed to what we have had in the past of having them in separate schools, separate places and darker places that they should not be in.

It is about best practices. To give an example, they just launched a new program in Nova Scotia. They are all excited about it. I do not know, for example, in the province of New Brunswick, which is right next door, how much they know about Nova Scotia's program. Life is about facilitating and sharing, in this country. One of the greatest things we have is that we share knowledge, compassion and each other's concerns. This is where, once again, we have to get into this bigger and larger room to ask, what are the really good things that are happening in Alberta? What is the good thing happening in Nova Scotia? What is happening in the country and how do we compare ourselves to the rest of the world? How do we bring that to Finance Minister Flaherty and say, "Here is what we have and here is what the need is. The tax deductions and so on are wonderful, but we must take further steps in dealing with this."

Senator Martin: I can only speak for B.C. where I taught, but I do have to commend the teachers and schools for creating an inclusive environment. The students are very welcoming; the students with autism are integrated into the classrooms. I saw a lot of enriched learning as a result. My students with autism did teach me a lot.

Thank you for all the work you have done.

Senator Munson: Thank you. There are so many different therapies out there that we are not sharing. There are therapies where people use animals as a friend of an autistic child. It works wonders. We have a friend who is a schoolteacher. She teaches music. It is amazing to watch the sequence of events from a young man at 15 recoiling when he first sees her with a guitar. She was playing beautiful music and he was very frightened and did not want to hear that noise because it jarred him. In six weeks he had the guitar in his hand, through patience and diligence. That step is the biggest step in the person's life and it is worth it to pay more attention and more money to allow that young man to have that kind of joy and to continue that kind of joy in adulthood. If that is all that step is, the simple idea of listening to music and nothing more, it is worth it.

Senator Merchant: Senator Munson, you are a champion for autism and the families. I also want to thank you very much. As you can see, you have great support here. You have worked hard and you have been diligent. Congratulations. I hope that, as you said, third time is lucky. I hope you can continue your work beyond just having a day recognized on behalf of autism.

financières. C'est ça l'objectif, ne pensez-vous pas? Au bout du compte, il faut faciliter le travail des enseignants afin que ce ne soit plus comme par le passé, lorsque les enfants atteints d'un trouble quelconque étaient confinés dans des écoles spéciales, des endroits à part et loin des regards.

Il faut retenir les meilleures pratiques. Pour vous donner un exemple, on vient de lancer un nouveau programme en Nouvelle-Écosse. Tout le monde en est très fier. En revanche, je ne sais pas si au Nouveau-Brunswick, la province d'à côté, on a connaissance de ce programme mis en place en Nouvelle-Écosse. Dans notre pays, la vie c'est la collaboration et le partage. Ce qu'il y a de merveilleux chez nous, c'est que nous partageons les connaissances, la compassion et les soucis des autres. C'est pourquoi nous devons une fois encore, penser plus grand et nous intéresser à ce qui se passe en Alberta, par exemple. Qu'est-ce qui se fait de bien en Nouvelle-Écosse? Quels sont les programmes offerts au pays et comment pouvons-nous nous comparer aux autres pays du monde? Nous devons ensuite présenter ce tableau au ministre des Finances et lui dire : « Voici la situation et voici les besoins. Les crédits d'impôt et autres mesures sont extraordinaires, mais nous devons aller plus loin pour répondre à cette situation. »

Le sénateur Martin : Je ne peux parler que de la Colombie-Britannique où j'ai enseigné, mais je dois dire que les enseignants et les écoles ont le mérite d'avoir créé un environnement englobant. Les élèves se sentent bien accueillis et les élèves autistes sont intégrés dans les classes. L'apprentissage s'en trouve enrichi. De mon côté, j'ai beaucoup appris de mes élèves autistes.

Merci pour tout le travail que vous avez fait.

Le sénateur Munson : Merci. Il y a aussi beaucoup de thérapies différentes que nous ne partageons pas. Certaines consistent à utiliser des animaux comme compagnons des enfants autistes. Les résultats sont extraordinaires. Nous avons une amie qui est enseignante. Elle est professeure de musique. C'est extraordinaire d'observer l'évolution d'un jeune homme de 15 ans qui s'est renfrogné lorsqu'il l'a vue pour la première fois avec une guitare. Elle jouait merveilleusement bien, mais il en avait peur, car le son le perturbait. Au bout de six semaines, il avait lui-même une guitare entre les mains, grâce à la patience et à la diligence de son professeur. Cette évolution représente le plus grand changement qui puisse se produire dans la vie d'une personne et cela vaut la peine d'accorder plus d'attention et de consacrer plus de fonds à de telles choses, afin de permettre à un jeune de connaître cette joie et de la conserver pendant sa vie adulte. Cela vaut la peine, même si cela ne sert à rien d'autre que d'écouter de la musique.

Le sénateur Merchant : Sénateur Munson, vous êtes le champion des autistes et de leurs familles. Moi aussi, je veux vous remercier. Comme vous le voyez, vous avez beaucoup de soutien ici. Bravo pour votre travail et pour votre diligence. Comme vous l'avez dit, j'espère que la troisième fois sera la bonne. J'espère que vous pourrez continuer votre travail une fois que la Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme sera instituée.

There are new technologies now on the market. I saw a news item last week. I am not sure if it was Apple. Someone had taken iPads or something into a classroom and they showed how the children reacted. They could do all kinds of things that we would not maybe know about because we do not know enough about autism, but these children have certain talents.

In Regina, and I have spoken to you about this, there is a little group called Best Buddies. They are a high school group that ranges in age from young teenagers to young adults. They have discovered that these children are very musical. They have formed a little band and they go around, not just in Regina but in the country and other provinces, and they perform and get a little bit of money for their performances. They put the money aside to then go to somewhere a little further.

They wanted to go to Athens. They approached me to see if I could help them get to Athens. I was surprised how much it cost. They need so much support. Maybe you can tell us; in order to take a small group of children, let us say 10 or 15, to a place like Athens, how many people are involved? Do they need an extra person per individual who is going? It is more difficult; it is not just like taking a team with a couple of parents as chaperones. These children need a lot of support.

Could you tell us what it is like? When you went to Athens, how much support staff did you need to help these people reach their potential?

Senator Munson: We had about 70 athletes and I think the team, with managers, trainers, coaches and therapists, was about 110 in total. It is pretty good. Special Olympics is a wonderful organization, and they have done things in the last 20 years so they know what they are doing when it comes to keeping their athletes comfortable and focused on what they want to do. The government has been good to Special Olympics — very good, actually, in terms of base funding and then of course the whole outreach to the private partners, Home Hardware and Coca-Cola, you name it. They are out there spending real money to ensure they are flown there. They live in dormitories. They are Canada's greatest ambassadors, but you have to keep your eye on them all the time. We are not talking children again; we are talking adults as well. That is why I would like to emphasize that private partnering is extremely important when talking about computer technology. If governments can create the environment or atmosphere where companies can create these wonderful new pieces of technology, which unlock the mind of those who cannot speak but can speak through technology, then that is a wonderful. This is what governments are for. I think that we will make tremendous strides.

Il y a aujourd'hui de nouvelles technologies sur le marché. La semaine dernière, j'ai vu un reportage sur une expérience qui avait été faite dans une salle de classe où l'on avait prêté des iPads ou d'autres tablettes — je ne suis pas certaine que ce soit des tablettes Apple — afin d'observer les réactions des élèves. Ils pouvaient faire toutes sortes de choses que nous n'aurions même pas soupçonnées parce que nous ne connaissons pas assez bien l'autisme. Ces enfants ont certains talents.

Il existe à Regina un petit groupe dont je vous ai déjà parlé. Il s'agit de Best Buddies-Vrais Copains. C'est un groupe réunissant des élèves du secondaire, des jeunes allant de l'adolescence au début de l'âge adulte. On a découvert que ces jeunes étaient très musiciens. Ils ont formé un petit groupe musical et ils se produisent dans les environs, pas seulement à Regina, mais dans tout le pays et dans d'autres provinces. Ils sont payés pour leurs prestations et ils mettent de l'argent de côté pour pouvoir faire des tournées plus loin.

Ils veulent aller à Athènes. Ils m'ont demandé de les aider à y aller. J'ai été surprise d'apprendre le coût d'un tel voyage. Ils ont besoin de beaucoup de soutien. Vous pouvez peut-être nous en parler. Pour faire voyager un petit groupe de jeunes, par exemple une dizaine ou une quinzaine, jusqu'à un endroit comme Athènes, à combien de personnes doit-on faire appel? Est-ce qu'il faut un accompagnateur par jeune? C'est plus compliqué que d'organiser un voyage pour d'autres jeunes avec un ou deux parents seulement pour jouer les chaperons. Ces jeunes ont besoin de beaucoup de soutien.

Pouvez-vous nous dire comment cela se passe? Lorsque vous êtes allé à Athènes, combien d'accompagnateurs aviez-vous pour permettre à ces jeunes de réaliser leur potentiel?

Le sénateur Munson : Nous avons environ 70 athlètes et je pense que l'équipe complète, avec les dirigeants, les moniteurs, les entraîneurs et les thérapeutes, comptait environ 110 personnes. C'est pas mal. Les Jeux olympiques spéciaux ont une bonne organisation. Ils ont fait beaucoup de choses depuis 20 ans et ils savent exactement comment procéder pour que les athlètes soient à l'aise et concentrés sur leur objectif. Le gouvernement a joué un grand rôle — je dirais même un rôle très favorable — pour les Jeux olympiques spéciaux en assurant le financement de base et en les aidant bien sûr à trouver des partenaires dans le secteur privé, Home Hardware, Coca-Cola et les autres. Ils n'hésitent pas à fournir les fonds nécessaires pour permettre aux athlètes de se rendre aux Jeux. Les athlètes sont logés dans des dortoirs. Ce sont les meilleurs ambassadeurs du Canada, mais il faut les superviser en tout temps. Dans ce cas, il ne s'agissait plus d'enfants; il y avait aussi des adultes. C'est pourquoi j'aimerais souligner que le partenariat avec le secteur privé est extrêmement important lorsqu'il s'agit de technologie informatique. C'est extraordinaire que les gouvernements puissent créer l'environnement ou le contexte nécessaire pour aider des entreprises à créer des merveilles de la technologie qui permettent de libérer l'esprit de ceux qui ne peuvent parler mais qui peuvent s'exprimer par l'intermédiaire de la technologie. Voilà à quoi doivent servir les gouvernements. Je pense que nous allons faire des progrès extraordinaires.

In our own country, before this piece of technology two years ago in Toronto, a young woman started speaking to her parents and they could not believe it. It was quite emotional, but she was communicating. When you are communicating and someone had said she would never talk, well, she did. She sat down, and wrote and wrote and wrote.

We have to work hard at putting programs together where private enterprise will be excited about participating in something along this line. It is not just those who are autistic but there are many other intellectually and developmentally delayed disabilities that are important to remember here.

Senator Demers: I am sorry if I got out of line there, Mr. Chair. I would never do that to someone who just won an award.

I went with Senator Munson and his wife last year to Whitehorse. There are people who do things in life to have their face on a billboard. That is just a way of exaggerating a little bit. After spending some days with Senator Munson, I knew exactly where he and his wife were coming from. I met his son. It came from the heart. I was so happy also when Senator Seidman stood up to speak last year. Both parties are into this. I have never seen so much unanimous support for this and it is the right thing to do.

I commend you on that. It takes courage; you have to fight through things.

I will tell a sad but true story. My niece has two kids. One suffers from autism. There are two years' difference. Both parents had difficulty raising the kids because one was jealous because they were paying too much attention to the one who had difficulty. In the neighbourhood there was talk about my niece and her husband not knowing how to raise kids. The husband had a business five kilometres away. He got hit by a car and killed. He was riding his bike to work during the summer. The mother ended up with the two kids by herself, and the kid became even more difficult to handle.

This brings awareness. She was crying when I told her what was being done here. Who is Senator Munson? She has no clue, but I said there is someone in the Senate who is really fighting for this. I thank you on behalf of my family.

Sometimes we talk about Senator Boisvenu; other people have some difficulty. Until something happens to you, you do not really know what is going on, until you are living the situation, as we all know with Senator Boisvenu and his two daughters. This situation I have seen with my own eyes. Believe me, I support it and commend you. This comes from the heart. I have never heard one person say this is not right; what is he trying to do? Everyone is for it, as Senator Martin is as a teacher.

Il y a deux ans, avant que ces appareils existent, une jeune femme à Toronto a commencé à parler à ses parents qui n'en croyaient pas leurs oreilles. C'était chargé d'émotion, mais elle communiquait. On avait dit qu'elle ne parlerait jamais et pourtant, elle communique. Elle s'est assise et elle s'est mise à écrire, à écrire, à écrire.

Nous devons redoubler d'effort pour mettre sur pied des programmes auxquels l'entreprise privée aura envie de participer, comme dans cette expérience. Et il faut souligner qu'il n'y a pas seulement les autistes, mais tous les autres jeunes qui accusent un retard intellectuel et de développement, qui peuvent bénéficier d'un tel programme.

Le sénateur Demers : Veuillez m'excuser de cet écart, monsieur le président. Je ne ferais jamais une telle chose à quelqu'un qui vient de remporter un prix.

J'ai accompagné le sénateur Munson et sa femme à Whitehorse, l'an dernier. Il y a des gens qui font n'importe quoi pour faire parler d'eux. J'exagère un petit peu pour plaisanter. Après avoir passé quelques jours avec le sénateur Munson et sa femme, j'ai compris exactement ce qu'ils avaient vécu. J'ai rencontré leur fils. C'est venu du fond du cœur. J'étais très heureux également lorsque le sénateur Seidman a pris la parole l'an dernier. Les deux partis sont unis sur cette question. Je n'ai jamais vu un appui aussi unanime. C'est la bonne chose à faire.

Je vous félicite à ce sujet. Il faut du courage pour faire avancer les choses.

Je vais vous raconter une histoire triste mais vraie. Ma nièce a deux enfants, dont un est autiste. Il y a deux ans de différence entre les deux. Les parents ont eu de la difficulté à élever leurs enfants, parce que l'un était jaloux de l'attention que l'on accordait à l'autre en raison de ses difficultés. Dans le voisinage, on disait de ma nièce et de son mari qu'ils ne savaient pas élever leurs enfants. Le mari de ma nièce avait une entreprise à cinq kilomètres de leur domicile. En été, il se rendait au travail à bicyclette. Un jour, il s'est fait renverser par une voiture et il est mort. La maman s'est retrouvée toute seule avec ses deux enfants et l'un d'entre eux lui posait de plus en plus de difficultés.

Devant une telle situation, on comprend mieux la détresse des gens. Elle pleurait lorsque je lui ai dit ce que nous faisons ici. Elle ne savait pas qui était le sénateur Munson, mais je lui ai dit que quelqu'un au Sénat faisait tout en son pouvoir pour améliorer la situation des familles comme la sienne. Au nom de ma famille, je vous en remercie.

Parfois, nous parlons du sénateur Boisvenu; d'autres personnes traversent aussi des périodes difficiles. Tant que l'on est épargné, on ne se rend pas vraiment compte. Nous connaissons tous l'histoire du sénateur Boisvenu et de ses deux filles. C'est une situation que je connais personnellement. Croyez-moi, j'appuie votre projet et je vous en félicite. Je vous le dis du fond du cœur. Je n'ai entendu personne dire que ce n'était pas une bonne démarche. Tout le monde approuve votre projet, comme le sénateur Martin, une ancienne enseignante.

Thank you so much, and you have my 100 per cent support.

Senator Munson: I appreciate that. I began to work first with the Special Olympics movement when I was appointed to the Senate. I hate the word “disability.” Take the “dis” out. They have ability to do things we cannot do. On the first occasion I was watching figure skaters for Special Olympics. These include autistic children and adults. I was introduced in the dressing room at the McNabb arena. I was the only person in that cold rink that morning. Craig Oliver’s wife teaches figure skating. She wanted to introduce me to all of them.

Here is what happened. She said, “Boys and girls and ladies and gentlemen, this is Jim Munson and he is an Ottawa Senator.” I have never been hugged so much since my honeymoon. I stopped and then one looked over and said, “If you are an Ottawa Senator, what is your number?” I said, “Number 12. I always wear number 12.” They said, “No, that is Mike Fisher’s number, who is number 12 for the Ottawa Senators.” You have to be careful; but I am number 12 for the Canterbury Rusty Blades.

You have to keep a sense of humour and be tenacious. I know we have the prospect of term limits in the Senate, but I remind you that, as of December 10, a few weeks from now, I will have been here eight years. I need a bit more time — not to complete this journey; you never complete this journey when it comes to people who need to be paid attention to, that we must all pay attention to. I believe if we work together, and I do not care what government is in power, this is an affair of the heart.

The Chair: Thank you, senator. Before we move to the next phase of discussing your bill, I would like to summarize on behalf of my colleagues on the committee. They have all expressed their appreciation to you for the efforts you have carried out over a very long time, and will continue to do. You have helped us understand what hopefully many of us know a fair amount about, but nowhere near the experience you have had and accumulated from developing your awareness of this situation.

Perhaps we can look down the road. In some of the examples you have given today, there is a sudden transformation of someone who suddenly starts to speak. Clearly, there was an underlying basis for that in some way. If we can ultimately figure out the issues that cause some of these sudden and unexpected changes, it will help us go a long way with regard to the accumulation of knowledge, to be able to make deliberate steps down the road.

Another aspect that you have highlighted for us, and reminded us of, is that this is a spectrum disorder. It is not just one kind of situation. Therefore, in terms of us as a society helping families in

Merci beaucoup, et vous pouvez compter sur mon appui à 100 p. 100.

Le sénateur Munson : Je vous remercie pour votre appui. J’ai commencé à travailler avec le mouvement des Jeux olympiques spéciaux lorsque j’ai été nommé au Sénat. Je déteste les mots handicap et incapacité, car ils ont des connotations négatives. Ces jeunes ont au contraire la capacité de faire des choses que nous ne pouvons pas faire. La première fois, j’étais venu observer des athlètes qui se préparaient pour les compétitions de patinage artistique aux Jeux olympiques spéciaux. Il y avait des enfants et des adultes autistes. On m’a fait entrer dans les vestiaires de l’aréna McNabb. Ce matin-là, j’étais seul sur cette patinoire froide. La femme de Craig Oliver enseigne le patinage artistique. Elle voulait me présenter à tous ses athlètes.

Voici comment cela s’est passé. Elle a dit : « Venez tous, je vais vous présenter Jim Munson, un sénateur d’Ottawa. » Je n’ai jamais été autant embrassé depuis ma lune de miel. Je me suis arrêté et un des athlètes m’a regardé et a demandé : « Si vous êtes un Sénateur d’Ottawa, quel est votre numéro? » J’ai répondu : « Numéro 12. Je porte toujours le n° 12. » Alors ils m’ont dit : « Non, c’est impossible puisque le n° 12 des Sénateurs d’Ottawa, c’est Mike Fisher. » Il faut faire attention à ce qu’on dit; mais je suis le numéro 12 quand je joue avec les Canterbury Rusty Blades.

Il faut garder son sens de l’humour et persévérer. Je sais qu’au Sénat notre mandat est limité, mais je vous rappelle que le 10 décembre, dans quelques semaines, cela fera huit ans que je siège ici. J’ai besoin d’un peu plus de temps — pas pour terminer cette entreprise, car ce n’est jamais fini quand il s’agit de répondre aux personnes qui ont besoin de notre attention et dont nous devons tous nous préoccuper. Je crois que nous y parviendrons si nous collaborons tous, quel que soit le gouvernement au pouvoir, car c’est une affaire de cœur.

Le président : Merci, monsieur le sénateur. Avant de passer à la deuxième phase de l’étude de votre projet de loi, j’aimerais faire un résumé à l’intention de mes collègues du comité. Ils ont tous exprimé leur appréciation des efforts que vous avez déployés depuis très longtemps et que vous continuez à soutenir. Vous nous avez aidés à comprendre et beaucoup d’entre nous ont sans doute désormais une bonne connaissance de la situation, sans toutefois évaluer les connaissances que vous avez accumulées dans ce domaine.

Nous pouvons peut-être imaginer ce que l’avenir nous réserve. Dans certains exemples que vous avez donnés aujourd’hui, vous avez parlé de la transformation soudaine d’une personne qui s’est tout à coup mise à parler. Il est clair qu’il existe un déclencheur quelque part. Si nous pouvions comprendre les causes de ces changements soudains et inattendus, nous pourrions faire des bonds immenses dans l’acquisition de connaissances qui nous permettraient de progresser dans cette voie.

Il y a un aspect que vous avez souligné. Vous nous avez rappelé qu’il s’agit d’un trouble du spectre autistique. Il ne s’agit pas d’un seul type de situation. Par conséquent, si la société veut venir en

these situations, it is not just an off-the-shelf situation. We have to become totally aware of the needs of families who arrive at this situation.

From my own background, I can only hope that down the road we will come to a much greater understanding of the underlying molecular and structural basis that lead to the symptoms that we see in this aspect of life.

I want to thank you especially, not only on behalf of my colleagues on the committee, but I will take the liberty of thanking you on behalf of our colleagues in the Senate through this committee for your efforts in this regard.

I want to thank Senator Seidman for her role in helping ensure we have a really good total understanding of the situation and full and complete support for moving this recognition forward in the Senate.

With that, Senator Munson, we will move, if my colleagues agree, to clause-by-clause consideration. As you well know, you are perfectly welcome to stay through that process, but I will now raise the question with the committee.

Is it agreed that the committee now proceed to clause-by-clause consideration of Bill S-206, An Act respecting World Autism Awareness Day?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Thank you. I will now proceed and raise with you the questions in order and get your response.

Shall the title stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall the preamble stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall clause 1 stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall clause 2 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Carried.

Shall clause 1 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Carried.

Shall the preamble carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Carried.

Shall the title carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Carried.

Shall the bill carry?

aide à ces familles, il n'y a pas de solutions toutes prêtes. Nous devons être entièrement conscients des besoins des familles qui sont confrontées à de telles situations.

De mon point de vue, je ne peux qu'espérer que nous parviendrons un jour à mieux comprendre les origines moléculaires et structurales des symptômes qui se manifestent dans de tels cas.

Je tiens à vous remercier tout spécialement, non seulement au nom de mes collègues du comité, mais je prends la liberté de vous remercier au nom de nos collègues du Sénat pour les efforts que vous avez fournis dans le cadre de ce projet de loi.

Je remercie le sénateur Seidman pour les efforts qu'elle a déployés afin que nous ayons une compréhension parfaite de la situation et un soutien total pour appuyer cette reconnaissance au Sénat.

Cela dit, sénateur Munson, nous allons passer, si mes collègues y consentent, à l'examen article par article. Comme vous le savez, vous êtes tout à fait autorisé à rester parmi nous tout au long de ce processus, mais je vais maintenant poser la question au comité.

Plaît-il au comité de procéder maintenant à l'étude article par article du projet de loi S-206, Loi instituant la Journée mondiale de sensibilisation à l'autisme?

Des voix : D'accord.

Le président : Merci. Je vais maintenant vous poser les questions dans l'ordre et solliciter votre réponse.

Le titre est-il réservé?

Des voix : D'accord.

Le président : Le préambule est-il réservé?

Des voix : D'accord.

Le président : L'article 1 est-il réservé?

Des voix : D'accord.

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

Des voix : D'accord.

Le président : Adopté.

L'article 1 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le président : Adopté.

Le préambule est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le président : Adopté.

Le titre est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le président : Adopté.

Le projet de loi est-il adopté?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Does the committee wish to consider appending observations to the report?

Hon. Senators: No.

The Chair: Thank you. As a result of that, I will put this question to you: Is it agreed that I report this bill to the Senate?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Thank you; with the briefest possible delay, I take that to mean.

Again, Senator Munson, I think you clearly recognize that this is finally a further step toward the resolution you have long sought. Congratulations.

Senator Munson: I thank you on behalf the autism community of Canada.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Thursday, November 24, 2011

The Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:31 to examine the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

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

[*Translation*]

The Chair: I would like to welcome you to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*English*]

My name is Kelvin Ogilvie. I am a senator from Nova Scotia and chair of the committee. I will ask my colleagues to introduce themselves, starting on my right.

Senator Seidman: Judith Seidman, Montreal, Quebec.

Senator Eaton: Nicky Eaton, Toronto, Ontario.

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

[*Translation*]

Senator Demers: Good morning, Madam Minister. My name is Jacques Demers, from Quebec.

Senator Verner: Good morning, Minister. I am Josée Verner, from Quebec City, Quebec.

Senator Champagne: Andrée Champagne from Quebec.

Des voix : D'accord.

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

Des voix : Non.

Le président : Merci. Maintenant, je vous pose la question : Dois-je faire rapport du projet de loi au Sénat?

Des voix : D'accord.

Le président : Merci; voilà une affaire rondement menée.

Sénéateur Munson, je crois que vous pouvez constater clairement que nous avons enfin franchi une autre étape en direction de l'objectif que vous visez. Félicitations.

Le sénateur Munson : Je vous remercie au nom de tous les artistes du Canada.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le jeudi 24 novembre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 31, pour faire une étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

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

[*Français*]

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

[*Traduction*]

Je m'appelle Kelvin Ogilvie. Je suis un sénateur de la Nouvelle-Écosse et le président du comité. Je vais maintenant demander à mes collègues de se présenter, en commençant par la personne à ma droite.

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

Le sénateur Eaton : Nicky Eaton, de Toronto, Ontario.

Le sénateur Martin : Bienvenue, madame la ministre. Je m'appelle Yonah Martin, et je suis de Vancouver, en Colombie-Britannique

[*Français*]

Le sénateur Demers : Bonjour, madame le ministre. Je suis Jacques Demers, du Québec.

Le sénateur Verner : Bonjour, madame le ministre. Je suis Josée Verner, de Québec au Québec.

Le sénateur Champagne : Andrée Champagne, du Québec.

[English]

Senator Cordy: Welcome to the committee again, minister. I am Jane Cordy from Nova Scotia.

Senator Merchant: I am Pana Merchant from Regina, Saskatchewan.

Senator Callbeck: Catherine Callbeck, from Prince Edward Island.

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

The Chair: Thank you, colleagues.

Minister, we will welcome you officially in a moment. I will say up front we are delighted to have you here today. I will first, however, remind us that we are, as a committee, continuing to examine the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care in Canada. This is our eleventh meeting and it is overall with the Minister of Health and departmental officials.

We are very fortunate to have the Honourable Leona Aglukkaq, the Minister of Health, with us this morning. Accompanying her in the first part of this meeting will be Glenda Yeates, Deputy Minister; and from the Public Health Agency of Canada, we have Dr. David Butler-Jones, who is the Chief Public Health Officer and no stranger to this committee.

I remind my colleagues that the minister will be departing from our meeting at 11:30 and on her way to the provincial and territorial meetings with the ministers that are occurring in Halifax on this very health accord, in fact. I will simply alert you to the fact that we will be suspending the meeting to allow her to leave, and then we will have a couple of other people joining us at that time. Ms. Yeates will be leaving with the minister at that time as well.

With that, minister, I would be delighted to give you the floor, and we await your comments.

Hon. Leona Aglukkaq, P.C., M.P., Minister of Health: Good morning. Thank you, Mr. Chair and distinguished members of this committee. I am pleased to be here with you this morning.

I want to start off by thanking your committee for undertaking this very important review of the 2004 health accord. Given the significant investments supporting the accord, it is very important that parliamentarians have an opportunity to assess what results have been achieved to date. I look forward to receiving your sober second thoughts in terms of this accord and reviewing what has been accomplished in the last 10 years.

Since this committee's focus is reviewing the accord, I would like to outline where we stand with the implementation of the federal commitments under the accord. In particular, I will focus on federal funding and program initiatives. Then I will offer a few observations on where I think progress was strongest and where there is still room for improvement. I will wrap up with some of

[Traduction]

Le sénateur Cordy : Bienvenue de nouveau au comité, madame la ministre. Je suis Jane Cordy, de la Nouvelle-Écosse.

Le sénateur Merchant : Je m'appelle Pana Merchant, et je suis de Regina, en Saskatchewan.

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

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

Le président : Merci, chers collègues.

Madame la ministre, nous allons vous souhaiter officiellement la bienvenue dans un moment. Permettez-moi de dire, tout d'abord, que nous sommes ravis de vous accueillir ce matin. Je voudrais simplement faire un petit rappel, à savoir que le comité poursuit son étude sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. Nous en sommes à notre 11^e réunion et nous rencontrons aujourd'hui la ministre de la Santé ainsi que des hauts fonctionnaires.

Nous sommes ravis d'accueillir parmi nous l'honorable Leona Aglukkaq, ministre de la Santé. Pour la première partie de cette réunion, elle est accompagnée de Glenda Yeates, sous-ministre; et, de l'Agence de la santé publique du Canada, nous accueillons également le Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la Santé publique et quelqu'un qui est bien connu des membres du comité.

Je me permets de vous rappeler, chers collègues, que la ministre devra nous quitter à 11 h 30 pour se rendre à Halifax, où auront lieu une réunion avec les ministres provinciaux et territoriaux concernant ce même accord sur les soins de santé. Je voulais simplement que vous sachiez que nous allons suspendre nos travaux pendant quelques minutes pour lui permettre de partir, après quoi nous accueillerons deux autres personnes. Mme Yeates nous quittera en même temps que la ministre.

Sur ce, madame la ministre, je suis ravi de vous céder la parole, car nous avons hâte de vous entendre.

L'honorable Leona Aglukkaq, C.P., députée, ministre de la Santé : Bonjour à vous tous. Monsieur le président et distingués membres du comité, merci de m'avoir invitée à comparaître. Je suis ravie d'être parmi vous ce matin.

Je voudrais commencer par vous remercier d'avoir entrepris cet important examen de l'accord de 2004 sur la santé. Étant donné les investissements fédéraux considérables engagés en vertu de cet accord, les parlementaires doivent pouvoir évaluer les résultats obtenus à ce jour. J'ai hâte d'entendre le point de vue modéré et réfléchi qui vous caractérise si bien, vous les sénateurs et de passer en revue les réalisations des 10 dernières années.

Puisque le mandat de ce comité consiste à examiner l'accord, je tiens à souligner notre position concernant la mise en oeuvre des engagements fédéraux de l'accord. Mon allocution portera surtout sur le financement fédéral et les initiatives de programmes. Par la suite, je formulerai quelques observations sur les secteurs qui, à mon avis, ont enregistré les progrès les plus remarquables, et sur ceux qui

my thoughts about the future and how we might be able to make our country's health care system even stronger and better positioned to meet the evolving needs of Canadians.

Diving into it, let me first turn to the federal funding commitments under the accord. We will be joined by Finance officials today to handle detailed questions, but I think it is also useful to start with the financial overview.

In 2004, a commitment was made to transfer an additional \$41.3 billion to the provinces and territories over 10 years to support first ministers' commitments in the 2004 health accord. The funding includes \$35.3 billion in increases to the Canada Health Transfer, \$5.5 billion in wait times reduction funding, and \$500 million for medical equipment. Since 2006, health care transfers have been growing at the rate of 6 per cent annually.

We will be delivering on our funding commitments in 2011-12. We will provide \$27 billion to the provinces and territories in support of health care through the Canada Health Transfer. With the annual 6 per cent escalator, the CHT will reach over \$30 billion in 2013-14, an all-time high.

These commitments represent a significant federal reinvestment in health care after the challenging fiscal environment of the 1990s. Despite the recent economic downturn and need for fiscal restraint, we have stayed the course on accord funding commitments.

Over the past few weeks, I understand the committee has received detailed presentations on a range of federal initiatives under the accord. At the risk of sounding repetitive, I would like to highlight some of the key investments and achievements.

A cornerstone of the accord was to improve access to care and reduce surgical wait times in five priority areas. The federal government is investing \$5.5 billion in the Wait Times Reduction Fund, which in turn has allowed the provinces and territories to invest in a range of initiatives. As a result, eight out of ten patients now receive priority procedures within appropriate wait times, and citizens across the country are able to access wait time information for their home province. In fact, our government went a step further on wait times, beyond the accord commitments. We invested more than \$1 billion in wait time guarantees to give Canadians greater certainty that they will receive the care they need, when they need it.

Addressing the gaps in the supply and distribution of health care providers is an important part of improving access to care. Over the last few years, all jurisdictions made investments to

ont toujours besoin d'amélioration. Je terminerai par certaines réflexions sur l'avenir et sur la façon dont nous pourrions renforcer le système de santé de notre pays et nous positionner pour répondre aux besoins changeants du Canada.

Permettez-moi tout d'abord de vous parler des engagements financiers du gouvernement fédéral en vertu de l'accord. Des agents financiers se joindront à nous pour répondre aux questions complexes, mais je pense qu'il est approprié de commencer par vous donner un aperçu financier.

En 2004, nous nous sommes engagés à transférer 41,3 milliards de dollars supplémentaires aux provinces et aux territoires sur une période de 10 ans pour appuyer les engagements que les premiers ministres ont pris en vertu de l'accord de 2004 sur la santé. Ce financement prévoit l'injection de 35,3 milliards de dollars supplémentaires dans le Transfert canadien en matière de santé, 5,5 milliards de dollars dans le fonds de réduction des temps d'attente et 500 millions de dollars dans le renouvellement de l'équipement médical. Depuis 2006, les transferts en espèces pour la santé ont augmenté à un taux de 6 p. 100 par année.

Nous donnons suite à nos engagements financiers. En 2011-2012, nous fournirons 27 milliards de dollars aux provinces et aux territoires pour appuyer les soins de santé par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé. Avec la hausse annuelle de 6 p. 100, le Transfert canadien en matière de santé atteindra le niveau record de plus de 30 milliards de dollars en 2013-2014.

Ces engagements représentent un important réinvestissement fédéral en soins de santé, après le contexte financier particulier des années 1990. Et malgré le récent ralentissement économique et le besoin de procéder à des réductions budgétaires, nous avons respecté les engagements de l'accord en matière de financement.

Au cours des dernières semaines, je crois savoir que les membres du comité ont assisté à des présentations détaillées sur diverses initiatives fédérales entreprises en vertu de l'accord. Au risque de me répéter, j'aimerais souligner certains de ces investissements et réalisations clés.

La pierre angulaire de l'accord consistait à améliorer l'accès aux soins et à réduire les temps d'attente en chirurgie dans cinq domaines prioritaires. Le gouvernement fédéral a investi 5,5 milliards de dollars dans le Fonds pour la réduction des temps d'attente, ce qui a permis aux provinces et aux territoires d'investir dans diverses initiatives. En conséquence, huit patients sur 10 sont maintenant soumis à des temps d'attente raisonnables avant de recevoir des soins prioritaires. Et tous les citoyens du pays ont accès à l'information sur les temps d'attente de leur propre province. En fait, notre gouvernement est allé encore plus loin en ce qui concerne les temps d'attente, au-delà des engagements de l'accord. Nous avons investi plus d'un milliard de dollars dans les temps d'attente garantis pour les patients afin que les Canadiens aient la certitude qu'ils recevront les soins dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin.

Améliorer l'accès aux soins repose beaucoup sur la réduction des écarts dans la répartition des professionnels de la santé. Au cours des dernières années, les provinces et les territoires ont

increase the number of health care professionals. For its part, our government invested \$20 million per year in the Pan-Canadian Health Human Resources Strategy and \$18 million annually in the Internationally Educated Health Professionals Initiative. Evidence suggests that the combined efforts of all levels of government and stakeholders are paying off. Enrollment in many health education programs has gone up. The number of doctors has increased by 12 per cent, and the number of nurses has increased by 11 per cent since 2004.

Although the number of doctors in Canada has reached an all-time high, numbers alone are not enough. That is why this government has introduced initiatives to increase the number of physicians where they are most needed. For example, Health Canada's Family Medicine Residency Initiative will support the training of over 100 family doctors for remote and rural communities.

Building on this investment, Budget 2011 announced Canada Student Loan relief to new family physicians, nurse practitioners, and nurses who will practice in rural and remote communities.

Another key element of health system renewal is the implementation of the electronic health technologies such as electronic medical records, telehealth and e-prescribing.

Our government's investments in Canada Health Infoway, which now add up to \$2.1 billion, have accelerated the development of these technologies across Canada. More recently, our government earmarked funding designed to get more electronic records into family doctors' offices, hospitals, walk-in clinics and laboratories.

We are also committed to improving the health of Aboriginal Canadians who tend to experience significantly poorer health outcomes than most Canadians. We are investing in improvements to health promotion and disease prevention programs, as well as training for Aboriginal health professionals. This directly benefits individuals and communities.

This government also followed through on its commitments to improve access to care in the North and bolster our efforts on prevention and public health.

Health system pressures and the priorities of Canadians have also evolved since the accord was signed in 2004. In response to this, our government has gone beyond the priorities of the accord in two key areas.

In 2006, the Canadian Partnership Against Cancer was established to bring together knowledge and expertise from across the country to help take our fight against cancer to a new

investi pour augmenter le nombre de professionnels de la santé. Notre gouvernement investit 20 millions de dollars par année dans la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé et 18 millions de dollars par année dans l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger. Les données démontrent que les efforts combinés de tous les niveaux de gouvernement et des intervenants donnent des résultats positifs. Les inscriptions dans les programmes de santé augmentent. Le nombre de médecins a augmenté de 12 p. 100 et le nombre d'infirmières a augmenté de 11 p. 100 depuis 2004.

Bien que le nombre de médecins au Canada ait enregistré une hausse sans précédent, ce n'est pas suffisant. C'est pourquoi le gouvernement a lancé des initiatives pour augmenter le nombre de médecins là où on en a le plus besoin. Par exemple, l'Initiative de postes de résidence en médecine familiale de Santé Canada appuiera la formation de plus de 100 médecins de famille pour les communautés éloignées et rurales.

S'appuyant sur cet investissement, le gouvernement a annoncé dans le budget de 2011 qu'il renonçait à récupérer une partie des sommes consenties en prêts d'études aux nouveaux médecins de famille, au personnel infirmier praticien et au personnel infirmier qui décident d'exercer en milieu rural et éloigné.

La mise en oeuvre des technologies de la cybersanté, comme le dossier médical électronique, la télésanté et l'ordonnance électronique constitue un autre élément clé du renouvellement du système de santé.

L'investissement de notre gouvernement dans Inforoute Santé du Canada, qui s'élève maintenant à 2,1 milliards de dollars, a accéléré la mise au point de ces technologies à l'échelle du Canada. Récemment, notre gouvernement a engagé des fonds destinés à stimuler l'adoption du dossier électronique dans les bureaux de médecine familiale, les hôpitaux, les cliniques sans rendez-vous et les laboratoires.

Nous entendons en outre améliorer la situation des Autochtones canadiens dont l'état de santé a tendance à être inférieur à celui de la plupart des Canadiens. Nous investissons pour améliorer les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, ainsi que la formation des professionnels de la santé autochtones. Ce sont les personnes et les communautés qui en profiteront directement.

Ce gouvernement a aussi donné suite à ses engagements visant à améliorer l'accès aux soins dans le Nord et à renforcer nos efforts dans les domaines de la prévention et de la santé publique.

Les contraintes sur le système de santé et les priorités des Canadiens ont aussi changé depuis la signature de l'accord en 2004. En conséquence, notre gouvernement est allé au-delà des priorités de l'accord dans deux secteurs clés.

En 2006, le Partenariat canadien contre le cancer a été mis sur pied pour favoriser la mise en commun des connaissances et de l'expertise dans l'ensemble du pays afin d'intensifier notre lutte

level. Its goals are to see fewer people dying of cancer and enhance the quality of life of those who live with this terrible disease.

Our government also established the Mental Health Commission of Canada in 2007 to develop a national mental health strategy. We expect that strategy to be completed next year, and we expect it will inform and guide decision making for years to come.

What does this all mean? I have provided you with a list of funding initiatives and programs that support the 2004 accord, but, ultimately, a review is about measuring results.

What did all these investments of time, money and energy give Canadians?

After years of restraint, both levels of government began reinvesting in health care. This helped stabilize the system and restore public confidence. Federal funding levels for health care have never been higher. Coupled with significant investments from provinces, this means, in plain language, more doctors, more nurses, more MRIs, and Canadians can easily access important procedures like heart bypass surgery and cancer radiation treatment.

This is important progress and these things matter to people when they think about health care. All jurisdictions have started paying more attention to measuring health system performance, as we did with wait times under the accord. While there is still work to be done, I am encouraged to see that we can now compare wait times across the country for key procedures.

Several provinces have begun expanding their performance measurements to other types of services, like emergency room wait times. Most provinces now have quality councils that play an important role in driving improved health care performance.

The more partners we have pulling together on these issues, the more progress will be made. We can also make more progress when we are clear about what we are trying to achieve. Wait times is a good example. We chose five priority areas, set benchmarks and targets, and now we can see the results. It is much easier to track progress when you know what you are measuring.

Of course, governments have received a lot of assistance in meeting their accord commitments from third party organizations like the Canadian Institute for Health Information, the Health Council of Canada and stakeholder organizations. These organizations have an important role to play in supporting government efforts and holding us all to account.

contre le cancer. Le partenariat a pour objet de réduire le nombre de décès attribuables au cancer et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes.

Notre gouvernement a aussi créé la Commission de la santé mentale du Canada en 2007 afin d'élaborer une stratégie nationale de la santé mentale. La mise au point de cette stratégie devrait se terminer l'an prochain, et nous croyons qu'elle orientera la prise de décision pendant de nombreuses années.

Qu'est-ce que tout ça signifie? Je vous ai fourni une liste d'initiatives et de programmes de financement qui appuient l'accord de 2004. Le présent examen permettra toutefois d'en mesurer les résultats.

Qu'est-ce que tous ces investissements de temps, d'argent et d'énergie donnent aux Canadiens?

Après des années de restrictions, les deux ordres de gouvernement ont commencé à réinvestir dans les soins de santé. Ces fonds ont aidé à stabiliser le système et à rétablir la confiance du public. Le financement fédéral dans les soins de santé n'a jamais été aussi élevé. Conjugué à d'importants investissements de la part des provinces, cela signifie concrètement : plus de médecins; plus d'infirmières; plus d'IRM; que les Canadiens ont plus facilement accès à des interventions cruciales comme un pontage coronarien et la radiothérapie pour traiter un cancer.

Il s'agit de grands progrès auxquels les gens attachent de l'importance. Ces améliorations comptent pour les gens lorsqu'ils pensent aux soins de santé. Toutes les provinces et territoires ont commencé à accorder plus d'attention à l'évaluation du rendement du système de santé, comme nous l'avons fait avec les temps d'attente en vertu de l'accord. Bien qu'il reste encore du travail à faire, je suis contente de voir que nous pouvons maintenant comparer les temps d'attente à l'échelle du pays pour les principales interventions.

Plusieurs provinces ont commencé à étendre l'évaluation de leur rendement à d'autres types de services, comme les temps d'attente dans les urgences. La plupart des provinces disposent maintenant de conseils de la qualité, qui jouent un rôle important pour améliorer le rendement des soins de santé.

Plus nous serons nombreux à nous pencher sur enjeux, plus nous ferons des progrès. Nous en ferons encore plus si nous établissons clairement ce que nous voulons accomplir. Les temps d'attente sont un bon exemple. Nous avons choisi cinq domaines prioritaires, nous avons établi des références, nous avons fixé des cibles — et maintenant, nous pouvons voir les résultats. Il est plus facile de faire le suivi des progrès lorsque nous savons ce que nous évaluons.

Évidemment, pour remplir les engagements qu'ils ont pris en vertu de l'accord, les gouvernements ont reçu beaucoup d'aide de tierces parties comme l'Institut canadien d'information sur la santé, le Conseil canadien de la santé et d'autres organisations. Ces organisations ont un rôle important à jouer afin d'appuyer les efforts gouvernementaux et nous inciter à rendre des comptes.

Although there has been good progress in many areas, I would not want to leave the impression that the job is done. In fact, there is a lot of room for improvement.

Although we saw increases in the quantity of several important health care services, we did not see as much structural change as we had hoped for. By this, I mean changing the way we do business to improve the quality and sustainability of health care. Our system is still very much illness focused and relies a lot on expensive care in institutions. As you have heard from several witnesses, it still tends to operate in silos. This tends to make it harder to coordinate and deliver high-quality care that is focused on the needs of individual patients.

Another issue is that we still do not have good data for many areas of health care. Better information would help us better understand where the gaps are and what can be done to improve the system. We also do not have enough comparable indicators that would help provinces and territories compare their results and learn from each other.

As we look towards the future, my view is that the fundamentals of Canada's health care system are sound. Canadians access medical care based on need, not on their ability to pay. We also have a single-payer model that is administratively efficient, but there is still room for improvement.

Provinces and territories are currently innovating in various ways within the parameters of the Canada Health Act. Later today, I will be flying to Halifax for a meeting with provincial and territorial health ministers. Part of our agenda is to hear about what is working across the country.

While I cannot speak on their behalf, I am always encouraged when I hear how provincial and territorial governments are finding ways to operate in more cost-effective ways.

As the population ages, there are more people living with chronic diseases. This will put more pressure on the system to adapt to make sure we are meeting people's health needs.

Care must be better coordinated and integrated around the needs of patients. Provinces and territories are finding many innovative ways to help patients navigate the system. Not only does this benefit the patient, but it helps the system operate more efficiently.

Electronic health records can also play a role in ensuring no vital information slips through the cracks as patients move from one health care setting to another. Whether it is the use of technology, preventative measures or home care that reduces strain on hospitals, these are steps being taken that will strengthen the system.

In a nutshell, senators, I believe we need to shift our focus from increasing volume to increasing value. It is about getting better results by changing how we deliver care so that we can get better

Bien que d'importants progrès aient été enregistrés dans de nombreux domaines, je ne veux pas donner l'impression que le travail est terminé. En réalité, il y a encore beaucoup d'amélioration à apporter.

Bien que le nombre de services de santé importants ait augmenté, il n'y a pas eu autant de changements structurels que nous l'espérons, et, plus précisément, des changements dans la façon de procéder pour améliorer la qualité et la pérennité des soins de santé. Notre système est encore très axé sur la maladie et compte beaucoup sur des soins dispendieux offerts en établissements. Et, comme vous l'ont dit plusieurs témoins, notre système a encore tendance à fonctionner en vase clos, ce qui fait qu'il est plus difficile de coordonner et d'offrir des soins de qualité axés sur les besoins de chaque patient.

De plus, nous ne disposons toujours pas de bonnes données pour de nombreux secteurs de soins. Une meilleure information nous aiderait à mieux savoir où se situent les écarts et quoi faire pour améliorer le système. Nous n'avons pas assez d'indicateurs de santé comparables pour aider les provinces et les territoires à comparer leurs résultats et à apprendre les uns des autres.

En ce qui concerne l'avenir, je pense que le système de santé canadien repose sur des bases solides. Les Canadiens ont accès à des soins en fonction de leurs besoins et non en fonction de leur portefeuille. Nous avons aussi un modèle de payeur unique efficace, mais il est toujours possible de l'améliorer.

Les provinces et les territoires innovent de diverses façons dans les paramètres de la Loi canadienne sur la santé. Plus tard aujourd'hui, je me rendrai à Halifax pour une réunion avec les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux pour discuter notamment de ce qui fonctionne au pays.

Bien que je ne puisse me prononcer en leur nom, je suis toujours encouragée lorsque j'apprends comment les gouvernements provinciaux et territoriaux arrivent à fonctionner de manière plus rentable.

À mesure que la population vieillit, plus de personnes vivent avec des maladies chroniques. Le système de santé subira davantage de pression pour s'adapter et répondre aux besoins de santé de la population.

Les soins doivent être mieux coordonnés et intégrés aux besoins du patient. Les provinces et les territoires trouvent de nouvelles façons pour aider les patients à naviguer dans les dédales du système. Ces mesures aident non seulement le patient, mais aussi le système à fonctionner plus efficacement.

Les dossiers de santé électroniques peuvent aussi aider à faire en sorte qu'aucune information vitale ne se perde lorsque les patients se déplacent d'un établissement de santé à l'autre. Que ce soient la technologie, les mesures préventives ou les soins à domicile qui réduisent la pression sur les hôpitaux, on sait que ces mesures renforceront le système.

Bref, je pense que nous devons maintenant nous concentrer sur l'augmentation de la valeur plutôt que du volume. Il faut chercher à obtenir de meilleurs résultats en changeant la façon dont nous

care and better health for our investment in health care. I am not saying it will be easy, but it is the challenge we must collectively address as we move forward.

With a fragile global economy, a tighter fiscal environment and rising health care costs, there is broad recognition for the need to improve efficiency. This is key to ensuring long-term sustainability of the health care system.

We are in a good position to achieve this goal. Just last month, I was in British Columbia to sign an historic agreement that will streamline how health services are delivered to First Nations people in that province. I see this as an example of how innovation in the way governments work together can improve health care.

The recent isotope shortage also demonstrated how we can come up with more efficient ways of doing business when we need to. Innovation in both the science and the management of health care services is key.

Of course, common sense changes in the way care is delivered are beginning to transform the system. For example, several provinces and territories are making greater use of nurses, midwives and pharmacists instead of relying on doctors to do everything.

With over two years remaining in the accord, there is still time for more progress. After years of significant investment, I believe the system is more ready than ever to adapt and become more sustainable.

As we progress, we celebrate our successes and check in regularly to make sure we are still on the right track. That is what we are doing here today, and that is the important job the committee has undertaken. Again, I thank you for agreeing to do this.

In closing, I think we have taken some encouraging steps towards these changes, but obviously there is still work ahead. I look forward to continued engagement with my provincial and territorial counterparts to learn more about their priorities for transforming health care.

Improving accountability and demonstrating results for Canadians remains a priority for the Government of Canada. Improved performance measurement and reporting will help ensure that Canadians see progress and enable the provinces and the territories to learn from each other. After years of reinvestment under the accord, I think we are collectively ready to find innovative ways to make the system both better and more sustainable.

Senators, I hope my remarks this morning are helpful as you conclude your review of the accord, and I am prepared to take your questions.

The Chair: Thank you, minister.

offrons les soins de manière à obtenir de meilleurs soins et de meilleurs résultats en santé par rapport à nos investissements dans les soins de santé. Je ne dis pas que ce sera facile à faire, mais c'est le défi que nous devons relever ensemble dans l'avenir.

Compte tenu de l'économie mondiale fragile, d'un contexte financier restreint et de frais de santé en hausse, il est primordial d'améliorer l'efficacité du système de santé pour assurer sa pérennité.

Nous sommes bien placés pour atteindre cet objectif. Le mois dernier seulement, j'étais en Colombie-Britannique pour signer un accord historique qui simplifiera la façon dont les services de santé sont offerts aux Premières nations de cette province. Il s'agit selon moi d'un exemple de la façon dont l'innovation dans la façon dont les gouvernements collaborent peut améliorer les soins de santé.

La récente pénurie d'isotopes a aussi prouvé que nous pouvons trouver des façons plus efficaces de travailler lorsque nous n'avons pas le choix. L'innovation dans la science et la gestion des soins de santé est essentielle.

Et évidemment, les changements sensés apportés dans la prestation des soins commencent à transformer le système. À titre d'exemple, plusieurs provinces et territoires utilisent davantage les infirmières, sages-femmes et pharmaciens au lieu de se fier uniquement aux médecins.

Étant donné que l'accord ne prendra fin que dans deux ans et quelques, il est encore temps d'apporter des améliorations. Et après des années d'investissements considérables, je pense que le système n'a jamais été aussi prêt à s'adapter et à augmenter sa viabilité.

À mesure que le temps passe, nous soulignons nos réussites et rajustons notre tir régulièrement pour assurer que nous sommes toujours sur la bonne voie. C'est ce que nous faisons ici aujourd'hui; c'est le travail important que ce comité s'est engagé à faire.

Pour terminer, je pense que nous avons pris des mesures encourageantes en vue de ces changements, mais il est évident que le travail n'est pas terminé. Je me réjouis à l'idée de continuer à collaborer avec mes homologues provinciaux et territoriaux pour en apprendre davantage sur leurs priorités en vue de transformer les soins de santé.

L'amélioration de la responsabilité et la présentation de résultats aux Canadiens demeurent une priorité pour le gouvernement du Canada. L'amélioration de l'évaluation du rendement et de la présentation de rapports permettra aux Canadiens de voir les progrès réalisés et aux provinces et territoires d'apprendre les uns des autres. Après des années de réinvestissements en vertu de l'accord, je pense que nous sommes tous prêts à trouver des façons novatrices d'assurer l'efficacité et la pérennité du système.

Sénateurs, j'espère que mes remarques vous aideront à conclure votre examen de l'accord, et je répondrai à vos questions le cas échéant.

Le président : Merci, madame la ministre.

Colleagues, I have a fairly lengthy list from those who wish to put questions. Let start with one key question each, go around and see if we can get to each of you. Then, if possible, we will go to a second round.

Senator Eggleton: Thank you, minister, for your presentation and your confidence in this committee in doing the work of reviewing the health accord. Reviewing the health accord of 2004 is important to measure how well we have done, but it is also important to determine where we go from here and what the next health accord will look like.

Your government has committed to a 6 per cent increase over two years after the current health accord expires — I believe, into 2016. I hope you will be able to use that money to bring about some of the changes you talked about in your remarks this morning, not just transfer it but use it to bring incentives to change. You said here in your closing comments “to find innovative ways to make the system both better and more sustainable.” I agree 100 per cent.

There are so many areas that I am sure my colleagues will cover, but I want to cover the area of social determinants of health. It has been mentioned a number of times by people who came before the committee, and it is something this committee is familiar with because when Dr. Keon was deputy chair he led the effort to produce a report called *A Healthy, Productive Canada: A Determinant of Health Approach*. In fact, the Health Council of Canada said they found this report to be inspiring.

We have heard from people that have come here — Aboriginal communities and people from the North, for example — who have said what they need for better health is to have clean water, housing and to deal with poverty issues. These are not issues that normally come out of the health care sector in terms of dealing with them, but they are vital to a person's health. I think that was also recognized in the recent Rio World Conference on Social Determinants of Health in October that the government participated in, which resulted in a declaration.

Will that declaration be implemented? What is the government prepared to do in putting on the table with the provinces the social determinants of health?

Ms. Aglukkaq: That is a very broad question. In terms of my thoughts on the social determinants, given that it is so broad, there are a number of areas covered under that. You mentioned housing and early development. I recall when I was in the territories as a health minister, we fought very hard to include housing in determining social determinants. Now that is part of the equation that is talked about.

Chers collègues, j'ai une assez longue liste de sénateurs qui souhaitent poser des questions. Commençons par donner l'occasion à chacun de poser une question et nous verrons s'il est possible de donner un tour à tout le monde. Ensuite, si nous en avons le temps, nous ferons un deuxième tour.

Le sénateur Eggleton : Merci, madame la ministre, de votre exposé et d'avoir fait confiance à ce comité pour effectuer l'examen de l'accord sur la santé. Cet examen est important afin de mesurer les progrès réalisés, mais il est tout aussi important pour nous permettre de déterminer la marche à suivre maintenant et à quoi devrait ressembler le prochain accord sur la santé.

Votre gouvernement s'est engagé à accorder une augmentation annuelle de 6 p. 100 sur deux ans après l'expiration de l'actuel accord sur la santé — donc, jusqu'en 2016, si je ne m'abuse. J'espère que vous pourrez profiter de ces crédits pour effectuer un certain nombre de changements que vous avez évoqués dans votre exposé ce matin — en d'autres termes, pas seulement transférer les fonds, mais vous en servir pour inciter les autorités responsables à faire évoluer les choses. Vous avez dit, en terminant votre exposé, qu'il s'agit de « trouver des façons novatrices d'assurer l'efficacité et la pérennité du système ». Je suis tout à fait d'accord sur ce point.

Il y a de nombreux éléments que mes collègues voudront certainement aborder mais, pour ma part, je voudrais vous parler des déterminants sociaux de la santé. Cet élément a été mentionné à plusieurs reprises par des personnes qui ont témoigné devant le comité — et c'est un domaine qui est bien connu des membres du comité car, quand le Dr Keon était vice-président, il a mené l'initiative qui a conduit à *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*. En effet, le Conseil canadien de la santé a qualifié ce rapport d'inspirant.

Nous avons reçu des témoins devant le comité — des représentants de collectivités autochtones et du Nord, par exemple, — qui nous ont dit que, pour améliorer leur état de santé, ils ont besoin d'eau potable, de logements et de solutions face aux problèmes de la pauvreté. Ces éléments ne relèvent pas normalement du secteur de la santé, mais il reste qu'ils revêtent une importance critique pour l'état de santé d'une personne. Je crois même que cette réalité a été reconnue lors de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, tenue à Rio en octobre, à laquelle a participé le gouvernement, et qui a débouché sur une déclaration.

Les participants donneront-ils suite à cette déclaration? Que compte faire le gouvernement dans le cadre de ses discussions avec les provinces sur les déterminants sociaux de la santé?

Mme Aglukkaq : C'est une question très large. En ce qui concerne mon approche, il s'agit effectivement d'un domaine qui englobe un grand nombre d'éléments différents. Vous avez parlé de logements et de développement de la petite enfance. Je me rappelle que, à l'époque où j'étais ministre de la Santé dans les territoires, nous nous sommes beaucoup battus pour faire inclure l'habitation parmi les déterminants sociaux de la santé. Maintenant cet élément fait effectivement partie de l'équation.

In terms of health care and determining how we move forward, each jurisdiction, by different ministries, covers those social determinants. Housing is one example. I can say our government has made significant investments in areas like housing and nutrition in Northern Canada to deal with the issue of poverty, for example. There are a number of government investments.

Going forward in terms of what we can look at under the prevention agenda, certainly some of the social determinants by jurisdiction would be a consideration that jurisdictions would need to consider in moving forward in looking at their priorities after the renewal of the accord.

From 2004 until now, we have focused on wait times in a number of areas. There is certainly a conversation to be had with the provinces and territories. Collectively, the discussions need to occur in terms of what those priority areas will be, how we can innovate and what we can do to improve the health of Canadians.

I am quite proud of the work that went on last year in the signing of the declaration with the provinces and territories on keeping Canadians healthy. The declaration was the first of its kind in Canada.

One area we are looking at as a priority is obesity and the impact it will have on our health care system down the road. There are a number of opportunities now, or since, that have occurred, where we are having conversations around what prevention agenda we can move forward to keep people from getting into the health care system in the first place, which is equally important to the whole thing. Part of that will be the social determinants you talked about.

How it will roll out by jurisdiction will differ. For example, we talk about an aging population in Canada. In Nunavut, we have the reverse problem; we have a very young population. To look at a national strategy for aging is not national in that respect, in that it is not very applicable because of the differences in age and population within jurisdictions.

We have to be mindful of that. We have to respect that jurisdictions will differ and will have different challenges. The conversation will be with the health ministers in terms of what those priorities will be.

Senator Seidman: Madam Minister, thank you for the confidence you have shown in us by giving us this mandate and thank you for being here today. I know you have a very busy schedule. I will try to ask my question without a long preamble.

S'agissant du secteur de la santé en particulier et des prochaines étapes, chacun des ministères responsables dans chaque province et territoire prend des mesures relatives à ces différents déterminants sociaux. On peut citer l'exemple du logement. Je peux vous dire à ce sujet que notre gouvernement a investi des sommes importantes dans l'habitation et la nutrition dans le nord du Canada en vue de s'attaquer au problème de la pauvreté, par exemple. Le gouvernement a d'ailleurs fait plusieurs investissements.

Par rapport à ce qu'on peut faire au chapitre de la prévention, il ne fait aucun doute que les provinces et territoires devront être sensibles aux divers déterminants sociaux en établissant leurs priorités futures à la suite du renouvellement de l'accord.

Depuis 2004, nous avons mis l'accent sur la réduction des délais d'attente dans plusieurs domaines. Et une discussion avec les provinces et territoires s'impose à ce sujet. Nous devons discuter ensemble des secteurs prioritaires, des innovations qui sont à notre portée et de ce qu'on peut faire afin d'améliorer l'état de santé des Canadiens.

Je suis fière du travail accompli l'an dernier, travail qui a débouché sur la signature par les provinces et territoires d'une déclaration sur ce qui permettra aux Canadiens de maintenir un bon état de santé. C'est la première fois qu'une telle déclaration a été adoptée au Canada.

Un domaine que nous jugeons prioritaire est celui de l'obésité et son incidence sur notre système de soins dans les années qui viennent. Il y a, et il y a eu, diverses occasions de discuter des mesures de prévention qu'il faut adopter pour empêcher que les gens aient à se faire soigner au départ, ce qui représente un élément tout aussi important. Cela fait nécessairement intervenir les déterminants sociaux que vous avez évoqués.

Il est évident que les divers programmes dans ce domaine seront différents d'une province ou d'un territoire à l'autre. Par exemple, nous parlons actuellement du vieillissement de la population canadienne. Au Nunavut, nous avons le problème inverse : notre population est très jeune. Donc, dans ce sens-là, une stratégie nationale sur le vieillissement n'est pas vraiment nationale, en ce sens qu'elle ne peut s'appliquer à tout le monde de la même façon, étant donné les différences entre les provinces et territoires en ce qui concerne l'âge ou d'autres caractéristiques de leur population.

Donc, il faut y être sensible et tenir compte du fait que les provinces et territoires auront des défis différents à relever. Il s'agira de discuter avec les ministres de la Santé afin d'établir des priorités.

Le sénateur Seidman : Madame la ministre, je tiens à vous remercier pour la confiance que vous nous avez accordée en acceptant de nous donner ce mandat, et je voudrais également vous remercier d'être présente aujourd'hui. Je sais que vous avez un emploi du temps très chargé. Je vais donc poser ma question sans faire un long préambule.

There is an ever-increasing body of scientific evidence that mental health and physical health are inextricably linked. Daily, we are confronted with much data about the overall health challenges our children and youth face growing up.

Beyond the 10 priority areas in the accord, mental health challenges are emerging as issues of concern to Canadians. Could you tell us a bit about what steps you and your department have already taken to address these concerns, and if you believe mental health should be included among the top priorities of the next health accord?

Ms. Aglukkaq: Our government recognized the importance of mental health by establishing the Mental Health Commission of Canada. They have important work to do. In fact, I invited the commission to meet with the federal-provincial-territorial ministries at the FPT meeting to present their draft report in terms of what will be rolled out in the new year that we will be responsible for rolling out once it is implemented.

It is important to us and our government recognizes that. As I stated in my comments, over and above the accord, we made that investment to start the work on what we can do in Canada to address this issue.

Again, the presentation will be made by the commission to the federal-provincial-territorial ministers' meeting tomorrow. We will be receiving the update from the commission. By next year, once it is finalized, we will be rolling that investment out.

I am also pleased that we had a debate in the House of Commons on suicide; and, collectively, all parties recognize this is an area we also need to address.

I have recently written to all the provincial and territorial health ministers to determine what is being delivered on the ground by provincial and territorial health authorities in the area of suicide to get a baseline in terms of what is happening in Canada. That will be linked to the work we are doing around mental health. There is progress there, and I am looking forward to receiving the final report from the Mental Health Commission in the New Year.

Senator Callbeck: Welcome, minister, and thank you for coming today.

I want to ask about the National Pharmaceuticals Strategy. In 2004, a ministers' task force was set up. The federal government was very much involved in that. In fact, the federal minister was the co-chair. That also included catastrophic drug coverage. The task force was to develop, assess and cost various options. My understanding is that they completed their report in 2006. I am wondering what has happened since that time. Did you get a report?

Il y a de plus en plus de données scientifiques indiquant que la santé mentale et la santé physique sont étroitement liées. Tous les jours nous recevons de multiples informations sur les problèmes de santé auxquels font face nos enfants et nous jeunes.

Au-delà des 10 domaines prioritaires de l'accord, les problèmes de santé mentale deviennent une préoccupation grandissante pour les Canadiens. Pourriez-vous nous dire quelles mesures vous et votre ministère avez prises dans ce domaine et si vous croyez que la santé mentale devrait être l'une des grandes priorités du prochain accord sur la santé?

Mme Aglukkaq : Notre gouvernement a reconnu l'importance de la santé mentale en créant la Commission de la santé mentale du Canada. Cette dernière a un mandat important à remplir. En fait, j'ai invité les membres de la commission à rencontrer les responsables fédéraux-provinciaux-territoriaux lors de la réunion FPT afin de présenter l'ébauche du programme prévu pour l'année prochaine auquel nous devons donner suite une fois qu'il aura été lancé.

Cette question est importante pour nous et notre gouvernement en est conscient. Comme je l'ai dit dans mon exposé liminaire, au-delà de l'accord, nous avons déjà fait cet investissement afin de commencer à nous attaquer à ce problème au Canada.

Encore une fois, les responsables de la commission feront un exposé sur la question à la réunion des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux qui a lieu demain. Nous recevons une mise à jour à ce moment-là. L'année prochaine, une fois que le programme sera prêt, nous commencerons à transférer les crédits.

Je suis également très satisfaite du débat que nous avons tenu à la Chambre des communes sur la question du suicide; tous les partis politiques reconnaissent que c'est une question à laquelle il faut s'intéresser de plus près.

J'ai récemment écrit à tous les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux afin de savoir quelles mesures ou programmes auraient été mis en place par les autorités provinciales et territoriales, pour me faire une idée de ce qui existe sur le terrain à l'heure actuelle au Canada. Cette information sera prise en compte dans l'élaboration de nos propres initiatives sur la santé mentale. Il y a eu des progrès, et j'ai hâte de recevoir le rapport final de la Commission de la santé mentale l'année prochaine.

Le sénateur Callbeck : Bienvenue, madame la ministre, et merci d'être parmi nous cet après-midi.

Je voudrais vous interroger au sujet de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. En 2004, un groupe de travail ministériel a été mis sur pied. Le gouvernement participait directement à son travail. En fait, le ministre fédéral en était le coprésident. Cela comprenait la couverture des médicaments onéreux. Le groupe de travail avait pour mandat d'élaborer, d'évaluer et de chiffrer différentes options. Je crois savoir qu'il a terminé son rapport en 2006. Je me demande donc ce qui s'est produit depuis. Avez-vous reçu un rapport?

Ms. Aglukkaq: Thank you for that question. I was on the other side when that whole process was happening. I can tell you from the PT side of things that, yes, there were commitments to start that work on a go-forward basis. The challenge we had at the time was that in order to have a national plan there had to be a national agreement. There was not always consensus around what that would look like. That was the challenge of getting an agreement in terms of what it would look like.

Provinces, as you know, determine what will be publicly covered through their drugs, by jurisdiction. They have their formulary to determine what they will cover and what they will not cover, and that differs by jurisdiction, as we have seen in some media of late. At the same time, we have increased the transfers to jurisdictions for them to determine what that would look like.

Some of the jurisdictions are doing innovative things around that. Since there was no agreement on the national plan, from the west side, three or four jurisdictions put plans together to do bulk purchasing to reduce the cost of managing pharmaceuticals. They are working together on innovative things on how they will manage the program.

Most jurisdictions, I think with the exception of two, have catastrophic drug plans, so there is still work being done on that. Given that this was part of the priorities within the accord, we have to be mindful that the accord is not over yet. We are in 2011, so work is still progressing in areas that had been identified by jurisdictions. In a nutshell, that is where that program is at.

Senator Callbeck: The task force actually completed its work in 2006. You could not reach an agreement, is what I am taking from that.

Glenda Yeates, Deputy Minister, Health Canada: Yes. In some ways, as the minister said, there were so many priorities in the accord that the work began, the analytic work was done collectively, and I think many of those analytic pieces we see in subsequent things that provinces have done, some of the issues on generics, some of those issues. There was no agreement at that working-group level to move forward, so in a sense the work is suspended. We have said as a federal government we are willing to continue to talk on the national pharmaceutical strategy, but in the sense that was not the consensus that made moving forward something that anyone pursued. It is essentially just suspended at this point.

Senator Eaton: Minister, thank you for coming.

As you perhaps remember from a report we did a couple of years ago, we spent a great deal of time dealing with our vast geography and the isolation of many communities. It is certainly a

Mme Aglukkaq : Merci de votre question. J'étais dans l'opposition quand tout cela se faisait. Par contre, je peux vous dire que les responsables provinciaux et territoriaux se sont engagés à entamer ce travail dans les mois qui suivaient. Le problème à l'époque était le fait que, pour avoir un plan national, il fallait un accord national. Or tous n'étaient pas nécessairement d'accord sur les mesures qui devaient être prises. Donc, il s'agissait à l'époque de s'entendre sur ce à quoi pourrait ressembler un programme dans ce domaine.

Comme vous le savez, il appartient aux provinces de déterminer quels produits pharmaceutiques seront assurés en vertu de leur régime. Chacune a son propre formulaire relativement aux médicaments qui seront assurés ou non, et cette liste est différente d'une province ou d'un territoire à l'autre, comme nous l'avons su dernièrement grâce aux médias. En même temps, nous avons augmenté les transferts pour leur permettre de déterminer ce qui leur convient le mieux.

Certaines provinces ont lancé des programmes novateurs dans ce domaine. Comme il n'y avait pas d'accord sur un plan national, dans l'Ouest, trois ou quatre provinces ont décidé de se mettre ensemble pour faire des achats en vrac afin de réduire le coût de leur régime de médicaments. Elles travaillent à élaborer des mesures novatrices qui leur permettront de mieux gérer leurs programmes.

Le régime de la plupart des provinces — sauf deux, si je ne m'abuse — couvre les médicaments onéreux, si bien que ce travail se poursuit. Cet élément faisait partie des priorités de l'accord, mais il faut bien se rappeler que l'accord n'a pas encore pris fin. Nous sommes en 2011 seulement, si bien que le travail continue dans tous les domaines jugés prioritaires par les provinces et territoires. Voilà donc où en est ce programme à l'heure actuelle.

Le sénateur Callbeck : Le groupe de travail a terminé son travail en 2006. D'après votre explication, les participants n'ont jamais réussi à s'entendre.

Glenda Yeates, sous-ministre, Santé Canada : À certains égards, comme la ministre vous l'expliquait, l'accord incluait tellement de priorités que le travail a été lancé, les analyses ont été effectuées collectivement et je dirais que nous avons eu des résultats de ces analyses dans les mesures élaborées par la suite par les provinces, notamment sur les produits génériques, et cetera. Comme il n'y a pas eu d'accord au niveau du groupe de travail pour aller plus loin, ces travaux sont en quelque sorte suspendus. Nous avons dit, en tant que gouvernement fédéral, que nous sommes prêts à poursuivre les discussions sur l'élaboration d'une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, mais comme il n'y avait pas de consensus, personne n'a voulu aller plus loin. On peut donc dire que les travaux sont suspendus pour le moment.

Le sénateur Eaton : Madame la ministre, merci de votre présence.

Vous vous souviendrez peut-être d'un rapport que nous avons préparé il y a deux ou trois ans dans lequel nous avons bien insisté sur le problème de notre vaste territoire et de l'isolement de

barrier and makes giving health care more difficult. What do you think you have done to improve access to services in the North and to First Nations communities?

Ms. Aglukkaq: Thank you for that.

In my opening remarks, just on the First Nations Health Authority, I mentioned that we signed an historic agreement in British Columbia, the first of its kind in Canada. I have to congratulate the Province of British Columbia and First Nations leadership in B.C. on their willingness to break those silos down in providing services to all of their population and work together in delivering health care to First Nations on and off reserve. We signed that tripartite agreement. Our government initiated the discussions. Ultimately, at the end of the day, this arrangement is to ensure that First Nations are involved in health and are making decisions in health for First Nations, by First Nations, for better outcomes for First Nations. I am quite proud of that, and our government took leadership in getting that agreement through. This is one example of jurisdictions working together in innovating and breaking down silos to provide better health outcomes to its population.

In terms of the isolated territories, our government also signed an agreement, and the Prime Minister extended this agreement to the territories this summer, and that is the Territorial Health System Sustainability Initiative. Within that program, our government supports the territories in looking at ways to reduce individuals from isolated communities having to travel out for care and trying to build capacity within the community levels to deliver a health care system.

For whatever reason at the time, when we signed the accord, the provinces' accord ended at 2014, and the territories ended three years before, which did not make any sense to me. Our government, through our officials, extended the three territories to be in the same timeline as the provinces. Again, our government committed to that to make sure that we did not disrupt what was within the accord itself. In order to have a discussion on the future of the accord, it was important to make sure that the agreements for the territories were in the same timeline as the provinces.

As to some of the investments that we are seeing in the North, the rural and remote communities, I mentioned the announcement we made of 100 more doctors to do their residencies in rural and remote areas, and the programs for doctors and nurses for loan forgiveness that we voted in the house the other day to promote more individuals to be in the field. We

certaines collectivités. Il ne fait aucun doute que cela constitue un obstacle, ce qui complique la tâche de distribuer de bons soins et services de santé à la population. Qu'avez-vous fait pour améliorer l'accès aux services dans le Nord et dans les collectivités des Premières nations?

Mme Aglukkaq : Merci pour votre question.

Dans mon exposé liminaire, j'ai mentionné, par rapport à la Régie de la santé des Premières nations, que nous avons signé un accord historique avec la Colombie-Britannique — le premier accord de ce genre au Canada. Je tiens à féliciter la province de la Colombie-Britannique et les chefs des Premières nations de cette province d'avoir voulu s'attaquer au problème du cloisonnement administratif afin d'assurer des services à l'ensemble de la population et de fournir des soins et services de santé aux membres des Premières nations dans les réserves et hors réserve grâce à une bonne collaboration. Nous avons signé cet accord tripartite. C'est notre gouvernement qui a lancé les discussions. En fin de compte, cet arrangement doit garantir que les Premières nations ont un rôle à jouer dans le domaine de la santé et que les décisions sont prises par les membres des Premières nations pour les membres des Premières nations, afin d'en arriver à de meilleurs résultats. Je suis assez fière de ce que nous avons réalisé, et c'est notre gouvernement qui a joué un rôle de chef de file pour ce qui est de conclure cet accord. Voilà un exemple d'un projet coopératif qui débouche sur des innovations et un meilleur état de santé pour les populations concernées grâce à l'élimination des cloisons administratives.

S'agissant des territoires isolés, notre gouvernement a également signé un accord et, cet été, le premier ministre a inclus les territoires dans cet accord — sur ce qu'on appelle l'Initiative de viabilité du système de santé des territoires. En vertu de ce programme, notre gouvernement aide les responsables territoriaux à trouver divers moyens d'éviter aux personnes qui vivent dans des localités éloignées, d'avoir à voyager pour se faire soigner et de renforcer les capacités au niveau communautaire en ce qui concerne la prestation des soins de santé.

Pour une raison ou une autre, au moment de la signature, l'accord avec les territoires s'est terminé trois ans avant l'accord avec des provinces, qui prenait fin en 2014, alors que cela n'avait pas de sens, en ce qui me concerne. Donc, par l'entremise de nos fonctionnaires, notre gouvernement a prolongé l'accord avec les trois territoires pour que ce dernier prenne fin en même temps que celui conclu avec les provinces. Encore une fois, notre gouvernement s'est engagé dans ce sens afin d'éviter de modifier indûment les éléments de l'accord proprement dit. Afin de pouvoir discuter de l'avenir de l'accord, il était important de nous assurer que les accords conclus avec les territoires se terminent en même temps que ceux des provinces.

S'agissant des investissements dans le Nord, ainsi que dans les collectivités rurales et éloignées, j'ai rappelé tout à l'heure l'annonce de 100 médecins de plus qui feront leur internat en milieu rural et éloigné, ainsi que les programmes destinés à dispenser les médecins et infirmières du remboursement de leurs prêts que nous avons adoptés à la Chambre l'autre jour, afin

have invested in nursing programs at the community level in the North and midwifery training in the North. We have made a number of investments as a government that support the North in delivering care in the community.

As you know, the North has many small, isolated communities. My riding alone is larger than the province of Ontario, with 25 isolated communities that span three time zones, and one hospital. We need to build the capacity, and our government has made significant investments to build the capacity at the ground level.

[Translation]

Senator Verner: Good morning, Madam Minister. I would like to join with my colleagues in thanking you for being here this morning.

There are a great many things to be said about the health care accord, but I am particularly interested in accountability. What is your assessment of how effective the accountability measures aimed at the provinces and territories are, and how do you think these mechanisms could be strengthened so that Canadians are, of course, more aware of the progress that has been made?

[English]

Ms. Aglukkaq: Thank you for that.

In addressing the question on accountability, the previous accords have created a strong foundation for measuring performance of the health care system and reporting to Canadians. As you know, through the accord, we established the Health Council of Canada to monitor how jurisdictions are doing in terms of rolling out their commitments within the accord.

Since 2004, most provinces and territories measure how they are doing within their health care systems — like wait times — and report those. I think there is always room for more improvement in terms of how and what we report to Canadians. Tonight and tomorrow, I will be having a conversation with the provincial and territorial health ministers to discuss with them ways that governments can work together in addressing priority areas, while at the same time reporting to Canadians what results we are achieving with the investments we have made to health care.

I think Canadians are expecting that discussion on accountability. With the amount of money that we are investing in health care, Canadians want to know how this is improving health care systems. The flip side of things that is not often talked about is how this money is keeping us healthier. The prevention agenda is not often talked about. Over the last couple of years, equally important to when you fall ill is to keep you from getting

d'encourager les gens à choisir cette occupation. Nous avons également investi dans des programmes de soins infirmiers au niveau communautaire dans le Nord de même que dans la formation de sages-femmes dans le Nord. Donc, en tant que gouvernement, nous avons fait plusieurs investissements en vue de soutenir la prestation des soins dans les collectivités du Nord.

Comme vous le savez, le nord du Canada compte de nombreuses petites localités isolées. Le territoire de ma circonscription électorale est plus vaste que celui de la province de l'Ontario et comprend 25 localités isolées dans trois fuseaux horaires différents, alors qu'un seul hôpital est disponible pour desservir la population. Nous devons donc renforcer les capacités dans cette région, et notre gouvernement a fait des investissements importants afin de créer plus de capacités sur le terrain.

[Français]

Le sénateur Verner : Bonjour, madame le ministre. Je joins ma voix à celles de mes collègues pour vous remercier d'être ici ce matin.

Il y a beaucoup de choses à dire sur l'accord en santé, mais j'aimerais parler plus particulièrement de la reddition de comptes. Quelle est votre évaluation de l'efficacité des mesures de reddition de comptes destinées aux provinces et territoires et comment croyez-vous que ces mesures pourraient être renforcées afin, bien entendu, que les Canadiens et les Canadiennes puissent mieux constater les progrès accomplis?

[Traduction]

Mme Aglukkaq : Merci pour votre question.

S'agissant de responsabilisation, les accords précédents ont créé un bon fondement pour l'évaluation des résultats du système des soins de santé et la communication de ces résultats aux Canadiens. Comme vous le savez, par le biais de l'accord, nous avons créé le Conseil de la santé du Canada dont le mandat consiste à surveiller les résultats obtenus dans les provinces et territoires par rapport aux engagements qu'ils ont pris en vertu de cet accord.

Depuis 2004, la plupart des provinces et territoires mesurent les résultats de leurs systèmes de soins de santé — en fonction des délais d'attente, par exemple — et communiquent cette information au public. Selon moi, il y a toujours lieu de faire mieux en ce qui concerne les informations qui sont communiquées aux Canadiens et la façon de le faire. Ce soir et demain, je vais discuter avec les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux des mécanismes qui permettraient aux gouvernements de travailler ensemble pour s'attaquer aux éléments prioritaires, tout en communiquant les résultats des investissements dans le système de soins à l'ensemble de la population canadienne.

À mon avis, les Canadiens s'attendent à ce qu'il y ait cette discussion sur la responsabilisation. Vu les sommes d'argent que nous investissons dans le système de soins, les Canadiens veulent savoir de quelle façon ces investissements permettent d'y apporter des améliorations. L'autre facette du débat qui n'est pas souvent explorée concerne la façon dont ces investissements améliorent notre état de santé. On ne parle pas souvent de la prévention. Au

ill in the first place. What are we doing in that respect on the issues around tobacco, obesity, and the number of preventative measures we need to take to keep people from the institutions?

Accountability is not just about measuring where the dollar went. I think accountability is also about what we are doing to keep Canadians healthy.

This is an exciting time. It is an opportunity for our provinces and the territories to get innovative about that conversation. I strongly believe that the condition is ripe for jurisdictions to start thinking innovatively, given there is commitment for stable funding. There is certainty that they are able to innovate, as opposed to always responding to the pressures of cuts and restructuring. This is an opportunity for provinces and territories to really start thinking about how we can do things differently, as opposed to always responding to patient needs.

The environment is very different from when I was at the table at the foreign affairs office until the wee hours, coming up with a financial agreement. There was no talk about population health during those conversations. This time around there is a real opportunity.

There are jurisdictions that are doing very innovative things. I look at Quebec, which is doing great things within their health care system. These are examples that we do not often share well with each other. We need to do more of that — on what we are doing to put the efficiencies in place — to be accountable to Canadians on how we are delivering health care.

Senator Merchant: Minister, my questions are regarding Inforoute Santé. According to a 2004 study, 24,000 Canadians die annually from errors that e-records could help prevent, such as doctors prescribing drugs that react dangerously with prescriptions undisclosed by the patient. Critics say that Inforoute's focus was on hardware and software. The salaries of hundreds of federal e-health officials and computer engineers consume over \$22 million annually, which is not far from the \$30 million New Zealand spent to connect all its doctors permanently.

Also, critics say this may have been avoided if doctors had been engaged in driving the process. With only one doctor on the agency's 13-member board of directors, physicians feel they have been just taken as a token.

cours des dernières années, les gens ont compris qu'il est tout aussi important d'éviter de tomber malade que de pouvoir recevoir les bons services quand on est malade. Il s'agit donc de savoir quelles mesures sont prises pour lutter contre le tabagisme et l'obésité et quelles initiatives de prévention sont nécessaires pour empêcher que les gens finissent dans les établissements?

La responsabilisation ne consiste pas simplement à déterminer de quelle façon les crédits ont été utilisés. Pour moi, la responsabilisation concerne également ce que nous faisons pour maintenir un bon état de santé chez les Canadiens.

C'est une période intéressante. Les provinces et les territoires ont l'occasion de faire preuve d'innovation. Je suis fermement convaincue que les conditions actuelles favorisent l'innovation et que les provinces et territoires devraient commencer à chercher de nouveaux moyens, vu l'engagement qui a été pris vis-à-vis d'un financement stable. Cette certitude leur permet d'innover, au lieu de toujours réagir en révisant les budgets ou en restructurant les activités en raison des pressions qui s'exercent sur eux. Maintenant les provinces et territoires ont vraiment l'occasion de commencer à réfléchir à ce qu'on peut faire différemment, au lieu d'avoir toujours à répondre aux besoins des malades.

L'environnement actuel est très différent de celui qui existait quand j'étais au bureau des affaires étrangères à veiller tard le soir pour essayer d'élaborer un accord financier. À l'époque, on ne parlait pas beaucoup de la santé et de la population. Mais, cette fois-ci, nous avons l'occasion de le faire.

Il y a certaines administrations qui ont pris des mesures tout à fait novatrices. Je pourrais citer l'exemple du Québec, qui a pris d'excellentes initiatives relativement à son système de soins. Il y a d'autres exemples aussi, alors que nous ne partageons pas souvent ce genre d'information avec les autres. Il faut le faire davantage — par rapport aux mesures permettant d'améliorer l'efficacité du système — et il faut répondre davantage devant les Canadiens de la façon dont nous assurons la prestation des soins.

Le sénateur Merchant : Madame la ministre, mes questions concernent Inforoute Santé. Selon une étude menée en 2004, 24 000 Canadiens meurent chaque année à cause d'erreurs qu'un système de dossiers de santé électronique permettrait d'éviter — et par exemple, quand le médecin prescrit un médicament sans savoir que le patient prend déjà d'autres médicaments qui peuvent causer une réaction dangereuse. Les détracteurs prétendent que la priorité d'Inforoute Santé était le matériel et le logiciel. Les salaires de centaines de fonctionnaires fédéraux et d'informaticiens correspondent à une dépense de plus de 22 millions de dollars chaque année, qui correspond presque aux 30 millions de dollars qu'a engagés la Nouvelle-Zélande pour créer un réseau permanent qui relie tous ses médecins.

De plus, d'aucuns estiment qu'il aurait été possible d'éviter cette situation si les médecins avaient dirigé tout ce processus. Étant donné que, sur les 13 administrateurs de l'agence, un seul est médecin, les médecins ont l'impression que leur présence est purement symbolique.

Could you tell us what has been done to help physicians acquire and utilize these systems to provide efficient treatment, especially considering our aging population and the chronic disease tsunami on the horizon which risks crippling our medical system?

Ms. Aglukkaq: In terms of the accord commitments, in my comments we saw the importance of investing in electronic health records across Canada. That work is still under way. The health care system is not just one area. It is not the doctor's office. A whole number of delivery agents are part of delivering health care. When you look at putting and connecting all those organizations into a system, it is very complex and complicated, but it requires partnerships and the engagement of many sectors.

I will use the North as an example, with 25 isolated communities. We have nurses who deliver front-line services. The pharmacist's office is miles and miles away and the doctor's office is in Ottawa. It is a whole different system.

There are some challenges, but given that it is important to start that process, you have to start somewhere. Through these investments, we are making progress in developing electronic health records across the country. It is not completed yet, but our government recognizes it is important and will continue to invest in that.

If you want more details, I can have the deputy minister respond to the details of your question.

Ms. Yeates: As the minister said, it is a very large undertaking. The question was where to begin. The first few investments were focused on what people call the electronic health records. They tended to be more of the back office, getting a patient registry so we could make sure we are talking about the right Mr. Smith, a provider registry, some of the lab, X-ray and drug systems, which are typically in institutions. For example, I think the country now has about three quarters of X-ray film replaced by digitization. It is a huge savings and an important early win that many jurisdictions chose to concentrate on.

The last investment the federal government was really focused on recognized precisely the point raised about electronic medical records. We now want to reach out to physician offices. That is another important part of the system. The latest investments focus a bit more on involving physicians. I know that Infoway — not only through its board, but through advisory committees and other mechanisms — is very much working to engage physicians about how to ensure they are participating and take advantage of

Pourriez-vous donc nous dire ce qui a été fait pour aider les médecins à obtenir et à utiliser de tels systèmes afin d'assurer à leurs patients des traitements efficaces, surtout à la lumière du vieillissement de la population et de la multiplication du nombre de personnes qui risquent d'être atteintes de maladies chroniques dans les prochaines années, ce qui risquerait de paralyser notre système de soins?

Mme Aglukkaq : S'agissant des engagements pris en vertu de l'accord, j'ai mentionné dans mon exposé que nous avons jugé important d'investir dans un système de dossiers de santé électronique dans l'ensemble du Canada. Ce travail se poursuit. Les activités liées au système de soins ne sont pas menées dans un seul lieu, le cabinet du médecin, par exemple. Au contraire, toute une série d'agents et d'intervenants participent à la prestation des soins de santé. Essayer de rassembler tous ces différents organismes en un seul réseau constitue une opération fort complexe et compliquée, car cela nécessite la création de partenariats et la participation active de nombreux secteurs du système.

Je vais citer l'exemple du Nord, qui compte 25 collectivités isolées. Nous avons des infirmiers et infirmières qui assurent les services de première ligne. Le bureau du pharmacien est situé très, très loin et le cabinet du médecin se trouve à Ottawa. C'est donc un système complètement différent.

Cela présente certaines difficultés, mais cette démarche est importante, et il faut bien commencer quelque part. Grâce à ces investissements, nous progressons vers la mise en place d'un système de dossiers de santé électronique au Canada. Ce travail n'est pas encore terminé, mais notre gouvernement le juge important et continuera donc d'y investir.

Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements, je peux demander à la sous-ministre de vous faire une réponse plus détaillée.

Mme Yeates : Comme le disait la ministre, c'est une entreprise de très grande envergure. Il s'agissait de savoir par quoi commencer. Les premiers investissements visaient surtout ce qu'on appelle les dossiers de santé électroniques. Ils concernaient davantage les activités d'arrière-plan : obtenir un registre des patients pour s'assurer d'avoir la bonne personne, de même qu'un registre des prestataires de soins et les systèmes de laboratoire, de radiologie et de médicaments qu'ont normalement les établissements de santé. Si je ne m'abuse, environ les trois quarts des films de radio ont maintenant été remplacés par des fichiers numériques. Cela représente une énorme économie et c'est important pour le succès initial auquel de nombreuses administrations ont voulu consacrer leurs efforts.

Le dernier investissement fédéral concernait justement ce qui a été dit précédemment au sujet des dossiers de santé électroniques. Notre objectif consiste maintenant à rejoindre les cabinets de médecins. Ces derniers constituent un autre élément important du système. Donc, les plus récents investissements visent à faire participer davantage les médecins. Je sais qu'Infoway — par l'entremise non seulement de son conseil d'administration mais de ses comités consultatifs et d'autres mécanismes — s'active à

these new technologies. It is a big change for people who work in hospitals and in their offices. Sometimes it is a change for consumers. That engagement will be key.

Senator Cordy: I appreciate your being here. We only have one minister in the Senate. When we are doing bills and studies, it is important we have a minister. Thank you very much for that.

I have a short question, but will tie that in with my general question.

With the exception of Quebec, will there be only one agreement? The current agreement in 2004 was one agreement between the provinces and territories. Will it be one of agreements?

Second, I would like to deal with the structural aspect of the health care system. You mentioned it in your opening remarks. We certainly know we have silos. We know it is a doctor-hospital model. I think you referred to it as an illness-focused model, which is not necessarily the best model. We look at health care providers — other than doctors and nurses in the hospital settings — such as psychologists, physiotherapists, nutritionists and pharmacists. We could go on and on. Some provinces are doing a good job of making structural changes with their primary health care models and having all these people in one location, or easy access to it. This committee itself — in another report when we had Senator Kirby as the chair — said that unless we make structural changes, the system is not sustainable. I believe that. I also believe if we make structural changes to include a lot of health care providers, it will be better care for Canadians.

What incentives should there be in the new accord for structural changes? I am going back to Senator Verner's comments, about what accountability should be in the new accord to ensure that — it is the carrot and stick aspect in terms of ensuring — there will be structural changes. First there is the small question about the one of agreements or one agreement, and you could then talk about the structural changes necessary.

Ms. Aglukkaq: Thank you. That is a good question.

The conversation with the provinces is key to what areas they will focus on. I have to say that each jurisdiction, in terms of addressing priorities for health care, may differ a bit. I have to be respectful of that as well. One priority for all of Canada may not make a difference here, as much as priorities for what we can do to prioritize by jurisdiction — the aging population, as an example.

mobiliser les médecins pour qu'ils participent et profitent de ces nouvelles technologies. Cela représente un grand changement pour les gens qui travaillent dans les hôpitaux et leurs cabinets. Parfois, c'est également un changement pour les consommateurs. Cette mobilisation est donc essentielle.

Le sénateur Cordy : Je vous remercie de votre présence. Nous n'avons qu'un ministre au Sénat. Quand nous examinons des projets de loi ou quand nous menons une étude, il est important de pouvoir parler au ministre. Donc, merci d'être parmi nous cet après-midi.

J'ai une courte question à vous poser, mais je vais l'inclure dans ma question générale.

À l'exception du Québec, y aura-t-il un seul accord de conclu? En 2004, il y avait un seul accord de conclu avec les provinces et territoires. Y aura-t-il un seul accord?

Deuxièmement, je voudrais aborder l'aspect structurel du système de soins. Vous y avez fait allusion dans votre exposé liminaire. Nous savons évidemment qu'il existe des cloisons. Nous savons aussi que le modèle actuel est axé sur les médecins et les hôpitaux. Je crois que vous avez dit que notre modèle met l'accent sur le traitement des maladies, alors que ce n'est pas nécessairement la meilleure approche. S'agissant des fournisseurs de soins, à part les médecins et les infirmières qui travaillent en milieu hospitalier, nous avons également les psychologues, les physiothérapeutes, les nutritionnistes et les pharmaciens. La liste est longue. Certaines provinces réussissent à apporter des changements structurels à leurs modèles de soins de santé primaires en rassemblant tous les intervenants dans un même lieu ou en facilitant l'accès à de tels intervenants. Ce comité a déclaré dans un autre rapport préparé à l'époque où le sénateur Kirby en était le président — qu'à moins d'apporter des changements structurels au système, ce dernier ne sera pas viable. J'en suis fermement convaincue. Je crois également que si nous visons des changements structurels qui permettent de rassembler un grand nombre d'intervenants du système, les Canadiens recevront de meilleurs soins.

Quelles incitations à opérer des changements structurels le nouvel accord devrait-il comporter? Je reviens sur ce que disait le sénateur Verner, concernant quelle formule de responsabilisation devrait se trouver dans la nouvelle accord afin de garantir — c'est la politique de la carotte et du bâton — que des changements structurels vont vraiment se faire. Premièrement, il y a la petite question sur le fait de savoir s'il va y avoir un seul accord, et ensuite je vous invite à aborder la question des changements structurels qui s'imposent.

Mme Aglukkaq : Je vous remercie. C'est une bonne question.

Nos discussions avec les provinces sont critiques pour ce qui est des domaines qui seront prioritaires pour elles. Je dois dire que l'approche adoptée par chaque province ou territoire relativement aux priorités du système de soins sera peut-être un peu différente. Il faut accepter cette réalité-là. Établir une priorité pour l'ensemble du Canada peut ne pas être bien utile — peut-être moins que le fait d'établir des priorités en fonction de la situation dans chaque province et territoire — le vieillissement de la population, par exemple.

In terms of an agreement in priority areas, putting aside the financial part, it has to be broad enough so that jurisdictions can focus on areas that they need to address by jurisdiction. I say that respectfully, that they do deliver health care.

Senator Cordy: Would it be one agreement with broad parameters?

Ms. Aglukkaq: It would be broad enough. If you want to make a real difference in that, it has to be broad enough that it is making a difference by jurisdiction. I say that because jurisdictions have priorities that they are trying to tackle within their jurisdiction.

On the issue of the silos and better utilization, you could not have this conversation in 2004. I think the conditions today are ripe for jurisdictions to be moving forward to talk about how we look at some of the silos that are in the system; how we look at health care personnel broadly and utilize the skills that are before us, as opposed to focusing in one area — the hospital, the drugs and the doctors.

There are a lot of other players within the health care system that we can better utilize. I use myself as an example often in that when I was pregnant with my son, I did not see a doctor for the nine months. I saw a public health nurse and a midwife. To go and get your blood work, to get weighed and to talk about your nutrition, many other professionals can do that. We need to question the kind of care a person needs and the right kind of care provider. That kind of conversation needs to occur.

I do not believe that spending money and injecting it into the current system is sustainable. We need to look at when a person goes into a hospital and what kind of patient-centred care we are delivering to that person, or are we going into a system that is structured around the professions that are in that institution?

When you are sitting in a hospital, you do not know that this person is not a nurse practitioner; it may be an LPN that can do certain things only, but from the receiving end as a patient, you do not know that. All patients know is the kind of care they are getting. This kind of conversation has to occur in putting the efficiencies in the system, and it is happening.

Again, jurisdictions are working to innovate in how they can better provide services to patients. At the end of the day, the focus should be on the patient, as opposed to running the machinery.

Pourtant sur les domaines prioritaires, en dehors de l'aspect financier, il faut que cet accord soit suffisamment large pour permettre aux différentes administrations de mettre l'accent sur les mesures qui leur semblent les plus importantes. Je respecte cette réalité-là, puisque ce sont les provinces et territoires qui ont la responsabilité d'assurer la prestation des soins.

Le sénateur Cordy : S'agirait-il d'un seul accord précisant un certain nombre de paramètres généraux?

Mme Aglukkaq : Il faudrait que ce soit suffisamment général. Si vous voulez vraiment faire évoluer les choses, il faut que l'accord soit suffisamment vaste pour que chaque administration puisse réaliser des progrès. Si je vous dis cela, c'est parce que chaque administration s'est fixé certaines priorités sur lesquelles elle essaie de concentrer ses moyens.

En ce qui concerne les cloisons et une meilleure utilisation des ressources, il n'aurait pas été possible de discuter de ces choses-là en 2004. À mon avis, les conditions sont réunies pour que les provinces et territoires puissent aborder la question du cloisonnement au sein du système, examiner les ressources mêmes actuellement disponibles et voir à mieux utiliser les capacités et compétences actuelles, au lieu de se concentrer exclusivement sur les hôpitaux, les médicaments et les médecins.

Il y a beaucoup d'autres intervenants dont les capacités peuvent être mieux utilisées. Je me cite souvent en exemple dans ce contexte car, quand j'étais enceinte de mon fils, je n'ai pas vu de médecin pendant neuf mois. J'étais soignée par une infirmière de la santé publique et une sage-femme. Si vous devez faire faire des prises de sang, vous faire peser ou parler de votre régime alimentaire, le fait est qu'il existe toutes sortes d'autres professionnels qui peuvent vous aider dans ce domaine. Il s'agit donc de déterminer le type de soins qui est requis et quel intervenant est le mieux placé pour assurer ces soins. Voilà le genre de discussion qu'il faut avoir.

À mon avis, il n'est tout simplement pas possible de continuer à injecter des sommes importantes dans le système de soins. Nous devons nous demander, quand une personne est admise à l'hôpital, quel type de soins axés sur le patient sont assurés à cette personne ou si elle sera simplement prise en charge par un système qui s'articule autour des professions qui sont présentes dans l'établissement?

Quand vous êtes à l'hôpital, vous ne savez pas que la personne qui vous soigne n'est pas infirmière praticienne; il peut s'agir d'une infirmière auxiliaire qui est autorisée à administrer certains soins seulement, mais si vous êtes le patient, vous ne le savez pas. Les patients savent simplement qu'on leur administre certains soins. Donc, il faut discuter de ce qui peut être fait pour améliorer l'efficacité du système, et cette discussion est déjà en cours.

Encore une fois, les différentes administrations s'activent à trouver des moyens novateurs d'améliorer la qualité des services assurés aux patients. En fin de compte, c'est le patient qui doit primer et non le fonctionnement de la machine.

What incentives are there? I think the incentive should be to make sure Canadians stay healthy. The incentive should be better care. The conversations over the next three or four years will be critical in terms of how we position our system to better respond to the needs of Canadians.

The Chair: We will only have time for one more questioner and then we will wrap up with the minister. I will start the next list when the officials arrive at the table with those who are still on the list. Senator Champagne, you will be at the top of that list, but we will have to move in that direction.

Senator Martin: Madam Minister, I wish you well in the meeting that you will be leaving shortly for with the first ministers.

Everything you have said demonstrates the vision you have and the leadership you have shown. One of the things you mentioned in one of your answers regarding the social determinants of health is looking at preventative measures. You talked about the need to refocus this whole system toward a more preventative approach that is less reliant on expensive institutional care.

I know that you have talked about a national focus on childhood obesity and nutritional programs in schools and so on. Would you speak about sharing that vision regarding what the government will do in refocusing on the preventative system?

Ms. Aglukkaq: I could talk about this subject all day. I have been around now for six or seven years in this portfolio, provincial-territorial, and the conversation is quite different from then until today. Back in the day, it was just getting through running what you have. Now you can innovate; there is time. However, at the same time, we need to focus on what is really important, which is keeping the population healthy and out of the institutions, and what we are doing. I say that our systems are focused on when you fall ill. Equally important to that is keeping you from getting ill in the first place and what we can do.

The conversation started about 2006, and we got an agreement last year. That is how long it takes just to get an agreement on what we can do collectively in the system to build on that. I am proud of the ministries of the provinces and territories to come together to agree to this collective agenda.

The World Health Organization has stated that obesity is the next epidemic. Our children today will not live to our age because of obesity. What are we doing about that? With the declaration that we signed over the summer months, we have travelled across Canada and engaged in a dialogue on what that would look like.

Quelles incitations existe-t-il? Pour moi, l'incitation doit consister à faire en sorte que les Canadiens restent en bonne santé. L'incitation devrait être de fournir des soins de meilleure qualité. Au cours des trois ou quatre prochaines années, les discussions à ce sujet seront très importantes pour ce qui est de bien positionner notre système afin de mieux répondre aux besoins des Canadiens.

Le président : Il nous reste suffisamment de temps pour un seul autre intervenant, et nous devons ensuite conclure nos discussions avec la ministre. Quand les fonctionnaires seront présents, ceux dont le nom figure toujours sur ma liste seront les premiers à prendre la parole. Sénateur Champagne, vous serez en tête de liste, mais c'est ainsi que nous devons procéder.

Le sénateur Martin : Madame la ministre, je vous souhaite bonne chance lors de cette rencontre avec les premiers ministres pour laquelle vous devrez bientôt nous quitter.

Tout ce que vous avez dit démontre la profondeur de votre vision et de votre leadership. Dans une de vos réponses au sujet des déterminants sociaux de la santé, vous avez dit qu'il faut se pencher sur des mesures de prévention. Vous avez évoqué le besoin de recentrer tout le système sur une approche plus préventive qui dépende moins de soins coûteux assurés en établissement.

Je sais que vous avez également parlé d'une priorité nationale, soit l'obésité infantile et de bons programmes nutritionnels dans les écoles, et cetera. Pourriez-vous partager votre vision concernant ce que peut faire le gouvernement pour recentrer le système sur la prévention?

Mme Aglukkaq : Je pourrais passer toute ma journée à parler de cela. J'occupe ce portefeuille depuis déjà six ou sept ans, au niveau provincial-territorial, et je peux vous assurer que la nature de la discussion a évolué depuis. Précédemment, on avait du mal à simplement administrer le système. Maintenant il est possible d'innover; on a du temps. Mais il faut, parallèlement, centrer notre action sur ce qui est vraiment important, maintenir un bon état de santé au sein de la population et éviter que les gens finissent dans les établissements; il faut voir ce qui est fait actuellement par rapport à cette visée. Selon moi, le système actuel est structuré en fonction de ce qui doit se faire quand vous tombez malade. Mais il est tout aussi important de vous empêcher de tomber malade au départ, et il s'agit de voir ce qu'on peut faire dans ce domaine.

Cette discussion a commencé en 2006, et nous avons conclu un accord l'an dernier. Voilà le temps qu'il faut pour conclure un accord sur les mesures collectives que nous pouvons prendre pour améliorer le système. Je suis fière des ministres provinciaux et territoriaux qui se sont mis d'accord sur ce programme d'action collective.

L'Organisation mondiale de la santé est d'avis que l'obésité sera la prochaine épidémie. Nos enfants ne vivront pas aussi longtemps que nous en raison de l'obésité. Que faisons-nous pour lutter contre ce problème? Eh bien, à la suite de la déclaration que nous avons signée pendant l'été, nous avons visité toutes les régions du Canada pour discuter des mesures qu'il conviendrait de prendre.

Of course, obesity involves many factors: the family, the school systems, the municipalities, the parks and incentives like the Child Fitness Tax Credit. There are a number of things to educate Canadians on what they can do to keep healthy, and on the impacts of obesity.

When we talk about wait times on knee and hip replacements, there is the assumption that it is because there is a lack of surgeons or doctors to provide care. Working through one of the institutions in Manitoba, there is a long list of people who are waiting to get operated on, but they have to lose weight to get the surgery.

It is not that the system is not there; it is that in order for the surgery to work well, you have to lose weight to get that procedure. It is all tied to some of those challenges that we face in the system.

The work that is coming forward from the dialogue on some of those preventative measures on obesity is well received by jurisdictions, and we will be doing the rollout of that. It is the first one that we are engaged in with Canadians on the prevention side of things, amongst other areas we have invested in — tobacco, consumer production legislation and a number of other things.

Obesity is one that will be a big challenge. There will have to be many partners — the health care system, the food industry, family, schools. It will involve many sectors.

It is really not up to the institution to keep you healthy; it is up to you as an individual to keep yourself healthy. What can we do to assist in that? That is a question being raised through jurisdictions, and I am really looking forward to the feedback from those discussions.

The Chair: Thank you very much, minister. We appreciate your frankness in responding to the range of questions that have occurred. Certainly, the questions today and those that we have been dealing with illustrate the complexity of the situation, all the way from where you wound up with the responsibility to the individual, through to our responsibility as a society in finding ways to deal with these complex problems.

We will be reporting to you at sometime early in the new year. In the meantime, we wish you and your colleagues well at the meetings you are leaving here to attend.

Ms. Aglukkaq: Again, thank you to all of you for this very important work. I am looking forward to receiving the report and your findings on where we can improve. I say that on behalf of the

Bien sûr, l'obésité résulte d'une multiplicité de facteurs : la famille, le système scolaire, la municipalité, les parcs et les encouragements comme le Crédit d'impôt pour la condition physique des enfants. Plusieurs initiatives ont été prises afin de renseigner les Canadiens sur ce qu'ils peuvent faire pour maintenir un bon état de santé, de même que sur les effets de l'obésité.

Quand on parle des délais d'attente pour des chirurgies de remplacement de la hanche ou du genou, on suppose que ces retards sont causés par un manque de chirurgiens ou de médecins. Par l'entremise d'un des établissements du Manitoba, nous avons su qu'il existe une longue liste de personnes qui attendent d'être opérées, mais ces dernières doivent perdre du poids avant de pouvoir subir cette intervention chirurgicale.

Le problème n'est donc pas que le système ne peut pas leur fournir ce qui leur faut; mais, pour que la chirurgie donne de bons résultats, les personnes qui en ont besoin doivent d'abord perdre du poids. Voilà justement l'un des défis auxquels nous sommes confrontés par rapport au système de soins.

Les travaux qui sont prévus par suite de nos discussions sur les mesures de prévention de l'obésité ont été bien reçus par les provinces et territoires, et nous allons donc y donner suite. C'est la première initiative de prévention que nous prenons dans ce domaine afin de mobiliser les Canadiens, à part celles dans lesquelles nous avons déjà investi — par exemple, la lutte contre le tabagisme, les lois de protection des consommateurs, et d'autres mesures de ce genre.

L'obésité constitue un défi de taille. Il nous faudra de nombreux partenaires — le système de soins, l'industrie alimentaire, les familles et les écoles. Il faudra la participation de nombreux secteurs.

Au fond, il n'appartient pas à l'établissement de vous maintenir en bonne santé; c'est votre responsabilité en tant qu'individu de le faire. Que pouvons-nous faire pour vous aider à atteindre cet objectif? Voilà la question que nous posons aux provinces et territoires, et j'ai hâte d'entendre leurs observations lors des discussions.

Le président : Merci beaucoup, madame la ministre. Nous apprécions votre franchise en répondant à la gamme de questions qu'on vous a posées. Il ne fait aucun doute que les questions qui ont été soulevées aujourd'hui et celles que nous examinons démontrent la complexité de la situation actuelle, c'est-à-dire toute l'échelle des responsabilités, depuis la responsabilité individuelle à celle de la société, pour ce qui est de trouver divers moyens de s'attaquer à ces problèmes complexes.

Nous allons vous présenter notre rapport au début de la nouvelle année. En attendant, nous vous souhaitons à vous ainsi qu'à vos collègues de bonnes discussions à la conférence pour laquelle vous devez nous quitter maintenant.

Mme Aglukkaq : Je voudrais, encore une fois, remercier tous les sénateurs pour le travail très important que vous accomplissez. J'ai hâte de recevoir votre rapport et de connaître vos conclusions

provincial and territorial ministers as well who are travelling to Halifax. They are looking forward to your findings through this review.

This will help us going forward. Unfortunately, it is not done for this FPT, but nonetheless it will be very important for the jurisdictions to review your findings. It is critical in terms of how we move forward on our priorities or what have you. Again, thank you for your important work.

The Chair: Thank you also, Ms. Yeates. I know you have to leave now as well.

In addition to Dr. Butler-Jones, who is with us through the whole session, we welcome Abby Hoffman, Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch at Health Canada; and Chantal Maheu, General Director, Federal-Provincial Relations and Social Policy Branch with the Department of Finance Canada, who will be making a presentation to us. You have the floor and then we will open it to continuing questions.

[Translation]

Chantal Maheu, General Director, Federal-Provincial Relations and Social Policy Branch, Department of Finance Canada: I would like to thank the committee for inviting me here today. I will be speaking about the support provided to provinces and territories through the Canada Health Transfer to help finance health care in Canada. That transfer is in addition to direct spending by Health Canada.

[English]

The Minister of Finance administers four major transfers that provide significant financial support to provincial and territorial governments: equalization, territorial formula financing, the Canada Health Transfer, or CHT, and the Canada Social Transfer, or the CST. These transfers are legislated through the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act and all together amount to \$56 billion in 2011-12.

These transfers help address fiscal disparities among provinces and territories and support national priorities such as health care. In addition, the federal government provides tax transfer support through the CHT.

[Translation]

Federal support to provinces and territories for health has evolved over time from cost-sharing programs to block funding transfers. The block funding approach gives provinces and territories greater flexibility in designing and administering programs. To give you a sense of some of this history as it

sur les améliorations à apporter au système. Je vous dis cela également au nom de tous les ministres provinciaux et territoriaux qui vont être à Halifax. Ils ont aussi hâte de connaître les conclusions de votre examen.

Ce rapport la nous sera utile dans les mois qui viennent. Malheureusement, il n'est pas prêt pour la réunion FPT qui débute maintenant, mais il reste que vos conclusions seront d'une grande utilité aux provinces et territoires. Cette analyse revêt une importance critique pour ce qui est de savoir comment donner suite à nos priorités. Encore une fois, merci de vous charger de ce travail important.

Le président : Je voudrais également remercier Mme Yeates. Je sais que vous devez également nous quitter maintenant.

En plus du Dr Butler-Jones, qui reste avec nous pour toute la réunion, je voudrais souhaiter la bienvenue à Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique à Santé Canada, et à Chantal Maheu, directrice générale, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale au ministère des Finances, qui va nous faire un exposé. Je vous cède la parole pour votre exposé liminaire, après quoi nous ouvrirons la période des questions.

[Français]

Chantal Maheu, directrice générale, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale, ministère des Finances Canada : Je voudrais remercier le comité de m'avoir invitée aujourd'hui. Mon intervention portera sur le soutien apporté aux provinces et aux territoires par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé afin de contribuer au financement des soins de santé au Canada. Ce transfert s'ajoute aux dépenses engagées directement par Santé Canada.

[Traduction]

Le ministre des Finances administre quatre principaux transferts qui offrent un important soutien financier aux provinces et aux territoires : la péréquation, la formule de financement des territoires, le Transfert canadien en matière de santé, ou TCS, et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux, ou TCPS. Ces transferts sont régis par la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, et ensemble ils atteignent 56 milliards de dollars en 2011-2012.

Ces transferts aident à réduire les disparités financières entre les provinces et les territoires et contribuent à la mise en œuvre des priorités nationales, comme les soins de santé. De plus, le gouvernement fédéral accorde un transfert de points d'impôt par l'entremise du TCS.

[Français]

Au fil du temps, la nature du soutien fédéral accordé aux provinces et territoires pour les soins de santé a évolué, passant de programmes à financement partagé à des transferts de financement global. L'emploi de transferts de financement global donne plus de latitude aux provinces et territoires en ce qui touche la conception

relates to health care, the Established Programs Financing, or EPF, was introduced in 1977 as a block fund to replace the cost-sharing system for hospital insurance, medical care and post-secondary educational programs. The EPF and the Canada Assistance Plan, which funded social assistance and social services costs, were replaced by the Canada Health and Social Transfer, or CHST, on April 1, 1996. It was a block fund transfer for health care, post-secondary education, social assistance and social services that was a combination of cash and tax point transfers.

[English]

The CHST was restructured in 2004 to create two new transfers: the Canada Health Transfer and the Canada Social Transfer.

The CHT is now the primary instrument through which the federal government provides long-term, predictable funding to provinces and territories to assist them with financing their health care services. In addition, provinces that receive equalization, and the territories who all receive territorial formula financing, may spend these unconditional transfers in any priority area of their choosing, and that includes health care.

The CHT supports the five national principles for insured health services legislated through the Canada Health Act: universality, comprehensiveness, portability, accessibility and public administration, as well as the provisions relating to prohibiting extra-billing and user charges. Provinces and territories must fulfill the conditions in the act related to these principles in order to receive their full federal cash contribution under the CHT.

More generally, it also contributes to providing health care to Canadians and to making information about the health care system available.

[Translation]

Moving now to financing amounts, as part of the \$41.3 billion investment in support of the 2004 health accord, the federal government announced \$35.3 billion over ten years to establish a new CHT base of \$19 billion in 2005-06, with an annual escalator of 6 per cent beginning in 2006-07. These total CHT cash levels are set in legislation until 2013-14, providing predictable, sustainable, and growing funding to provinces and territories.

de l'administration des programmes. À titre d'exemple, dans le secteur des soins de santé, le financement des programmes établis ou FPE a été instauré en 1977, sous forme de fonds globaux pour remplacer le système à coût partagé des programmes d'assurance hospitalisation, de soins médicaux et d'éducation postsecondaire. Le FPE et le régime d'assistance public du Canada, qui servait à financer les programmes et les services d'aide sociale, ont été remplacés par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux ou TCSPS en 1996. Il s'agissait d'un transfert de financement global pour les soins de santé, l'éducation postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux qui combinaient un volet en espèces et un volet en points d'impôt.

[Traduction]

Le TCSPS a été restructuré en 2004 pour créer deux nouveaux transferts : le Transfert canadien en matière de santé et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux.

Le TCS est maintenant le principal mécanisme par lequel le gouvernement fédéral verse aux provinces et aux territoires un soutien prévisible et à long terme pour les aider à financer leurs soins de santé. Par ailleurs, les provinces bénéficiaires de la péréquation et les territoires — qui bénéficient tous de la formule de financement des territoires — peuvent consacrer ces transferts inconditionnels aux priorités de leur choix, y compris aux soins de santé.

Le TCS appuie les cinq principes nationaux relatifs aux services de santé assurés que renferme la *Loi canadienne sur la santé*, c'est-à-dire l'universalité, l'intégralité de la protection, la transférabilité, l'accessibilité des services et l'administration publique, de même que les dispositions interdisant les frais modérateurs et la surfacturation. Les provinces et les territoires doivent respecter les conditions énoncées dans la loi relativement à ces principes afin d'obtenir le montant intégral de la contribution fédérale en espèces en vertu du TCS.

De façon générale, le TCS aide aussi à mettre à la disposition des Canadiens des soins de santé ainsi que de l'information à propos du système de soins de santé.

[Français]

Passons maintenant à l'ampleur du soutien financier. Sur les 41,3 milliards de dollars consacrés à l'accord sur les soins de santé en 2004, le gouvernement fédéral a annoncé l'affectation de 35,3 milliards de dollars sur 10 ans pour le Transfert canadien en santé, le dotant d'un budget de base de 19 milliards de dollars en 2005-2006 et l'application d'un facteur de progression annuelle de 6 p. 100 à compter de 2006-2007. Le montant total des transferts en espèces au titre du TCSPS est prévu par la loi jusqu'en 2013-2014, ce qui procure aux provinces et aux territoires un financement prévisible, viable et croissant.

[English]

All provinces and territories receive equal per capita total CHT support through a mix of cash and tax point transfer. Because the value of tax points differs from province to province, different per capita cash payments are required to achieve the same total per capita CHT support.

In Budget 2007, the government announced that it was moving the Canada Social Transfer to an equal per capita cash allocation starting in 2007-08. It also announced its intention to do the same for the Canada Health Transfer. To respect the agreement achieved with provinces and territories in the 2004 health accord, the move to an equal per capita cash allocation for the CHT was delayed until 2014-15, the year after the 2004 health accord ends. This commitment was legislated in the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act.

Total CHT cash and tax support to provinces and territories is at \$40.7 billion in 2011-12, representing about 30 per cent of total provincial and territorial public health care spending, which was about \$128 billion in 2010-11. Of this amount, \$27 billion is in CHT cash and \$13.8 billion is in tax transfer support. The cash support will continue to grow to over \$30 billion in 2013-14 as a result of the 6 per cent escalator. The value of the tax point transfer, of course, grows in line with the economy.

Thank you for your attention. I would be pleased to answer any questions you may have.

[Translation]

Senator Champagne: Good morning. This is a question I had expected to put to the Minister, but it turned out to be too late and she had to leave before I had a chance to ask it.

In the 2004 accord, a number of sectors were designated as priorities. I would have liked to know — and I am sure you are also able to answer this — in which areas we have been most successful and, secondly, which areas should be priorities under the next agreement?

[English]

Abby Hoffman, Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch, Health Canada: I could start, and Dr. Butler-Jones may want to add to this.

I think there is probably some sense among all jurisdictions of, in their view, which areas were the most successful. From a federal perspective, we would point to several. Given the enormous focus on reducing wait times, which was a lot of the inspiration for the commitments that were in the 2004 accord, and

[Traduction]

Aux termes du TCS, chaque province et territoire reçoit un soutien total égal par habitant sous forme d'une combinaison d'espèces et de points d'impôt. Étant donné que la valeur des points d'impôt n'est pas le même pour toutes les provinces, des paiements en espèces différents par habitant sont nécessaires pour atteindre le même montant de soutien total égal par habitant versé au titre du TCS.

Dans son budget de 2007, le gouvernement a annoncé que le Transfert canadien en matière de programmes sociaux allait être versé sur la base d'un montant en espèces égal par habitant à compter de 2007-2008, et qu'il entendait faire de même pour le Transfert canadien en matière de santé. Afin de respecter l'entente conclue avec les provinces et les territoires dans l'Accord sur les soins de santé de 2004, le passage à l'attribution d'un montant en espèces égal par habitant au titre du TCS a été reporté à 2014-2015, soit l'année suivant l'échéance de l'accord. Cet engagement a été intégré à la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces.

En 2011-2012, le soutien total accordé aux provinces et aux territoires sous forme d'espèces et de points d'impôt au titre du TCS est de 40,7 milliards de dollars, soit environ 30 p. 100 du total des dépenses publiques des provinces et des territoires pour les soins de santé, qui ont totalisé environ 128 milliards de dollars en 2010-2011. Sur ce montant, 27 milliards sont versés en espèces, et 13,8 milliards, en points d'impôt. Le soutien en espèces continuera d'augmenter pour atteindre plus de 30 milliards de dollars en 2013-2014 grâce au facteur de progression de 6 p. 100. Évidemment, la valeur des points d'impôt croît au rythme de l'économie.

Je vous remercie de m'avoir écouté. Je suis maintenant à votre disposition pour répondre à vos questions.

[Français]

Le sénateur Champagne : Bonjour, c'est une question que j'avais compté poser à madame le ministre et finalement, c'était trop tard, elle a dû quitter avant.

Dans l'accord de 2004, on avait inclus plusieurs secteurs comme étant prioritaires. J'aurais voulu savoir et, vous êtes sûrement capable de me répondre aussi, dans lesquels de ces secteurs avons-nous eu le plus de succès et, dans un deuxième temps, où est-ce qu'on voudrait que soit placés les priorités dans le prochain accord?

[Traduction]

Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada : Je peux commencer, et le Dr Butler-Jones voudra peut-être compléter ma réponse.

Je pense que toutes les instances ont sans doute une idée des initiatives qui ont été les plus réussies. Dans l'optique fédérale, il y en a plusieurs. Vu l'accent qui avait été mis sur la réduction des délais d'attente, ce qui a grandement inspiré les engagements pris dans le cadre de l'accord de 2004, et compte tenu du fait que des

thinking about the fact that benchmarks were set in four of the five areas that were identified and that those benchmarks have, by and large across the country, been achieved and reported on, that work on wait times has inspired work in individual jurisdictions on addressing other areas where there have been significant problems of access due to excessive waits. We would certainly say that the reduction of patient wait times has been one of the most important areas of success.

The minister and deputy minister, Ms. Yeates, spoke a bit about eHealth in response to questions in the earlier section of the meeting. While many people may still express some concern or even some frustration about the pace at which electronic health records, electronic medical records, and so on, have rolled out across the country, I think the general feeling is that we are making good progress and that platforms have been built and are starting to be operationalized quite effectively so that both Canadian providers and individual patients will receive better treatment and have more access to more information about their care. As I say, this is a federal perspective.

Finally, I think the work that has been done on health human resources has been very effective. Certainly at the time of the 2004 accord, there was a concern about the lack of pure numbers of physicians and nurses across the country. Again, I think statistics have been cited earlier today and in some of your earlier meetings about the growth there, so I will not dwell on that.

In addition to simply growing the number of nurses and doctors, both practising and now enrolled in medical and nursing schools, there have been a number of other important innovations. Many provinces have their own health human resource plans. There has been a lot of work done to revamp both medical and nursing education to address some of the issues we talked about earlier with respect to continuity of care, appropriate provider providing care, and so on. Those are the three — eHealth, health human resources and patient wait times — that we would reference.

As far as going forward, as the minister indicated, the conversation with provinces is beginning. Work in virtually every area that was in the 2004 accord needs to continue, but I think it will be a matter of jurisdictions working together to identify what they think is most important.

I will underscore one of the messages from the minister this morning, which is that if we focus to a degree on volume under the 2004 accord — more nurses, more doctors, more medical

points de repère ont été établis dans quatre des cinq domaines retenus et que ces objectifs ont généralement été atteints dans l'ensemble du pays et ont fait l'objet de rapports les provinces et territoires individuels se sont attaqués à d'autres problèmes graves d'accès liés à de longues périodes d'attente. Donc, en ce qui nous concerne, la réduction des délais d'attente pour les patients constitue l'un des grands succès remportés jusqu'ici.

La ministre et la sous-ministre, Mme Yeates, ont parlé brièvement de cybersanté tout à l'heure en répondant aux questions des membres pendant la première partie de la réunion. Même si nombreux sont ceux qui peuvent trouver inquiétant ou même frustrant de constater le faible rythme des progrès réalisés en ce qui concerne l'implantation d'un système de dossiers de santé électroniques dans tout le Canada, selon moi, les gens ont généralement le sentiment que la situation progresse bien et que les plates-formes ont été construites et commencent à être opérationnalisées assez efficacement, si bien que la situation à la fois des fournisseurs et des patients sera plus positive puisque ces derniers bénéficieront de meilleurs traitements et auront accès à de plus amples renseignements concernant les soins qu'ils reçoivent. Voilà, du moins, le point de vue du gouvernement fédéral.

Enfin, je dirais que les activités liées aux ressources humaines dans le secteur de la santé se sont révélées très efficaces. Au moment de la signature de l'accord de 2004, il est certain que les autorités étaient préoccupées par l'absence de statistiques précises sur le nombre de médecins et d'infirmiers et d'infirmières au Canada. Encore une fois, tout à l'heure et lors de réunions précédentes, on vous a présenté des statistiques sur la croissance qui a été observée à cet égard, et je ne vais donc pas insister là-dessus.

En plus de l'augmentation du nombre d'infirmières et de médecins à la fois en exercice et inscrits à divers programmes dans les écoles de médecine et de sciences infirmières, il y a eu de nombreuses autres innovations importantes. Bon nombre de provinces ont élaboré leurs propres plans relativement aux ressources humaines dans le secteur de la santé. De plus, beaucoup d'efforts ont été déployés afin de recentrer les programmes d'enseignement des écoles de médecine et de sciences infirmières sur les questions que nous examinons tout à l'heure par rapport à la continuité des soins, la nécessité de s'assurer que le bon fournisseur est retenu pour assurer les soins, et cetera. Voilà donc les trois grands éléments — la Cybersanté, les ressources humaines dans le secteur de la santé et les délais d'attente.

Quant à l'avenir, comme vous l'expliquait la ministre, les discussions avec les provinces commencent maintenant. Le travail accompli dans presque tous les domaines retenus dans le cadre de l'accord de 2004 doit se poursuivre et, selon moi, il faudra que les différentes administrations travaillent ensemble pour choisir les éléments qui leur semblent les plus importants.

Je me permets d'insister sur l'un des messages de la ministre ce matin, à savoir que, même si nous avons beaucoup insisté sur les volumes en vertu de l'accord de 2004 — plus d'infirmières, plus de

equipment, what have you — there will be a much stronger focus on value received from those investments as opposed to simply having more of all of these inputs to our health care system.

[*Translation*]

Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer, Public Health Agency of Canada: There is something that is not well understood in terms of the organization of the public health network, the National Immunization Strategy and collaborative strategies between the provinces, the territories and ourselves.

[*English*]

It is less about cost, not large investments but very strategic investments that promoted a collaborative approach to public health, whether on immunization through the Public Health Network or a range of activities and strategies that allow Canada to respond effectively to each one and to move into the declaration of prevention.

As the minister clearly indicated, all sectors are looking at how we can better move upstream going forward, how we can incent and support that. A lot of it is better ways of doing business, not simply resources. If we do not get primary care and public health right, we will have a challenge dealing with the rest.

Senator Eggleton: The minister, in her presentation this morning, talked about structural change being needed. She also mentioned that care must be better coordinated and integrated around the needs of patients, and greater use of nurses, midwives and pharmacists, instead of relying on doctors to do everything.

I want to ask you about primary care reform. I wanted to ask the minister about it, but I could only get in one question this morning.

In 2004, the first ministers agreed that 50 per cent of Canadians should have 24/7 access to multidisciplinary teams by this year. The health council reported back in 2008 that 17 per cent of Canadians had that kind of access. In 2009, they said 32 per cent of Canadians had access to more than one health care provider. It sounds like some progress, but it also sounds like a long way to go.

The committee has heard in its deliberations on this that one of the key barriers to the integration of health care providers into primary health care multidisciplinary teams are the funding models, including payment schemes for physicians, such as fee for service, capitation models and blended models.

médecins, plus de matériel médical, et cetera — il s'agira maintenant d'attacher beaucoup plus d'importance à la valeur et aux résultats de ces investissements, au lieu de simplement continuer à multiplier les intrants du système de soins de santé.

[*Français*]

Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada : Il y a quelque chose d'incompris, l'organisation du « network » de la santé publique, la stratégie nationale d'immunisation et les stratégies collaboratives entre les provinces, les territoires et nous.

[*Traduction*]

C'est moins une question de coût et de grands investissements que de s'assurer de faire des investissements stratégiques qui favorisent une approche coopérative en matière de santé publique, que ce soit par l'entremise de programmes d'immunisation qui passe par le réseau de la santé publique ou un éventail d'activités et de stratégies qui permettent au Canada de donner suite de façon efficace à chacune d'entre elles et de s'activer à mettre en œuvre les principes qui sous-tendent la Déclaration sur la prévention.

Comme la ministre vous l'a clairement expliqué, tous les secteurs conjuguent leurs efforts à l'heure actuelle afin de voir comment nous pouvons progresser effectivement en amont et quelles mesures d'incitation et d'appui s'imposent. Dans bien des cas, il s'agit simplement de changer notre façon de faire les choses — pas simplement cibler les ressources. Si nous n'arrivons pas à bien structurer les programmes de soins primaires et de santé publique, nous aurons du mal à relever les autres défis auxquels nous serons confrontés.

Le sénateur Eggleton : Dans son exposé ce matin, la ministre a évoqué les changements structurels qui sont nécessaires. Elle a également mentionné que les soins doivent être mieux coordonnés et intégrés autour des besoins des patients, ce qui veut dire un recours accru aux infirmières, aux sages-femmes et aux pharmaciens, au lieu de demander aux médecins de tout faire.

Je voudrais donc vous poser une question au sujet de la réforme des soins primaires. Je voulais en parler avec la ministre, mais je n'ai pu poser qu'une seule question ce matin.

En 2004, les premiers ministres ont convenu que, cette année, 50 p. 100 des Canadiens devraient avoir accès à des équipes multidisciplinaires 24 heures sur 24 et sept jours par semaine. Le Conseil de la santé a fait savoir en 2008 que 17 p. 100 des Canadiens bénéficiaient de ce genre d'accès. En 2009, il nous a dit que 32 p. 100 des Canadiens avaient accès à plus d'un fournisseur de soins. On dirait qu'il y a eu des progrès, mais on a également l'impression qu'il y a encore beaucoup de chemin à faire.

Dans le cadre de ses délibérations le comité a appris que l'un des principaux obstacles à l'intégration de fournisseurs de soins dans des équipes multidisciplinaires chargées d'assurer les soins primaires est le modèle de financement, y compris les régimes de rémunération des médecins, tels que la formule du paiement à l'acte, les modèles de capitation et les modèles mixtes.

What role could the federal government play in fostering discussions on best practices related to different payment schemes for health care providers to promote the development of team-based care?

Ms. Hoffman: I am happy to start with a few comments. First, I would agree with the diagnosis of the issue, that funding models, incentive regimes and so on are an impediment to team-based care. There is no question about that.

Having said that, I think we all know that the relationship among various provider communities, with each other and with their respective provincial and territorial governments with whom they negotiate on a recurring basis, their fee structures and remuneration systems, is not something that the federal government readily enters into that picture.

However, I think everyone recognizes that this is a critical issue going back now more than a decade, back to initiatives such as the Primary Health Care Transition Fund. We tried to — and I think succeeded in this — support provinces with a whole array of pilot programs related to the modernization and renovation of primary care.

We have seen over the decade that a lot of successful models have been rolled out in many provinces. It is fair to say that, by and large, people know what works. The question is: Is there the will to move forward on some of these changes?

This is an area, given the extreme sensitivities in terms of the relationship among providers, the relationship with provincial and territorial payers, where we almost have to stand by and see whether jurisdictions actually want us involved in some way. Is there some manner in which they would say, “We can be helpful”? It is certainly not for the federal government to say, “Here is the best remuneration model” or “Here is the best means by which to move family health teams,” who may provide coverage in a jurisdiction for, say, 10 or 15 per cent of the population, to tell them how best to move that to the 50 per cent benchmark. That is just a milestone, not the complete picture.

That is a conversation we are prepared to have with provinces and territories and national provider groups, but it is not something that could be mandated from the federal side.

Senator Eggleton: You can say that about a lot of other things in here, yet in 2004 the federal government did provide incentives in things like wait times and other areas as well to the provinces and came up with an agreement with the provinces. It was a partnership. It was not being imposed by the mighty federal government. I am concerned when you use the words “stand by,”

Quel rôle le gouvernement pourrait-il jouer pour ce qui est de faciliter les discussions sur les pratiques exemplaires relativement aux régimes de rémunération des fournisseurs de soins, et ce afin de promouvoir la mise sur pied d'équipes soignantes?

Mme Hoffman : Je pourrais peut-être commencer par faire quelques brefs commentaires. Premièrement, je suis d'accord avec ce diagnostic, à savoir que les modèles de financement, les régimes d'incitation, et cetera. constituent un obstacle à la mise sur pied d'équipes soignantes. Voilà qui est tout à fait certain.

Cela dit, je crois que nous savons tous que les relations entre les divers groupes de fournisseurs, ainsi qu'entre eux et leurs gouvernements provinciaux et territoriaux respectifs, avec lesquels ils négocient régulièrement leurs barèmes tarifaires et leur systèmes de rémunération, ne sont pas un domaine où le gouvernement fédéral accepte volontairement de jouer un rôle.

Par contre, depuis plus de 10 ans, si on remonte à l'époque d'initiatives telles que le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, tout le monde reconnaît que cette question revêt une importance critique. Nous avons essayé — et je dirais que nous y sommes parvenus — à soutenir les provinces par rapport à tout un éventail de projets pilotes liés à la modernisation et la transformation des soins primaires.

Au cours de cette décennie, bon nombre de modèles ont été implantés dans bien des provinces qui ont connu un très grand succès. Il est juste de dire que, en général, les gens savent à présent ce qui marche. La question est de savoir si les parties prenantes ont la volonté d'opérer certains de ces changements.

C'est un domaine, vu les grandes sensibilités entourant la relation entre les fournisseurs et leurs relations avec les payeurs provinciaux et territoriaux, où nous sommes plus ou moins obligés de rester sur la touche et d'attendre de voir si les provinces et territoires souhaitent qu'on participe d'une manière ou d'une autre. Est-il possible qu'ils nous disent qu'on pourrait leur être utile par rapport à certains éléments? Il n'appartient certes pas au gouvernement fédéral de leur dire : « Voici le meilleur modèle de rémunération » ou encore « Voici le meilleur moyen de faire en sorte que les équipes de soins familiaux », dont les services ne visent peut-être que 10 ou 15 p. 100 de la population, réussissent à faire passer cette proportion à 50 p. 100. Ce n'est qu'une étape parmi d'autres, mais cela ne représente pas la totalité du travail à accomplir.

Nous sommes tout à fait disposés à en discuter avec les provinces et les territoires ainsi que les groupes nationaux qui représentent les fournisseurs de soins, mais ce n'est certainement pas quelque chose qui pourrait être mandaté par les autorités fédérales.

Le sénateur Eggleton : On peut faire valoir ce même argument pour beaucoup d'autres éléments qui se trouvent ici mais, malgré tout, en 2004, le gouvernement fédéral a donné des incitations par rapport aux délais d'attente ainsi que dans d'autres domaines et il a bel et bien conclu un accord avec les provinces. C'était un partenariat. Ce n'était pas le gouvernement fédéral tout-puissant

because if we want to see structural changes and improvements in how this system helps people out there, if we want to see a patient centre, I think we have to be part of that partnership approach.

Not only that, the federal government is itself a major provider of health care. We sit with the provinces also in that regard, such as the Aboriginal community and the military community, as examples. I would hope the federal government could put this on the table for discussion on how we can come to a partnership arrangement with the provinces and how to reform the primary care system.

Ms. Hoffman: When I say “stand by,” what I meant was as you described: We will not dictate to the provinces in how to move forward. If provinces have ideas that extend beyond their own jurisdictional borders, I think, as you said aptly about wait times, that collective effort will move things forward. There is no question we are prepared to be part of that. Part of the frustration of the last decade is that with all the focus and attention on primary health care, all the experimentation and pilot projects that we endlessly supported, as you remarked and as the health council reported, there is progress but it is not happening at the pace it should. The consequences are not just with respect to the quality and accessibility of care, but also cost. We are not delivering primary care in the most effective and efficient way. We know that.

Dr. Butler-Jones: In terms of the federal government and models of multi-disciplinary care, whether it is First Nations using different levels and different kinds of health providers or in the military, good models, as Ms. Hoffman identified, there are a lot of good models out there. It is more about the issue of application. That is a question in terms of whether there are incentives that will assist that in practical ways.

I think I mentioned this the last time, one of the biggest barriers I had to primary care reform in Saskatchewan was an agreement between the government and the medical association that you could not actually come into the province or graduate and start out in a multi-team practice. You had to build a fee-for-service practice first before you could do that, which meant you did not do that. That was a government-instituted structural barrier.

The other thing I experienced is some of the faculties of these multi-disciplinary teams did not want their students studying with students from other faculties because they did not want them, in effect, in my view, contaminated by the views of other professions. We have to train them together in order to do that.

qui imposait quoi que ce soit aux provinces. Je trouve inquiétant que vous disiez que le gouvernement fédéral pourrait « rester sur la touche » parce que, si nous voulons opérer des changements structurels et améliorer le fonctionnement du système de soins de santé, et si nous voulons que le système soit axé sur le patient, nous devons faire partie d'un véritable partenariat.

De plus, le gouvernement fédéral constitue un important fournisseur de soins de santé. À ce chapitre, nous nous asseyons avec les provinces, en tant que fournisseur de soins auprès des collectivités autochtones et les forces armées, par exemple. J'espère donc que le gouvernement fédéral soulèvera la question de savoir comment nous pourrions établir un partenariat avec les provinces en vue de réformer le système des soins primaires.

Mme Hoffman : Quand je disais que nous devrions rester « sur la touche », j'allais dans le même sens que votre description, à savoir que nous n'allons pas imposer une façon de faire aux provinces. Si les provinces ont des idées qui dépassent les limites de leurs pouvoirs, je pense, comme vous l'avez si bien dit en parlant des délais d'attente, que nos efforts collectifs permettront effectivement de faire progresser la situation. Il ne fait aucun doute que nous sommes prêts à participer à de tels efforts. Si l'activité de la dernière décennie, pendant laquelle nous avons porté énormément d'attention à la question des soins primaires, a causé certaines frustrations, c'est parce que, la multiplicité d'expériences et de projets pilotes que nous avons financés, comme vous et le Conseil de la santé nous l'ont fait remarquer, il y a eu des progrès, mais le rythme de ces progrès n'est pas suffisant. Les conséquences de cela concernent non seulement la qualité et l'accessibilité des soins, mais aussi le coût. Nous n'assurons pas les soins primaires de la manière la plus efficace et efficiente possible, et nous en sommes conscients.

Dr Butler-Jones : En ce qui concerne l'action fédérale et les différents modèles de soins multidisciplinaire, que ce soit les Premières nations ou les Forces armées qui ont différents niveaux et différents types de fournisseurs de soins, comme Mme Hoffman l'a signalé, il existe toutes sortes de bons modèles. C'est plutôt une question d'application. Il s'agit de savoir s'il existe des incitations qui favoriseront leur utilisation de manière pratique.

Je crois avoir déjà mentionné cela la dernière fois, c'est-à-dire que l'un des plus importants obstacles à la réforme des soins primaires en Saskatchewan était un accord entre le gouvernement et l'association médicale en vertu duquel un diplômé ou une personne récemment établie dans la province ne pouvait pas lancer sa carrière dans une pratique regroupant de multiples équipes. Il fallait d'abord établir une pratique axée sur le paiement à l'acte, ce qui voulait dire en réalité que ce n'était pas possible. Là il s'agissait d'une barrière structurelle créée par le gouvernement.

L'autre chose que j'ai observée, c'est que les facultés de ces équipes multidisciplinaires ne souhaitaient pas que leurs étudiants soient mêlés à des étudiants d'autres facultés, parce qu'elles ne voulaient pas, selon moi, que ces derniers soient contaminés par les opinions d'autres professions. Donc, il faut former ensemble si nous voulons créer des équipes multidisciplinaires.

Whatever the incentives, whatever the benefit, if we do not have professions that want to work together or governments and professional associations that minimize the barriers to working together, that is what it is. No federal government can do that. It requires a common cause, a common view and application strategies.

One thing we can do is sharing best practices and ensuring people are aware of what works, why and how.

The Chair: We will move on but, before I do, you have been following the proceedings so you know this issue has come up of the many silos and many jurisdictions that all point to somewhere else are saying this is a key issue. I think they are, as Senator Eggleton suggested, looking to someone taking the leadership role to do that. We do hear, on an ongoing basis, that there may be a role for that federal player. We will not prolong that discussion now, but it is fair to say that is an issue for us.

[Translation]

Senator Verner: Earlier, I had an opportunity to talk about accountability with the minister. What I wanted to ask was this: although Quebec has a separate agreement, how do you think we can approach the question of accountability with that province so that it is more accountable under a renewed accord?

Ms. Hoffman: Thank you for your question.

[English]

I will not comment in any depth about the agreement with Quebec or, for that matter with the provinces collectively, on this front. The government has said there will be, as there was in 2004, a separate agreement with Quebec. I think it is fair to say that in any conversations around the accord, as the minister indicated earlier, the issue of accountability will be very much front and centre.

If one reflects on the 2004 accord, there were at least half a dozen places in the accord, and this would have had general application to all partners in the accord, at least a half dozen references to the development of indicators and to reporting. Some of that reporting occurred, some of it did not.

Just from a purely personal standpoint, gauging the mood across the country and what kind of opinion leaders and decision makers in the health system are expressing, the entire environment around accountability and reporting is much stronger than it was

Mais, quels que soient les incitations ou les avantages, si les professions ne veulent pas collaborer et si les gouvernements et les associations professionnelles ne cherchent pas à minimiser les obstacles à leur collaboration, c'est cela que vous allez avoir. Aucun gouvernement fédéral n'est en mesure de réaliser une telle chose. Il faut que les parties prenantes aient les mêmes objectifs, les mêmes perceptions et les mêmes stratégies d'application.

Par contre, il y a une chose que nous pouvons faire : échanger les pratiques exemplaires et nous assurer que les gens sont au courant de ce qui marche, pourquoi cela marche et comment.

Le président : Nous allons continuer mais, avant de le faire, vous devez savoir, puisque vous avez suivi nos délibérations, qu'il a été question ici du problème du cloisonnement, et de nombreuses administrations nous ont fait savoir qu'il s'agit là d'une question clé. Comme le disait le sénateur Eggleton, ces dernières souhaitent que quelqu'un joue un rôle de chef de file à cet égard. Donc, on nous a dit à de plusieurs reprises que le gouvernement fédéral aurait peut-être un rôle à jouer dans ce contexte. Nous n'allons pas nous éterniser là-dessus, mais il est certain que cela constitue un enjeu important pour nous.

[Français]

Le sénateur Verner : J'ai eu l'occasion de discuter avec la ministre un peu plus tôt d'imputabilité, de reddition de comptes, devrais-je dire. Ce que je souhaitais poser comme question, bien que le Québec dispose d'une entente particulière, comment pensez-vous que nous pourrions aborder la question de reddition de comptes avec cette province afin qu'elle soit davantage imputable concernant le renouvellement de l'accord?

Mme Hoffman : Merci pour votre question.

[Traduction]

Je n'ai pas l'intention de commenter longuement l'accord conclu avec le Québec à cet égard, ni même celui conclu avec les provinces collectivement. Le gouvernement a déclaré qu'il y aura un accord distinct avec le Québec, comme ce fut le cas en 2004. Je ne crois pas me tromper en vous disant que, comme la ministre l'a signalé tout à l'heure, la question de la responsabilisation sera vraiment au cœur des discussions au sujet de l'accord.

Quand on pense à l'accord de 2004, il y avait, en réalité, au moins une demi-douzaine de mentions dans l'accord — et il se serait agi de mesures d'application générale à toutes les parties à l'accord — donc, dis-je, il y avait au moins une demi-douzaine de mentions de l'élaboration d'indicateurs et des rapports à présenter. Certains de ces rapports ont vu le jour, d'autres non.

Si je peux me permettre de vous présenter un point de vue purement personnel, si je me fonde sur le climat qui caractérise actuellement le pays et ce que disent les guides d'opinion et les décideurs du système de soins, l'ensemble des mécanismes liés à la

before. It goes back to this issue I raised earlier, and that the minister touched on, on the volume versus value perception.

What will it look like? We cannot say. Will accountability play prominently? I think virtually everyone wants that to happen.

Senator Seidman: I suppose I might be continuing this whole conversation about integrated care which keeps recurring.

Dr. Butler-Jones, you talked about, as the minister did, prevention-oriented models of care and how important it was to move from an illness model to a different kind of model. You yourself talked about the necessity of going upstream, that we better look at that, it is the future of having a quality health care system.

I would like to ask a question about home care, actually, which in many respects is a prime example of good integrated care, if it works well. It must be integrated into a primary care system in a way and can certainly help keep seniors out of the hospital system.

I am trying to remember if we heard about this in our hearings. I know as part of the 10-year plan, the first ministers agreed to provide first dollar coverage for certain home care services based on assessed needs by 2006. Those services included short-term acute home care, short-term community mental health care and end-of-life care. Although they were supposed to report under the 10-year plan, the health ministers were supposed to report to the first ministers on a staged implementation of the home care commitment by December 31, 2006, it appears no report has been published and none is publicly available.

I would like to know if there was indeed a report on the staged implementation of home care commitments, and, if so, what were the findings?

Ms. Hoffman: I can regrettably give you a short answer to your question. There was not a report filed as called for in the accord. That was largely because jurisdictions could not really come to terms on what they thought the appropriate measures and indicators were. Unfortunately, it will be after the Senate files its report on progress under the accord, but the health council, in early 2012, will be issuing a report on home care and progress relative to the 2004 accord commitments, among other things.

responsabilisation et à la présentation de rapports est plus fort actuellement qu'il ne l'était précédemment. Cela rejoint ce que je disais tout à l'heure, et ce dont vous a parlé la ministre : la quantité par rapport à la valeur et les perceptions des uns et des autres à ce sujet.

En quoi tout cela consistera-t-il? Nous ne pouvons le dire. La responsabilisation en sera-t-elle une composante importante? Personnellement, je crois que tout le monde souhaite que ce soit le cas.

Le sénateur Seidman : Je suppose que c'est moi qui poursuis toute la discussion sur les soins intégrés qui revient constamment sur le tapis.

Docteur Butler-Jones, vous et la ministre avez parlé de modèles de soins axés sur la prévention et de la nécessité de passer d'un modèle axé sur les maladies à un autre type de modèle. Vous-même avez parlé de la nécessité d'agir en amont et d'examiner les possibilités qui se présentent, car c'est ainsi que nous pourrions garantir la qualité future de notre système de soins de santé.

J'aimerais vous poser une question au sujet des soins à domicile; à bien des égards, ces derniers constituent un excellent exemple de soins intégrés, s'ils donnent de bons résultats. Ce genre de soins doit absolument être intégré dans le système de soins primaires de façon à aider les aînés à éviter d'être soignés en milieu hospitalier.

J'essaie de me rappeler si nous avons entendu parler de cela pendant nos audiences. Je sais que, dans le cadre du plan décennal, les premiers ministres ont accepté de payer les cotisations à partir du premier dollar pour certains services à domicile, et ce en fonction des besoins évalués en 2006. Ces services comprenaient les soins à domicile aigus de courte durée, les services de santé mentale de courte durée en milieu communautaire et les soins de fin de vie. Même s'ils devaient présenter un rapport conformément au plan décennal, et que les ministres de la Santé devaient déposer leur rapport devant les premiers ministres au plus tard le 31 décembre 2006, on dirait qu'aucun rapport n'a été publié et qu'il n'en existe non plus qui soit mis à la disposition du public.

Je voudrais donc savoir s'il y a bel et bien eu un rapport sur le respect progressif des engagements pris en matière de soins à domicile et, dans l'affirmative, quelles en ont été les conclusions?

Mme Hoffman : Malheureusement, je ne peux pas vous donner une réponse courte. Malgré ce que prévoyait l'accord, un rapport n'a pas été déposé. C'est surtout parce que les différentes administrations n'arrivaient pas à s'entendre sur ce en quoi consisteraient les mesures et indicateurs appropriés. Donc, c'est lors du dépôt du rapport du Sénat concernant les progrès réalisés en vertu de l'accord qu'on en saura davantage, mais il reste que, au début de 2012, le Conseil de la santé diffusera un rapport sur les soins à domicile et les progrès réalisés par rapport aux engagements pris en vertu de l'accord de 2004.

What we do know is that the access to short-term, post-acute home care is not uniformly delivered in precisely the same way across the country, but considerable progress has been made there, and also with respect to some home palliative care services.

The mental health home care commitment that you spoke about has been less well accomplished at this stage. Just thinking about the future, there is no question that pretty well everyone is talking about trying to move care to places where, first, it is better suited to patients and is also more efficient and/or integrated. That means for most people, particularly those with chronic disease or elderly people with multiple, chronic disease situations, care in the home. I think we can expect to hear more about that, going forward.

Dr. Butler-Jones: In one of my previous lives in a couple of regions I actually ran home care. One of the challenges goes back to something we talked about previously, which is the system of care. Not just in a medical way, but the kinds of supports to individuals, families, et cetera, that allow them to stay at home when it is appropriate — it is not always appropriate — to get out of hospital or institution earlier, to have the appropriate level of care.

Even in home care, I remember when the only time the home care nurses would talk to a family about smoking in the house was if there was oxygen. Now that is a teachable moment and opportunity, saying this in the clinical setting.

It is thinking about what the supports are to do that. When we built up home care, it is not in and of itself. It needs to be part of a linked system of care and it needs to be appropriate to the needs. Again, because it grew out of the health system, in many jurisdictions the criteria are based on health needs. If you do not have a bandage that needs replacing, there may not be other supports.

Sometimes it is simple. I remember when the veterans administration in the United States had a program for vets living isolated or at home, elderly, et cetera, and they would get a phone call every couple of weeks from a nurse who would ask them how they were doing, if they were taking their medications, if they had any questions, et cetera. What they found was they had less hospitalization, fewer visits to emergency, better management of their conditions, and they loved the system because someone was paying attention. That is low cost and simple.

Ce que nous savons, c'est que l'accès aux soins à domicile en phase post-aigüe n'est pas uniforme d'un bout à l'autre du Canada, même si des progrès considérables ont été réalisés, et il en va de même pour certains soins et services palliatifs à domicile.

Les services de santé mentale à domicile que vous avez évoqués sont moins développés pour le moment. Quant à l'avenir, il ne fait aucun doute que presque tout le monde parle de la nécessité de déplacer les soins vers les milieux où, premièrement, ils seront mieux adaptés aux besoins des patients et, deuxièmement, plus efficaces ou plus intégrés. Cela signifie que, pour la plupart des gens, notamment ceux qui sont atteints de maladies chroniques, ou encore des aînés qui ont de multiples maladies chroniques, que les soins sont assurés à domicile. Je pense que nous pouvons nous attendre à ce qu'il y ait plus de discussion à ce sujet dans les mois qui viennent.

Dr Butler-Jones : Dans une de mes vies antérieures, il se trouve que j'étais responsable des soins à domicile dans une ou deux régions. L'un des défis auxquels j'ai été confronté rejoint quelque chose dont nous avons parlé tout à l'heure, à savoir le système de soins. Non pas dans le sens médical, mais plutôt du point de vue des mesures de soutien qui sont à la disposition des particuliers et des familles et qui leur permettent de rester à la maison quand c'est approprié — alors que ce n'est pas toujours le cas — ou encore de sortir de l'hôpital ou d'un établissement plus tôt, tout en recevant les soins appropriés.

Même par rapport aux soins à domicile, je me souviens de l'époque où les infirmières qui assuraient les soins à domicile ne parlaient aux membres de la famille du fait de fumer à la maison que si le patient avait besoin d'oxygène. Maintenant c'est quelque chose qu'on enseigne aux praticiens en leur disant que c'est l'occasion d'en parler dans un contexte clinique.

Il s'agit de réfléchir aux mesures de soutien qui permettront d'y parvenir. Nous avons pris la décision d'élargir le système de soins à domicile, mais ces derniers ne suffisent pas à eux seuls. Ils doivent faire partie intégrante d'un système complet de soins qui correspondent aux besoins. Encore une fois, comme tout cela a découlé du système de soins, dans bien des provinces et territoires, les critères sont axés sur les besoins sanitaires. Donc, si vous n'avez pas besoin de faire remplacer un pansement, il est possible que d'autres mesures de soutien ne soient pas disponibles.

Parfois la solution est simple. Je me souviens de l'époque où l'administration chargée des anciens combattants aux États-Unis avait institué un programme à l'intention des anciens combattants qui vivaient isolés chez eux ou encore qui étaient âgés et, en vertu de ce programme, ces derniers recevaient un coup de fil toutes les deux semaines d'une infirmière qui leur demandait comment ils allaient, s'ils prenaient leurs médicaments, s'ils avaient des questions à poser, et cetera. Ils ont justement constaté que ces personnes étaient moins souvent admises à l'hôpital, allaient moins souvent à l'urgence, et que leurs problèmes de santé étaient mieux gérés et eux-mêmes adoraient ce système parce que quelqu'un s'occupait d'eux. Voilà une solution simple à faible coût.

Again, it is about balancing the interventions. Sometimes we give, to who is eligible, everything, and then when you only need a little support you are not eligible because you do not have this level of acuity. It is thinking more comprehensively about the system moving forward.

Senator Eaton: Following on my colleague's question to you, Dr. Butler-Jones, do you think the next health accord should have a health management system in place for our aging population? Are you taking that into consideration?

Dr. Butler-Jones: Again, one of the struggles for us, as federal public servants who are part of a system where there are federal and provincial responsibilities, is the accord is obviously a political agreement at the end of the day and what will determine that. The accord is a piece that can facilitate change or not.

Clearly, the issue, as Ms. Hoffman alluded to earlier, and the minister did, different jurisdictions will need to respond differently, based on their situation. Having said that, one of the things that will be critical is that we are contemplating and thinking about the aging population, the nature of the population that we are facing, and in rural areas there are very different challenges than in urban ones. Sometimes it is just a matter of access to bus service as a key component of health for the elderly, or some way to access transit, et cetera.

Those must be key considerations of the implementation of whatever we do, whether it is in the accord or not.

Senator Eaton: Following up on my question to the minister this morning about providing health care in isolated regions, are you putting more resources or are you building on? Do you see telehealth as being something that will be used more and more in isolated regions so people can access the best care and not have to move?

Dr. Butler-Jones: Even in non-isolated regions, I would argue these technologies and approaches — for example, nurse practitioners, when I was doing primary care I did not argue that you need a nurse practitioner because you do not have a doctor. You need a nurse practitioner because they are actually better for a number of things than a physician. Having an appropriate team approach should be in the urban centres as well as in rural centres. The ratio of what kinds of expertise you will have will be different.

The same is true for telehealth. If you are a physician practising in Toronto, you have access to modules, tools, expertise, et cetera, without actually having to go across the city or to another city.

Encore une fois, il s'agit d'établir le juste équilibre entre les diverses interventions. Parfois nous assurons à ceux qui sont admissibles toute une panoplie de soins et de services, pour ensuite leur dire quand ils ont besoin d'un minimum de soutien, qu'ils n'y ont pas droit parce que leur problème de santé n'est pas suffisamment aigu. Il s'agit désormais de définir nos actions en fonction d'un système plus global.

Le sénateur Eaton : Pour faire suite à la question que vous a posée ma collègue, docteur Butler-Jones, pensez-vous que le prochain accord sur la santé devrait prévoir un régime de gestion des soins à l'intention de notre population vieillissante? Est-ce quelque chose que vous avez envisagé?

Dr Butler-Jones : Encore une fois, l'une des difficultés pour nous, qui sommes fonctionnaires fédéraux et faisons partie d'un système qui englobe à la fois des responsabilités fédérales et provinciales, est le fait que l'accord repose en fin de compte sur un consensus politique et les éléments qui permettent de dégager ce consensus. Ainsi l'accord peut ou non faciliter le changement.

Comme Mme Hoffman, de même que la ministre, vous l'expliquaient tout à l'heure, les autorités des provinces et territoires devront définir leurs interventions différemment, en fonction de leur situation. Cela dit, un élément critique pour nous est notre réflexion concernant le vieillissement de la population, la nature de la population actuelle et le fait que les enjeux sont fort différents selon que nous parlons du milieu rural ou du milieu urbain. Parfois il suffirait simplement d'assurer l'accès au service d'autobus pour améliorer l'état de santé des aînés, ou de leur fournir un moyen d'accéder au service de transport en commun, et cetera.

Ces considérations doivent constituer une priorité dans la mise en œuvre de toute initiative que nous pourrions mettre en œuvre, qu'elle fasse ou non partie de l'accord.

Le sénateur Eaton : Pour faire suite à la question que j'ai posée à la ministre ce matin sur la prestation des soins dans les régions isolées, comptez-vous y consacrer plus de ressources ou plutôt tirer le meilleur parti possible de celles qui existent? En ce qui vous concerne, la cybersanté constitue-t-elle un mécanisme qui sera utilisé de plus en plus dans les régions éloignées, afin que les résidents puissent avoir accès aux meilleurs soins possibles sans avoir à se déplacer?

Dr Butler-Jones : Même dans les régions non éloignées, il me semble que ce genre de technologie et d'approche — je pourrais citer l'exemple des infirmières praticiennes. Quand j'assurais des soins primaires, je n'étais pas contre l'idée qu'un patient puisse être soigné par une infirmière praticienne s'il n'avait pas de médecin. En fait, un patient peut avoir besoin d'être soigné par une infirmière praticienne parce que cette dernière est mieux placée pour assurer certains soins qu'un médecin. L'approche basée sur le travail d'équipe devrait être adoptée dans les centres urbains de même qu'en milieu rural. Les types d'expertise qui caractériseront les équipes seront différents selon le milieu.

Il en va de même pour la télésanté. Si vous êtes médecin en exercice à Toronto, vous avez accès à des modules, à des outils, à différents types d'expertise, et ainsi de suite, sans avoir à traverser

Often in small urban areas, such as Saskatoon, they will never have the level of expertise in all specialties because it is not appropriate and they cannot maintain their skills. You still need access in Saskatoon to the pediatric neurosurgeon and their expertise in Edmonton, for example, without having to fly or drive the patient there. I think these tools will be essential, moving forward.

A quick example is the Isle of Skye, in Scotland. Someone I was travelling with fell off the bed and broke her hip. She was able to be diagnosed in the little clinic on the Isle of Skye, the X-ray electronically seen in Inverness, and she was able to be evacuated out for the diagnosis and appropriate treatment. That is the kind of thing we should look forward to anywhere in this country.

Ms. Hoffman: On the subject of telehealth in rural and remote areas, a large component of what we are doing with respect to First Nations health is providing services and developing telehealth systems for Aboriginal communities that are very remote and operating in much the manner that Dr. Butler-Jones describes.

Senator Eaton: Will you use the B.C. Aboriginal health accord that the minister was talking about as a model for other provinces and other Aboriginal communities?

Ms. Hoffman: That remains to be seen. There were certain preconditions in B.C. that made that tripartite arrangement feasible. We are having preliminary discussions with some other jurisdictions, but that really requires the federal government, provincial government and First Nations health authorities to be at a point where that is a viable subject to bring forward. That will evolve over time.

Dr. Butler-Jones: It has huge potential.

Senator Merchant: My own inquiry is about the difference in quality of health care in lesser populated and remote areas. For example, in British Columbia, they have multi-tier hospitals. If there are pregnancy problems, the required standard is to have a specialist at the mother's side in nine minutes. This means a specialist in the hospital. The next tier is a specialist in 30 minutes. That means an immediate call to drive to the hospital. Women with high-risk pregnancies are sent to these first-tier hospitals.

You mentioned, Dr. Butler-Jones, that lesser populated areas, like Regina and Saskatoon, can neither afford or maybe cannot attract a sufficient number of specialists to have these kinds of first-tier hospitals as they have in British Columbia. I am not

toute la ville ou aller dans une autre ville. Il arrive souvent dans les petits centres urbains qu'il n'y ait pas le même degré d'expertise dans toutes les spécialités parce que ce n'est tout simplement approprié et les praticiens ne peuvent pas maintenir leurs compétences. Par contre, un patient à Saskatoon a tout de même besoin d'avoir accès à l'expertise d'un neurochirurgien pédiatrique à Edmonton, par exemple, sans avoir à prendre l'avion ou s'y rendre en voiture pour le consulter. Selon moi, ces outils seront essentiels dans les années qui viennent.

Un exemple rapide serait l'île de Skye, en Écosse. Une personne avec qui je voyageais est tombée du lit et s'est cassé la hanche. Elle a pu être diagnostiquée à la petite clinique de l'île de Skye, sa radio ayant pu être examinée par voie électronique à Inverness, et elle a ensuite été évacuée pour fins de diagnostic et de traitement approprié. Voilà le genre de choses qui devraient être possibles dans l'ensemble du Canada.

Mme Hoffman : En ce qui concerne la télésanté en milieu rural et dans les régions éloignées, une bonne partie de nos activités relatives aux services de santé dans les Premières nations consiste à assurer des services et à élaborer des systèmes de télésanté à l'intention des collectivités autochtones très éloignées, qui fonctionnent un peu de la même manière que le système que vous a décrit le Dr Butler-Jones.

Le sénateur Eaton : Allez-vous vous servir de l'accord-cadre de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières nations, dont nous parlait la ministre, comme modèle à appliquer aux autres provinces et dans d'autres collectivités autochtones?

Mme Hoffman : Cela reste à voir. Dans le cas de la Colombie-Britannique, il existait certaines préconditions qui ont rendu possible cet accord-cadre tripartite. Nous avons entamé des discussions préliminaires avec d'autres provinces, mais il faudra que le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial concerné et les autorités sanitaires des Premières nations aient fait progresser suffisamment les discussions pour que ce sujet-là puisse être abordé. C'est quelque chose qui évoluera avec le temps.

Dr Butler-Jones : C'est quelque chose qui présente un énorme potentiel.

Le sénateur Merchant : Ma question concerne les différences qui peuvent exister dans les régions moins peuplées et éloignées en ce qui concerne la qualité des soins de santé. En Colombie-Britannique, par exemple, les hôpitaux peuvent assurer des services de différents niveaux. Quand une patiente a des problèmes pendant sa grossesse, selon la norme qui a été établie, un spécialiste doit pouvoir être aux côtés de la mère dans neuf minutes. Cela veut donc dire un spécialiste en milieu hospitalier. Le niveau suivant prévoit qu'un spécialiste soit disponible en 30 minutes. Cela signifie que la patiente doit immédiatement se rendre à l'hôpital. Les femmes ayant des grossesses à risque élevé sont envoyées aux hôpitaux de premier niveau.

Docteur Butler-Jones, vous disiez que dans les régions moins peuplées, comme Regina et Saskatoon, les autorités n'ont pas les moyens ou ne réussissent pas à attirer un nombre suffisant de spécialistes pour créer des hôpitaux de premier niveau comme

suggesting that people everywhere can get the highest level of Canadian health care. It may be too costly and too specialized. I have in mind the statistics that we see in the media about the high rate of First Nations and Inuit infant mortality where people live in remote areas.

My question is the following: Is it possible for you to provide us, perhaps in general terms now and in writing later, any insights by statistics on the difference in quality compared to the difference in cost of medical care, both in Canada and comparing Canada?

For instance, Switzerland provides the best health care in the world and many of the cantons are remote, but at what cost? Do you chart quality by nations and by areas in Canada? How is quality of health care, not quantity, tracked? This refers to getting wait times down, which you have heard over and over again, is quantity, is more operations.

How is quality tracked, statistics on success of health care, and can you correlate that cost by region?

Dr. Butler-Jones: Perhaps Ms. Hoffman can speak to that, but if I may start. One of the things is being careful about what we mean by quality of care and looking at outcomes. For instance, Saskatchewan, in the early 1990s, closed some 40 rural hospitals and converted them to long-term care facilities and local clinics, et cetera. When it was studied some time later, the health improvement in those communities surpassed the general population, and the worst data was in the communities wherein if you were able to close or convert the hospital, they actually had the worst outcomes.

Therefore, having a hospital and having doctors locally does not necessarily translate into health. We have models around the world where we see it is really about appropriate capacity. It is not about having all the specialists but appropriate care to deal with the majority of issues and a system that can get you to where higher level care is required. The vast majority of the things that kill us do so in a chronic way. It is not just about emergency situations. You need that capacity, and just having a hospital does not necessarily guarantee that capacity.

ceux qui existent en Colombie-Britannique. Je ne prétends pas que tous les Canadiens, où qu'ils habitent, devraient pouvoir accéder au niveau le plus élevé de soins de santé au Canada. Cela peut coûter trop cher et supposer l'accès à des services trop spécialisés. J'ai plutôt à l'esprit les statistiques dont il a été question dans les médias au sujet du taux élevé de mortalité infantile dans les collectivités éloignées des Premières nations et inuites.

Ma question est donc la suivante : vous serait-il possible de nous éclairer, au moyen de statistiques, peut-être de façon générale maintenant et par écrit plus tard, sur les différences qui existent au Canada et ailleurs en ce qui concerne la qualité des soins par rapport au coût de ces soins?

Par exemple, la Suisse offre les meilleurs soins de santé du monde alors que bon nombre des cantons sont éloignés, mais à quel coût? Suivez-vous la qualité des soins dans les différents pays et les diverses régions du Canada? Comment faites-vous pour évaluer la qualité, par rapport à la quantité, des soins de santé? Il s'agit de réduire les délais d'attente et, comme vous l'avez entendu dire à maintes reprises, cela correspond davantage à une question de quantité — c'est-à-dire, plus d'interventions.

Comment faites-vous pour évaluer la qualité des soins et les statistiques sur le succès qu'on attribue à un système de santé, et êtes-vous en mesure d'établir des corrélations avec le coût, par région?

Dr Butler-Jones : Mme Hoffman peut peut-être vous donner quelques détails à ce sujet, mais je vais commencer, si vous me permettez. Premièrement, il faut s'assurer, quand on parle de la qualité des soins, de savoir de quoi on parle et de s'intéresser surtout aux résultats. Par exemple, la Saskatchewan a décidé au début des années 1990 de fermer une quarantaine d'hôpitaux ruraux et de les convertir en établissements de soins de longue durée, en cliniques locales, ou ce genre de choses. Quand les résultats ont été examinés quelques temps plus tard, il a été constaté que l'amélioration était telle que l'état de santé des résidents de ces localités était supérieur à celui de la population générale, et que les pires résultats concernaient d'autres localités où on aurait pu fermer ou convertir l'hôpital... ce sont ces dernières qui ont obtenu les pires résultats.

En conséquence, le fait d'avoir un hôpital et des médecins au sein de la localité ne signifie pas nécessairement que les gens sont en meilleure santé. Il existe des modèles un peu partout dans le monde qui sont vraiment axés sur la nécessité de créer partout la capacité appropriée. Il ne s'agit pas d'avoir des spécialistes partout, mais plutôt d'assurer des soins d'un niveau approprié à la population afin de régler la majorité des problèmes qui se présentent et de créer un système qui permet d'accéder à un niveau supérieur de soins de santé quand il le faut. La grande majorité des problèmes de santé qui finissent par nous tuer sont des maladies chroniques. Nous ne parlons pas simplement de situations d'urgence. Il faut posséder la capacité appropriée, et le fait d'avoir un hôpital ne signifie pas nécessairement que vous l'avez.

It is about appropriate levels of care and a steeped approach that allows the appropriate things needed to that level. Having more, for example, obstetricians, at least in the past, has translated into more caesarean sections, not necessarily better outcomes.

Ms. Hoffman: In response to part of your question, which is whether people are paying attention to comparisons within Canada or internationally, yes, we absolutely are. Senator Ogilvie might be interested to know that the OECD issued their report entitled *Health at a Glance*. It is not really at a glance; it is a bone-crushing set of data. It provides insight.

We all know that there are different measures and different ways of collecting data. You can interpret that and draw conclusions in general about the appropriateness of the care, about outcomes, about the efficiency, about its accessibility and timeliness. You can learn something. Whether or not you can actually say that a region, as you suggest in Switzerland, compared with a health region say in Canada spending more or less, looking at the results on whether these parameters are delivering better care is quite difficult to determine. However, quality councils in provinces, the Health Council at the national level, the Canadian Institute of Health Information and all kinds of academics and other observers spend a lot of time looking through that data trying to figure out what we can learn there that might have application.

If you look at the per capita spending in different age groups across Canada, it varies quite dramatically. People would also observe that the spending and ultimately the health outcomes and the appropriate interventions are not linked to spending, in some cases not at all.

There are conclusions to be drawn and things to be learned, but there are not really internationally agreed-upon comparable measures.

Dr. Butler-Jones: For example, when cataracts were reviewed in Vancouver, one quarter of cataract surgeries ended up with worse vision. How can you end up with worse vision if you have cataract surgery? It is because you did not have a bad cataract, you were quite functional, but because you had a cataract, you had access to the surgery, so you had the surgery. It was not a disability, but now because of the consequence of surgery, your vision is worse.

It is not about not needing the specialists; we need the specialists and a system that has access to them when we need them at the appropriate time.

Donc, le système doit s'articuler autour de niveaux appropriés de soins et une approche progressive qui permet d'assurer les soins les plus adéquats selon le niveau visé. Nous avons constaté par le passé que lorsque les gens ont accès à des services plus spécialisés — des obstétriciens, par exemple — le résultat est un accroissement des césariennes, mais pas nécessairement de meilleurs résultats.

Mme Hoffman : Si je peux me permettre de répondre à une partie de votre question, concernant le fait de savoir si l'on tient compte de comparaisons entre le Canada et d'autres pays, je peux vous dire que oui, nous suivons de telles comparaisons. Le sénateur Ogilvie voudrait peut-être savoir que l'OCDE a publié son rapport *Panorama de la santé*. En fait, ce n'est pas juste un panorama; il s'agit d'un ensemble exhaustif de données qui fournit des indications intéressantes.

Nous savons tous qu'il y a différentes mesures et différentes façons de recueillir les données. On peut les interpréter et tirer des conclusions générales concernant le caractère adéquat des soins, les résultats ainsi que l'efficacité et l'accessibilité du système et la possibilité de recevoir les soins au moment opportun. Quant à savoir si on peut vraiment affirmer qu'une région de la Suisse, comme vous dites, comparativement à une région au Canada qui dépense davantage ou moins obtient de meilleurs résultats et assure de meilleurs soins en fonction des paramètres établis, eh bien, c'est très difficile à déterminer. Par contre, les conseils de la qualité dans les provinces, le Conseil de la santé au niveau national, l'Institut canadien d'information sur la santé et toutes sortes d'universitaires et d'autres observateurs consacrent énormément de temps à analyser ces données afin de voir quels enseignements intéressants on peut en tirer qui pourraient s'appliquer au Canada.

Si vous regardez les dépenses par habitant pour les différents groupes d'âge au Canada, vous verrez qu'il y a d'énormes écarts. D'aucuns diraient également que les résultats et les interventions appropriées ne sont pas nécessairement liés aux dépenses et, dans certains cas, pas du tout.

Donc, il y a des conclusions à tirer de ces données qui nous apprennent certaines choses, mais il n'existe pas vraiment de mesures de comparaison qui fassent l'objet d'un commun accord à l'échelle internationale.

Dr Butler-Jones : À Vancouver, par exemple, quand ils ont mené une étude des résultats des chirurgies de la cataracte, ils ont constaté que dans un quart des cas, les personnes qui se sont fait opérer avaient une vue plus mauvaise à la fin. Comment peut-on avoir une vue plus mauvaise après s'être fait opérer de la cataracte? Eh bien, c'est parce que la cataracte n'était pas très développée, la personne fonctionnait bien, mais du fait d'avoir une cataracte, la chirurgie était accessible, et donc elle a décidé de se faire opérer. Ce n'était pas une incapacité, mais maintenant, à cause de la chirurgie, la vue de cette personne est plus mauvaise.

Il ne s'agit pas de dire que nous n'avons pas besoin de spécialistes; nous en avons besoin et il faut que notre système puisse avoir recours à ces spécialistes au moment opportun.

Senator Callbeck: I want to come back to the question that I asked the minister with respect to the catastrophic drug plan.

In 2004, the task force was set up, they came in with a report but could not reach an agreement between the provinces and the federal government. Am I to take it, then, that it is off the table? Or has the federal government given any thought to taking a leadership role in developing a national catastrophic drug plan?

Ms. Hoffman: I am mindful, incidentally, that just yesterday the New Brunswick government, in part of its Speech from the Throne, indicated that it would be instituting — parameters still to be determined — a new drug program for non-insured individuals living in that province. I am reminded of the fact that we are now at the point where I think there is just one province and one territory that actually do not have a catastrophic drug program in place.

It will be up to the provinces to determine whether or not this is an issue they want to bring forward. My sense is that they have moved on to other issues beyond, say, pharmacare or extended coverage of a catastrophic drug cost nature or of any other form, and they are more interested in some of the issues that were actually part of the original National Pharmaceuticals Strategy, on which some progress has been made, such as formularies, generic pricing, appropriate prescribing, things of that nature.

I do not want to predict. I cannot forecast whether there would be interest in a discussion about coverage, but I will just say that the undertaking in the 2004 accord was for costing models for catastrophic drug coverage to be developed. That was the commitment, among others. There were eight other elements in the National Pharmaceuticals Strategy.

When ministers reported in 2006, they had these models costed in considerable detail for catastrophic coverage. Some people presumed that meant the logical next step, required under the accord, was for a pan-Canadian funding arrangement to be concluded. That might have been something people may have hoped for, but that was not actually a commitment under the accord.

In the aftermath of the ministerial task force reporting, there was not an outpouring of demand from provinces to move to some kind of pan-Canadian universal drug coverage regime. That issue had come up in the lead-up to the accord in 2004, but it did not come back on the table subsequent to the ministerial task force reporting in 2006.

Le sénateur Callbeck : Je voudrais revenir sur la question que j'ai posée à la ministre concernant la couverture des médicaments onéreux.

En 2004, un groupe de travail a été mis sur pied, qui a déposé un rapport, mais les provinces et le gouvernement fédéral n'ont pu parvenir à un accord. Dois-je donc conclure qu'il n'en est plus du tout question? Le gouvernement fédéral a-t-il songé à prendre l'initiative d'élaborer un régime national pour la couverture des médicaments onéreux?

Mme Hoffman : Je suis consciente du fait — j'ouvre une petite parenthèse — qu'hier le gouvernement du Nouveau-Brunswick a annoncé dans son discours du Trône qu'il a l'intention de mettre en œuvre un nouveau programme d'assurance médicaments — dont les paramètres restent à déterminer — à l'intention des personnes non assurées qui vivent dans la province. Cela m'a rappelé que nous en sommes au point maintenant où il n'y a plus qu'une province et un territoire, si je ne m'abuse, qui n'ont pas de programme de couverture des médicaments onéreux.

Il appartiendra aux provinces de déterminer si elles veulent ou non proposer une telle mesure. J'ai l'impression que ces dernières s'intéressent à présent à des dossiers autres que l'assurance médicaments, la couverture des médicaments onéreux et d'autres initiatives de ce genre et qu'elles préfèrent se concentrer sur certains éléments qui faisaient partie de la première Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, où il y a eu certains progrès, tels que les formulaires, la tarification des médicaments génériques, les bonnes pratiques de prescription, et des choses de cette nature.

Je ne veux pas faire de prédictions. Il m'est impossible de prédire maintenant si les autorités sanitaires des provinces et territoires voudront discuter de l'inclusion de ce genre de couverture, mais je peux vous dire que, en vertu de l'accord de 2004, il était entendu que des modèles de tarification seraient élaborés pour la couverture des médicaments onéreux. Voilà justement l'un des engagements qui a été pris par les participants. La Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques comportait huit autres éléments.

Quand les ministres ont présenté leur rapport en 2006, les modèles de couverture des médicaments onéreux avaient été chiffrés, et ce de façon très détaillée. Certains ont supposé que cela voulait dire que l'étape suivante, aux termes de l'accord, consisterait à établir une formule de financement pancanadienne. C'est ce que les gens espéraient peut-être, mais aucun engagement de ce genre n'était prévu aux termes de l'accord.

Après la présentation du rapport du groupe de travail ministériel, il n'y avait pas une forte demande de la part des provinces pour élaborer un régime universel et pancanadien d'assurance médicaments. Il en avait été question dans les discussions qui ont précédé la conclusion de l'accord en 2004, mais cette question n'est pas revenue sur le tapis après le rapport du groupe de travail ministériel en 2006.

Senator Callbeck: I take it that the federal government has not really given any thought to taking a leadership role here. This is a big issue. Depending on where you live determines what drug coverage you are going to get.

Ms. Hoffman: I do not want to say there is no interest and no concern about the variability in drug coverage. There is. What I am saying is that the things we have been working on, we are one of the principal funders, for example, of the Common Drug Review. The 80 per cent funder of the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health does a lot of work on prescribing, formulary listing and so on. It is the Federal Competition Bureau that did a lot of work on the business model for generic drugs in Canada, which has caused a huge decrease in the cost of generic drugs.

We are doing many things. We are not at the moment focused on the change in moving from coverage regimes managed by individual provinces and territories to something that would operate at the national or pan-Canadian level.

Senator Cordy: It is nice to have all of you back again. You are always very open and helpful to us. Thank you very much for being here.

Ms. Maheu, you talked about how the Canada Health Transfer supports the five principles of the Canada Health Act, but I will have to argue with that because the emails I receive from people with MS would argue that the system is not really accessible to them, but that is an issue for another day.

Today, I would like to ask you about the human resources strategy. Numbers are not enough; I think that is what the minister said. In Nova Scotia, no province would ever say we have enough doctors or enough medical personnel, but we do have a reasonable doctor-patient ratio. The challenge is the urban-rural divide. While the population of Nova Scotia has stayed relatively stable, the population of Halifax is climbing, and the population of the rural areas in Nova Scotia is falling, which would be the same in every province.

I am wondering whether or not there are things in the accord that we should be looking at in terms of a human resources strategy so we get more people out to the rural areas to practice medicine.

Dr. Butler-Jones: Obviously, that is something for conversation and consideration. It is a challenge that has existed forever. Various jurisdictions have tried a range of things with really little success, though the federal funding around training and support for family physicians in more rural and remote areas, the new medical schools or attached medical schools in Northern Ontario, Northern B.C.,

Le sénateur Callbeck : Donc, je présume que le gouvernement fédéral n'a pas vraiment songé à jouer un rôle de chef de file dans ce domaine. Or c'est un problème de taille. C'est l'endroit où on habite qui détermine l'ampleur de sa couverture en matière de médicaments.

Mme Hoffman : Je ne prétends pas que la variabilité de couverture des médicaments ne suit ni intérêt ni inquiétude; ce n'est pas le cas. Je vous dis simplement que, par rapport aux dossiers auxquels nous travaillons... par exemple, nous sommes l'un des principaux bailleurs de fonds du Programme commun d'évaluation des médicaments. Le fournisseur de 80 p. 100 du financement de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé accomplit énormément de travail relativement aux pratiques de prescription, aux formulaires, et cetera. C'est le Bureau fédéral de la concurrence qui a réalisé une bonne partie du travail d'élaboration du modèle de gestion pour les médicaments génériques au Canada, ce qui a donné lieu à une très forte diminution du coût des médicaments génériques.

Donc, nous faisons énormément de choses. Pour le moment, notre priorité ne consiste pas à passer de multiples régimes administrés par les provinces et les territoires individuels à un régime national ou pancanadien.

Le sénateur Cordy : Je suis ravie de vous revoir tous. Vous êtes toujours très ouverts et vos observations nous sont utiles. Merci beaucoup de votre présence.

Madame Maheu, vous avez parlé du fait que le Transfert canadien en matière de santé soutient les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé, mais je ne suis pas tout à fait d'accord avec vous à ce sujet, car les courriels que je reçois de personnes atteintes de sclérose en plaques sont d'avis que le système ne leur est pas vraiment accessible — mais c'est une question à explorer un autre jour.

Aujourd'hui, j'aimerais vous parler de la stratégie en matière de ressources humaines. Il ne suffit pas d'avoir du personnel en nombre adéquat; c'est ce que disait la ministre, me semble-t-il. En ce qui concerne la Nouvelle-Écosse, aucune province ne serait prête à dire que nous avons chez nous suffisamment de médecins ou de personnel médical, mais il reste que le ratio médecin/patient est raisonnable. C'est le clivage urbain-rural qui présente un vrai défi. Bien que la population de la Nouvelle-Écosse soit restée relativement stable, la population de Halifax est en hausse, alors que la population des secteurs ruraux de la province est en baisse, ce qui doit correspondre à la situation dans toutes les provinces.

Je me demande donc s'il est question ou non dans l'accord d'éléments qui pourraient nous amener à élaborer une stratégie en matière de ressources humaines qui inciterait davantage de médecins à s'installer en milieu rural pour exercer la médecine.

Dr Butler-Jones : Il est évident que cet enjeu mérite d'être discuté et pris en compte. C'est un défi qui existe depuis toujours. Différentes administrations ont pris des initiatives qui ont finalement connu très peu de succès, même si le financement fédéral accordé pour la formation et l'appui des médecins de famille dans les régions rurales éloignées et pour les nouvelles

et cetera, and an increased focus to ensure that people get practice and training in rural and remote areas so they can develop comfort with it is probably the best at the end of the day. Things like telehealth assist in that.

Therefore, that sense for physicians, nurses or lawyers is about having good work to do, being supported in that work and having a reasonable place to live, well beyond salary and financial incentives, that actually supports people to be there and to stay there. There are a number of things that do seem to work moving forward. Whether an accord can address that or it is just a matter of applying best practices and reviewing the experience we are having, I think time will tell. It is an absolutely key issue.

In addition, recognize it is not just about having a physician accessible but having appropriate care or a support for the basics, or if you have an accident, that you can be stabilized and transported quickly. A physician out there may not be that useful. We used to say you would want an ambulance with a tech to pick you up if you had an accident, not a doctor, because we require all this other equipment, by and large, and paramedics are trained to deal with emergencies in the field.

Making sure you have that system of care actually ensures that for the trauma, you have appropriate access, but that you also have the support for prevention on a daily basis, as well as promotion and good care management, which is critical.

Senator Cordy: There are some good programs. Dalhousie University has a good one, and they are trying to encourage people to go through it.

Ms. Hoffman: This is not strictly speaking related to the accord, although it is in keeping with the objectives of it, but a couple of years ago, the government announced its intent to support the cost of medical residencies, specifically with a focus on residency seats for doctors who would practice in rural and remote areas. We were curious about whether or not jurisdictions and medical schools who needed to be partners in this enterprise would be as enthusiastic as we were in taking that up. Pleasantly, we found there was huge enthusiasm for this.

This will create and is creating a situation where individuals who have a clear interest practicing in rural and remote and less populated areas get a very specialized kind of training that makes

écoles de médecine ou des écoles de médecine rattachées à un autre établissement dans le nord de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, de même qu'un accent accru sur les possibilités de pratique et de formation dans les régions rurales et éloignées pour que les praticiens se sentent plus à l'aise dans cet environnement-là, représentent sans doute ce qu'on peut faire de mieux dans ce domaine. Des initiatives comme la télésanté sont également utiles dans ce contexte.

En conséquence, il s'agit pour les médecins, les infirmières ou les avocats d'avoir un travail intéressant à faire, de recevoir l'appui nécessaire et un endroit raisonnable où on peut vivre; au-delà des incitations salariales et financières, c'est ce soutien qui permet aux gens de s'y installer et y rester. Dans ce domaine, il y a plusieurs mesures qui semblent donner de bons résultats. Quant à savoir si un accord peut régler ce problème, ou s'il s'agit simplement de suivre les pratiques exemplaires et d'analyser les expériences dans ce domaine, je pense que le temps nous le dira. C'est une question tout à fait primordiale.

De plus, il faut comprendre qu'il ne s'agit pas simplement de s'assurer qu'un médecin est accessible; il faut que les soins appropriés soient disponibles ou que vous puissiez obtenir le soutien de base dont vous avez besoin — par exemple, si vous avez un accident, que vous puissiez être stabilisé et transporté rapidement. Un médecin qui est sur place peut ne pas vraiment vous être bien utile. Nous disions autrefois qu'il fallait une ambulance avec un technicien pour aller vous chercher si vous aviez un accident — et non un médecin, étant donné qu'il nous faut toutes sortes d'autres équipements — alors que les ambulanciers paramédicaux sont formés pour traiter les situations d'urgence sur le terrain.

S'assurer d'avoir un tel système de soins signifie que les personnes qui subissent un traumatisme auront l'accès adéquat aux services mais que vous pourrez également assurer le soutien nécessaire en matière de prévention sur une base quotidienne, tout en insistant sur la promotion et l'administration des soins adéquats, ce qui est critique.

Le sénateur Cordy : Il existe de bons programmes. L'Université Dalhousie en a un bon, et elle essaie d'encourager les gens à le suivre.

Mme Hoffman : Ce que je vais vous dire n'est pas strictement lié à l'accord même s'il s'agit d'une initiative qui favorise les objectifs de ce dernier : il y a environ deux ans, le gouvernement a annoncé son intention de participer au coût des internats médicaux, en mettant l'accent sur des internats pour les médecins qui accepteraient d'exercer en milieu rural ou dans une région éloignée. Nous nous demandions dans quelle mesure les provinces et les écoles de médecine qui cherchaient des partenaires pour un tel projet seraient enthousiastes et voudraient y participer. Nous avons été agréablement surpris de constater que cette initiative suscitait énormément d'enthousiasme.

Voilà qui va créer une situation où des gens qui s'intéressent vraiment à la possibilité d'exercer dans les régions rurales, éloignées et moins peuplées pourront recevoir une formation

them better suited to practicing in those areas than in large urban centres. They are starting to move through that system, and we think it will work very well. Whether that program would be extended or enlarged, I am certainly not in a position to say, but I think those kinds of initiatives, along with Canada student loan forgiveness that is conditional on the graduating student or nurse agreeing to work in a less populated area, complemented by similar programs in some provinces, they are not the total panacea, but they are certainly very helpful in having individuals go and practice in rural areas.

Unlike some initiatives in the past, because of the nature of the training, once an individual locates in a less populated area, they are more likely to actually stay there because they have now found their training is suitable for that environment. If they like it, it is more likely where they would want to remain.

The Chair: I will intervene now for a minute or two and come back to three items that have occurred today in the minister's comments and either directly or indirectly in your responses to various questions. I will start first with the observation I intervened on earlier with regard to Senator Eggleton's question.

It is very clear that in much of the testimony we are hearing, there are certain areas that are considered to be very important to moving some of these issues forward in the ways you have talked about. It is not just money; it is how we move these issues forward. The federal government comes up often, not in terms of a heavy to go in and impose, but perhaps as the body that has the opportunity to interface with all the other areas and perhaps use a little bit of muscle to help encourage the other jurisdictions to move on them. I would like to take three of these.

One is innovation. Innovation comes up a great deal in what we hear. We are not talking about rocket science; we are talking about innovations in group practices that lead to better outcomes in community clinics, things of that nature, examples that then do not thrive perhaps because of the billing issue that we referred to previously, the way in which remuneration occurs. Even if in the end they do succeed in their own right, there is no mechanism to transfer those to other jurisdictions; that is, to spread the innovation more broadly, either in a province or across the country.

As we know, a good idea is not innovation until it is applied more broadly. There is a desire to see someone take a lead in moving the innovation agenda in that concept of innovation more broadly.

spécialisée qui les rendra plus aptes à exercer dans ces régions par rapport aux grands centres urbains. Un certain nombre de personnes sont déjà en formation, et nous croyons que ce projet va donner de très bons résultats. Quant à savoir si le programme sera prolongé ou élargi, je ne suis pas en mesure de vous le dire, mais je crois que ce genre d'initiative, de même que le fait de dispenser les étudiants canadiens d'avoir à rembourser leurs prêts, si le diplômé en médecine ou en soins infirmiers accepte de travailler dans une région moins peuplée, de concert avec des programmes semblables dans certaines provinces sont vraiment extrêmement utiles pour ce qui est d'encourager les gens à exercer en milieu rural, sans pour autant constituer une panacée.

Contrairement à des initiatives antérieures, à cause de la nature de la formation, une fois qu'une personne est établie dans une région moins peuplée, elle est plus susceptible d'y rester car elle constate que la formation qu'elle a reçue lui a donné les capacités qui sont nécessaires dans un tel environnement. Si cela lui plaît, une telle personne est plus susceptible de vouloir y rester.

Le président : Je vais faire maintenant une courte intervention et revenir sur les trois éléments qu'a abordés la ministre dans ses remarques, et vous aussi, soit directement ou indirectement en répondant aux questions des membres. Je vais commencer par l'observation que j'ai commentée tout à l'heure par rapport à la question posée par le sénateur Eggleton.

Il est très clair, d'après la majorité des témoignages que nous avons reçus, que certains éléments sont jugés très importants pour ce qui est de faire progresser la situation de la manière que vous avez décrite. Ce n'est pas juste une question d'argent; ce sont les moyens que nous prendrons pour réaliser les progrès nécessaires qui sont importants. Le gouvernement fédéral est souvent mentionné, non pas parce qu'on estime que ce dernier devrait employer la manière forte et imposer sa volonté, mais peut-être en tant qu'organe ayant la capacité d'assurer la bonne interaction avec tous les intervenants et peut-être aussi d'user de son influence pour encourager les autres administrations à agir. Je voudrais parler de trois de ces éléments.

Le premier élément est l'innovation. L'innovation est souvent mentionnée dans les discussions. Nous ne parlons pas de quelque chose d'extrêmement compliqué; il s'agit plutôt d'innovations au niveau des pratiques de groupes qui conduiront à de meilleurs résultats dans les cliniques communautaires, et cetera, alors que ces modèles peuvent ne pas être favorablement reçus en raison du problème de facturation et de rémunération dont on parlait tout à l'heure. Même si de telles initiatives constituent un succès là où elles sont lancées, il n'existe aucun mécanisme permettant de transférer ces connaissances à d'autres provinces ou territoires — en d'autres termes, de faire profiter les autres de cette innovation, soit à l'intérieur de la province ou dans tout le Canada.

Comme nous le savons, une bonne idée ne constitue pas une innovation avant d'être appliquée de façon plus générale. À cet égard, d'aucuns souhaitent que quelqu'un pilote le projet de l'innovation pour que ce concept puisse trouver une application plus générale.

The second thing I would mention to you is the telehealth issue, and it has been referred to several times here today. There is no question that the distribution of electronic data, such as the radiogram, almost as an attachment across multiple systems, works very well. We are hearing that in spite of the fact that all people in an individual hospital network have access to a computer and an operating system, there are many different operating systems, and they do not communicate with one another even in the same hospital district. We have heard witnesses and practicing physicians say, "I am not concerned about getting that record from Alberta; I want to get the data on this patient from within my own hospital system."

Finally, I want to come back to this issue of accountability that we hear about many times because I think it is often brought up to us from the point of view of expressing frustration that certain things have not moved more rapidly in areas where people believe there are solutions and they are just not moving forward.

I want to quickly indicate that I do not want you to try to solve all that in the next few minutes. I rather wanted to get them on the record and you will be seized with these, so I will not ask you for further written input. You will hear more from us in one of your various responsibilities.

If you have any quick comments, I would personally welcome them.

Dr. Butler-Jones: First, thank you for the opportunity to meet with the committee. Ms. Hoffman and I are on a later flight than the minister to Halifax, so we were able to stay a bit longer, and hopefully it has been helpful to the committee.

One of the key things that the federal government has is convening power, and you can class it as leadership. We have a number of fora. Whether it is the federal-provincial-territorial ministers, deputy ministers, the Pan-Canadian Public Health Network or any of the committees on health human resources, we need the ability to come together and identify innovations because, as you say, it is only good in terms of the application.

There are a number of things that the government has recently initiated over the past few years, like the Canadian Partnership Against Cancer, looking at different fora, like the Mental Health Commission and the Pan-Canadian Public Health Network, that actually came out of the original accord, all of which helped to do the dissemination, the sharing of best practices and best ideas and where we can in fact make a common cause moving forward.

Le deuxième élément est celui de la télésanté, et il en a déjà été question à plusieurs reprises aujourd'hui. Il ne fait aucun doute que la distribution de données électroniques, comme les radios, en tant que pièces jointes transmises à des systèmes multiples, marche très bien. On nous dit que, même si tous ceux qui sont raccordés au réseau de l'hôpital individuel ont accès à un ordinateur et à un système d'exploitation, le fait est qu'il existe de nombreux systèmes d'exploitation, si bien que les gens ne peuvent pas communiquer entre eux même lorsqu'ils se trouvent dans le même district hospitalier. À la fois des témoins et des médecins en exercice nous disent : « Ce qui m'intéresse, ce n'est pas d'obtenir le dossier de quelqu'un en Alberta; je veux avoir accès aux données qui concernent tel patient qui est visé par mon propre système hospitalier. »

Enfin je voudrais revenir sur la question de la responsabilisation dont on entend souvent parler, car j'ai l'impression que, lorsque les gens nous en parlent, c'est parce qu'ils sont frustrés devant la lenteur des progrès à certains égards, alors qu'ils sont convaincus qu'il existe des solutions, mais qu'on n'y donne pas suite suffisamment rapidement.

Permettez-moi de vous dire que je ne prétends pas pouvoir régler tous les problèmes dans les quelques minutes qui suivent. Je voulais plutôt les énumérer pour les fins du compte rendu et, comme vous allez en être saisis, je n'ai pas l'intention de vous demander de nous faire parvenir d'autres commentaires écrits. Vous allez entendre parler de nous à l'avenir par rapport à l'une des responsabilités que vous exercez.

Si vous avez quelques brefs commentaires à faire, je serais très heureux de vous entendre.

Dr Butler-Jones : D'abord, permettez-moi de vous remercier de nous avoir donné l'occasion de rencontrer les membres du comité. Par rapport à la ministre, Mme Hoffman et moi prenons l'avion un peu plus tard pour Halifax, et nous avons donc été en mesure de rester un peu plus longtemps; j'espère que notre présence aura été utile aux membres du comité.

L'un des atouts clés du gouvernement fédéral est son pouvoir convocateur, qu'on pourrait qualifier de leadership. Et nous avons plusieurs tribunes à notre disposition. Qu'il s'agisse de réunions de ministres ou de sous-ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux, du Réseau pancanadien de santé publique ou des nombreux comités chargés d'examiner la question des ressources humaines dans le domaine de la santé, il est essentiel que nous puissions nous réunir pour cerner les innovations car, comme vous l'avez dit, ces dernières ne sont utiles que si elles sont appliquées.

Au cours des dernières années, le gouvernement a pris un certain nombre d'initiatives, telles que le Partenariat canadien contre le cancer, ou encore la Commission de la santé mentale et le Réseau pancanadien de santé publique et toutes ces initiatives ont découlé de l'accord original; c'est grâce à cela qu'il a été possible de diffuser de l'information, d'échanger des pratiques exemplaires et des meilleures idées et de voir sur quels éléments nous pouvons nous entendre pour faire progresser les choses.

The investments in telehealth and Infoway more broadly have been critical in supporting the provinces and their work moving forward and having a common frame so systems can talk to each other. We clearly have a long way to go yet.

Accountability comes at many different levels. I think this is something that jurisdictions are increasingly more comfortable with. I will not say all. That is, you cannot really assess what you do not count. Therefore, finding better ways of surveillance in terms of whether it is diseases or risk factors, whether it is in fact identifying that we are matching severity of patients to it. Our waiting lists are judged not simply by when you arrived on the waiting list but the acuity, which is the main frustration for clinicians.

With respect to Infoway-related investments, for example, my daughter works with Manitoba Health on the whole wait time issue and with surgeons and others so there is a more integrated and effective system so the right people get seen at the right time, not just to reduce the amount of time but more appropriate time. Sometimes waiting is fine if it is not serious, but if it is serious, you want to be in tout de suite.

There are a number of things in place, and the federal government has played a key role and provided leadership, but the form of leadership will vary depending on the topic and the issue. In my view, that requires a bit of a conversation. The reflections of this committee and that of ministers over the next few days are all important.

Having watched this for a long time, I am never quite sure I absolutely have the right answer. However, in conversation, we often come up with good answers.

Ms. Hoffman: First, I will endorse everything Dr. Butler-Jones just said. Thank you for not asking us to resolve these three huge challenges in the health system.

I will say a word about the business of accountability. One way of thinking about this is that it is accountability, but a lot of it is about reporting and having indicators that are comparable, having indicators that measure things that are relevant and meaningful, and things that reflect the necessary change happening in the system. We have heard many people say, and Dr. Butler-Jones just said it as well: You cannot know where the best practices are if you do not have comparable data that allows you to determine properly who is doing what well.

Often when we have supported pilot projects, and initiatives have occurred across the country supported by us or by individual provinces or territories, we have had a good description of the

De façon générale, les investissements dans la télésanté et Inforoute ont revêtu une importance critique pour ce qui est d'appuyer le travail des provinces et d'élaborer un cadre de référence commun pour que les différents systèmes puissent se parler. Il est évident que nous avons encore beaucoup de chemin à faire.

La responsabilisation se situe à de nombreux niveaux différents. À mon avis, c'est un concept qui est de plus en plus accepté par les provinces et les territoires — mais pas tous. Le problème, c'est qu'on n'est pas vraiment en mesure d'évaluer ce qu'on n'a pas compté. En d'autres termes, il faut trouver de meilleures méthodes de surveillance afin de déterminer si on parle de maladies ou de facteurs de risque et dans quelle mesure les indices que nous avons repérés nous permettent de connaître la gravité de l'état du patient. Nos listes d'attente sont évaluées, non pas en fonction de la date à laquelle on a inscrit votre nom, mais plutôt la gravité de votre état, ce qui constitue la grande frustration des cliniciens.

S'agissant d'investissements liés à Inforoute, par exemple, ma fille travaille pour le ministère de la Santé du Manitoba; son travail consiste à trouver des solutions pour le problème des délais d'attente, et elle travaille en conséquence avec des chirurgiens et d'autres de façon à en arriver à un système plus intégré et efficace pour que les bonnes personnes soient examinées au bon moment — pas seulement pour réduire le temps d'attente, mais pour s'assurer que le délai est approprié. Une personne peut très bien attendre si son état n'est pas grave, mais s'il est grave il faut pouvoir la traiter tout de suite.

Donc, plusieurs mesures sont déjà en place, et le gouvernement fédéral a joué un rôle de leadership critique à cet égard, mais la forme de leadership doit varier selon le sujet et la question qui sont examinés. À mon avis, cela suppose un peu de discussion. Ainsi les réflexions du comité et des ministres au cours des prochains jours sont toutes importantes.

Ayant observé la situation depuis longtemps, je ne suis jamais vraiment sûr d'avoir la bonne réponse, mais, en discutant avec d'autres, je constate que nous arrivons souvent à trouver de bonnes réponses.

Mme Hoffman : Premièrement, je suis tout à fait d'accord avec tout ce que le Dr Butler-Jones vient de dire. Je vous remercie de ne pas nous demander de trouver des solutions par rapport aux trois grands enjeux du système de soins que vous avez évoqué.

Je voudrais parler brièvement de la responsabilisation. Nous parlons bien de responsabilisation, mais cette dernière correspond, dans une large mesure, au fait d'avoir des données et des indicateurs qui sont comparables — des indicateurs qui mesurent des activités pertinentes et significatives et qui reflètent les changements essentiels qui s'opèrent au sein du système. Bien des gens disent — et le Dr Butler-Jones vient de le dire également — qu'il est impossible de connaître les pratiques exemplaires si vous n'avez pas des données comparables qui vous permettent de savoir qui fait bien les choses et de quelles choses il s'agit.

Nous avons souvent appuyé des projets pilotes et il y a eu des initiatives dans tout le Canada qui ont reçu notre appui ou celui de provinces ou de territoires individuels, et nous avons obtenu

initiative and some of the outcomes. However, we have not focused on what the essential political, economic, provider and payment dynamics are that allow that initiative to succeed. Absent that knowledge about the pre-conditions, it is not helpful for those who may want to replicate, as you have given an example, whether it is something in eHealth or interprofessional collaborations around primary care. Sometimes we have missed the boat in terms of getting at the pre-conditions necessary to make something happen. We need to focus more on that.

The Chair: Thank you very much. On behalf of the committee, I want to thank the three of you for being with us today. We know, at least in most cases, you will be dealing with this issue on a continuous basis from now and throughout the negotiations of the next accord. We certainly have appreciated having had the opportunity to have you with us today.

(The committee adjourned.)

une bonne description de l'initiative et de certains des résultats. Par contre, nous ne nous sommes pas intéressés à la dynamique d'ordre politique ou économique ou par rapport aux fournisseurs et aux méthodes de rémunération qui est à l'origine du succès de cette initiative. En l'absence de cette information au sujet des préconditions, il devient difficile de reproduire les résultats, qu'il s'agisse, pour reprendre votre exemple, de la cybersanté ou de collaboration interprofessionnelle dans le domaine des soins primaires. Il nous est arrivé de rater le coche pour ce qui est de connaître les préconditions qui sont à l'origine d'un bon résultat. Nous devons nous y intéresser davantage.

Le président : Merci beaucoup. Au nom de tous les membres du comité, je voudrais vous remercier tous les trois de votre présence parmi nous aujourd'hui. Nous savons que, du moins dans la plupart des cas, vous serez appelés en permanence à traiter ces questions tout au cours des négociations du prochain accord. Nous avons beaucoup apprécié nos discussions avec vous aujourd'hui.

(La séance est levée.)

APPEARING

Thursday, November 24, 2011

The Honourable Leona Aglukkaq, P.C., M.P, Minister of Health.

WITNESSES

Wednesday, November 23, 2011

The Honourable Senator Jim Munson, sponsor of the bill.

Thursday, November 24, 2011

Health Canada:

Glenda Yeates, Deputy Minister.

Abby Hoffman, Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch.

Public Health Agency of Canada:

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

Department of Finance Canada:

Chantal Maheu, General Director, Federal-Provincial Relations and Social Policy Branch.

COMPARAÎT

Le jeudi 24 novembre 2011

L'honorable Leona Aglukkaq, C.P., députée, ministre de la Santé.

TÉMOINS

Le mercredi 23 novembre 2011

L'honorable sénateur Jim Munson, parrain du projet de loi.

Le jeudi 24 novembre 2011

Santé Canada :

Glenda Yeates, sous-ministre;

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

Agence de la santé publique du Canada :

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

Ministères des Finances Canada :

Chantal Maheu, directrice générale, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale.