

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-first Parliament, 2011

Première session de la
quarante et unième législature, 2011

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

SOCIAL AFFAIRS,
SCIENCE AND
TECHNOLOGY

AFFAIRES SOCIALES,
DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Chair:

The Honourable KELVIN KENNETH OGILVIE

Président :

L'honorable KELVIN KENNETH OGILVIE

Wednesday, October 19, 2011
Thursday, October 20, 2011 (in camera)

Le mercredi 19 octobre 2011
Le jeudi 20 octobre 2011 (à huis clos)

Issue No. 4

Fascicule n° 4

Fourth meeting on:

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

Quatrième réunion concernant :

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

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

STANDING SENATE COMMITTEE
ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE
AND TECHNOLOGY

The Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, *Chair*

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

The Honourable Senators:

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

*Ex officio members
(Quorum 4)

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

Président : L'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie

Vice-président : L'honorable Art Eggleton, C.P.
et

Les honorables sénateurs :

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

* Membres d'office
(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, October 19, 2011
(6)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:14 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

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

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

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

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

WITNESSES:

Canadian Psychiatric Association:

Dr. Fiona McGregor, President.

The College of Family Physicians of Canada:

Dr. Robert Boulay, President.

Canadian Medical Association:

Dr. John Haggie, President;

Stephen Vail, Director, Research and Policy.

Canadian Nurses Association:

Barbara Mildon, President-elect;

Rachel Bard, Chief Executive Officer.

The chair made a statement.

Dr. McGregor, Dr. Boulay, Dr. Haggie, Ms. Mildon and Ms. Bard each made a statement and, together with Mr. Vail, answered questions.

At 6:09 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 19 octobre 2011
(6)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 14, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

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

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

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

TÉMOINS :

Association des psychiatres du Canada :

Dre Fiona McGregor, présidente.

Collège des médecins de famille du Canada :

Dr Robert Boulay, président.

Association médicale canadienne :

Dr John Haggie, président;

Stephen Vail, directeur, Politiques et recherche.

Association des infirmières et infirmiers du Canada :

Barbara Mildon, présidente désignée;

Rachel Bard, directrice générale.

Le président prend la parole.

Les Drs McGregor, Boulay et Haggie ainsi que Mmes Mildon et Bard font chacun une déclaration puis, avec M. Vail, répondent aux questions.

À 18 h 9, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Thursday, October 20, 2011
(7)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:30 a.m., in room 705, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

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

Other senator present: The Honourable Senator Hubley (1).

In attendance: Havi Echenberg and Karin Phillips, Analysts, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, June 21, 2011, the committee continued its study on accessibility of post-secondary education in Canada.

Pursuant to rule 92 (2)(f), the committee proceeded in camera to consider a draft report.

At 11:52 a.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, le jeudi 20 octobre 2011
(7)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 30, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

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

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Hubley (1).

Également présentes : Havi Echenberg et Karin Phillips, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 21 juin 2011, le comité poursuit son étude sur l'accessibilité à l'éducation postsecondaire au Canada.

Conformément à l'article 92(2)f) du Règlement, le comité se réunit à huis clos pour examiner une ébauche de rapport.

À 11 h 52, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Jessica Richardson

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 19, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:14 p.m. to examine the progress in implementing the 2004 Ten-Year Plan to Strengthen Health Care.

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

[*Translation*]

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

[*English*]

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

Senator Dyck: Lillian Dyck from Saskatchewan.

Senator Cordy: Jane Cordy from Nova Scotia.

Senator Martin: Yonah Martin from Vancouver, British Columbia.

Senator Merchant: Pana Merchant from Regina, Saskatchewan.

Senator Demers: Jacques Demers from Quebec.

Senator Champagne: Andrée Champagne from the province of Quebec.

Senator Seidman: Judith Seidman from Montreal, Quebec.

The Chair: This meeting is part of our examination of the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care. Today's theme is primary care reform. We have four witness groups before us today. I would like each of you to introduce yourselves when you are called to present. I understand it is acceptable that we proceed in the order that you are listed on the agenda in terms of presenting. On that basis, hearing no major objections, I will proceed. My witness list shows the Canadian Psychiatric Association as first on the agenda; and Dr. McGregor will present.

Dr. Fiona McGregor, President, Canadian Psychiatric Association: Thank you for inviting us to the committee today and providing the Canadian Psychiatric Association with the opportunity to discuss mental health issues and the essential role they deserve in the country's health care discussions.

First, I have a couple of introductory remarks that underline our concerns. As you are aware from the extensive media coverage, until the issue of stigma and discrimination regarding mental illness is addressed, any attempt at improved treatment will be hampered. Stigma and discrimination is a primary barrier to treatment and recovery. It has been demonstrated to result in

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 19 octobre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 14, pour faire une étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

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

[*Français*]

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

[*Traduction*]

Je m'appelle Kelvin Ogilvie. Je suis un sénateur originaire de la Nouvelle-Écosse et je préside ce comité. Je vais demander à mes collègues de se présenter eux-mêmes en commençant par la gauche.

Le sénateur Dyck : Lillian Dyck, de la Saskatchewan.

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

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

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

Le sénateur Demers : Jacques Demers, du Québec.

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

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

Le président : Cette réunion s'inscrit dans notre étude des progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé au Canada. Nous allons nous intéresser aujourd'hui à la réforme des soins primaires. Nous accueillons quatre groupes de témoins. Je vais demander à chacun d'entre vous de se présenter quand il sera invité à faire son exposé. À ce que je sache, rien ne s'oppose à ce que vous preniez la parole dans l'ordre figurant sur notre ordre du jour. Puisque personne ne s'y oppose, je poursuis. Le premier organisme à apparaître sur ma liste est l'Association des psychiatres du Canada et c'est donc la Dre McGregor qui s'exprimera en premier.

Dre Fiona McGregor, présidente, Association des psychiatres du Canada : Merci de nous avoir invités à comparaître devant vous pour parler de la santé mentale et du rôle vital qu'il faudrait lui accorder dans les discussions sur la santé au pays.

Premièrement, j'aimerais faire quelques commentaires. Comme vous le savez en raison de l'importante couverture médiatique de la question, les efforts déployés pour améliorer les traitements demeureront vains tant que la maladie mentale sera source de stigmatisation et de discrimination. La stigmatisation et la discrimination sont les premiers obstacles aux traitements et au

delayed seeking of treatment, early treatment discontinuation, problems in finding housing and employment, and inadequate mental health care, all of which lead to adverse economic effects.

Second, I would like to make you aware of the discrepancies between disease burden and funding. According to the WHO, almost a third of all years lived with disability is due to a neuropsychiatric condition. This is quite disproportionate to the percentage of health funds spent on clinical care and research. In Canada these conditions are estimated to cost the economy \$51 billion yearly. Another way of looking at the picture is that mental illness constitutes over 15 per cent of the disease burden in Canada, yet only 6 per cent of total health care funding is allocated for this problem. We rank almost at the bottom of the table in funding when compared to most other developed countries. When research funding is compared with the economic costs of disorders, mental illness receives proportionately eight times less research funding allocated than that funding allocated for cardiac disease or cancer. This discrepancy between funding and need seems to be evidence of structural discrimination. The Mental Health Commission of Canada will be coming out with their national strategy in 2012. This is the first step. The second step will be for the government to adequately fund the strategy.

We are here to present at today's committee because of the burgeoning interest in building patient-centred collaborative partnerships between primary care and mental health care providers. Mental health is an enormous problem for primary care practitioners. Collaborative models have improved access to mental health care and increased the capacity of primary care to manage mental health and addiction problems. Successful projects in Canada and other countries have demonstrated better clinical outcomes, a more efficient use of resources and an enhanced experience of seeking and receiving care. They are associated with reductions in health care costs, a greater likelihood of return to the workplace and the reduced use of other medical services, especially for people with chronic medical conditions.

The federal government has been helpful in promoting collaborative care models; however, there is a real need for initial investment in these new services if savings are to be achieved over the long term. Knowledge of best practices alone is not enough. The structure to allow adequate funding of interdisciplinary practice models and the information technology required also needs to be in place; and there has to be adequate manpower. In this country there have to be imaginative solutions that take into account the geographic disparities of its citizens.

rétablissement. Il a été prouvé qu'elles incitent les gens à tarder à chercher de l'aide, qu'elles sont à l'origine d'un abandon prématuré des traitements, de problèmes de logement et d'emploi, et de soins inadéquats — autant de facteurs qui ont des effets néfastes sur la santé et l'économie.

Deuxièmement, j'aimerais vous parler des écarts qui existent entre le fardeau de la maladie et le financement. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies neuropsychiatriques sont en cause dans près du tiers de toutes les années vécues avec invalidité. Cela ne correspond pas du tout au pourcentage des fonds consacrés à la recherche et aux soins cliniques. Au Canada, on estime que ces maladies coûtent à l'économie 51 milliards de dollars par année. Une autre façon d'aborder cette problématique est de rappeler que la maladie mentale représente plus de 15 p. 100 de tout le fardeau de la maladie au Canada. Toutefois, elle ne reçoit que 6 p. 100 de l'enveloppe de la santé. Nous sommes pratiquement au bas de l'échelle lorsque nous comparons notre niveau de financement à celui de la plupart des autres pays développés. En comparant les fonds de recherche aux coûts des maladies pour l'économie, on constate qu'en proportion, la maladie mentale reçoit, pour la recherche, huit fois moins que le cancer ou les maladies cardiaques. Cet écart entre le financement et les besoins témoigne de la discrimination structurelle. La Commission de la santé mentale du Canada présentera sa stratégie nationale en 2012. Il s'agira de la première étape. Pour le gouvernement, la seconde étape consistera à financer la stratégie comme il convient.

Nous avons accepté de comparaître aujourd'hui devant le comité à cause de l'intérêt grandissant pour la création de partenariats entre les fournisseurs de soins de santé primaires et les fournisseurs de soins de santé mentale. La santé mentale pose d'énormes problèmes aux médecins de première ligne. Les modèles de collaboration ont amélioré l'accès aux soins de santé mentale et ont rendu les fournisseurs de soins de santé primaires plus aptes à traiter les problèmes de santé mentale et les problèmes de dépendance. Des projets couronnés de succès au Canada et dans d'autres pays ont montré de meilleurs résultats cliniques, une utilisation plus efficace des ressources et une meilleure expérience dans la recherche et l'obtention de soins. Ils sont associés à des réductions des coûts des soins de santé, à de meilleures chances de retour au travail et à une utilisation moindre d'autres services de santé, en particulier dans le cas des personnes atteintes de maladies chroniques.

Le gouvernement fédéral a fait sa part pour promouvoir les modèles de soins collaboratifs en santé mentale, mais il va falloir investir dans ces nouveaux services si nous voulons réaliser des économies à long terme. Il ne suffit pas de connaître les meilleures pratiques. Il faut aussi se doter de la structure nécessaire pour financer adéquatement les modèles de pratique interdisciplinaire et des technologies de l'information requises, sans oublier la main-d'œuvre indispensable. Dans notre pays, il faut faire preuve d'imagination pour tenir compte des grandes distances à parcourir.

There are other areas of concern. The 2004 accord promised significant reductions in wait times for five priority areas. Now other areas of health care need to be addressed. The Wait Time Alliance was formed out of concern for Canada's doctors over delayed access to care for their patients. In its 2011 report card, the WTA reports that it is unacceptable that there is no reporting of wait times for such important and substantial fields as psychiatric services, given that these areas provide a significant contribution to the overall health care system.

As you develop your plans for the next accord, I urge you to bring psychiatric conditions and other mental health services to the forefront of your wait times strategy. This is especially urgent for children and youth because we know that early, timely access to mental health care can make the difference between rapid recovery and a quick return to daily living and lifelong chronic illness. I remind you that 70 per cent of adults living with a mental illness say the onset occurred before age 18. Early intervention can make a dramatic difference in young people's quality of life.

Also, in 2004, the premiers directed their health ministers to develop and implement a National Pharmaceuticals Strategy. However, this has not progressed much, especially in the areas of developing a common national formulary for all prescription medications and a nationwide approach to savings in pricing and purchasing. The CPA supports a policy of equity for access to new medications for all Canadians with mental disorders based on individual needs rather than the cost of medication or location or the type of coverage. In the interest of all mental health patients and their families, the CPA requests harmonization of drug formulary policies across the nation to achieve optimal access to modern care and treatment for every Canadian with a mental illness. To ensure affordability and sustainability of public drug plans, the CPA encourages cost-effective approaches to treatment in mental health services without limiting access to effective new medications.

To conclude, the Canadian Psychiatric Association is asking that the federal government, one, ensure that mental health receives dedicated funding in the 2014 health accord and that the funds spent on mental health, mental illness and addictions are proportionate, or at least more proportionate, so the burden of illness in Canada. Two, we encourage additional investments in collaborative care models that will increase efficiency in the system and accountability of those care models. Three, we also urge you to bring mental health services to the forefront of your wait time strategy. Four, we want to continue to improve access

D'autres points nous préoccupent. L'accord de 2004 avait promis d'importantes réductions des temps d'attente dans cinq « domaines prioritaires ». Il faut aussi se pencher sur d'autres secteurs des soins de santé. L'Alliance sur les temps d'attente a été créée en réponse aux préoccupations des médecins du Canada devant les retards de soins auxquels font face leurs patients. Dans son bulletin de 2011 sur les temps d'attente au Canada, l'ATA écrit ceci : « Il est inacceptable qu'il n'y ait pas de rapports sur les temps d'attente dans des domaines aussi importants que [...] les services psychiatriques [...] étant donné que ces secteurs occupent une place importante dans le système de santé en général ».

Dans votre planification du prochain accord, je vous exhorte à placer les services psychiatriques et autres services de santé mentale à l'avant-plan de la stratégie sur les temps d'attente. L'urgence est grande, en particulier, dans le cas des enfants et des jeunes, car nous savons qu'un accès rapide et opportun aux soins de santé peut faire la différence entre un prompt rétablissement et une reprise rapide des activités quotidiennes et une maladie chronique qui durera toute la vie. Je vous rappelle que 70 p. 100 des adultes souffrant de maladie mentale ont indiqué que les premières manifestations sont survenues avant leurs 18 ans. Une intervention hâtive peut faire une différence énorme dans la qualité de vie des jeunes.

En 2004, les premiers ministres avaient confié à leurs ministres de la Santé respectifs le mandat d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie nationale en matière de produits pharmaceutiques. Or, cette stratégie n'a pas beaucoup progressé, particulièrement en ce qui a trait à l'établissement du formulaire des médicaments d'ordonnance et au mécanisme central de fixation des prix et d'achat. L'APC souscrit au principe de l'accès équitable aux nouveaux médicaments en fonction des besoins individuels, non pas du coût du médicament, du lieu ou du type de couverture, pour tous les Canadiens aux prises avec un problème de santé mentale. Dans l'intérêt des patients et des familles, l'APC recommande vivement l'harmonisation des modalités d'établissement du formulaire des médicaments au pays afin d'offrir à tous les Canadiens atteints d'une maladie mentale un accès optimal à des soins et à des services de santé modernes. Pour préserver la capacité financière des régimes d'assurance médicaments publics et favoriser leur viabilité, l'APC encourage la prise en compte de la rentabilité dans le choix du traitement dans le domaine de la santé mentale sans pour autant limiter l'accès aux nouveaux médicaments.

Pour terminer, l'Association des psychiatres du Canada demande au gouvernement fédéral de commencer par s'assurer que la santé mentale reçoit le financement indiqué dans l'accord de 2014 sur la santé et que les fonds consacrés à la santé mentale, à la maladie mentale et aux dépendances sont proportionnels, ou au moins plus proportionnels, au fardeau de la maladie au Canada. En second lieu, nous l'incitons à procéder à d'autres investissements dans les modèles de soins en collaboration qui se traduiront par une amélioration de l'efficacité du système et de la responsabilisation de ces modèles de soins. Nous vous demandons

to medications by harmonizing the drug formulary policies and accelerate access to breakthrough drugs for unmet health needs through improvements to the drug approval process.

The Chair: Thank you. Now we will go to the College of Family Physicians of Canada, Dr. Boulay, the president.

Dr. Robert Boulay, President, The College of Family Physicians of Canada: Good afternoon. As President of the College of Family Physicians of Canada and as a practising family physician, it is a privilege to be here with you today. Thank you very much for this invitation.

The College of Family Physicians of Canada, or CFPC, is the voice of family medicine in Canada, representing over 26,000 dedicated members. The CFPC advocates on behalf of its members to ensure high quality of care. Education is a key element of our mandate. We establish standards for the training, certification and ongoing education of family physicians. Indeed, we are responsible for accrediting postgraduate family medicine training in Canada's 17 medical schools.

My remarks today are focused on the health accord as it applies to primary care and family practice. They incorporate our vision for 2014 and beyond.

Primary care is clearly identified as a fundamental element of our health care system. We concur with the goals of the 2004 accord, including timely access, health human resource planning, prevention and health promotion, home care and a national pharmaceutical strategy. In particular, we found the statement about 50 per cent of Canadians having 24/7 access to multidisciplinary teams by 2011 to be very laudable.

Multidisciplinary primary care team models currently exist in certain provinces — Ontario's family health teams, Alberta's primary care network and Quebec's family medicine groups — but much remains to be done.

The CFPC encourages legislators to continue pursuing better access, ensuring that Canadians have their own family physician and access to nurses and other health professionals working in teams with patients' family doctors, and we applaud the significant progress in establishing models like this to date. It is of utmost importance, however, to further this momentum and do all we can to improve our health care system in the years ahead.

aussi, en troisième lieu, de placer les services de santé mentale à l'avant-plan de la stratégie sur les temps d'attente. Enfin, nous voulons continuer à accroître l'accès aux médicaments en harmonisant les politiques sur les formulaires de médicaments et faciliter l'accès aux médicaments de pointe, pour répondre aux besoins non satisfaits, en améliorant le processus d'approbation des médicaments.

Le président : Je vous remercie. La parole est maintenant au Dr Boulay, le président du Collège des médecins de famille du Canada.

Dr Robert Boulay, président, Collège des médecins de famille du Canada : Bonjour mesdames et messieurs. À titre de président du Collège des médecins de famille du Canada et de médecin de famille, c'est un privilège pour moi d'être avec vous aujourd'hui. Je vous en remercie.

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) est le porte-parole des médecins de famille au Canada, représentant plus de 26 000 membres dévoués. Le CMFC se porte à la défense de ses membres pour assurer des soins de qualité. L'éducation est un élément clé de notre mandat. Nous établissons les normes pour la formation, la certification et l'apprentissage permanent des médecins de famille. Concrètement, nous sommes responsables de l'accréditation de la formation des médecins de famille diplômés dans 17 écoles de médecine au Canada.

Mon allocution aujourd'hui portera sur l'accord sur la santé, puisqu'il s'applique aux soins primaires et à la médecine de famille. Il englobe notre vision pour 2014 et même au-delà.

Les soins primaires reconnus pour être un élément fondamental de notre système de soins de santé. Nous appuyons les objectifs de l'accord de 2004, incluant la rapidité d'accès, la planification des ressources humaines pour la santé, la prévention et la promotion de la santé, les soins à domicile et une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Plus particulièrement, nous trouvons louable la déclaration voulant que « d'ici 2011, 50 p. 100 des Canadiens aient accès 24 heures par jour sept jours par semaine à des équipes multidisciplinaires ».

Des modèles d'équipes pluridisciplinaires de soins de santé primaires existent actuellement dans certaines provinces, notamment les Équipes Santé familiale en Ontario, le réseau de soins primaires en Alberta, et les Groupes de médecine de famille au Québec, mais il reste beaucoup à faire en la matière.

Le CMFC encourage les législateurs à continuer d'améliorer l'accès afin que les Canadiens aient leur propre médecin de famille et l'accès à des infirmiers et autres professionnels de la santé travaillant en équipe avec les omnipraticiens, et nous sommes ravis de voir les importants progrès réalisés à ce jour pour mettre de tels modèles en place. Il est d'une importance capitale que nous continuions sur notre lancée et que nous fassions tout en notre pouvoir pour améliorer notre système de santé dans les années à venir.

There is a better model for primary medical care emerging across the country. The CFPC introduced its vision for the future of family practice and urges our governments to join millions of Canadians seeking better access to family physicians and primary care by supporting the Patient's Medical Home initiative.

Patients' Medical Homes build upon the existing strengths of family practice and primary care. They recognize and seek to enhance the central importance of the patient and the doctor-patient, nurse-patient, and team-patient relationships. They reinforce continuity of care and effective use of resources. They offer a flexible model where innovation and response to changing realities in care are possible. They optimize the use of health professionals and their skills, and they reinforce the objectives of the 2004 accord, objectives we hope will be maintained and strengthened in a renewed accord.

Better access, better coordination and delivery of a more comprehensive basket of services are possible when the core elements of a Patient's Medical Home are implemented. For example, research has shown that patients with their own family doctor and a consistent team of primary health care professionals working with their family physicians have better health outcomes. Same day scheduling strategies being used in medical home practices offer timely appointments with either the family physician or another member of the practice team. My own experience as a family physician in small town New Brunswick has reinforced for me the overwhelming concern that Canadians have regarding access to their own family physicians when they have questions or concerns regarding their health or the health of a loved one. Furthermore, electronic medical records, once fully implemented, could facilitate information flow and consultations and are an essential part of continuous quality improvement.

Primary care reform is indeed a long-term objective. The CFPC recommends that the health accord must be extended for at least another decade and there must be increased accountability for the use of funds to achieve the goals defined by this accord. Importantly, the accord must include sustained support for family practice and primary care.

A critical objective for the future of health care in Canada, and an essential goal of the Patient's Medical Home initiative, is the enhanced focus on prevention, health promotion and the care of those with chronic diseases, including mental illness, cardiovascular disease, diabetes, respiratory diseases, arthritis and cancer. A renewed accord must include significant commitments to improving individual and population health through illness and injury prevention, a focus on the social determinants of health and augmented support for home care and prescription medications for all Canadians.

Or un meilleur modèle de soins primaires est sur le point de voir le jour au Canada. Le CMFC a présenté sa vision de l'avenir de la médecine familiale et il exhorte nos gouvernements à joindre les millions de Canadiens qui demandent un meilleur accès à des médecins familles et à des soins primaires en appuyant l'initiative des Centres médicaux axés sur les patients.

Les Centres médicaux axés sur les patients tirent profit des forces existantes de la médecine familiale et des soins primaires. Ils reconnaissent et tenteront de mettre en valeur la place prépondérante qu'occupe le patient, et les rapports qu'il entretient avec le médecin, les infirmiers et toute l'équipe de soins. Les centres favorisent la continuité des soins et un recours efficace aux ressources. Ils offrent un modèle souple où l'innovation et l'adaptation aux réalités changeantes dans la prestation de soins sont possibles. Ils permettent de maximiser le recours à des professionnels de la santé et à leurs compétences; et ils renforcent les objectifs de l'accord de 2004, objectifs qui, espérons-le, seront maintenus et bonifiés dans le nouvel accord.

Un meilleur accès, une meilleure coordination et la prestation d'une gamme plus complète de services sont possibles quand les éléments de base d'un Centre médical axé sur les patients sont réunis. Par exemple, les recherches ont montré que les patients dont le médecin de famille est appuyé par une équipe fiable de professionnels en soins primaires sont en meilleure santé. Les stratégies de réservation la même journée que ces centres utilisent permettent aux patients d'avoir rapidement rendez-vous, soit avec un médecin, soit avec un autre membre de l'équipe entourant l'omnipraticien. Ma propre expérience en tant que médecin de famille dans une petite ville du Nouveau-Brunswick m'a permis de constater à quel point il est important pour les Canadiens d'avoir accès à leur propre médecin de famille quand ils ont des questions et des préoccupations concernant leur santé ou celle d'un être cher. De plus, l'informatisation des dossiers médicaux, quand elle sera terminée, pourrait faciliter l'échange d'information et les consultations, et c'est un aspect essentiel de l'amélioration continue de la qualité.

La réforme des soins primaires est un objectif à long terme. Le CMFC recommande que l'accord de santé soit prolongé pendant au moins une autre décennie et qu'il y ait une responsabilité accrue dans la façon d'utiliser les fonds pour atteindre les objectifs définis dans l'accord. Il est important que l'accord accorde un appui durable à la médecine familiale et aux soins primaires.

Un objectif d'une importance cruciale pour l'avenir des soins de santé au Canada — et un objectif essentiel pour l'initiative des Centres médicaux axés sur les patients — est de mettre davantage l'accent sur la prévention, la promotion de la santé et les soins aux personnes atteintes de maladies chroniques, y compris les maladies mentales, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires, l'arthrite et le cancer. Un accord renouvelé doit inclure des engagements significatifs envers l'amélioration de la santé individuelle et collective en portant une attention particulière à la prévention des maladies et des blessures, aux facteurs sociaux de la santé, en accordant un appui accru aux soins à domicile et aux médicaments prescrits pour tous les Canadiens.

Evidence shows that better access to ongoing family practice and primary care leads to better population health outcomes. Supporting primary care is the most effective way to sustain our health care system, prevent illness and deliver optimal care to all Canadians. Well-supported patients' medical homes where family physicians, nurses and other team members work together to provide patient-centred care will open the door onto a pathway leading to sustainable, high quality care. The 2014 health accord must give all Canadians the chance to be part of this experience. I thank you for your time.

The Chair: Thank you very much. I will move to the Canadian Medical Association. We have two members of the team here, Dr. John Haggie, the President, and Stephen Vail, Director, Research and Policy. Dr. Haggie will be making the presentation.

Dr. John Haggie, President, Canadian Medical Association: The Canadian Medical Association appreciates this opportunity to appear before this committee as part of your review of the 10-year plan to strengthen health care. An understanding of what has worked and what has not since 2004 is critical to ensuring the next accord brings about necessary change to the system. On the positive side of the ledger, the 2004 accord provided the health care system with stable, predictable funding for a decade, something that had been sorely lacking. It also showed that a focused commitment, in this case on wait times, can lead to improvements.

However, little has been done on several other important commitments in the accord, such as the pledge that was made in 2003 to address the significant inequity among Canadians in accessing prescription drugs. Along with the lack of long-term, community and home-based care services, this accounts for major gaps in patient access along the continuum of care.

We also know that accountability provisions in past accords have been lacking in several ways. For instance, there has been little progress in developing common performance indicators set out in previous accords. The 2004 accord has no clear terms of reference on accountability for overseeing its provisions. What the 2004 accord lacked was a clear vision. Without a destination and a commitment to getting there, our health care system cannot be transformed and will never become a truly integrated, high performing health system.

The 2014 accord is the perfect opportunity to begin this journey, if it is set up in a way that fosters the innovation and improvements that are necessary. By clearly defining the objectives and securing stable, incremental funding, we will know what changes we need to get us there. Now is the time to

Des études ont prouvé qu'un meilleur accès à un médecin de famille et à des soins primaires à long terme améliore la santé de la population. Appuyer les soins primaires est la façon la plus efficace de préserver notre système de soins de santé, de prévenir la maladie et de fournir ses soins de qualité optimale à tous les Canadiens. Des Centres médicaux axés sur les patients où médecins de famille, infirmières et autres membres de l'équipe travaillent ensemble à fournir des soins axés sur les patients ouvrent la voie à une prestation de soins durables de qualité. L'accord sur la santé de 2014 doit donner à tous les Canadiens la chance de faire partie de cette expérience. Je vous remercie du temps que vous nous avez accordé.

Le président : Merci beaucoup. Je vais maintenant donner la parole aux deux représentants de l'Association médicale canadienne, le Dr John Haggie, son président, et M. Stephen Vail, directeur, Recherches et politiques. C'est le Dr Haggie qui va prendre la parole.

Dr John Haggie, président, Association médicale canadienne : L'Association médicale canadienne est heureuse de pouvoir témoigner devant le comité dans le cadre de son examen du plan décennal pour consolider les soins de santé. Il est crucial de comprendre ce qui a fonctionné ou non depuis 2004 afin de veiller à ce que le prochain accord instaure dans le système le changement qui s'impose. Du côté positif de l'équation, l'accord de 2004 a fourni au système de santé un financement stable et prévisible pendant une décennie — ce qui manquait sérieusement auparavant. L'accord a aussi révélé qu'un engagement ciblé, portant dans ce cas sur les temps d'attente, peut produire des améliorations.

Il ne s'est toutefois pas fait grand-chose à l'égard de plusieurs autres engagements importants pris dans l'accord, comme celui qui avait été pris aussi en 2003 de s'attaquer aux inégalités importantes en matière d'accès aux médicaments d'ordonnance pour les Canadiens. Conjuguée au manque de services de soins communautaires et de soins à domicile à long terme, cette inégalité est à l'origine d'une lacune majeure au niveau de l'accès pour les patients dans tout le continuum des soins.

Nous savons aussi que les dispositions relatives à l'imputabilité contenues dans les accords antérieurs comportaient plusieurs lacunes. Par exemple, on a peu progressé dans l'élaboration des indicateurs communs de rendement prévus dans l'accord précédent. L'accord de 2004 ne comporte aucun mandat clair pour ce qui est de l'obligation de rendre compte de la surveillance de ses dispositions. Il manquait à l'accord de 2004 une vision claire. Sans destination et sans engagement de s'y rendre, notre système de santé ne pourra pas être transformé et ne deviendra jamais un système très performant et véritablement intégré.

L'accord de 2014 présente l'occasion parfaite d'entreprendre le voyage, à condition d'en structurer les dispositions de façon à favoriser l'innovation et les améliorations qui s'imposent. En définissant clairement les objectifs et en garantissant un financement supplémentaire stable, nous saurons de quels

articulate this vision and to say loudly and clearly that at the end of the 10-year funding arrangements, by 2025, Canadians will have the best health and health care in the world.

With a clear commitment from providers, administrators and governments, this vision can become our destination. As a first step to begin this long and difficult journey, the Canadian Medical Association has partnered with the Canadian Nurses Association. Together we have solicited support from over 60 health care organizations for a series of principles to guide health care transformation in Canada. These principles define a system that will provide equitable access to health care based on clinical need, care that is high quality and patient-centred, and focuses on empowering patients to attain and maintain wellness.

They called for a system that provides accountability to those who use it and those who fund it and that is sustainable — by which I mean adequately resourced in terms of financing, infrastructure and human resources — and measured against other high-performing systems with cost linked to outcomes.

Based on our experience working within the provisions of the 2004 accord, we would like to suggest three strategies to ensure the next accord leads to a sustainable, high-performing health care system. They are: focus on equality, support for system innovation, and the establishment of an accountability framework. I will touch briefly on each one.

The first strategy is the crucial need to focus on improving the quality of health care services. The key dimensions of quality — and by extension the areas that need attention — are safety, effectiveness, patient-centredness, efficiency, timeliness, equitability, and appropriateness. Excellence in quality improvements in these areas will be a crucial step toward sustainability. To date, six provinces have instituted health quality councils. Their mandates and their effectiveness in achieving lasting, system-wide improvements vary. An integrated, pan-Canadian approach to quality improvements in health care, one that can begin to chart a course to ensure Canadians have the best health and health care in the world, is missing and is urgently needed. Canadians deserve no less. With the resources at our disposal, there is no reason why this should not be achievable.

The CMA recommends that the federal government fund the establishment and resource the operations of an arm's-length Canadian health quality council — with a mandate to be a catalyst for change, a spark for innovation and a facilitator to disseminate evidence-based quality improvement initiatives — so that they become embedded in the fabric of our health systems from coast to coast. To help expand quality improvement across the country, the triple aim of the Institute for Health Care Improvement provides a solid framework. Our health care

changements nous avons besoin pour atteindre nos buts. Le moment est venu d'énoncer la vision — d'affirmer clairement qu'à la fin de l'accord de financement de dix ans, soit en 2025, les Canadiens auront la meilleure santé et les meilleurs soins de santé au monde.

Avec l'engagement clair des fournisseurs, des administrateurs et des gouvernements, cette vision peut devenir notre destination. Comme premier pas de ce long et difficile voyage, l'AMC a établi un partenariat avec l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Ensemble, nous avons sollicité l'aide de plus de 60 organisations du secteur des soins de santé pour établir une série de « Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada ». Ces principes définissent un système qui offrirait un accès équitable, en fonction du besoin clinique, à des soins de grande qualité et axés sur les patients et visant à établir le mieux-être et à le maintenir.

Ils nécessitent un système qui rend compte à ses utilisateurs et à ses contribuables, et qui est aussi viable — c'est-à-dire doté de ressources financières, infrastructurelles et humaines suffisantes, mesuré par rapport à d'autres systèmes très performants, et dont les coûts sont liés aux résultats.

Compte tenu de l'expérience que nous avons acquise en travaillant dans le contexte des dispositions de l'accord de 2004, nous souhaitons proposer trois stratégies afin d'assurer que le prochain accord aboutira à un système de santé très performant et viable. Ce sont : cibler la qualité, soutenir l'innovation dans le système, et établir un cadre d'imputabilité. Je vais aborder brièvement chacune d'entre elles.

Tout d'abord, il est crucial de concentrer les efforts sur l'amélioration de la qualité des services de santé. Les dimensions clés de la qualité et, par conséquent, les aspects sur lesquels il faut se pencher sont la sécurité, l'efficacité, l'orientation des patients, l'efficience, l'opportunité, l'équité et la pertinence. L'excellence de l'amélioration de la qualité dans ces domaines constituera une étape cruciale vers la viabilité. Jusqu'à maintenant, six provinces ont créé des conseils de la qualité en santé. Leur mandat et l'efficacité avec laquelle ils réussissent à instaurer des améliorations durables dans l'ensemble du système varient. Nous avons un besoin urgent d'une stratégie pancanadienne intégrée d'amélioration de la qualité des soins de santé, qui peut commencer à fixer le cap à suivre pour garantir que les Canadiens bénéficieront de la meilleure santé et des meilleurs soins de santé au monde. Les Canadiens ne méritent pas moins. Compte tenu des ressources dont nous disposons, il n'y a rien qui empêche de parvenir à cet objectif.

L'AMC recommande que le gouvernement fédéral finance la création d'un Conseil canadien de la qualité de la santé indépendant, doté de ressources opérationnelles suffisantes, qui devra catalyser le changement, stimuler l'innovation et faciliter la diffusion d'initiatives d'amélioration de la qualité basées sur des données probantes afin qu'elles deviennent intégrées dans la trame de nos systèmes de santé d'un océan à l'autre. Afin d'aider à étendre l'amélioration de la qualité dans tout le pays, le triple but de l'Institute for Healthcare Improvement offre un cadre solide.

systems will benefit inordinately from a simultaneous focus on providing better care to individuals, better health to populations, and reducing the per capita cost in doing so.

There is ample evidence that quality care is cost-effective care. When adopted and applied as a pan-Canadian framework for any and all structural changes and quality improvement initiatives, this approach will not only serve patients well but will also enhance the experience of health care providers on the front lines.

The second strategy revolves around system innovation. Innovation and quality improvement initiatives are more likely to be successful and sustainable if they arise out of commitment by front line providers and their administrators to the achievement of a common goal. We need to shift away from compliance models with negative consequences that have little evidence to support their sustainability.

Innovative improvements in health care in Canada are inadequately supported, poorly recognized and constrained from being shared and put into use more widely. This needs to change. With a focus on improving Canadians' health and health care, the 2014 accord can facilitate the transformation we all seek. Based on the success of the 2004 Wait Times Reduction Fund and the 2000 health care accord Primary Health Care Transition Fund, the CMA proposes the creation of a Canada health innovation fund that would broadly support the uptake of health systems innovation initiatives across the country.

The third strategy is that there needs to be a working accountability framework. This would work three ways to provide accountability to patients. The system will be patient-centred and along with its providers will be accountable for the quality of care and the care experienced. For accountability to citizens, the system will provide and — along with its administrators and managers — will be accountable for delivering high quality, integrated services across the full continuum of care. To provide accountability to taxpayers, the system will optimize its per capita costs and — along with those providing public funding and financing — will be accountable for the value derived from the money being spent.

We have done all of this because of our profound belief that meaningful change to our health care system is of the essence and that such change can and must come about through the next health accord. I thank the committee for its efforts and I would be happy to answer any questions afterward.

The Chair: Thank you very much.

Now we will move to the Canadian Nurses Association. We have President-elect Dr. Barbara Mildon and Chief Executive Officer Rachel Bard. I understand you will share your time together.

Nos systèmes de soins de santé bénéficieront infiniment d'une convergence simultanée sur la prestation de meilleurs soins aux personnes et d'une meilleure santé aux populations tout en réduisant le coût par habitant.

Les preuves selon lesquelles des soins de qualité sont des soins ayant un bon rapport coût-efficacité. Lorsqu'elle sera appliquée comme cadre pancanadien de toutes les initiatives d'amélioration de la qualité et de changement structurel, cette approche nous servira bien.

La deuxième stratégie repose sur l'innovation dans l'ensemble du système. Les initiatives d'innovation et d'amélioration de la qualité ont infiniment plus de chance de porter fruit et de durer si elles sont issues d'un engagement pris par les fournisseurs des premières lignes et les administrateurs, vers l'atteinte d'un but commun. Nous devons laisser tomber les modèles de conformité et leurs conséquences négatives; il existe des données probantes pour justifier de les maintenir.

Les améliorations innovatrices dans les soins de santé au Canada sont mal appuyées et mal reconnues, et des obstacles nuisent à leur partage et à leur généralisation. La situation doit changer. En visant avant tout à améliorer la santé et les soins de santé des Canadiens, l'accord de 2014 pourra faciliter la transformation que nous cherchons tous. Bâtissant sur le succès qu'ont connu le Fonds de réduction des temps d'attente de 2004 et le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires établi dans l'accord sur la santé de 2000, l'AMC propose de créer un Fonds d'innovation en santé du Canada qui appuierait de façon générale l'adoption d'initiatives d'innovation dans le système de santé, partout au Canada.

La troisième stratégie est d'amener à reconnaître qu'il faut un cadre d'imputabilité pratique. Trois méthodes devraient permettre d'instaurer l'imputabilité envers les patients. Le système sera axé sur les patients et, tout comme ses fournisseurs, il devra rendre compte de la qualité des soins et de l'expérience des soins. Pour instaurer l'imputabilité envers la population — le système fournira des services intégrés de grande qualité dans tout le continuum des soins et il devra rendre compte, tout comme devront le faire ses administrateurs et ses gestionnaires pour instaurer l'imputabilité aux contribuables — le système optimisera ses coûts par habitant et, tout comme ceux qui fournissent des fonds et du financement publics, il devra rendre compte de la valeur tirée de l'argent dépensé.

Nous avons fait tout cela parce que nous sommes profondément convaincus qu'il est essentiel de transformer véritablement notre système de santé et que ce changement peut et doit être instauré grâce au prochain accord sur la santé. Je remercie le comité de ses efforts et je me ferai un plaisir de répondre à toute question qu'il pourrait avoir par la suite.

Le président : Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Nous avons parmi nous sa présidente désignée, Mme Barbara Mildon, et sa directrice générale, Mme Rachel Bard. Je crois savoir que vous allez toutes deux partager votre temps de parole.

Barbara Mildon, President-elect, Canadian Nurses Association:

On behalf of Canada's 250,000 registered nurses, we are pleased to thank you for the opportunity to bring the perspective of the nursing profession to your review of Canada's 10-Year Plan to Strengthen Health Care. We are pleased to acknowledge and thank our colleagues on this panel, with whom we are engaged in health transformation policy initiatives designed to bring forward our individual and collective expert advice for a strong, patient-centred system.

The 2004 health accord has made progress in reducing wait times for a range of health situations; yet, we can do more to address the root causes of a health system that has not kept pace with the health needs of our nation.

The CNA feels that we can gain maximum benefit from the time and resources remaining in the current accord by laying a solid foundation for patient-centred, strategic and integrated health care system transformation.

We recommend accelerated investment in two key and linked areas: a primary health care system that begins with prevention and promotion and continues along the full continuum of care, and inter-professional teams to enhance access to the right provider in the right place through multiple access points.

As many of you know, a comprehensive primary health care approach embraces promotive, preventive, curative, rehabilitative and supportive care, and recognizes the importance of a broad range of social and environmental determinants of health. A focus on primary health care contrasts the way we have currently set up our system in Canada. It goes beyond doctors, hospitals and illness care as the centre of the system.

Rather, primary health care sees Canadians and their health as the centre. We need a shift of resources towards multiple access points, aimed at keeping people well and out of the hospital. That shift requires bringing services into the community, such as mobile clinics, community health centres and home-based care. This places the emphasis on health promotion, disease prevention, and on meeting the needs of Canadians with chronic illnesses that are forced to rely heavily on hospitals — the most expensive component of our system — because they have nowhere else to turn.

Barbara Mildon, présidente désignée, Association des infirmières et infirmiers du Canada :

Au nom des 250 000 infirmières autorisées du Canada, nous tenons à vous remercier de cette occasion de vous faire part, dans le cadre de votre examen du Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé au Canada, du point de vue de la profession infirmière. Nous en profitons aussi pour saluer nos collègues présents aujourd'hui, avec qui nous menons diverses initiatives de politique de transformation des soins de santé. Pour eux comme pour nous, il s'agit de mettre les compétences spécialisées, de chacun et de tous, au service d'un solide système axé sur les patients.

Si l'accord sur la santé de 2004 a permis de réduire les temps d'attente pour toute une gamme de problèmes de santé, il nous reste des choses à faire pour nous attaquer aux causes fondamentales des déficiences d'un système de santé qui n'a pas suivi l'évolution des besoins en santé de notre pays.

L'AIIC est d'avis que, d'ici l'expiration de cet accord, nous pourrions obtenir de meilleurs résultats avec les ressources dont nous disposons en nous assurant que la transformation stratégique et intégrée du système de soins de santé, qui doit être axé sur les patients, repose sur des bases solides.

Nous recommandons d'accroître le rythme des investissements dans deux domaines importants et liés, soit un système de soins de santé primaire, commençant avec la prévention et la promotion et se poursuivant tout au long du continuum des soins, et des équipes interprofessionnelles pour améliorer l'accès au bon fournisseur, au bon endroit grâce à des points d'accès multiples.

Comme plusieurs d'entre vous le savent fort bien, une approche globale aux soins de santé primaires implique de faire la promotion de la santé, de dispenser des soins préventifs et curatifs, de faire de la rééducation et de donner des soins de soutien. Elle prend aussi en compte l'importance d'une large gamme de déterminants sociaux et environnementaux de la santé. En privilégiant les soins de santé primaires, on se démarque de la façon dont nous avons conçu notre système au Canada. C'est une approche qui va au-delà de ce qui constitue actuellement le cœur du système, soit les médecins, les hôpitaux et les soins aux malades.

Avec le concept de soins de santé primaires, ce sont plutôt les Canadiens et leur santé qui sont au cœur du système. Nous devons réaffecter nos ressources vers des points d'accès multiples, ayant pour vocation de permettre aux gens de garder le meilleur état de santé possible et de ne pas être hospitalisés. Cela nécessitera d'assurer des services dans la collectivité, par exemple avec des cliniques mobiles, des centres de santé communautaires et des soins à domicile à long terme. Cela met l'accent sur la promotion de la santé, sur la prévention des maladies et sur la nécessité de répondre aux besoins des Canadiens ayant des maladies chroniques qui sont contraints de s'en remettre largement aux hôpitaux, l'élément le plus coûteux de notre système, parce qu'ils ne peuvent pas s'adresser ailleurs.

Rachel Bard, Chief Executive Officer, Canadian Nurses Association: Just as infrastructure investments build capacity for sustained economic productivity, a timely strategic investment in community-based, collaborative teams of health professionals would promote better access.

Teams have proven particularly effective in the prevention and management of chronic diseases, giving Canadians the tools they need to stay healthy and remain at home, reducing use of emergency departments, costly hospital stays and overall easing pressure on the acute care sector. This would save the system money and increase its long-term sustainability. Canada can do much more to integrate registered nurses in a more responsive system of primary care.

An example can be found in the collaborative model of primary care nursing and physician practice created at the Family Medical Centre in Manitoba to increase access to primary care services. The successes of this model are attributed to a recognition of the nurse's skills, which allows her or him to work to their full scope of practice. While the nurse provides routine care, health promotion, health screening and other preventive care, the physician's time is freed up to see patients with more complex needs. This model from Manitoba and other examples in other parts of the country have resulted in dramatically shorter wait times.

There are also compelling examples that illustrate the cost savings and system efficiencies that can be realized in the area of surgical wait times. One comes from a study at the Toronto Western Hospital, which showed that patients who were screened by a nurse practitioner in a surgical spine consultant clinic had a significantly shorter wait time: an average of 12 weeks rather than up to 52 weeks before initial examination by a spinal surgeon. The nurse practitioner was able to determine which patients were appropriate surgical candidates and refer them accordingly. Of those examined by the nurse practitioners, only 10 per cent were candidates for surgery. The diagnosis provided by the nurse practitioner was the same as that of the surgeon in all cases.

These are two examples, and there are more.

Ms. Mildon: Indeed, those are but two of the examples where we need strong federal leadership to make these successes commonplace across the country. The CNA believes we all need to be accountable for real change in the design and delivery of health care. As the 2004 accord concludes, we need governments to work together to design and implement the next agreement. A new accord should provide the road map to the best health system and the best health we can probably achieve. If the next health accord is to have teeth, it will need to be no shorter than 10 years;

Rachel Bard, directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada : Tout comme les investissements en infrastructures ont un effet d'entraînement sur la productivité de notre économie, des investissements stratégiques en équipes axées sur la collectivité et sur la collaboration de professionnels de la santé feraient la promotion d'un meilleur accès aux services de santé s'ils étaient réalisés en temps opportuns.

Ces équipes se sont avérées particulièrement efficaces dans la prévention et la gestion des maladies chroniques, donnant aux Canadiens les outils dont ils ont besoin pour rester en santé et chez eux, réduisant ainsi le recours aux services d'urgence, aux séjours coûteux dans les hôpitaux, et réduisant les pressions d'ensemble sur le secteur des soins de courte durée. Cela permettrait au système de réaliser des économies et d'accroître sa durabilité à long terme. Le Canada peut faire beaucoup plus pour intégrer les infirmières autorisées à un système plus réactif de soins primaires.

L'exemple du Centre de médecine familiale du Manitoba montre bien que le modèle de collaboration entre les infirmières et les médecins pour dispenser des soins primaires permet d'accroître l'accès à ce type de soins. La réussite de ce modèle est attribuée à la reconnaissance des compétences des infirmières, qui leur permet de pratiquer leur métier dans toute son étendue. Pendant que les infirmières prodiguent des soins de routine, font la promotion de la santé, font du dépistage des problèmes de santé et assurent d'autres soins préventifs, les médecins disposent de plus de temps pour voir des patients dont les besoins sont plus complexes. Ce modèle mis en œuvre au Manitoba et dans d'autres parties du pays a permis de réduire de façon très importante les temps d'attente.

D'autres exemples montrent de façon irréfutable qu'il est possible, dans le domaine des temps d'attente en chirurgie, de réaliser des économies et d'améliorer l'efficacité du système. L'un de ceux-ci est celui de l'Hôpital Western de Toronto qui a montré que les patients qui étaient triés par une infirmière praticienne dans une clinique de consultation en chirurgie de la colonne vertébrale attendaient nettement moins longtemps, soit en moyenne 12 semaines au lieu des 52, avant un premier examen par un chirurgien spécialisé. L'infirmière praticienne était en mesure de déterminer quels patients pouvaient bénéficier d'une chirurgie et leur donnait des rendez-vous en conséquence. Seuls 10 p. 100 des patients examinés par les infirmières praticiennes étaient des candidats à la chirurgie. Dans tous les cas, le diagnostic posé par l'infirmière praticienne a été le même que celui du chirurgien.

Ce sont là deux exemples, et il y en a d'autres.

Mme Mildon : En vérité, ce ne sont là que deux exemples montrant bien la nécessité d'un leadership énergique du gouvernement fédéral pour généraliser les cas de réussite à travers le pays. L'AIIC est d'avis que nous devons tous être imputables des modifications réelles à apporter à la conception et à la mise en œuvre des soins de santé. Alors que l'accord de 2004 arrive à son terme, il faut que les gouvernements collaborent pour concevoir et mettre en œuvre la prochaine entente. Un nouvel accord devrait fournir la carte menant au meilleur système de soins et à la meilleure

it will need to include an accountability framework that sets out clear targets and indicators that can be used to gauge progress; and it will need to set the tone for pan-Canadian collaboration and move best practices into common practices.

Senator Eggleton: Thank you for all of the presentations. I realize that you have covered a wider range of subjects than the specific subject before us today. We are all dealing with those things in different meetings. For example, we dealt with home care at the last meeting and wait times at another, et cetera.

I will focus my question on the matter of multi-disciplinary teams. You all talked about that today. Back in 2004, when the accord was signed, the first ministers said they wanted to ensure that 50 per cent of Canadians had 24/7 access to multi-disciplinary teams by 2011. We do not seem to have done that. According to the Health Council of Canada in 2008, we only got to 17 per cent.

What has gone wrong? Are you people not cooperating with each other? Dr. Boulay has a specific plan relevant to Patients' Medical Homes. How does that work in conjunction with what some other provinces are doing, such as the family health teams in Ontario, primary care networks in Alberta and family medicine groups in Quebec?

How do we get this team thing moving faster than the 17 per cent reached in 2008? What should the next accord say about it?

Dr. Boulay: Certainly, I do not think it has been for a lack of trying in terms of our organizations working together and seeing that this is truly the way that we are going to save our health care system in the long run. We have to continue to push forward on team development. What happened since 2004 is multi-factorial. There were no targets set for where the funding would go. Although it was a laudable goal, as I said in my introductory remarks, that we would achieve this 50 per cent by 2011, there was no accountability placed on that funding.

Certain provinces have seen the light, given what has happened in Ontario, in Alberta and more recently in B.C. where they have experienced quite a huge take-up in terms of team development. We would like to see that become a pan-Canadian reality, however; and I really think we can make this work. Actually, we have to make it work.

Ms. Mildon: I know my colleague has some comments as well. Basically, my thinking is that integrated care needs integrated funding models. When you separate funding into various pockets whereby home care has a fund and primary care services have a fund, it creates a barrier to the kinds of inter-professional teams we are seeing. Where we have seen successes, there have been

santé qu'il soit possible d'obtenir. Si le prochain accord sur la santé doit avoir des dents, il faudra qu'il porte au moins sur 10 ans, qu'il comprenne un cadre de responsabilisation définissant des objectifs précis et des indicateurs, permettant de juger des progrès réalisés. Il devra aussi donner le ton pour la mise en œuvre d'une collaboration pancanadienne et pour généraliser l'application des meilleures pratiques.

Le sénateur Eggleton : Je vous remercie tous de ces exposés. Je réalise que vous avez traité d'une gamme de sujets plus large que celle qui nous intéresse précisément aujourd'hui. Nous abordons tous ces questions dans diverses réunions. C'est ainsi que, lors de notre dernière réunion, nous avons traité des soins à domicile de longue durée, et des temps d'attente dans une précédente, et cetera.

Ma question porte sur les équipes multidisciplinaires. Vous en avez tous parlé aujourd'hui. En remontant en 2004, à l'époque de la signature de l'accord, les premiers ministres ont déclaré vouloir s'assurer que, d'ici 2011, 50 p. 100 des Canadiens auraient accès 24 heures par jour et 7 jours sur sept à des équipes multidisciplinaires. Il ne semble pas que nous ayons atteint cet objectif puisque, d'après le Conseil canadien de la santé, en 2008, nous n'en étions qu'à 17 p. 100 de cet objectif.

Qu'est-ce qui a mal tourné? S'agit-il d'un manque de coopération entre vous? Le Dr Boulay a un plan précis pour les centres de médecine de famille. Comment les choses se passent-elles par rapport à ce qui se fait dans d'autres provinces comme les équipes Santé familiale en Ontario, les réseaux de soins primaires en Alberta et les groupes de médecine de famille au Québec?

Comment pouvons-nous avancer plus rapidement pour dépasser ce taux de 17 p. 100 de 2008? Que devrait dire le prochain accord à ce sujet?

Dr Boulay : Il est certain, à mon avis, que ce n'est pas faute d'avoir essayé d'organiser la coopération entre nos organisations et d'être convaincus que c'est la façon dont nous allons pouvoir sauver notre système de santé à long terme. Nous devons continuer à favoriser la mise sur pied d'équipes. Ce qui s'est passé depuis 2004 s'explique par divers facteurs. Aucune cible n'avait alors été définie, indiquant où le financement devait aller. Même s'il s'agissait là d'un objectif louable, comme je l'ai dit dans mes remarques préliminaires, et bien que nous devions attendre 50 p. 100 en 2011, aucune responsabilité précise n'avait été définie en matière de financement.

Certaines provinces y ont vu des possibilités, à voir ce qui s'est passé en Ontario, en Alberta et plus récemment en Colombie-Britannique, où on a constaté que la mise sur pied d'équipes a connu une forte hausse. Nous aimerions que cela devienne une réalité pancanadienne et je pense vraiment que nous pouvons y arriver. En vérité, il faut que nous y arrivions.

Mme Mildon : Je sais que ma collègue a également quelques commentaires sur ce sujet. Pour l'essentiel, je suis d'avis que la prestation de soins intégrés doit s'accompagner de modèles de financement intégrés. Quand le financement est ventilé entre divers types de services, comme les soins à domicile et les soins primaires, cela freine la mise sur pied des équipes interprofessionnelles dont

ways to make that funding across the services. My thinking is to be sure to look at funding models and how they can enable the kinds of inter-professional practices that you named as examples.

Senator Eggleton: Can you give an example of how that might work? How might we write that up in the accord?

Ms. Mildon: I am sure my colleagues would have an example. The example I am most familiar with in Ontario is the nurse practitioner-led clinics that have a funding model that enables a pocket funding. The nurse practitioners have physicians on staff with them, and they bring in other health professionals as well. It becomes an integrated, inter-professional model that is funded globally.

The Chair: Let us hear from one of your colleagues, Dr. McGregor?

Dr. McGregor: It does come down to dedicated funding models. For example, the way in which psychiatrists are funded creates a great challenge to integrated care when you do not have face-to-face patient contact. There must be more creativity and imagination about how you do that. Sometimes it can be much more helpful if you can consult with a primary care practitioner, give them advice, and help them. What my CNA colleagues are saying is exactly right: the funding has to follow.

As a personal example, I work in Vernon, British Columbia. I cannot model primary care, but one of the things we have is a catchment area of responsibility. We have responsibility for acute, hospital and community services together. When you have a blended model and blended responsibilities there are far fewer barriers to care. If people have responsibility for the whole continuum of care, they will be responsible for it; otherwise it becomes a mandate for barriers.

The Chair: What does the CMA have to say about an integrated funding approach?

Dr. Haggie: You are looking at a different kind of silo — a knowledge silo. There are areas of excellence. The primary care transition fund was originally intended not to fund pilot projects but to actually change primary care. However, because of the way it was written, it did not have details of what was in and what was out; and it did not have any kind of timeliness. There was a lot of fuzziness around it. There are some pockets of excellence but to disseminate those pockets of excellence so the uptake can be enhanced requires one of the things that we talked about: the concept of an innovation fund, which would not be to fund pilot projects but rather to take best practices and seed money so they could start up.

nous parlons. Dans les cas de réussites dans ce domaine, c'est que les budgets ont pu dépasser les frontières entre les types de services. Je suis donc d'avis qu'il faut réfléchir aux modèles de financement et à la façon dont ils peuvent permettre les types de pratiques interprofessionnelles que vous avez données en exemple.

Le sénateur Eggleton : Pouvez-vous nous donner un exemple de la façon dont cela pourrait fonctionner? Comment pourrions-nous le libeller dans l'accord?

Mme Mildon : Je suis convaincue que mes collègues ont un exemple. Celui que je connais le mieux en Ontario est celui des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes dont le modèle permet le regroupement des budgets. Les infirmières praticiennes ont des médecins parmi leur personnel, et elles font appel à d'autres professionnels de la santé. Cela devient un modèle intégré et interprofessionnel qui est financé globalement.

Le président : Voyons ce qu'en pense l'une de vos collègues, la Dre McGregor?

Dre McGregor : On en vient à un modèle de financement dédié. C'est ainsi que la façon dont les psychiatres sont financés ne facilite pas les soins intégrés lorsque vous n'avez pas de relations en personne avec le patient. Il faut faire preuve de plus de créativité et d'imagination que nous ne le faisons. Il peut, parfois, s'avérer beaucoup plus utile de consulter un praticien des soins primaires, de donner des conseils et d'aider les patients. Ce que vous disent mes collègues de l'AIIC est tout à fait exact : le financement doit suivre.

Je peux vous donner un exemple personnel. Je travaille à Vernon, en Colombie-Britannique. Je ne peux prendre le modèle des soins primaires, mais nous avons dans notre région une circonscription hospitalière dont nous assumons la responsabilité. Nous nous occupons à la fois de services de courte durée, de services hospitaliers et de services communautaires. Lorsque vous avez un modèle mixte et une combinaison de responsabilités, il y a beaucoup moins d'entraves. Si les gens sont responsables de tout le continuum des soins, ils en assumeront la responsabilité. Si ce n'est pas le cas, leur mandat est de mettre des entraves.

Le président : Quelle est la position de l'AMC sur l'approche du financement intégré?

Dr Haggie : Vous avez là un type différent de cloisonnement, un cloisonnement des connaissances. Il y a des domaines d'excellence. Les fonds pour la transition des soins primaires étaient destinés, au départ, non pas à financer des projets pilotes, mais à réellement modifier les soins primaires. Toutefois, étant donné la formulation, rien ne précisait pas ce qui était couvert et ce qui était exclu, et nous n'avions aucun calendrier. Il y avait beaucoup de flou à ce sujet. Il y a quelques poches d'excellence, mais, pour diffuser leurs exemples afin que l'adhésion à ce modèle soit plus importante, il faut l'une des choses dont nous avons parlé, c'est-à-dire le concept d'un fonds d'innovation, qui ne serait pas destiné à financer des projets pilotes, mais plutôt à prendre les meilleures pratiques et à leur affecter des fonds pour qu'elles puissent démarrer à plus grande échelle.

There is a lot of ignorance in Newfoundland about what happens in Alberta. Their primary care networks are a superb example of what has gone well out of what was intended from the primary care transition fund. The silos are dissemination and knowledge as well. We do not have a framework to do that so one of our recommendations would deal with that.

Ms. Bard: I would add to what my colleague said. I agree that we need some seed dollars but we need to avoid creating another project approach. We need to find a way of integrating the concept throughout the continuum of care. We need to broaden the medical services covered under medicare so that we can look at a variety of funding models that capture more than acute care services have captured to date. We need to look at where community care fits into that.

Senator Seidman: The College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association produced a position paper in late 2010 that presents a vision for collaborative partnerships between primary care and mental health providers, including the integration of mental health services within primary care settings. I would appreciate your comments on this, specifically with regard to the following: To what extent are mental health services integrated with primary care across jurisdictions? What are the barriers to interdisciplinary collaboration between mental health professionals and primary care professionals? How could a future health accord address challenges in this area?

In speaking to these issues, I would appreciate it if you could include some reference to child and youth mental health, which is a special area.

Dr. McGregor: We have all heard that it is quite spotty across areas. British Columbia is only just beginning to start on that, which is the field that I am most familiar with. Much more work has been done in Ontario and Alberta with their primary care networks, although I am not able to give you exact figures. I do hear that there is much greater satisfaction with services; that they are much more economically viable; that they actually cost less in the end; and that they are more responsive.

I can give you a personal figure. We do not do primary care relationships because we need primary care reform in my area first. However, we took a catchment area of responsibility in my local area and had ways in which GPs could fast refer to us and we could refer to them. That was a kind of collaborative care. I will compare us with our neighbouring community to the south of us. We have shorter waiting lists, half the number of psychiatrists and apparently the same quality of services, but it costs us less than half of what they are charging in the community for medical costs and psychiatric costs to the medical services plan. There are

À Terre-Neuve, on sait très peu de choses sur ce qui se passe en Alberta. Leurs réseaux de soins primaires sont un exemple superbe des bons résultats qui ont découlé des intentions ayant présidé à la mise sur pied du fonds de transition des soins primaires. Les silos sont aussi des lieux de diffusion et de savoir. Nous ne disposons pas d'un cadre pour cela et c'est pourquoi l'une de nos recommandations va en traiter.

Mme Bard : J'aimerais ajouter quelque chose à ce que mon collègue vient de dire. Je conviens que nous avons besoin d'injecter des fonds, mais nous devons en même temps éviter d'instaurer une nouvelle approche de projet. Nous devons trouver une façon d'intégrer les concepts dans tout le continuum de soins. Nous devons élargir la couverture des services médicaux assurés par le Régime d'assurance-maladie pour lui permettre d'examiner toute une gamme de modèles de financement permettant de prendre en compte plus d'éléments que les services de soins de courte durée, comme ce fut le cas jusqu'à maintenant. Nous devons chercher à déterminer où les soins communautaires peuvent s'y intégrer.

Le sénateur Seidman : Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des psychiatres du Canada ont publié, à la fin de 2010, un exposé de principes présentant une vision des partenariats de collaboration entre les prestataires de soins primaires et ceux de santé mentale, avec l'intégration des services de santé mentale dans le contexte des soins primaires. J'aimerais connaître vos commentaires à ce sujet, en particulier sur ce qui suit : dans quelle mesure les services de santé mentale sont-ils intégrés aux soins primaires dans les provinces et les territoires? Quelles sont les entraves à une collaboration interdisciplinaire entre les professionnels de la santé mentale et ceux des soins primaires? Comment un accord à venir sur la santé pourrait-il s'attaquer aux défis qui se présentent dans ce domaine?

À ce sujet, je vous serais reconnaissante de faire mention de la santé mentale des enfants et des jeunes, qui constitue un domaine spécial.

Dre McGregor : Nous savons tous que cette intégration est assez sporadique dans toutes les provinces et tous les territoires. La Colombie-Britannique ne fait que commencer à y travailler. C'est le domaine que je connais le mieux. L'Ontario et l'Alberta ont fait beaucoup plus de travail dans ce domaine avec le réseau de soins primaires, même si je ne suis pas en mesure de vous donner des chiffres exacts. Je crois savoir que le niveau de satisfaction est beaucoup plus élevé avec les services, qu'ils sont beaucoup plus viables en termes économiques, qu'ils coûtent beaucoup moins cher au bout du compte et qu'ils sont plus réactifs.

Je peux vous donner des chiffres qui me concernent. Nous n'entretenons pas de relations avec les soins primaires parce que nous avons besoin d'une réforme des soins primaires dans ma région. Toutefois, nous avons défini dans ma région une circonscription hospitalière et nous avons adopté des modalités permettant aux généralistes de nous transférer rapidement des patients et, pour nous de faire de même avec eux. C'est une sorte de soins en collaboration. Je nous compare avec notre communauté avoisinante située au sud. Nous avons des listes d'attente plus courtes, la moitié de leur nombre de psychiatres et,

economies. How can we address those challenges? We have to look at primary care reform significantly. How do we look at child and youth mental health, which requires a much more integrated service?

For example, in British Columbia, child and youth mental health comes under the jurisdiction, apart from acute care, of the Ministry of Children and Family Services; and we have the Ministry of Health as well. It requires a real vision to have integrated child and youth services. Locally we have made those relationships, which of course integration depends on, where there are administrative silos; otherwise it is difficult.

How can you address it? We are talking about funding models. The way seems to be using the carrot to get people to focus and do it. We need some framework of accountability, which I think we are agreed on.

Dr. Boulay: I would add that many wonderful things are happening across the country in terms of collaboration. I have colleagues with psychiatrists who come and spend half a day each week in their offices doing shared care right on site. That is a great model, but our current funding models do not support it. Child and youth mental health services in Canada are bordering on a national embarrassment. We need to push forward in that realm. Targeted funding toward initiatives would truly help in collaboration not only between departments of health and child welfare but also between departments of education, which have a huge role to play in early identification and helping youth become all that they can be.

Dr. McGregor: There are other barriers, such as confidentiality agreements that stop parents from knowing what is happening to their children. We could look at the privacy laws in that regard as they relate to health care.

Senator Seidman: Is there anyone else? Perhaps Ms. Mildon might have something to say.

Ms. Mildon: My day-to-day work is at the Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences, so mental health is a subject that is dear to my heart. I find myself turning to funding models. We have global funding but it is volume-based in our organization. When we have a surplus, we invest it. There is always fiscal year constraint in particular programs.

A recent program is expanded evidence-based education modules about mental health in education settings. We see the integration not only through health care but also through other

en apparence, la même qualité de services, mais ils nous en coûtent moins de la moitié que ce qu'ils facturent à la collectivité en coûts de médecine et de psychiatrie au régime de services médicaux. Nous réalisons des économies. Comment pouvons-nous faire face à ces défis? Nous devons nous pencher très sérieusement sur la réforme des soins primaires. Comment abordons-nous la santé mentale des enfants et des jeunes, qui nécessitent des services beaucoup plus intégrés?

Par exemple, en Colombie-Britannique, la santé mentale des enfants et des jeunes relève des pouvoirs du ministère des Enfants et de la Famille, sauf pour les soins de courte durée, et le ministère de la Santé est également impliqué. Il fut avoir une vision réelle des choses pour mettre en place des services intégrés pour les enfants et les jeunes. Au niveau local, nous avons instauré ce type de relations, dont dépend bien sûr l'intégration, dans les domaines où il y a des cloisonnements administratifs, et cela serait difficile autrement.

Comment peut-on s'y attaquer? Nous parlons de modèles de financement. La façon de procéder semble être de brandir la carotte pour amener les gens à s'y intéresser et à agir. Nous devons disposer d'une forme de cadre de responsabilisation, une exigence dont nous convenons tous, je crois.

Dr Boulay : J'aimerais ajouter que, en ce qui concerne la collaboration, quantité de choses merveilleuses se produisent partout au pays. J'ai des collègues qui viennent une demi-journée chaque semaine avec des psychiatres dans leurs bureaux pour dispenser sur place des soins partagés. C'est un très beau modèle, mais nos modèles actuels de financement ne le permettent pas. Au Canada, les services de santé mentale des enfants et des jeunes ne sont pas loin d'une gêne nationale. Nous devons pousser dans ce domaine. Un financement ciblé destiné à des initiatives faciliterait vraiment la coopération, non seulement entre les services de santé et de bien-être des enfants, mais également entre les services d'éducation, qui ont un rôle énorme à jouer dans l'identification hâtive des problèmes pour aider les jeunes à profiter au maximum de leur potentiel.

Dre McGregor : Il y a d'autres entraves, comme les ententes sur la confidentialité qui empêchent les parents de savoir ce qu'il advient de leurs enfants. Nous pourrions nous pencher sur les législations protégeant les renseignements personnels, en particulier sur leurs effets dans le domaine des soins de la santé.

Le sénateur Seidman : Quelqu'un a-t-il quelque chose à ajouter? Peut-être Mme Mildon.

Mme Mildon : Je travaille au quotidien à l'Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences. La santé mentale est donc un sujet qui me tient à cœur. Je n'ai d'autre choix que de me tourner vers les modèles de financement. Dans notre organisation, nous disposons d'un financement global calculé en fonction du volume. Lorsque nous disposons d'un surplus budgétaire, nous l'investissons. Pour certains programmes particuliers, nous sommes soumis à des contraintes d'exercice budgétaire.

Un programme que nous avons lancé récemment est composé de modules élargis d'éducation reposant sur des preuves qui abordent la santé mentale dans le contexte de l'éducation. Nous voyons

sectors, such as health care and education. That is why we cannot deal with the health care sector only; the social determinants of health cover all those sectors. Again, there are funding models and innovation models, such as teams of nurses going into long-term care settings with a focus on psycho-geriatric needs. It comes back to two things: funding models that enable these kinds of services to be shared and the innovation to do it.

Senator Martin: I have so many questions. All of you mentioned common themes. I keep hearing about collaborative care models, which could be multi-disciplinary, interdisciplinary or trans-disciplinary. In terms of creating this effective team, are there criteria in print or understood by all various health practitioners for reference in developing very effective interdisciplinary teams? If these have not been articulated, should they be in the next accord? As a former teacher, I think about rubrics. When I asked students to do an assignment, we provided the specific criteria that allow them to succeed. I am curious about whether there are criteria. I am considering the importance of the number of times that a team would meet or intersect, whether via teleconference or in person, to interface about a particular patient. Electronic records might be a key tool to help create that continuum. What are the criteria for a very effective team within this system?

I know firsthand about the amount of exposure, face-to-face time and kind of care that we receive from nurses. When you talk about integrating nurses into the system, could you explain in greater detail how they could be integrated further into the current model so that they could reduce the burden on the overall system and we could maximize the services they are able to provide? I know you are already doing that, but how could you better be integrated?

Lastly, I wanted to just ask all of you to follow up, not so much answer today, regarding what these current barriers may be. What do we need to remove, as well as what sort of specific language must we put into the accord, especially when it comes to accountability? You all talked about it, and it would be great to get very specific recommendations about that.

The Chair: Before I turn it over to you, I want to pick up on what Senator Martin has just indicated and requested of you. We would welcome, following this meeting, you forwarding us additional responses to questions that you do not have time to fully explore, and there will be more of those come up. On that particular one, we will ask you to respond later.

l'intégration non seulement dans les soins de santé, mais également dans d'autres secteurs, comme ceux des soins de santé et de l'éducation. C'est pourquoi nous ne pouvons pas nous contenter de nous attaquer qu'au secteur des soins de santé. Les déterminants de la santé se situent dans tous les secteurs. Une fois encore, il y a des modèles de financement et des modèles d'innovation, comme les équipes d'infirmières dans le domaine des soins à long terme qui privilégient les besoins psychogériatriques. Ce type d'approche repose sur deux éléments : des modèles de financement qui permettent de partager ces types de services et la mise en œuvre d'innovations pour concrétiser cela.

Le sénateur Martin : J'ai tant de questions à vous poser. Il y a des thèmes que vous avez tous abordés. J'entends toujours parler des modèles de soins en collaboration, qui pourraient être multidisciplinaires, interdisciplinaires ou transdisciplinaires. Pour la mise en place de ces équipes efficaces, les critères figurent-ils par écrit ou sont-ils implicites pour tous les praticiens de la santé qui veulent mettre sur pied des équipes interdisciplinaires très efficaces? S'ils n'ont pas été définis, devraient-ils l'être dans le prochain accord. Ayant été enseignante, je pense aux rubriques. Lorsque je demandais à des étudiants de faire un travail, je leur fournissais des critères précis leur permettant de réussir à le faire. Je me demande s'il y a des critères. Je pense à l'importance du nombre de réunions ou d'interactions d'une équipe, que ce soit par téléconférence ou en personne, pour assurer l'interface avec un patient donné. Les dossiers électroniques pourraient s'avérer un outil important pour mettre en place ce continuum. Quels sont les critères pour mettre en place une équipe très efficace dans le cadre de ce système?

Je sais au premier chef le temps que nous passons en personne avec les infirmières et le genre de soins qu'elles nous dispensent. Lorsque vous parlez d'intégrer les infirmières au système, pourriez-vous nous expliquer plus en détail comment elles pourraient être mieux intégrées dans le modèle actuel pour leur permettre de réduire la charge de l'ensemble du système, et pourriez-vous nous dire comment nous pourrions maximiser les services qu'elles sont en mesure d'assurer? Je sais que vous faites déjà tout cela, mais comment pourriez-vous être mieux intégrées?

Enfin, je veux simplement vous demander à tous de faire le suivi, pas tant de répondre aujourd'hui en ce qui concerne la nature éventuelle des entraves actuelles. Que devons-nous retirer et quel genre de formulation précise devons-nous faire figurer dans l'accord, en particulier en matière de responsabilisation? Vous en avez tous parlé et ce serait bien d'avoir des recommandations très précises à ce sujet.

Le président : Avant de vous donner la parole, je veux revenir sur ce que le sénateur Martin vient de préciser et vous a demandé. Nous serions ravis, si, à la suite de cette réunion, vous pouviez nous adresser des réponses additionnelles aux questions que vous n'avez pas le temps d'étudier en détail, et il y aura d'autres questions de cette nature par la suite. Sur ce sujet particulier, nous vous demanderons de nous répondre plus tard.

Since the first question is one that would require you to think about your answer, we could go to the question to the nurses first, and then I will come back to you with regard to her first question and see who wants to start that one up.

Ms. Mildon: Thank you very much. I will certainly ask my colleague to join in. Your question raises for me the notion of public health nursing. Having been a nurse for more than 30 years, I have seen the continuum. Public health nurses, from infancy care to school health to elder screening, can make a big difference in terms of promotion of health and prevention of disease, yet those services have been eroded considerably throughout our country in almost all of our health systems. When you ask what we can do to further integrate nurses into our system to make the biggest difference, I would ask that we look at our public health nursing system and that we make sure that nursing is integrated into the public health system. We do have many examples of good, solid evidence that public health nurses make a difference in our public health system. That would be my first answer to that.

Ms. Bard: Maybe I could add, to supplement, when we think as well of primary health care and primary care, we need to create a system that will allow and transfer resources into those other setting environments. Right now, if I look at the data, while we promote the team approach in primary care, out of the 250,000 nurses that we said exist in the country, right now we have about 30,000 registered nurses that are working in a primary care setting. When we look at nurse practitioners, out of 3,000, we have 1,000 that work in the primary care setting. We need to try to find a way of shifting resources and supporting. Actually, I would start by answering as well that if we think of moving into the team approach, one of the criteria is that it starts with the patient. What is it that the patient needs? You create the team that the patient needs around the service, rather than right now we are all coming in as professionals and thinking here is what the services are. You start with the patient, when we talk about that, and look at his need and you create the team that the person needs. The team can vary, and the lead can vary, just because of making sure that you arrange the services that are needed. Again, it is timely services, the right services at the right time and at the right place.

The Chair: I will come back to the first question and ask Dr. Haggie to start that off.

Dr. Haggie: The first question really speaks to what services are needed. Ms. Bard has taken a patient-centred approach, which is what we have done. The team changes. If you have a diabetic patient who is stable, they may need an exercise regiment and physical therapy and these things rather than intervention on a

Comme la première question nécessite de réfléchir avant de répondre, nous pourrions commencer par la question adressée aux infirmières, et je reviendrai ensuite à vous concernant la première question, et nous verrons alors qui veut prendre la parole en premier.

Mme Mildon : Merci beaucoup. Je vais certainement demander à mes collègues de se joindre à moi. Votre question, à mes yeux, soulève la notion des soins infirmiers en santé publique. Ayant pratiqué le métier d'infirmière pendant plus de 30 ans, j'ai vu le continuum. Les infirmières en santé publique peuvent, des soins à la première enfance au tri des personnes âgées en passant par l'hygiène scolaire, s'avérer très utiles pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, même si ces services sont beaucoup érodés dans notre pays dans pratiquement tous nos systèmes de santé. Lorsque vous demandez ce que nous pouvons faire pour mieux intégrer les infirmières à nos systèmes pour obtenir les plus grandes améliorations possible, je suggérerais que nous examinions notre système de soins infirmiers en santé publique et que nous veillions à ce que les soins infirmiers soient intégrés au système de santé publique. Nous disposons de nombreux exemples montrant sans aucun doute que les infirmières en santé publique font une différence dans notre système de santé publique. Ce serait là ma première réponse à votre question.

Mme Bard : Je pourrais peut-être ajouter, en complément, que lorsque nous réfléchissons aux soins de santé primaires et aux soins primaires, nous devons mettre en place un système qui permettra de transférer les ressources dans ces autres contextes. Actuellement, si j'examine les données, alors que nous faisons la promotion d'une approche d'équipes en soins primaires, sur 250 000 infirmières dans ce pays, il n'y a qu'environ 30 000 infirmières autorisées qui travaillent dans un milieu de soins primaires. Quand nous nous penchons sur les infirmières praticiennes, sur 3 000 d'entre elles, nous n'en comptons que 1 000 qui travaillent en milieu de soins primaires. Nous devons essayer de trouver une façon de déplacer les ressources et les modalités de soutien. Actuellement, je commencerais par vous dire que, lorsque nous réfléchissons à la mise en place d'approches par équipe, l'un des critères qui s'imposent est que les choses commencent avec le patient. De quoi a besoin le patient? Vous mettez sur pied l'équipe dont le patient a besoin alors que, actuellement, nous arrivons tous comme professionnels en disant voici les services que nous offrons. Quand on parle de cela, il faut commencer par le patient et examiner ses besoins, puis mettre sur pied l'équipe dont ce patient a besoin. L'équipe peut varier, le type de personnes qui la dirigent peut varier, parce qu'il faut simplement s'assurer que vous structurez les services qui sont nécessaires. Une fois encore, il s'agit des services opportuns, des bons services dispensés au bon moment et au bon endroit.

Le président : Je reviens à la première question en demandant au Dr Haggie d'y répondre en premier.

Dr Haggie : La première question porte réellement sur la nature des services nécessaires. Mme Bard a pris l'approche axée sur les patients, qui est aussi ce que nous avons fait. L'équipe évolue. Si vous avez un patient diabétique stable, il se peut que vous ayez besoin d'un régime d'exercice et d'une thérapie

medical level. If they are decompensated, you may need surgical referrals and those things. It changes, and it is not static. What they need on day one may be completely different than on day 365.

If you back up a little bit and ask, from a systems point of view, what services in general you need, we really do not have any idea. The bottom line is that the data has not been collected. You then ask, well, how do you deliver the services? First we have to find out what they are. We do not really have a good population-based needs assessment. We then do not know if we have the right staff in the right mix. Chronic disease is now the example or the paradigm for health care. Eighty per cent of health care in North America is chronic disease management. It is no longer acute care, yet medicare was designed for acute episodes delivered in hospitals by physicians, and that is still how it works. What do you need in terms of resident output from programs to staff a service that is chronic disease management? Do you really need 50 to 60 per cent of them going into specialties? How do you then inform the medical students of what opportunities there are for residency programs so you do not get someone who is an expert in the left ankle and cannot find a job because you do not need any more left ankle experts but need someone who fixes fractured hips but you have not passed that information on to people in a timely enough way? What will work this week may no longer be the case in five years time. It is a complex adaptive system.

The other thing, then, about the team is transitions. The pitfalls in care, the gaps, come when you move from primary care to secondary care to tertiary care, the handover, the referral process. CMA actually has a tool kit for governments and stakeholders that is nearly ready to be launched. It will take two examples of referral practices and patients and then can be replicated for others in an attempt to try to minimize the gap in communication.

Underpinning all of that, if you really want to make sense of it all, you need an EMR, an EHR, from the ground up. There has been money for Inforway from the top down and the infrastructure and the big pipes to carry the information, but the issue is at point of care where it really makes a big difference. We have 14 health record systems in Newfoundland, with a population of 502,000 people. They were all bought from the same vendor. None of them speak to each other. We now have four integrated boards. They are still struggling to get two computer systems 60 miles apart to speak to each other. That is since 2005. It is not built from the ground up. It has been

physique, et de ce genre de choses, plutôt que d'une intervention au niveau médical. Si le patient a décompensé, vous pouvez devoir le transférer à un chirurgien, et à ce genre de service. Les choses changent; elles ne sont pas statiques. Les besoins d'un patient un jour donné peuvent être tout à fait différents de ce qu'ils seront un an plus tard.

Si vous remontez en arrière un petit peu et vous demandez, d'un point de vue des systèmes, quels sont, de façon générale, les services dont vous avez besoin, nous ne le savons pas vraiment. C'est parce que les données n'ont pas été colligées. Vous vous demandez alors comment nous fournissons les services. Tout d'abord, nous devons trouver de quels services il s'agit. Nous n'avons pas une bonne évaluation des besoins de la population. Nous ne savons donc pas si nous avons le bon personnel, et si sa composition est bonne. Les maladies chroniques sont l'exemple qu'on prend, ou le paradigme en matière de soins de santé. En Amérique du Nord, 80 p. 100 des soins de santé sont consacrés à la gestion de maladies chroniques. Les soins de courte durée ne viennent plus en tête, même si le régime d'assurance maladie a été conçu pour des épisodes de soins de courte durée donnés en hôpitaux par des médecins, et c'est encore de cette façon que le système fonctionne. Quelle production devez-vous obtenir d'un résident dans le cadre des programmes pour doter en personnel un service de gestion des maladies chroniques? Faut-il vraiment que 50 à 60 p. 100 d'entre eux suivent une spécialité? Comment informez-vous alors les étudiants en médecine des possibilités de programmes de résidence afin de ne pas obtenir un spécialiste de la cheville gauche qui ne peut trouver de travail parce que vous n'avez plus besoin de ce type de spécialité, mais de quelqu'un qui répare les fractures de la hanche, alors que vous n'avez pas communiqué cette information aux gens concernés en temps voulu? Il se peut que ce qui fonctionne cette semaine ne le fasse plus dans cinq ans. C'est un système complexe qui doit s'adapter.

L'autre aspect concernant l'équipe est celui des transitions. Les embûches dans le domaine des soins, les lacunes, apparaissent quand vous passez des soins primaires aux soins secondaires, puis aux soins tertiaires, avec la transmission des patients et leur orientation. L'AMC s'est dotée d'une trousse à outils à l'intention des gouvernements et des intervenants qui est presque prête à être lancée. Je vais prendre deux exemples d'orientation des patients, deux exemples qui peuvent être repris pour d'autres quand on veut réduire au minimum les lacunes dans les communications.

À la base de tout cela, si vous voulez vous assurer d'une logique d'ensemble, vous avez besoin d'un dossier médical électronique, ou d'un dossier de santé électronique, implanté par la base et adopté par le reste du système. Des fonds ont été injectés du haut vers le bas dans Inforoute santé et dans les infrastructures, dans les grands canaux pour acheminer l'information, mais la question qui se pose au niveau des soins est de savoir où cela fait réellement une différence. À Terre-Neuve, nous disposons de 14 systèmes de dossiers sur la santé avec une population de 502 000 personnes. Tous ont été achetés auprès du même vendeur. Aucun ne communique avec les autres. Nous avons maintenant quatre

imposed. It has been subjective constraints where the views of the user, the person at the pointy end, were not really taken into consideration.

I have a quick answer to the accountability question. The answer may well be, and one of our suggestions is, a patient charter. It has been used in other jurisdictions. Alberta has one on the starting blocks now with some enabling legislation proposed. The difference is it has teeth. It makes the system accountable to the patient, not governments to each other, which did not work in the 2004 accord because you got into this jurisdictional fight about who was the senior or junior level of government. It is not about that. The system has to be accountable again from a patient point of view. What happens to the 82-year-old lady who runs into a problem? Where does she go to get that problem addressed? Not everyone can go to the Supreme Court.

Ms. Mildon: I will be very brief. I want to bring a pragmatic answer to the question of the criteria for an effective team. One of them is that we have to understand each other's scope of practice. The federal government has invested quite wonderfully in inter-professional education for health care providers. We need to see how that fits and whether it is working. If there is an understanding of each other's scope of practice, the integration of services is truly facilitated.

Lastly, from my perspective, criteria for an effective team include that it is outcome oriented. It is looking at its data. How many patients is it serving, and what are their health outcomes?

Senator Cordy: These have been excellent presentations. I was going to talk about the mental health issue, but Senator Seidman did. I was pleased to see that you recommended that mental health receive dedicated funding because we find that, in hard, economic times, if it is not dedicated funding, it gets lost in other areas of health. I think that is an excellent recommendation.

I would like to continue with Senator Martin's line of questioning in terms of value for money and accountability.

This morning, Dr. Haggie, I heard you at 7:15. You talked about Canada being fourth or fifth in terms of what we spend, and yet seventh to twenty-seventh in what we get. I was not able to write it down fast enough but, in my own words, what we got for our money.

You talked about having a patient charter. I was on this committee when we studied the health care system. We said it is ironic that those that provide the funding and care actually evaluate themselves. You made reference to that earlier, which is a

conseils intégrés. Ils se battent encore pour faire communiquer entre eux deux ordinateurs distants de 60 milles. Il en est ainsi depuis 2005. Ce système n'est pas élaboré à partir de la base. Il a été imposé. Il y a eu des contraintes subjectives qui ont fait que le point de vue des utilisateurs, la personne qui se trouve tout au bout, n'a pas été réellement pris en compte.

Je peux vous donner une réponse rapide sur la question de la responsabilisation. Elle pourrait être, et c'est l'une de nos suggestions, l'adoption d'une charte du patient. Elle a été utilisée à d'autres endroits. L'Alberta va sous peu en avoir qui sera accompagnée d'une législation habilitante. Ce qui fait la différence, c'est qu'elle a des dents. Elle rend le système responsable du patient, et non pas les administrations l'une envers l'autre, ce qui n'a pas marché dans l'accord de 2004 parce que vous avez alors des conflits pour décider quel est le palier de gouvernement qui joue le rôle principal et celui qui joue le rôle secondaire. Ce n'est pas là la question. Le système doit être responsable du point de vue du patient. Qu'advient-il de la dame âgée de 82 ans qui fait face à un problème? Où doit-elle se rendre pour que son problème soit traité? Ce n'est pas tout le monde qui peut s'adresser à la Cour suprême.

Mme Mildon : Je serai très brève. Je tiens à vous donner une réponse pragmatique à la question des critères d'une équipe efficace. L'un des aspects est que nous devons comprendre la portée de la pratique des autres. Le gouvernement fédéral a investi à juste titre dans la formation interprofessionnelle pour les prestataires de soins de santé. Nous devons voir comment cela fonctionne concrètement et si cela donne de bons résultats. Si chacun a une bonne compréhension de l'étendue de la pratique de l'autre, l'intégration des services est alors vraiment facilitée.

Enfin, de mon point de vue, l'un des critères d'une équipe efficace est qu'elle doit être orientée vers les résultats. Il s'agit de regarder les données concernant cette équipe. Combien de patients dessert-elle et quels résultats obtient-elle sur leur santé.

Le sénateur Cordy : J'ai trouvé vos exposés excellents. J'allais aborder la question de la santé mentale, mais le sénateur Seidman l'a fait. J'ai été ravie de vous entendre recommander l'attribution d'un financement dédié à la santé mentale parce que nous constatons, à une époque où l'économie ne se porte pas très bien, que si le financement n'y est pas consacré explicitement, il se perd dans d'autres secteurs de la santé. Cela me paraît une excellente recommandation.

J'aimerais poursuivre dans le prolongement des questions du sénateur Martin sur la rentabilité et sur la responsabilisation.

Docteur Haggie, je vous ai écouté ce matin à 7 h 15. Vous disiez que le Canada se situe au quatrième ou cinquième rang par les dépenses, mais entre le 17^e et le 27^e pour les résultats que nous obtenons. Je n'ai pas pu le noter assez vite, mais, dans mes termes, que retirons-nous de ce que nous dépensons.

Vous avez parlé de l'adoption d'une charte du patient. Je siégeais à ce comité quand nous avons étudié le système de soins de santé. Nous avons alors remarqué qu'il était ironique que les personnes qui fournissent le financement et assurent les soins

unique situation. How do we ensure that we get value for money? How do we make it accountable? You talked about patient charter. Some of you talked about clear targets, vision and a plan. Is that enough? What should we recommend to the minister be put into the 2014 accord to ensure there is accountability? Should we have the patient Charter of Rights? What should we do? If we are spending the money, we want to be reassured as Canadians that we are getting the best value, and not waiting five or six hours.

Dr. Haggie: It speaks to the idea of quality. Quality care is cost-effective care. It is good sense to spend the money on quality and do it right the first time. The system is patchy with that. We do not actually have good, hard outcome data. What we do is we pick things that seem like a reasonable surrogate or proxy, such as length of hospital stay.

There are several prongs to improving. There is no Harry Potter spell. To be very simplistic — because it is a complex system — you have to take a multi-pronged approach. On the individual level, you have to supply clinicians with data on how they are doing. As a surgeon, if I have a wound infection rate that is one third the national average, it is great. However, if my colleague has four times the national rate, it may not be so good. What is the difference? Why is that there? No physicians go to work wanting to do a bad job. I have not yet met one of them who wants that. They just do not know. You are at the “workload,” and you do not get positive feedback. You do not get positive audit and peer reviews. It is not built into the culture at an individual level.

The success of the Wait Time Alliance showed that if you pick things, decide on targets and use the background experience, you can make a difference. You can argue about whether the benchmark you have chosen is the right one. You can argue about whether or not you should have picked hip and knees rather than bunions or backs, but that is at a detailed level. You have to start somewhere. Let us pick some things that are different. Do you want to alter your definition a bit?

One of the issues with wait times is the time from when the specialist sees the patient to the time the specialist does the elective procedure. How do you measure wait times from a patient point of view? When a patient has a pain in their back, that is when their problem starts. It is not when they go to their primary care provider. How do you measure that in a way that is consistent?

s'évaluent elles-mêmes. Vous y avez fait référence plus tôt, et c'est bien une situation unique. Comment nous assurons-nous d'en retirer le plus pour notre argent? Comment nous y prendre pour rendre le système imputable? Vous avez parlé d'une charte du patient. Certains d'entre vous ont évoqué des objectifs clairs, des visions et un plan. Cela suffit-il? Que devrions-nous recommander au ministre d'inscrire dans l'accord de 2014 pour s'assurer de cette responsabilisation? Devrions-nous prévoir une charte des droits du patient? Que devrions-nous faire? Si nous dépensons l'argent, comme Canadiens, nous voulons obtenir l'assurance qu'il sera utilisé au mieux et ne pas devoir attendre cinq ou six heures.

Dr Haggie : Cela renvoie à l'idée de la qualité. Les soins de qualité sont des soins offrant le meilleur rapport coût/efficacité. C'est une bonne idée que de consacrer l'argent à la qualité et de le faire bien dès la première fois, mais le système est incomplet avec cela. Nous n'avons pas vraiment de bonnes données réalistes sur les résultats. Tout ce que nous faisons est de prendre des données qui nous paraissent une approximation raisonnable, comme la durée d'un séjour à l'hôpital.

Il y a plusieurs aspects à améliorer. Il n'y a pas de formule magique à la Harry Potter. Pour dire les choses de façon très simple, parce que c'est un système complexe, vous devez adopter une approche à plusieurs facettes. Au niveau individuel, vous devez remettre aux cliniciens des données sur les résultats qu'ils obtiennent. Si, comme chirurgien, j'ai un taux d'infection des plaies qui est au tiers de la moyenne nationale, c'est très bien. Toutefois, si le taux de mon collègue est quatre fois supérieur à la moyenne nationale, ce n'est pas aussi bien. Quelle est la différence? Quelle en est la cause? Aucun médecin ne se rend au travail en voulant mal faire. Je n'en ai jamais rencontré dont ce soit l'objectif. C'est tout simplement qu'ils ignorent des choses. Vous avez atteint votre charge maximale de travail et vous n'obtenez pas de commentaires positifs. Vous n'avez pas de vérifications positives ni d'exams par les pairs. Ce n'est pas intégré dans la culture au niveau individuel.

La réussite de l'Alliance sur les temps d'attente a révélé que si vous retenez certains éléments, fixez des cibles et profitez des expériences antérieures, vous pouvez faire une différence. Vous pouvez débattre du bien-fondé du repère que vous avez choisi. Vous pouvez débattre du choix de la hanche et des genoux au lieu de celui des oignons ou des dos, mais cette question se pose à un niveau détaillé. Vous devez commencer quelque part. Commençons par prendre des choses qui sont différentes. Êtes-vous prêt à modifier un peu votre définition?

L'un des problèmes qui se posent avec les temps d'attente est les délais qui s'écoulent entre le moment où le spécialiste voit le patient et celui auquel il pratique une procédure qu'il est possible d'ajourner. Comment mesurez-vous le temps d'attente du point de vue d'un patient? Quand un patient a mal au dos, c'est alors que le problème apparaît. Ce n'est pas quand il s'adresse au prestataire de soins primaires. Comment mesurer cet aspect des choses de façon cohérente?

One of the things with the wait time benchmarks has been that different jurisdictions have had a different emphasis on what they collected. Trying to compare it is a bit like apples and oranges, or chalk and cheese. You could not make direct comparisons. We made headway. There is not a revolution in that regard; there is an evolution.

Patient-reported outcome measures: What do patients feel from that point of view? They have been validated in other jurisdictions. We have not used that. Why not? We talk about a patient-centred system. What does the patient think? There are little threads starting with education, peer review and audit cycles. There is not one thing that will actually do it.

Ms. Bard: The federal government has a leadership role and needs to set some vision — if we want to make a difference — so that by 2025 we have healthy Canadians.

Where do we want to be as Canadians in terms of our health system? I would support some of the comments that my colleague Mr. Haggie made. We need to develop benchmarks and have some national outcomes that we need to strive for. For the dollars that are being transferred to the province, there needs to be some accountability or reporting mechanism. We can strive to achieve the vision that the federal government will provide as to what we want as a country in terms of the health of our citizens.

I think we need to come to grips. I have worked in government and I know from previous experience that provinces do not like to be compared. We need to move beyond that, set some targets that everyone buys into, and strive for it. Then we align our service response and services so we can ensure that we start to adjust. If what we are delivering is not making any difference to the health of Canadians, then we need to adapt our services. We need to have the flexibility to adapt our services, and that way we can start to monitor and adjust. It becomes a responsive system, based on patient needs and clear patient outcomes.

Dr. McGregor: I was going to say the same thing. The Canadian Psychiatric Association actually developed wait time guidelines a few years ago about mental illness. It is relatively easy to look at wait times — although it is a bit crude because there are arguments about it — but it is one of the ways to start to look at accountability.

Dr. Boulay: The issue of pan-Canadian outcomes is a vital one and can become part of something that can come forward as a proposal.

When I go to meetings, imagine the surprise of international colleagues when they ask me to describe the Canadian health care system and I cannot do that in a couple of simple paragraphs. It is

L'un des problèmes avec les repères en matière de délais d'attente est que les diverses administrations ont accordé des importances différentes aux données qu'elles recueillent. C'est un peu comme vouloir comparer des pommes et des oranges ou de la craie et du fromage. Vous ne pouvez pas procéder à des comparaisons directes. Vous faites des progrès. Il n'y a pas de révolution dans ce domaine, mais plutôt une évolution.

Venons-en aux mesures des résultats données par les patients. Quelles sont les opinions des patients dans ce domaine? Elles ont été validées dans d'autres administrations. Ce n'est pas un critère que nous avons utilisé. Pourquoi? Nous parlons d'un système axé sur les patients. Que pense le patient? Il y a des liens ténus qui commencent avec l'éducation, l'examen par les pairs et les cycles de vérification. Nous ne pourrions pas garantir les résultats avec un seul critère.

Mme Bard : Le gouvernement fédéral joue un rôle de leader et doit définir une certaine vision si nous voulons faire une différence, afin que nous ayons des Canadiens en santé en 2025.

Comme Canadiens, dans quel état voulons-nous que soit notre système de santé? J'appuierais ici les commentaires de mon collègue, M. Haggie. Nous devons élaborer des repères et obtenir certains résultats à l'échelle nationale dont nous avons vraiment besoin. En échange des budgets versés aux provinces, il faut qu'il y ait certains mécanismes de responsabilisation ou de rapport. Nous pouvons tenter de concrétiser la vision que le gouvernement fédéral nous donnera concernant ce que nous voulons comme pays pour la santé de nos citoyens.

Je suis d'avis que nous devons nous attaquer sérieusement aux problèmes. J'ai travaillé au gouvernement et je sais, par mon expérience antérieure, que les provinces n'aiment pas qu'on fasse de comparaisons entre elles. Nous devons aller au-delà de cette attitude, définir certaines cibles auxquelles tout le monde puisse adhérer, et faire ce qu'il faut pour les atteindre. Nous pourrions alors harmoniser nos réactions et nos services pour nous assurer que nous commençons à nous adapter. Si ce que nous appliquons ne fait aucune différence sur la santé des Canadiens, nous devons alors adapter nos services. Nous devons être suffisamment souples pour les adapter, et nous pourrions alors commencer à exercer un contrôle et à mettre en œuvre des ajustements. Cela deviendra un système plus réactif, s'efforçant de répondre aux besoins des patients et générant des résultats précis pour les patients.

Dre McGregor : J'allais dire la même chose. L'Association des psychiatres du Canada a élaboré il y a quelques années des lignes directrices sur les délais d'attente dans le domaine de la santé mentale. C'est une question relativement facile à étudier, même si elle est présentée de façon un peu simpliste parce qu'elle suscite quand même des débats, mais c'est une façon de commencer à analyser la responsabilisation.

Dr Boulay : La question des résultats pancanadiens est essentielle et constitue un élément de ce qui pourrait être proposé.

Imaginez la surprise de mes collègues étrangers lorsque je me rends à des réunions et qu'ils me demandent de décrire le système de soins de santé du Canada et que je ne parviens pas à le faire en

because we have many health care systems. Our vision would be to migrate ourselves toward one health care system that is equitable for all Canadians. I think it is fair to say that there is a lot of disparity right now.

The Chair: On the issue started by Senator Eggleton — and all my colleagues have raised other dimensions of it and it has come up in earlier sessions — there seems to be a clear understanding from what we have heard from you today that the patient is the centre of this issue. The patient needs to be able to have access to the required treatment through a single approach in a continuous and timely fashion. It is delivered so that it helps the patient and moves the issue forward.

You have mentioned a number of aspects of this today, including integrated services, access across the system, and you have all referred to patient centres. There were suggestions about funding models that would bring people together, but that was identified as potentially another silo. We have heard silos a lot.

I think what it really comes back to are professional areas that have a long history, clear membership understanding of expectations, and objectives from a career point of view. You are within a turf and the issue is that there is not any single boss in this. Who is in charge? Certain key aspects of the medical care system do not report to the rest of the system.

All I would like to do at this point is ask you to reflect on the things that you have responded to in different ways today. See if you could come back to us with some written outlines of processes that you think might really work. One of the threads that comes through is “follow the money.” In fact, in most systems if you follow the money you get to the problem in a hurry. That is an issue here. How do we develop funding models? How can we recommend approaches to that issue? That is the issue we heard, but that will not work unless there is a mechanism to deliver the results expected in the patient charter that we come to.

Let us tie that in to how we would actually recommend issues that can be dealt with in an accord that might lead to that direction. I want to take a simple example that came up in one of the answers. You mentioned two electronic systems that do not communicate with one another. When one looks at the literature in the public press on these issues looking into various systems, you see we have spent huge amounts of money in each of the provinces and at the federal level on electronic systems that are reported to be colossal failures to this point. We have heard from other witnesses that they would love to have a system that gives them information within their own health care unit let alone getting information from B.C. to somewhere else. In my opinion, there is no excuse for electronic systems today that do not

quelques paragraphes simples. C’est parce que nous avons de nombreux systèmes de soins de santé. Nous devrions nous diriger vers l’adoption d’un système de soins de santé qui soit équitable pour tous les Canadiens. Je crois qu’on peut dire qu’il y a actuellement beaucoup de disparités.

Le président : Sur la question traitée en premier par le sénateur Eggleton, et dont tous mes collègues ont soulevé d’autres dimensions, et qui s’était déjà posée lors de sessions précédentes, il semble clair d’après ce que nous avons entendu aujourd’hui que le patient est au centre du problème. Il doit être en mesure d’avoir accès au traitement nécessaire grâce à une approche simple, continue et opportune. Le système doit être mis en œuvre de façon à aider le patient et à avancer dans le traitement de son problème.

Vous avez traité d’un certain nombre d’aspects de cette question aujourd’hui, y compris des services intégrés, de l’accès dans tout le système, et vous avez tous évoqué des centres axés sur les patients. Certains ont fait des suggestions sur des modèles de financement qui rapprocheraient les gens, mais cette approche a également été caractérisée comme une autre source éventuelle de cloisonnement. Nous avons beaucoup entendu parler des silos.

Il me semble que nous en revenons, en réalité, aux chasses gardées des associations professionnelles qui ont une longue tradition en la matière, une compréhension claire des attentes de leurs membres et de leurs objectifs de carrière. Vous êtes dans un domaine dans lequel il n’y a pas de patron unique bien défini. Qui est responsable? Certains volets du système de soins médicaux ne relèvent pas du reste du système.

J’aimerais également, au point où nous en sommes rendus, vous demander de réfléchir aux diverses réponses que vous nous avez données aujourd’hui. Vous serait-il possible de revenir nous voir avec un document écrit donnant les grandes lignes des modalités qui, à votre avis, fonctionneraient réellement. L’un des fils conducteurs qui se présentent est l’argent. En vérité, dans la plupart des systèmes, si vous suivez l’argent, vous arrivez rapidement au cœur du problème. C’est un problème ici. Comment devons-nous nous y prendre pour élaborer des modèles de financement? Comment pouvons-nous recommander des approches à ce problème? C’est ce que nous avons entendu dire, mais la solution ne fonctionnera pas tant que nous ne disposerons pas d’un mécanisme permettant de produire les résultats attendus dans la charte du patient à laquelle nous en venons.

Permettez-nous de faire le lien avec la façon dont nous recommanderions réellement de résoudre des questions qui peuvent être abordées dans un accord qui pourrait aller dans cette direction. Je vais prendre un exemple simple qui s’est présenté dans une des réponses. Vous avez fait état de deux systèmes électroniques qui ne peuvent communiquer entre eux. Lorsqu’on lit ce qui a été publié dans la presse sur ces questions au sujet des divers systèmes, vous constatez que nous avons dépensé énormément d’argent dans chacune des provinces et au niveau fédéral sur des systèmes électroniques qui, à ce qu’on dit, sont caractérisés jusqu’à maintenant par des problèmes colossaux. D’autres témoins nous ont dit qu’ils aimeraient disposer d’un système leur fournissant de l’information au sein même de leurs

communicate with one another, but we know why people are very jealous of the system they happen to know how to use at the moment. One of the issues will be the information that is available to you as caregivers in these integrated models. They will not work unless you have the information you need with regard to the patient at a given time.

I do not want an answer now. I am entering into this now to simply try to pull together what I think my colleagues have been focusing on as a very substantial series of questions that relate together in terms of how we ultimately deliver that. I will leave it with you, if I could, and come back to my colleagues with regard to the ongoing questions today.

[Translation]

Senator Champagne: As I listen to my colleagues speak, I am becoming increasingly aware that the place in Canada with the most limited access to health care professionals is still Quebec. We should not be surprised, as we have had a provincial government that, at some point, forced an unbelievable number of nurses into retirement. Now, we are rehiring some of them through an employment agency. The same thing happened with respiratory therapists. Almost at the exact same time, the number of admission spots in several faculties of medicine was reduced. Although our population is aging, access to health care professionals has become very poor.

For instance, a clinic doctor may have 2,000 to 2,500 patients. To be able to take care of everyone, he or she would need a full-time nurse. The clinic tells such doctors that, if they want a nurse, they will have to pay that nurse out-of-pocket, and it will not be covered by the clinic. That is a problem.

The number of nurses is so low that important surgeries are at times delayed — without, however, putting lives in jeopardy — because there are no nurses to assist in an available operating room.

Having a patient health charter would greatly help us. There are people who phone their doctor's office in June to get an appointment and are penciled in for November. That person may not have any mental health issues at the time, but they certainly may develop some once November rolls around, as they will have spent 24 or 36 hours on a hard chair, in a hospital waiting room in the meantime.

propres unités de soins de santé, qui sont laissés à elles-mêmes pour obtenir des informations de la Colombie-Britannique ou d'ailleurs. À mon avis, rien n'excuse aujourd'hui que des systèmes électroniques ne puissent communiquer entre eux, mais nous savons fort bien pourquoi les gens se montrent très jaloux des systèmes qu'ils savent utiliser au moment. L'une des questions sera l'information dont vous, qui donnez les soins, disposerez dans ces modèles intégrés. Cela ne fonctionnera pas tant que vous n'aurez pas l'information dont vous avez besoin concernant le patient à un moment donné.

Je ne vous demande pas une réponse maintenant. J'aborde cette question maintenant tout simplement pour essayer de mettre ensemble divers aspects qui ont retenu l'attention de mes collègues dans toute une série de questions sur le fond et qui sont liées entre elles, et portant sur la façon dont nous allons, au bout du compte, parvenir à mettre en œuvre ce système. Je vous laisse réfléchir à tout cela et avec votre permission, je vais revenir aux questions de mes collègues, sur les sujets dont nous traitons aujourd'hui.

[Français]

Le sénateur Champagne : Alors que j'écoute parler mes collègues, je me rends compte de plus en plus que l'endroit au Canada où l'accès aux professionnels de la santé est le plus difficile demeure dans la province de Québec. Il ne faut pas en être surpris, on a eu un gouvernement provincial qui, à un moment donné, a mis à la retraite un nombre invraisemblable d'infirmières. Maintenant, on en réengage un certain nombre via une agence de placement. C'est la même chose avec les inhalothérapeutes. À peu près au même moment, on a réduit le nombre d'entrées dans les différentes facultés de médecine, et alors qu'on a une population vieillissante, l'accès à ces professionnels de la santé est devenu extrêmement difficile.

Je vois, par exemple, un médecin qui, faisant partie d'une clinique, compte entre 2 000 et 2 500 patients. Pour arriver à prendre soin de tout le monde, il lui faudrait une infirmière à plein temps. La clinique lui dit que si elle désire une infirmière, elle devra la payer à même son salaire et non à leurs frais. Cela cause un problème.

Il y a tellement peu d'infirmières qu'à un certain moment des chirurgies importantes, sans mettre en jeu la vie toutefois, sont retardées parce qu'il n'y a pas d'infirmières prêtes à faire le travail dans une salle d'opération disponible.

Il serait important que nous ayons une charte des patients. La personne qui téléphone au mois de juin au bureau de leur médecin pour obtenir un rendez-vous et qui se le fait donner pour le mois de novembre, si cette personne n'a pas de problème de santé mentale à ce moment-là, arrivée au mois de novembre, elle risque d'en avoir, c'est certain, parce qu'elle aura passé peut-être 24 ou 36 heures sur une chaise droite dans une salle d'attente d'hôpital entre-temps.

What else should be included in that patient charter, which may help get around those types of problems? What should absolutely be added to it to make health care professionals more accessible to people and this aging population?

Dr. Boulay: The province of Quebec is faced with some unique challenges in terms of human resources in health care. The patient charter could certainly provide us with information on this shortage and set the government on the right track. That would contain an accountability element as well. If patients were having a hard time obtaining services in a given region, or there were many complaints on specific types of access, the government or the health care system could certainly take it into account.

Senator Champagne: If you talk to people on the street, you will see that three out of five people do not have a family doctor, and the two that do have to wait four months for an appointment. With an aging population, I do not think that this is the right way to do things.

What you said about the patient charter struck a chord with me. I am wondering what needs to be done to ensure that we receive care on time and do not have to wait four months or more, at which point it might be too late.

Dr. Boulay: Quebec's lack of family doctors in particular has been a known fact for a long time.

Senator Champagne: It is terrible.

Dr. Boulay: However, some progress has been made over the last few years. An increasing number of young doctors are opting for family medicine throughout Canada and especially in Quebec. That does take time, but your province is certainly making progress. I hope that it will get better, but from the national perspective, implementing a charter that could be used in various provinces to help them better manage their health care resources would be a step in the right direction.

Ms. Bard: If we truly believe that a non-profit health care system should be maintained, we have to start looking at service delivery models to ensure that our resources are transferred to regions with a need. In Quebec, it is certain that we must really look at how we could transfer resources at the community level if we want to provide primary health care. We must also set objectives and change the current models. I had an example just recently of a Quebecker who told me that she had not seen her family doctor in three years because things were going well. At some point, she wanted to take preventive measures, have herself checked out and all that. However, unfortunately, the standards are not quite clear owing to a lack of resources. So, because the person had been inactive, her file was closed even though the doctor she wanted to see was her family doctor.

Quoi d'autre cette charte des patients, qui pourrait peut-être éviter ce genre de problème, devrait-elle comprendre? Que faudrait-il absolument y ajouter, y voir, pour faciliter l'accès des gens et de cette population vieillissante aux professionnels de la santé?

Dr Boulay : Il y a des défis particuliers dans la province de Québec au plan des ressources humaines en soins de santé. La charte des patients pourrait certainement nous renseigner sur cette pénurie et aiguiller le gouvernement dans la bonne direction. Il y aurait comptabilisation. Si on voit que les patients ont de la difficulté à obtenir des services dans une région donnée, qu'il y a beaucoup de plaintes quant à un accès particulier, cela pourrait certainement être pris en compte par le gouvernement ou le système de santé.

Le sénateur Champagne : Si vous parlez aux gens dans la rue, vous allez voir que trois personnes sur cinq n'ont pas de médecin de famille, et les deux qui en ont vont se faire donner un rendez-vous dans quatre mois. Avec une population vieillissante, je ne crois pas que ce soit la bonne façon de fonctionner.

Quand vous avez parlé de la charte des patients, cela m'a touchée. Je me demande qu'est-ce qu'il faut faire pour s'assurer que nous ayons des soins à temps et non pas avoir à attendre quatre mois ou plus, où il sera peut-être trop tard.

Dr Boulay : Il y a longtemps qu'on sait qu'au Québec il manque, en particulier, des médecins de famille.

Le sénateur Champagne : C'est l'enfer.

Dr Boulay : Cependant, on a fait un peu de progrès au cours des dernières années. De plus en plus de jeunes médecins choisissent la médecine familiale partout au Canada et en particulier au Québec. Cela prend du temps par contre, mais certainement qu'on fait du progrès dans votre province, j'espère que cela va aller mieux, mais du point de vue national, être capable de mettre en place une charte qui puisse être utilisée dans les différentes provinces sur la façon de mieux gérer leurs ressources humaines en santé serait un pas vers l'avant.

Mme Bard : Si on croit vraiment qu'il faut maintenir un système de santé public à but non lucratif, il faut commencer à regarder les modèles de prestation pour s'assurer à ce moment-là que nos ressources sont transférées aux endroits où se trouve la population. Au Québec, c'est certain qu'il faut vraiment voir comment on peut transférer les ressources dans la communauté, si on veut appliquer les soins de santé primaire, il faut aussi établir des objectifs et changer les modèles. J'avais un exemple tout récemment d'une personne qui vit au Québec qui me disait qu'elle n'avait pas été voir son médecin de famille depuis trois ans parce que les choses allaient bien. Un moment donné, elle a voulu prendre des mesures préventives, faire des vérifications et tout, malheureusement, pour cause de manque de ressource, les normes ne sont pas tout à fait claires, alors parce que la personne n'avait pas été active, son dossier avait été fermé même si c'était un médecin qui desservait sa famille.

If we were to develop one system per team, with one nurse or another type of health care professional, the assessment could be made by the professional. Then, if the doctor needed to become involved, he or she would do so, but we need not put up additional hurdles. The same is currently the case in clinics, where the most serious cases take precedence. However, if we truly believe in a preventive approach, we have to ensure that people are seen. We also have to establish reasonable standards when it comes to wait times so as to avoid crisis situations and complex issues.

Nowadays, when we look at the number of people suffering from chronic diseases, it is clear that a lot of money has been invested. However, it is also clear that no one was able to ensure that the appropriate questions are asked and that services are organized to prevent the kind of situation we are going through right now.

Senator Champagne: When a clinic is created and 9 or 10 doctors share the office space, do they have a licence to open up a clinic? Before they are allowed to start a clinic, do they have to ensure that a pharmacy is near? Could we not force them to automatically have one or two nurses who could facilitate matters? Would that be a valid requirement?

Dr. Boulay: I do not think that there are currently requirements imposed on physicians who want to work together as a group. Of course, according to the traditional model, doctors are paid on a fee-for-service basis, and they hire whom they can afford with that salary.

Senator Champagne: Not everyone wants to do that.

Dr. Boulay: Exactly. That is not a sustainable model. I think that we must continue looking into different types of models when it comes to requirements for forming a medical group, groups of doctors with nurses and other health care professionals.

Senator Champagne: If there are 10 doctors in a clinic, they could pay a good salary to a nurse, who would be happy to receive it.

Ms. Bard: Basically, we must come up with a model that is not based on an independent practice. We must look into community clinics where the doctor is part of a team and a specific region is served. That would make it possible to provide fair service so that everyone could have access to it. The model must be changed in order to allow a cooperative community approach to thrive.

[English]

Dr. Haggie: I spent a day with two primary care networks a couple of weeks ago. They have evolved a system that answers that need. It is a government-provided capitation fee to practitioners who fulfill certain requirements. They require a panel of patients and agree to work with other physicians rather than in solo practices.

Si on développe une application par équipe, bien, s'il y a une infirmière ou d'autres professionnels de la santé, l'évaluation pourrait être faite par un professionnel, et si le médecin a besoin d'être impliqué, à ce moment-là on l'implique, mais il ne faut pas mettre des barrières là ou il n'y en a pas. C'est la même chose dans les cliniques actuellement, on priorise les cas plus importants. D'un autre côté, si on croit vraiment en une approche préventive, il faut permettre aux gens d'être vus et d'établir des normes raisonnables de périodes d'attente pour éviter qu'on en arrive à des états de crise et des problèmes complexes.

Aujourd'hui, quand on voit le nombre de personnes qui souffrent de maladie chronique, c'est évident qu'on a investi beaucoup d'argent, mais on n'a pas su comment s'assurer qu'on se pose les vraies questions et fait en sorte que les services soient organisés pour prévenir la situation que nous vivons présentement.

Le sénateur Champagne : Quand une clinique se forme et que neuf ou dix médecins partagent des bureaux, ont-ils un permis pour former une clinique? Avant de leur permettre de s'organiser, s'assurent-ils de trouver une pharmacie non loin? Ne pourrait-on pas les forcer à avoir automatiquement une ou deux infirmières qui pourraient faciliter les choses? Serait-ce une suggestion valable à leur faire, à exiger?

Dr Boulay : Je ne crois pas qu'il y ait maintenant des exigences mises sur les médecins qui veulent se former en groupe. Certainement le modèle traditionnel c'est que le médecin se fait payer à l'acte, et du salaire qu'il fait il engage ceux qu'il peut.

Le sénateur Champagne : Ce n'est pas tout le monde qui veut le faire.

Dr Boulay : Exactement. Ce n'est pas un modèle qui est soutenable. Je crois qu'on doit continuer à explorer d'autres modèles pour exiger au groupe de se former, les groupes de médecins avec les infirmières et d'autres professionnels en santé.

Le sénateur Champagne : S'il y a 10 médecins dans une clinique, ils pourraient payer un ou une infirmière à un salaire décent qu'il ou elle serait ravie d'accepter.

Mme Bard : Dans le fond, il faut penser à un modèle qui ne part pas d'une pratique autonome indépendante. Il faut penser à des cliniques communautaires où le médecin fait partie d'une équipe et à ce moment, on dessert une certaine région et cela permet un service équitable afin que tout le monde puisse avoir accès à ce service. Il faut changer le modèle pour maximiser une approche collaborative communautaire.

[Traduction]

Dr Haggie : Il y a quelques semaines, j'ai passé une journée avec les représentants de deux réseaux de soins primaires. Ces réseaux ont évolué en un système qui répond à ce besoin. Les praticiens reçoivent du gouvernement des honoraires fixés par tête quand ils satisfont à certaines exigences. Ils ont besoin d'un groupe de patients et conviennent de travailler avec les autres médecins au lieu de le faire en solo.

I believe that there are four criteria. I can find that information and send it to the committee. If you fulfill those four criteria then for each patient on the panel of the group, you get a capitation fee each year from the government for non-medical services. You can hire a practice nurse without having to literally pay for their health care out of your pocket. You can hire a foot care specialist. In fact, 80 per cent of patients have chronic diseases. That is the burden that we are talking about. It is clear from the evidence that early intervention makes a huge difference.

There is evidence that with a diabetic population, one of the most important things you can do to stop me having to amputate someone's leg two years down the line is to provide someone to cut the patient's toenails. You do not need an RN to cut someone's toenails; you need someone who is appropriately trained. By putting foot care in place and using it on a regular basis, the system for that kind of care becomes much more efficient. I would not have to be technically superb at amputations with low complication rates because I would no longer have to see that patient.

Senator Champagne: Would you say that because the federal government pays for health care and the provincial governments administer health care, it creates a problem? You said that there are four criteria that doctors have to fulfill to receive the capitation fee. Would the fee come from the federal government or from the provincial government?

Dr. Haggie: That fee comes from Alberta Health and Wellness. It is a provincial initiative. They have opted for it on the basis that over the long term, it will reduce their costs. Certainly, it solved access to primary care with walk-in clinics; and emergency room visits have dropped. As well, it allows a mentoring process for people who come off a family medicine rotation with their ticket, new and inexperienced, in terms of working in practice because they can sample various ways of working. They can go on salary with the group if they want or they can have a capitation fee or a blended system with a fee-for-service model. They can learn business skills that are not taught in a residency program simply because of time constraints.

Then, the doctors working there are far happier and they have a core staff around them with skills that extend the ability of the practice to service the population that they are obliged to service or are responsible for.

[Translation]

Senator Champagne: Could we not put foreign-trained doctors to good use by making them go through some sort of training with our Canadian-trained doctors? Would that not be a good solution in a place like Quebec, where things are so complicated?

Je crois me souvenir qu'il y a quatre critères. Je peux trouver cette information et vous la faire parvenir. Si vous respectez ces quatre critères pour chaque patient du groupe, vous recevez des honoraires fixés par tête du gouvernement pour les services non médicaux. Vous pouvez embaucher une infirmière praticienne sans avoir à payer vous-mêmes les soins de santé qu'elle dispense. Vous pouvez embaucher un pédicure. En réalité, 80 p. 100 des patients ont des maladies chroniques. C'est le fardeau dont nous parlons. Il est manifeste, à partir des éléments de preuve dont nous disposons, qu'une intervention rapide fait une différence énorme.

Il est aussi manifeste, avec une population diabétique, que l'une des choses les plus importantes que vous pouvez faire pour que je n'aie pas à amputer la jambe de quelqu'un d'ici deux ans est de permettre au patient de se faire couper les ongles des orteils par quelqu'un. Vous n'avez pas besoin d'une infirmière autorisée pour cela, mais de quelqu'un qui a suivi la formation nécessaire. En offrant des soins de pédicure et en les utilisant sur une base régulière, le système peut devenir beaucoup plus efficace pour ce type de soins. Je n'aurais pas besoin d'être brillant en pratiquant des amputations avec de faibles taux de complications parce que je n'aurai plus à voir ce patient.

Le sénateur Champagne : Diriez-vous que le fait que le gouvernement fédéral paie la facture des soins de santé et que les gouvernements provinciaux les administrent soulève un problème? Vous nous avez dit que les médecins doivent respecter quatre critères pour recevoir les honoraires fixés par tête. Cet argent vient-il du gouvernement fédéral ou du gouvernement provincial

Dr Haggie : Cet argent vient du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta. C'est une initiative provinciale. S'ils ont choisi cette solution, c'est qu'elle leur permettra de réduire leurs coûts à long terme. Il est certain que les cliniques sans rendez-vous ont permis de résoudre le problème d'accès aux soins primaires et de réduire le nombre de visites aux urgences des hôpitaux. Cela permet également de mettre en place un processus de mentorat pour les gens qui viennent en rotation faire de la médecine familiale, qui sont nouveaux et qui n'ont pas l'expérience de la pratique de leur métier, parce qu'ils peuvent ainsi voir plusieurs façons de travailler. S'ils le veulent, ils peuvent être salariés au sein du groupe, avoir des honoraires fixés par tête ou bénéficier d'un système mixte avec un modèle de paiement à l'acte. Ils peuvent apprendre à faire des affaires, ce qui n'est pas enseigné dans un programme de résidence simplement par manque de temps.

Ensuite, les médecins qui travaillent dans ce contexte sont beaucoup plus heureux et ils ont un noyau de personnel qui les entoure, dont les compétences permettent de faire plus de choses au service de la population qu'ils ne sont tenus de le faire ou qu'ils ne sont responsables.

[Français]

Le sénateur Champagne : Est-ce que des médecins diplômés à l'étranger ne pourraient pas être des gens très utiles qui feraient une sorte d'entraînement avec nos médecins diplômés ici? Est-ce que ce ne serait pas une des solutions dans un endroit comme le Québec, où c'est tellement compliqué?

Dr. Boulay: There are certainly several models throughout the country now where doctors with foreign credentials are trained and integrated into our health care system.

Senator Champagne: One or two a year?

Dr. Boulay: In some provinces, like Saskatchewan, over 50 per cent of doctors have foreign credentials. Once again, there is the example of Dr. Haggie and your own example that show the disparity between the provinces and our country's need for the widespread availability of centres of excellence. Again, financial incentives should be implemented to help in that area. There are currently many excellent initiatives in Canada, but they must be introduced throughout the country. Quebec needs to have access to models similar to those used in Alberta that Dr. Haggie described.

[English]

Dr. McGregor: Three of the physicians here today are foreign medical trained. The first problem is the lack of residency posts. Some foreign medical graduates in this country come from systems so completely different that it would be difficult to generalize. There is an enormous lack of residency posts in this country for foreign medical graduates, which makes coming into this country a huge challenge so that you can be trained appropriately.

Second, it is not rocket science. Many countries around the world, particularly the ones that do the better value for money, use integrated teams as their primary way of delivering services. The evidence is clear that physicians prefer working in an integrated team where physicians do what physicians should do instead of what nurses should do, which sometimes happens. In the fee-for-service model, someone might come to see the doctor to have their blood pressure checked, which is an enormous waste of a physician's time. It does not have to necessarily be that the physician employs them because a community model can be pursued. There are a number of models around that will allow for more effective service.

Third, standards for the number of physicians per capita also need to be looked at as well as other professionals. That needs to be looked at in Quebec. You can have the best integrated service in the world but you need to have enough physicians to make it work. Whether we have enough, whether they are badly distributed or whether they are doing things that nurses or podiatrists should do, all should be looked at.

Senator Eggleton: The CMA did a series of town hall meetings this year. I have seen the report but I could do with a little refresher. Perhaps not all of my colleagues are aware of what came out of that. What do Canadians want in a health accord?

Dr Boulay : Il y a certainement plusieurs modèles à travers le pays maintenant pour lesquels les médecins diplômés à l'étranger sont entraînés et ils sont également intégrés dans notre système de santé.

Le sénateur Champagne : Un ou deux par année?

Dr Boulay : Dans certaines provinces, comme la Saskatchewan, plus de 50 p. 100 de leurs médecins sont des médecins de l'étranger. Il y a, encore une fois, l'exemple du Dr Haggie et votre exemple démontrent l'iniquité qui se passe maintenant entre les provinces et le besoin qu'on a comme pays de trouver ces centres d'excellence et de les répandre partout. Et, encore une fois, mettre en place de la promotion financière pour aider dans ce domaine. Il y a beaucoup de choses excellentes qui se passent maintenant au Canada, mais il faut les répandre. Il faut qu'au Québec on ait accès aux modèles semblables en Alberta que le Dr Haggie vous décrit.

[Traduction]

Dre McGregor : Trois des médecins présents aujourd'hui ont suivi leur formation à l'étranger. Le premier problème est le manque de postes en résidence. Certains diplômés étrangers en médecine qui se trouvent sur notre sol arrivent de systèmes si différents qu'il serait difficile de généraliser leurs situations. Il y a un manque énorme de postes en résidence dans ce pays pour les diplômés en médecine à l'étranger, ce qui fait qu'il est très difficile de venir dans ce pays pour y suivre une formation adaptée.

En second lieu, ce n'est pas sorcier. Un grand nombre de pays à travers le monde, en particulier ceux qui font l'utilisation la plus rentable des fonds, recourent à des équipes intégrées comme outil essentiel de prestation de services. Il est manifeste que les médecins préfèrent travailler au sein d'une équipe intégrée dans laquelle ils font ce qu'un médecin doit faire au lieu de faire le travail d'une infirmière, comme c'est parfois le cas. Dans le modèle de rémunération à l'acte, quelqu'un peut aller voir son médecin pour qu'il prenne sa tension, ce qui constitue une énorme perte de temps pour le médecin en question. Il ne faut pas nécessairement que ce soit le médecin qui les emploie parce qu'il est possible d'appliquer un modèle communautaire. Il y a un certain nombre de modèles disponibles permettant d'offrir des services plus efficaces.

En troisième lieu, les normes utilisées pour le nombre de médecins par habitant doivent être examinées, de la même façon que pour les autres professionnels. C'est une question sur laquelle il faut se pencher au Québec. Vous pouvez disposer du meilleur service intégré au monde, mais il vous faut suffisamment de médecins pour le faire fonctionner. Il faut examiner si nous en avons assez, s'ils sont mal répartis sur les territoires et dans les services ou s'ils font des choses que les infirmières ou les podiatres pourraient faire.

Le sénateur Eggleton : L'AMC a organisé une série de réunions publiques cette année. J'ai vu le rapport, mais un petit rappel ne me ferait pas de mal. Il se peut que tous mes collègues ne sachent pas quelles ont été les conclusions de cet exercice. Qu'est-ce que les Canadiens attendent d'un accord sur la santé?

I have heard the term “social determinants of health” mentioned a few times today, with which this committee is familiar from its study when Dr. Keon was chair of the committee. It is a broad area that we know is relevant to health.

The health accord really deals with the health care system in the narrower sense. In the social determinants of health, you are getting into housing, education, poverty and a wide range of things that do affect people’s health, legitimately. If we were to suggest to the government something with respect to the health accord and social determinants of health, how might that look? How would we work that in?

Dr. Haggie: Starting backward and going forward, I live in a province where there are 180 communities with boil water orders, 60 of which have had them for 20 years, and 40 per cent of high school students in Labrador graduate. There is a clear link between low education, poverty and health. That is a background to everything we discuss in the sense that a healthy population is where you want to start from and certainly where you want to end up with this process. Wiser minds than I can deal with that. I am a physician.

Going back to what we heard when we went from Halifax to Vancouver, we spoke to about 2,400 people face to face in these big meetings. They were packed auditoriums. We had another 4,000 comments online through a website. We asked three questions. One was about the scope of the Canada Health Act. Was it adequate? Was it too broad or not broad enough? One was about what Canadians thought value for money was from the health care system. The third one was about responsibility. Who should be responsible for what? What was the responsibility of the provider, the payer and perhaps even the patient, the general public, as well?

The big surprise was there was no surprise. Everybody was consistent from one side of the country to the other. They want a publicly funded system with access that is equitable across the country, based on clinical need and not the ability to pay. That was like a mantra from Halifax to Vancouver. There was no dissent about that.

The public has a really good grasp of health care issues. I was quite startled. The physicians we spoke to were very much with the nuts and bolts of the system, inside it, but the public had a very high-level appreciation of what they wanted. They wanted a values-based vision for what we do next. That is kind of where they started from. They wanted this publicly funded system, they wanted it equitable, and they wanted it based on clinical need. They also said that medicare was designed in the 1950s and legislated in the 1980s with an example of disease, and what they wanted was a wellness focus, a preventive focus, as you mentioned, with the social determinants of health, but they

J’ai entendu à quelques occasions aujourd’hui l’expression « déterminants sociaux de la santé », que ce comité connaît bien à la suite de son étude à l’époque à laquelle le Dr Keon en était le président. C’est un vaste domaine qui est pertinent en santé comme nous le savons.

L’accord sur la santé traite réellement du système de soins de santé au sens le plus étroit. Avec les déterminants sociaux de la santé, vous vous occupez aussi de logement, d’éducation, de pauvreté et de toute une gamme de sujets qui affectent effectivement la santé des gens. Si nous devions faire au gouvernement des suggestions concernant l’accord sur la santé et les déterminants sociaux de la santé, quelle forme cela pourrait-il prendre? Comment pourrions-nous nous y prendre?

Dr Haggie : Permettez-moi de commencer par remonter en arrière avant d’en venir à l’avenir. Je vis dans une province dans laquelle 180 collectivités sont tenues de faire bouillir l’eau avant de la consommer, et cela fait 20 ans que cela dure pour 60 d’entre elles. Cela touche 40 p. 100 des élèves du secondaire au Labrador. Il y a un lien manifeste entre une éducation insuffisante, la pauvreté et la santé. C’est le contexte de tout ce dont nous discutons puisque nous voulons démarrer avec une population en santé et, très certainement, aboutir à ce processus. Des esprits plus brillants que moi peuvent en traiter. Je suis médecin.

Pour en revenir à ce que nous avons entendu de Halifax à Vancouver, ces réunions importantes nous ont permis de nous entretenir en personne avec quelque 2 400 individus. Les auditoriums étaient pleins. Nous avons reçu 4 000 autres commentaires en ligne sur un site web. Nous avons posé trois questions. L’une s’intéressait à la portée de la Loi canadienne sur la santé. Est-elle adéquate? Est-elle assez vaste ou pas suffisamment? La seconde visait à déterminer si les Canadiens estimaient que le système de soins de santé utilisait ses ressources de façon optimale. La troisième question traitait de la responsabilité. Qui devait être responsable de quoi? Quelle est la responsabilité du prestataire, du contribuable et peut-être même du patient, du grand public également?

Ce qui nous a le plus surpris a été l’absence de surprise. Toutes les réponses allaient dans le même sens d’un océan à l’autre. Les gens veulent un système à financement public assurant un accès équitable à travers le pays, reposant sur les besoins cliniques et non pas sur la capacité de payer. C’est comme un mantra que nous avons entendu de Halifax à Vancouver. Il n’y avait pas de désaccord à ce sujet.

Le public a vraiment bien saisi la nature de la question sur les soins de santé. J’ai été passablement surpris. Les médecins auxquels nous avons parlé s’intéressaient à la mécanique du système, à son fonctionnement interne, alors que le grand public avait une excellente appréciation de haut niveau de ce qu’il voulait. Il veut une vision reposant sur des valeurs pour ce que nous ferons à l’avenir. C’est son point de départ. Le grand public veut ce système financé par les fonds publics. Il veut qu’il soit équitable et il veut qu’il repose sur les besoins cliniques. Les gens ont également précisé que le Régime d’assurance-maladie a été conçu dans les années 1950, qu’il a fait l’objet d’une législation

wanted something that filled in the gaps so that, from the patient's view, you got the right care from the right person at the right time, and ideally as near to home as possible in your own community. That was a very broad brush.

With the nurses and the other stakeholders, in actual fact, we have patient summits. We are going to try to take this back to the general public, if such exists, to try and fill in the gaps in this matrix so it looks little more operational rather than principled. That is where we are up to at the moment. If there is anything specific, I will try to answer that question.

Dr. Boulay: To pick up on the question about social determinants of health, I have been a family physician for 21 years in small town New Brunswick. In that time, I have seen some dramatic things occur. I have seen seat-belt legislation come into force, which has saved countless lives. I have seen legislation about public smoking come into force, which has done much more than all of my education in my office has done to have patients come in and ask for smoking cessation aids. Until we get serious about issues like childhood obesity, about the way we feed our youth, particularly in underprivileged communities, I think these issues are going to plague us for years to come. Those are true things that we can affect with legislation. I am speaking to legislators right now. This is my punch. We owe it to our children to take responsibility for that.

Dr. McGregor: I think there are other international ways of looking at it, what other jurisdictions have done. For example, I think, and I may not be up to date on this, in Britain, for example, when you do community work, you are funded with a model that also looks at disparities of income and social economic disparities so that the poorer people get greater funding, because you cannot just measure uptake of, for example, immunization in a nice middle-class area as opposed to where there is much less education level and it is much more difficult. That might be a way of looking at it as well.

Ms. Mildon: I will quickly add a couple of things, first of which is a tiny little story. In my organization, we have patients that have been hospitalized for many years. We feel they have reached their potential to go out into the community, but the housing system cannot accommodate them. It creates a situation where they are staying in hospital using very expensive resources.

dans les années 1980 mettant l'accent sur la maladie et qu'ils tiennent à ce qu'on mette dorénavant l'accent sur le bien-être, sur la prévention, comme vous l'avez indiqué avec les déterminants sociaux de la santé, mais ils veulent aussi que ce système comble les lacunes afin que, du point de vue du patient, vous obteniez les soins qui conviennent à la bonne personne au bon moment, et de façon idéale, aussi près que possible de son domicile dans sa propre collectivité. Voilà l'esquisse qui s'en dégage.

Dans le cas des infirmières et des autres intervenants, nous organisons en réalité des sommets avec des patients. Nous allons essayer de discuter de leurs conclusions avec le grand public, si celui-ci a une réalité précise, pour tenter de combler les lacunes dans cette matrice afin de lui donner une apparence un peu plus opérationnelle au lieu de s'en tenir aux principes. C'est là où nous en sommes actuellement. Si vous avez des questions précises, j'essayerai d'y répondre.

Dr Boulay : Pour reprendre la question sur les déterminants sociaux de la santé, j'ai été médecin de famille pendant 21 ans dans une petite ville du Nouveau-Brunswick. À cette époque, j'ai vu quelque chose de dramatique se produire. J'ai vu la législation sur les ceintures de sécurité entrer en vigueur, qui a sauvé d'innombrables vies. J'ai vu la législation sur le tabagisme dans les lieux publics entrer en vigueur, qui a donné beaucoup plus de résultats que toute l'éducation que j'ai pu faire dans mon cabinet pour amener les patients à y venir et à demander de l'aide pour cesser de fumer. Je crois que, tant que nous ne nous attaquerons pas sérieusement à des questions comme l'obésité des enfants, à la façon dont nous nourrissons nos jeunes, en particulier dans les collectivités défavorisées, ces questions vont rester présentes pendant les années à venir. Ce sont là des domaines sur lesquels la législation peut agir. Je m'adresse actuellement au législateur que vous êtes. C'est ma conclusion. Vous devez à nos enfants d'assumer cette responsabilité.

Dre McGregor : Je crois que ces questions ont été abordées de façon différente dans d'autres pays, qui ont procédé autrement. C'est ainsi que je crois savoir, mais mes connaissances ne sont peut-être pas à jour, qu'en Angleterre, lorsque vous faites du travail communautaire, vous êtes financé par un modèle qui tient compte également des disparités des revenus et de nature socio-économique afin que les gens les plus pauvres bénéficient d'un financement plus important, parce qu'il ne suffit pas, par exemple, d'évaluer le taux de vaccination dans un joli quartier de classe moyenne par opposition à un dans lequel le niveau d'éducation est beaucoup plus faible et les conditions sont beaucoup plus difficiles. Cela peut être une façon d'aborder ces questions.

Mme Mildon : J'ajouterais rapidement quelques éléments en commençant par vous raconter une petite histoire. Dans mon organisation, nous avons des patients qui ont été hospitalisés pendant de nombreuses années. Nous estimons qu'ils ont atteint un niveau leur permettant de retourner dans la collectivité, mais il n'y a pas de place pour les accueillir à l'extérieur. Ils restent donc à l'hôpital en utilisant des ressources très coûteuses.

Secondly, on the notion of an accountability framework, we all need to help you, with our written submissions, find a way to integrate into that accord some metric around showing integration across the system. I am sure that we can come up with some way to give you some recommendations around that.

Thirdly, I would add that on top of the very good work that my colleagues in the CMA have done with their town halls, we are embarked on a cross-country expert commission on the health care system. We will also be able to add more voices to this dialogue.

Senator Martin: I wanted to build on what Dr. McGregor alluded to in terms of some of the existing promising practices or best practices or models that do exist. Many of you have also talked about what is working well across Canada in certain jurisdictions. We know that we are looking at what we need to improve, and there are items missing in order to develop a cohesive pan-Canadian system.

My question is this: Where should this information sharing be done or how should it be done? Should there be certain templates or analyses of these best practices to look at the criteria or the determinants of that successful model? What kind of articulation should be included in an accord, or should this be a separate document of sorts? How would that information gathering be done effectively to try and create a pan-Canadian network? There are many jurisdictions, and there are many sectors. We have a vision and hope for a pan-Canadian health care system, part of which is coordinating this very valuable information. I am curious as to how we can define the parameters to do this and how it would be helpful to the overall process.

Dr. Haggie: Look at two of our three recommendations. A pan-Canadian health quality council would be like radar that would look at best practices, identify hot spots of excellence and be a disseminator or a repository and a resource for the entire country.

The flip side of that would be the health innovation fund, which could kick start with funding, not pilot projects, but examples where it has worked in Alberta and we will take it to Saskatchewan, or it works in Saskatchewan and we will bring it to Corner Brook or St. John's. The money for the health innovation fund could perhaps come, for example, out of the escalator. That will be \$1.9 billion a year. You set aside some targeted monies analogous to the Primary Health Care Transition Fund but with a clear notion of what is in and what is not, timeliness and timelines, and then because it is part of the escalator, it gets rolled in as the years go by. The hot spot in Calgary with the PCNs suddenly bursts into flames in Corner Brook and grows. Other jurisdictions may say, "For our geography or our particular demographic, we prefer the Ontario model." They would make an application; they would be within the notion of what is in and what is out, and there would be some clear deliverables. The

Ensuite, au sujet du cadre de responsabilisation, nous devons tous vous aider avec nos mémoires à trouver une façon d'intégrer dans l'accord certaines mesures permettant d'apprécier l'intégration dans l'ensemble du système. Je suis convaincue que nous allons parvenir à vous faire des recommandations à ce sujet.

En troisième lieu, j'aimerais vous dire que, en sus de l'excellent travail que mes collègues de l'AMC ont fait avec leurs réunions publiques, nous avons mis sur pied une commission d'experts sur le système de soins de santé qui se rend partout au pays. Nous serons donc en mesure de vous faire entendre davantage d'opinions sur ce dialogue.

Le sénateur Martin : Je tiens à reprendre ce à quoi la Dre McGregor a fait allusion au sujet de certaines pratiques actuelles prometteuses, ou de pratiques exemplaires ou de modèles qui existent. Beaucoup d'entre vous ont également parlé de ce qui donne de bons résultats à travers le Canada dans certaines administrations. Nous savons que nous étudions ce que nous pouvons améliorer, et que des éléments manquent pour élaborer un système pancanadien cohérent.

Voici ma question : où ce partage d'information devrait-il se faire et comment devrait-il être fait? Devrions-nous avoir certains modèles ou certaines analyses de ces pratiques exemplaires pour étudier les critères ou les déterminants d'un modèle garant de réussite? Quel type de structure devrait être inclus dans l'accord, ou devrait-il s'agir d'un type quelconque de document distinct? Comment cette cueillette d'information devrait-elle être faite efficacement pour essayer de mettre sur pied un réseau pancanadien? Il y a de nombreuses administrations et de nombreux secteurs. Nous avons une vision et espérons parvenir à un système de soins pancanadien, ce qui implique en partie de coordonner ce type d'information très utile. Je suis curieuse de savoir comment nous pouvons définir les paramètres permettant d'y parvenir et comment cela serait utile pour l'ensemble du processus.

Dr Haggie : Penchez-vous sur deux de nos trois recommandations. Un conseil pancanadien de la qualité de la santé agirait comme un radar examinant les meilleures pratiques, trouverait les points d'excellence, en ferait la diffusion et servirait d'archives et de ressources pour tout le pays.

L'autre côté de la médaille devrait être un fonds d'innovation en santé, qui pourrait être lancé avec le financement et non pas avec des projets pilotes, mais en retenant des exemples qui ont donné de bons résultats en Alberta et en les amenant en Saskatchewan, ou en prenant ceux qui ont fonctionné en Saskatchewan et en les amenant à Corner Brook ou à St. John's. L'argent destiné au fonds d'innovation en santé pourrait peut-être venir, par exemple, de l'indexation du budget. Cela donnerait 1,9 milliard de dollars par année. Vous mettez de côté certains fonds ciblés analogues au fonds de transition pour les soins de santé primaires, mais en sachant précisément ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas, ce qui est à propos et les calendriers, et ensuite, parce que ces montants font partie de l'indexation des budgets, ils seraient repris une année sur l'autre. Le point intéressant à Calgary, avec le réseau de soins primaires, est de le voir soudainement se développer à Corner Brook et prendre de

evidence from the 2000 health accord with the Primary Health Care Transition Fund was that if you had those deliverables, it worked.

Ms. Bard: I would build on the concept, though, that we do have in the nursing profession some clinical practice guidelines that have been developed. You could start to find ways of transferring that knowledge, because we are all promoting that care should be provided and services should be based on evidence. We know that there are best practices, and therefore we need to be able to provide the best practises inside the system so they are applied and measured. You can see the deliverables and where they have an impact on patient outcome. We would like to try to address it from that perspective.

As well, we need to think about how we can strengthen the capacity of our human resource service to try to stabilize it and guide it around best practices to maximize the scope of practice of each individual. In that way, you can focus on improving the overall delivery of services.

Senator Cordy: A couple of you mentioned harmonization of the drug formulary. Should the committee make this recommendation for the 2014 health accord?

A few years ago, in its study on the health care system, the committee recommended that we have catastrophic drug coverage. We spoke to a number of Canadians with chronic diseases who were spending huge amounts of money on pharmaceuticals and were experiencing undue financial hardship. In his report, Mr. Romanow talked about a pharmaceutical plan across Canada. Should we have catastrophic drug coverage for Canadians in such situations? Should that be part of our accord?

Dr. Haggie: One of the good things in the 2004 accord was the national pharmaceutical strategy.

Senator Cordy: I thought there was one, but I have not heard anything about it.

Dr. Haggie: Neither have we, so we are in the same boat. It had elements of a catastrophic drug plan. It also addressed things like security of drug supply, because we have a drug shortage issue.

l'ampleur. D'autres administrations pourront dire que, étant donné les caractéristiques géographiques de leur région ou les caractéristiques démographiques de leur population, elles préfèrent le modèle ontarien. Elles pourraient alors présenter une demande, en indiquant ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas, et cette demande devrait faire état de produits à livrer bien définis. Ce qui s'est dégagé de l'accord de 2000 sur la santé avec le fonds de transition des soins primaires a été que, lorsqu'il y avait des produits à livrer, cela donnait de bons résultats.

Mme Bard : Je m'appuierais cependant sur le concept voulant que, dans la profession infirmière, certaines lignes directrices sur la pratique en milieu clinique aient été élaborées. Vous pourriez commencer par chercher des façons de transférer ces connaissances, parce que nous sommes toutes partisans du fait que la prestation des soins et des services devrait reposer sur des éléments de preuve. Nous savons qu'il y a des pratiques exemplaires, et nous devons donc être en mesure de les communiquer à l'intérieur du système pour qu'elles puissent être appliquées et que leurs résultats soient mesurés. Vous pouvez voir les produits à livrer et les domaines dans lesquels ils ont des répercussions sur les résultats pour le patient. Nous aimerions tenter d'aborder le problème de ce point de vue.

Nous devons également réfléchir à la façon dont nous pouvons accroître les capacités de nos ressources humaines pour essayer de les stabiliser en permettant au service qui les gère de les orienter vers les pratiques exemplaires pour maximiser l'ampleur de la pratique de chaque personne. De cette façon, vous pouvez mettre l'accent sur l'amélioration de l'ensemble de la prestation de services.

Le sénateur Cordy : Quelques-uns d'entre vous ont parlé de l'harmonisation de la liste des médicaments. Le comité devrait-il recommander cette harmonisation pour l'accord sur la santé de 2014.

Il y a quelques années, dans son étude du système de soins de santé, le comité recommandait que nous adoptions une couverture des médicaments onéreux. Nous nous sommes entretenus avec un certain nombre de Canadiens souffrant de maladies chroniques qui dépensaient des montants énormes en produits pharmaceutiques et qui éprouvaient des difficultés financières indues de ce fait. Dans son rapport, M. Romanow a parlé d'un plan sur les produits pharmaceutiques s'appliquant à l'ensemble du pays. Devrions-nous avoir une couverture des médicaments onéreux pour les Canadiens dans de tels cas? Cela devrait-il faire partie de notre accord?

Dr Haggie : L'un des bons éléments qui figuraient dans l'accord de 2004 a été la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques.

Le sénateur Cordy : Je croyais qu'il y en avait une, mais je n'ai rien entendu à ce sujet.

Dr Haggie : Ni nous, ce qui nous met dans le même bateau. Elle comportait des éléments d'un plan sur les médicaments onéreux. Elle traitait également de sujets comme la sécurité des approvisionnements en médicaments, parce que nous avons un problème de pénurie de médicaments.

I work in a province where the average income is lower than the average across Canada as a whole. My area is probably lower than the average for the province. I have an 82-year-old lady who has to take diabetic medication every second or third day rather than every day because she has financial issues. She is unfortunate enough to have a certain amount of money in the bank so she falls below a certain threshold.

In terms of a national strategy to encompass those things, how you want to resource it and what its scope is, you could take the 2004-05 strategy off the shelf and implement it. You could go back to the Romanow report or Senator Keon's report because they contain such mechanisms. In fact, Quebec has a type of comprehensive safety net for drugs. Whether you want to term drug coverage as "catastrophic" in terms of one-off illness expenses or whether you want to look at it as an economic burden to the family depends on your perspective. Whatever you could do to alleviate that would be crucial.

Unlike in the 1960s when hospitals, doctors and surgeons treated infections and these kinds of acute illnesses, medication today is one of the defining modalities of chronic disease management. It is not the only one, but it is becoming such a big deal that you have to address it directly.

Dr. McGregor: There is also a preventive aspect. If people took their medication, maybe they would not need expensive hospitalization. It is also an economic thing. If we had a national pharmaceutical strategy, medications would be a lot cheaper because we would not have to negotiate the prices individually.

Dr. Boulay: There is also the matter of equitability from province to province. Certainly, we see a lot of inequity in terms of availability of drugs and access to certain drugs between provinces. I would hope that a national strategy would do away with that.

Ms. Mildon: At CNA we would say a vehement, yes, to both questions and that pharmacy vigilance is needed across the system. We need to look at clinical studies to ensure that they are effective and serving Canadians well.

Senator Seidman: Dr. Haggie, you referred twice to the fact that the health care system is designed for acute care. Yet, you said that the vast majority of cases, 80 per cent, are chronic care. Perhaps we need to deal with that. I would like to know what suggestions on orienting primary care services you might like to put forward to the committee for its consideration of the next accord.

Je travaille dans une province dans laquelle le revenu moyen est inférieur au revenu moyen canadien. Dans ma région, cette moyenne est probablement inférieure à la moyenne de la province. Je compte parmi mes patientes une femme de 82 ans qui doit prendre des médicaments pour le diabète tous les deux ou trois jours plutôt que tous les jours parce qu'elle a des difficultés financières. Elle a la malchance d'avoir un peu d'argent à la banque ce qui fait qu'elle ne bénéficie pas de couverture pour ses médicaments.

Au sujet d'une stratégie nationale pour traiter de toutes ces choses, comment voulez-vous la doter en ressources et quelle portée faut-il lui donner. Vous pourriez prendre la stratégie de 2004-2005 telle qu'elle est et la mettre en œuvre. Vous pourriez revenir au rapport Romanow ou au rapport du sénateur Keon, parce qu'ils contiennent des mécanismes de ce type. En réalité, le Québec dispose d'un filet de sécurité complet pour les médicaments. Que vous vouliez parler de la couverture de médicaments « onéreux » comme des dépenses de maladie exceptionnelles ou que vous adoptiez le point de vue du fardeau économique imposé à la famille dépend de votre point de vue. Peu importe ce que vous pourriez faire pour améliorer la situation, cela serait crucial.

À la différence des années 1960 pendant lesquelles les hôpitaux, les médecins et les chirurgiens traitaient les infections et ces types de maladies de courte durée, la médication est devenue aujourd'hui l'une des modalités caractéristiques de la gestion des maladies chroniques. Ce n'est pas la seule, mais cela devient une question si importante que vous devrez aborder directement.

Dre McGregor : Il y a également un aspect préventif. Si les gens prennent leurs médicaments, ils n'auront peut-être pas besoin d'hospitalisations coûteuses. C'est aussi un aspect économique. Si nous avions une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, les médicaments coûteraient beaucoup moins cher parce que nous n'aurions pas à négocier leurs prix individuellement.

Dr Boulay : Il y a également une question d'équité d'une province à l'autre. Nous voyons sans aucun doute beaucoup d'iniquités concernant la disponibilité des médicaments et l'accès à certains d'entre eux d'une province à l'autre. J'attendrais d'une stratégie nationale qu'elle règle ce problème.

Mme Mildon : À l'AIIC, nous répondrions énergiquement Oui aux deux questions et il faut implanter cette vigilance en matière de produits pharmaceutiques dans tout le système. Nous devons analyser les études cliniques pour nous assurer qu'elles sont efficaces et qu'elles servent bien les Canadiens.

Le sénateur Seidman : Docteur Haggie, vous avez mentionné deux fois que le système des soins de santé est conçu pour les soins de courte durée. Vous ajoutez que la vaste majorité des cas, 80 p. 100, concernent des soins chroniques. C'est un problème que nous devrions peut-être aborder. J'aimerais savoir quelles suggestions vous aimeriez soumettre à l'attention du comité pour le prochain accord en ce qui concerne l'orientation des soins primaires.

Dr. Haggie: You need to go back a bit to the concept of the right care by the right provider in the right place. In my experience as a general surgeon, I have had my bed allocation reduced because of patients in hospital for acute exacerbations that could be reduced significantly, such as with early interventions in cases of heart failure. I read an article the other day that said using weigh scales at home would pick up indications of heart failure well before hospitalization would be necessary.

That kind of community-based intervention at a very early stage, often by someone who simply reads a weigh scale and then arranges for a patient to see a primary care provider well in advance, would prevent an acute admission to hospital. My analogy earlier was with diabetic patients. I have a vascular practice so I see a lot of people with dreadful feet. If you go back two or three years, a little bit of toenail clipping would have actually prevented me from demonstrating how clever and good I am through my results in amputation surgery.

Medication costs are an issue because the people I see in that situation funnily enough are not the elderly. They are working-age individuals who fall into that awkward gap because they earn a little more money than would qualify them for social assistance but not enough to pre-fund it with insurance. It becomes a tossup for them: have all their medication, some of their medication or pay their heating bill at the end of the month.

There will never be one magic bullet. You have to look at the whole system, which is why we have been calling for transformation rather than any sort of lesser tinkering around the edges or any kind of cherry-picking approach. It has to start and end with the whole system. The CMA has been informed by the Canadian public and we see the way as taking a principled approach. That keeps driving me back to the same old mantra of the principles we got from our dialogue. Our challenge is to work with groups so that we, the experts in disease management and wellness, can present you with some options. Then in turn, Canadians will ultimately decide which of those is right. It is not for me to tell you how to design or run the system. It is for me to offer some options based on my particular expertise, as it is for Ms. Mildon and Dr. McGregor to do so as well.

Dr. Boulay: We all need acute care at some time. When I had appendicitis, I was happy to go to emergency and have surgery; and I had excellent care. If we want to get at the issue, we have to look at funding primary care and community care more aggressively and at having targeted funding for that. As we look forward to a new accord, we need to really tunnel down into our communities and to fund things that will keep people out of acute care. It is not that we want to keep people out of hospital, because certainly hospitals are important places for people to go when they are very ill, but there is

Dr Haggie : Vous devez revenir un peu au concept des soins qui conviennent dispensés par le bon prestataire au bon endroit. Alors que j'étais chirurgien généraliste, j'ai vu le nombre de lits qui m'étaient alloués être réduit à cause du nombre de patients à l'hôpital pour des soins de courte durée, qui aurait pu être réduit de façon marquée, par exemple avec des interventions hâtives dans les cas d'insuffisance cardiaque. J'ai lu l'autre jour un article qui expliquait que le fait de se peser chez soi permettrait d'obtenir des indications d'une insuffisance cardiaque bien avant que l'hospitalisation ne soit nécessaire.

Ce type d'intervention communautaire a une étape très précoce, souvent faite par quelqu'un qui se contente de lire le poids de la personne et s'organise pour que le patient ait un rendez-vous avec un prestataire des soins primaires bien à l'avance, permettrait d'éviter des admissions de courte durée à l'hôpital. J'ai fait avant une autre analogie avec les patients diabétiques. Je pratique la chirurgie vasculaire, ce qui m'a amené à voir beaucoup de gens avec des pieds affreux. Deux ou trois ans auparavant, le fait de leur couper un peu les ongles des orteils m'aurait évité d'avoir à leur montrer combien je suis brillant en les amputant.

Les coûts des médicaments posent un problème parce que les gens que je vois dans cette situation ne sont pas, bizarrement, des personnes âgées. Ce sont des gens en âge de travailler qui se retrouvent entre deux chaises parce qu'ils gagnent un peu trop d'argent pour être admissibles à l'aide sociale, mais pas assez pour se payer une assurance. Ils doivent alors faire un choix, avoir tous leurs médicaments, certains de leurs médicaments ou payer leur facture de chauffage à la fin du mois.

Il n'y aura jamais une seule solution magique. Vous devez regarder l'ensemble du système. C'est pourquoi nous avons prôné la transformation plutôt qu'une sorte quelconque de remaniement moindre sur les bords ou n'importe quelle sorte d'approche permettant de faire un tri. Il faut commencer et finir avec l'ensemble du système. L'AMC a pris connaissance de l'opinion du public canadien et la solution, à notre avis, repose dans une approche régie par des principes. Cela ne cesse de me ramener au vieux même mantra de principes que nous avons déduit de notre dialogue. Notre défi est de travailler avec des groupes afin que nous, les spécialistes en gestion de la maladie et en bien-être, puissions vous présenter quelques options. Ensuite, il reviendra aux Canadiens de décider de celles qui conviennent. Ce n'est pas à moi de vous dire comment concevoir ou gérer le système. Mon rôle est de vous proposer des options à partir de mon expérience précise, tout comme c'est le cas pour Mme Mildon et la Dre McGregor.

Dr Boulay : Nous avons tous besoin, à l'occasion, de soins de courte durée. Lorsque j'ai eu l'appendicite, j'ai été bien content d'aller à l'urgence et de me faire opérer, et j'ai bénéficié de soins excellents. Si nous voulons nous attaquer au problème, nous devons étudier le financement des soins primaires et des soins communautaires de façon plus énergique et il nous faudra définir des financements ciblés pour ceux-ci. Alors que nous pensons à un nouvel accord, nous devons réellement analyser en détail nos collectivités et financer les solutions qui permettront aux gens

a lot of stuff that could be prevented out there. There are a lot of folks we could keep out of hospital a bit longer, and that all saves a lot of money in the long run.

Ms. Bard: If we want to keep our publicly funded, not-for-profit system, we need to look at the elements of the accord of 2004. The elements were there, but the commitment around the funding distribution was missing. We need to see in the next round a commitment that goes beyond the acute care system and really commits protected dollars, whichever innovative way that can come out, so that we have dollars for primary health care and dollars committed to home and long-term care and dollars that start to reach people where they are and start preventing people from going inside the acute care, the emergency care, when we know that is not where they necessarily need to have the services. We need to find a way of having another pot of money, if we can use that term, or another envelope of dollars, that will start to be committed and support the community and all of the different factors that I have covered, including certainly a pharmaceutical strategy, because we also need to make sure that is accessible and eligible to the citizens. It is shifting dollars and having the way to do it.

The Chair: A fairly good-sized elephant wandered into the room following Senator Eggleton's question on social determinants when we started coming back to the idea of preventive care. We hear a great deal that we should focus on preventing disease and education and all that sort of thing. It is very difficult to get one's head around that in terms of what it really means. The public can say those are words, but what do they really mean? You have given a couple of examples here. I met with some health care providers yesterday in my office. A simple example came up, kind of like cutting toenails to prevent amputation. That is a graphic kind of thing. An example was brushing your teeth. One provider mentioned that simply, if we could ensure that a significant proportion of the population that does not now do it were to brush their teeth on a regular basis, the following serious disease outcomes would be substantially eliminated, because it starts with the various wonderful microorganisms we carry around that respond well to other things we do and suddenly take over and cause us very serious things or long-term debilitation and so on.

d'éviter les soins de courte durée. Ce n'est en rien que nous voulons empêcher les gens de se rendre à l'hôpital, parce que les hôpitaux sont bien évidemment des endroits importants pour les gens quand ils sont très malades, mais il y a beaucoup de cas qui ne devraient pas y aboutir. Nous pourrions maintenir beaucoup de gens en dehors de l'hôpital pendant plus longtemps, et cela permettrait d'économiser beaucoup d'argent à long terme.

Mme Bard : Si nous tenons à garder notre système financé par des fonds publics et sans but lucratif, nous devons examiner les éléments figurant dans l'accord de 2004. Les éléments nécessaires étaient bien là, mais l'engagement en matière de répartition du financement était absent. Nous aurons besoin de voir au cours du prochain cycle un engagement allant au-delà du système de soins de courte durée et réservant réellement des fonds, quelle que soit la solution novatrice dont cela se déroule, pour que nous disposions de budgets pour les soins de santé primaires, des budgets dédiés pour les soins à domicile et les soins à long terme, permettant de commencer à rejoindre les gens là où ils sont et en commençant à empêcher les gens de suivre des soins de courte durée, des soins d'urgence, lorsque nous savons que ce n'est pas là qu'ils doivent nécessairement recevoir les services dont ils ont besoin. Il faut que nous trouvions une façon d'avoir une autre cagnotte, si vous me permettez d'utiliser ce terme, ou une autre enveloppe budgétaire qui commencera à être consacrée au soutien de la communauté et de l'ensemble de différents éléments dont j'ai traité, y compris certainement une stratégie concernant les produits pharmaceutiques, parce que nous devons également nous assurer que ces produits pharmaceutiques sont accessibles et que les citoyens y ont droit. Il s'agit d'affecter autrement l'argent et de se donner les moyens de le faire.

Le président : Un lourd silence a plané dans la pièce à la suite de la question du sénateur Eggleton sur les déterminants sociaux, quand nous avons commencé à revenir à l'idée des soins préventifs. Nous entendons beaucoup dire que nous devrions mettre l'accent sur la prévention des maladies et sur l'éducation, et sur toutes ces sortes de choses. Il est très difficile d'arriver à bien saisir ce que cela signifie réellement. Le public peut dire qu'il s'agit de mots, mais que signifient-ils vraiment? Vous nous avez donné quelques exemples. J'ai eu l'occasion de rencontrer hier dans mon bureau quelques prestataires de soins de santé. On a cité un exemple simple, du même niveau que couper les ongles des orteils pour prévenir l'amputation. C'est un exemple assez graphique. Il s'agit du brossage des dents. Un prestataire de services a indiqué que, tout simplement, si nous pouvions nous assurer qu'une partie importante de la population qui ne se brosse pas les dents commençait à le faire sur une base régulière, les maladies graves qui en découlent seraient pratiquement éliminées parce qu'elles prennent naissance avec les merveilleux micro-organismes divers dont nous devenons porteurs dans nos diverses activités, qui se comportent bien dans certaines situations, mais qui peuvent aussi, tout d'un coup, nous causer des problèmes graves et débilitants à long terme.

I wonder again if I could ask you to think about the idea of education and prevention. It comes to the issue of diet as well. That is a huge part of everything. We heard another example where if, for example, you take someone who is obese and diabetic, comes in with serious knee problems, which would normally lead to an immediate response that there needs to be knee replacement surgery, but the physician will not consider operation until there is a loss of 75 to 100 pounds. Examples exist that show that if that is lost over the time period the physician demands, quite often the diabetes has substantially reduced, the medication is cut in half or to a smaller part, and there is not a need for the surgery.

When we talk about prevention in the public, we do not say those kinds of things. I am wondering if part of the strategy we need in this part of primary health care is identifying, like the image on a cigarette package, examples that our outstanding surgeon doctor — we can reduce his demonstrating his expertise on you by having you clip your toenails when you are in a given situation. I wonder if I could ask you to again take away and reflect on this aspect of it, not necessarily what I am saying here now. Are there aspects of a new approach to dealing with the idea of prevention and getting people to take better care of themselves to start with that might actually have an impact in that area? I do not want this to go on much longer. We cannot of course. Go ahead.

Dr. Haggie: The CMA actually has a module for physicians on what is called health literacy. Our aim with this is to actually try and develop skills in the general public, particularly at high school, so that when they leave school, they have the ability to read and educate themselves with the information that is out there about health and health issues.

You can only provide information, and it is a start. Changing behaviour is a completely different thing, particularly if you grow up in a community where it is cheaper to buy a can of coke and two bags of chips than it is a glass of milk and an apple. You are hungry, so what do you do? Education is one part of changing behaviour. If you look at one of the successes that Dr. Boulay alluded to about cigarette smoking, for example, it has taken over 60 years to get prevalence of cigarette smoking in the population down to 15 per cent from 80 per cent. The information has been out there since the late 1950s to the early 1960s, but just simply presenting the information alone did not by itself result in behaviour change. It had no longer to be cool to smoke before it worked.

Je me demande encore une fois si je pourrais vous inviter à réfléchir aux idées d'éducation et de prévention. Cela nous amène également au problème des régimes alimentaires. Ils jouent un rôle important dans tout. On nous a donné un autre exemple d'une personne obèse et diabétique qui se présente à l'hôpital avec des problèmes graves de genou qui conduiraient normalement à dire immédiatement qu'il faut procéder à une chirurgie de remplacement de l'articulation du genou, mais le médecin n'envisagera pas l'opération tant que la personne n'aura pas perdu de 75 à 100 livres. Les exemples montrent que, lorsque le médecin veut obtenir une perte de poids sur une période donnée, cela se traduit fréquemment par une diminution importante du diabète. La médication peut alors être réduite de moitié ou plus encore, et la chirurgie n'est plus nécessaire.

Lorsque nous parlons de prévention en public, nous ne donnons pas ce genre d'exemples. Je me demande si une partie de la stratégie dont nous avons besoin dans cette partie des soins de santé primaires n'est pas d'identifier, comme les images sur un paquet de cigarettes, les exemples donnés par notre excellent chirurgien. Nous pourrions réduire la démonstration de ses compétences sur vous si vous coupez les ongles de vos orteils quand vous êtes dans une situation donnée. J'aimerais vous demander de garder cette idée à l'esprit et d'y réfléchir, pas nécessairement sur ce que j'ai dit ici maintenant. Y a-t-il des aspects d'une nouvelle approche pour aborder l'idée de prévention et amener les gens à mieux prendre soin d'eux en commençant par des mesures qui pourraient avoir réellement un effet dans ce domaine? Je ne veux pas poursuivre sur ceci beaucoup plus longtemps. Nous ne pouvons pas, bien évidemment. Nous vous écoutons.

Dr Haggie : En vérité, l'AMC a en vérité un module destiné aux médecins que l'on pourrait appeler la connaissance de la santé. Notre objectif avec celui-ci est d'essayer réellement de développer des compétences dans le grand public, en particulier à l'école secondaire, de façon à ce que lorsque les enfants quittent l'école, ils aient la capacité de lire et de s'éduquer eux-mêmes avec l'information qui est diffusée sur la santé et sur les questions la concernant.

Vous ne pouvez que fournir des informations, et c'est un début. Modifier les comportements est une chose tout à fait différente, en particulier si vous avez grandi dans une collectivité où il coûte moins cher d'acheter du Coca-Cola en boîte métallique et deux sacs de croustilles qu'un verre de lait et une pomme. Lorsque vous avez faim, que faites-vous? L'éducation est l'un des éléments permettant de modifier les attitudes. Si vous étudiez l'une des réussites à laquelle le Dr Boulay a fait allusion au sujet du tabagisme, par exemple, il a fallu 60 ans pour ramener la prévalence du tabagisme dans la population de 80 à 15 p. 100. L'information circule depuis la fin des années 1950 et le début des années 1960, mais le simple fait de la présenter n'a pas en lui-même amené de modifications de comportement. Il a fallu attendre que le tabagisme ne soit plus à la mode avant que cela donne des résultats.

[*Translation*]

Senator Champagne: I just have a comment, Mr. Chair. I do not want to make it seem like I am demonizing Quebec's health care and those providing the services. Once we are in the system, everything goes very well; diagnoses are excellent and the level of care is very high. However, getting into the system is the difficult part. As someone who has gone through some hard times, I can assure you that I am living proof of the excellent care that can be obtained in Quebec. Thank you.

[*English*]

The Chair: I thank you all on behalf of the committee for your very open willingness to discuss these critical issues with us today. I am going to repeat again my invitation to you on behalf of the committee to follow up with the specific areas we have asked. I would like you to think about this last exchange as well. Dr. Haggie, we do not have 60 years on this one. We need to use examples in a different way with regard to encouraging people to have the opportunity to take better responsibility for their own health care and to realize the outcomes in a personal way. To repeat an example you used of using the scales, if you could get people to use their weight scales, it might have a significant impact. Studies have clearly shown that those people who weigh themselves morning and night are in far better health than the general population. It is a remarkable kind of observation. These are really quite simple things. If we could ask you to think about that and reflect on your experience in this kind of light, I am sure you have far better examples that we could use that might be able to form part of recommendations.

With that, honourable senators and witnesses, this has been a very dynamic meeting today. I thank you for it, and I declare the meeting adjourned.

(The committee adjourned.)

[*Français*]

Le sénateur Champagne : Un commentaire, monsieur le président. Je ne voudrais pas laisser qui que ce soit sous l'impression que je démonise les soins de santé au Québec et les gens qui les offrent. Une fois qu'on est entré dans le système, tout va très bien, les diagnostics sont extraordinaires, les soins sont très bons. C'est d'entrer dans le système qui est long et difficile. Et pour une qui a passé des moments extrêmement difficiles, je peux vous assurer, je suis la preuve vivante des soins excellents qu'on peut recevoir au Québec. Merci.

[*Traduction*]

Le président : Je vous remercie tous au nom du comité de la bonne volonté avec laquelle vous avez accepté de discuter de ces questions essentielles avec nous. Je vais, une fois encore, vous répéter mon invitation, au nom du comité, à assurer le suivi que nous vous avons demandé sur certaines questions précises. J'aimerais que vous réfléchissiez également à notre dernier échange. Dr Haggie, nous ne disposons pas de 60 ans dans ce cas-ci. Nous devons faire appel à des exemples d'une façon différente pour inciter les gens à saisir la possibilité de prendre leur santé en main eux-mêmes et à prendre conscience des résultats qu'ils peuvent obtenir au niveau personnel. Pour reprendre l'exemple que vous avez utilisé, celui des balances, si nous pouvions amener les gens à se peser, cela pourrait avoir des répercussions importantes. Les études ont clairement montré que les gens qui se pèsent le matin et le soir sont en bien meilleure santé que l'ensemble de la population. C'est un type d'observation remarquable. Ce sont vraiment des choses simples. Si nous pouvions vous demander de réfléchir et de nous faire part de votre expérience dans cette perspective, je suis convaincu que vous avez des exemples bien meilleurs que nous pourrions utiliser pour formuler certaines de nos recommandations.

Honorables sénateurs et témoins, nous avons eu aujourd'hui une réunion très productive. Je vous en remercie et je lève la séance.

(La séance est levée.)

WITNESSES

Wednesday, October 19, 2011

Canadian Psychiatric Association:

Dr. Fiona McGregor, President.

The College of Family Physicians of Canada:

Dr. Robert Boulay, President.

Canadian Medical Association:

Dr. John Haggie, President;

Stephen Vail, Director, Research and Policy.

Canadian Nurses Association:

Barbara Mildon, President-elect;

Rachel Bard, Chief Executive Officer.

TÉMOINS

Le mercredi 19 octobre 2011

Association des psychiatres du Canada :

Dre Fiona McGregor, présidente

Collège des médecins de famille du Canada :

Dr Robert Boulay, président

Association médicale canadienne :

Dr John Haggie, président

Stephen Vail, directeur, Politiques et recherche.

Association des infirmières et infirmiers du Canada :

Barbara Mildon, présidente désignée;

Rachel Bard, directrice générale.