CANADA

SENATE / SÉNAT

PREVENTIVE HEALTH CARE
SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS

1988

MARCH 30-SEPT. 28 / 30 MARS-28 SEPT.

NOS. 1-2

INDEX

Canada. Parliament.
Senate. Special
Committee on Preventive
Health Care.
Proceedings.

DATE	NAME — NOM

Second Session
Thirty-third Parliament, 1986-87-88

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Special Committee of the Senate on

Preventive Health Care

Chairman:
The Honourable HAZEN ARGUE

Wednesday, March 30, 1988
Wednesday, April 27, 1988
Wednesday, May 4, 1988
Thursday, June 23, 1988
Tuesday, August 16, 1988
Tuesday, August 23, 1988

Issue No. 1

First proceedings on:

Study on preventive health care

FIRST REPORT OF THE COMMITTEE

WITNESSES:
(See back cover)

Deuxième session de la
trente-troisième législature, 1986-1987-1988

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité spécial du Sénat sur les

Soins de santé préventifs

Président:
L'honorable HAZEN ARGUE

Le mercredi 30 mars 1988
Le mercredi 27 avril 1988
Le mercredi 4 mai 1988
Le jeudi 23 juin 1988
Le mardi 16 août 1988
Le mardi 23 août 1988

Fascicule nº 1

Premier fascicule concernant:

L'étude des soins de santé préventifs

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

29625—1

THE SPECIAL COMMITTEE OF THE SENATE ON PREVENTIVE HEALTH CARE

The Honourable Hazen Argue, *Chairman*

The Honourable Arthur Tremblay, *Deputy Chairman*

and

The Honourable Senators:

Argue	Lucier
Barootes	*MacEachen (or Frith)
Bell	*Murray (or Doody)
David	Sherwood
Gigantès	Thériault
Hébert	Tremblay
	Turner

**Ex officio Members*

(Quorum 4)

Changes in Membership of the Committee:

Pursuant to Rule 66(4), membership of the Committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Gigantès substituted for that of the Honourable Senator Olson. (*April 28, 1988*)

The name of the Honourable Senator Olson substituted for that of the Honourable Senator Gigantès. (*March 30, 1988*)

The name of the Honourable Senator Bonnell be removed. (*July 5, 1988*)

The name of the Honourable Senator Thériault substituted for that of the Honourable Senator Adams. (*August 22, 1988*)

LE COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS

Président: L'honorable Hazen Argue

Vice-président: L'honorable Arthur Tremblay

et

Les honorables sénateurs:

Argue	Lucier
Barootes	*MacEachen (ou Frith)
Bell	*Murray (ou Doody)
David	Sherwood
Gigantès	Thériault
Hébert	Tremblay
	Turner

**Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du Comité:

Conformément à l'article 66(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Gigantès substitué à celui de l'honorable sénateur Olson. (*le 28 avril 1988*)

Le nom de l'honorable sénateur Olson substitué à celui de l'honorable sénateur Gigantès. (*le 30 mars 1988*)

Le nom de l'honorable sénateur Bonnell soit enlevé. (*le 5 juillet 1988*)

Le nom de l'honorable sénateur Thériault substitué à celui de l'honorable sénateur Adams. (*le 22 août 1988*)

Published under authority of the Senate by the Queen's Printer for Canada

Available from the Canadian Government Publishing Centre, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Sénat par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Minutes of the Proceedings of the Senate, Thursday, December 17, 1987:

"Pursuant to the Order of the Day, the Senate resumed the debate on the motion of the Honourable Senator Argue, P.C., seconded by the Honourable Senator MacEachen, P.C.:

That a special committee of the Senate be established to examine and report upon the role that preventative medicine and other preventative measures, together with the provision of a wider range of health services can play in providing a more effective health care system thus contributing to the health, happiness and longevity of Canadians; and further to examine how preventative medicine and other preventative measures might modify or control the ever increasing costs of health care;

That twelve Senators, to be designated at a later date, four of whom shall constitute a quorum, act as members of the special committee;

That the committee have power to send for persons, papers and records, to examine witnesses, to report from time to time and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the committee; and

That the committee present its final report to the Senate no later than twelve months following its establishment.

The question then being put on the motion, as amended, it was—

Resolved in the affirmative, on division."

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux du Sénat du jeudi 17 décembre 1987:

«Suivant l'Ordre du jour, le Sénat reprend le débat sur la motion de l'honorable sénateur Argue, c.p., appuyé par l'honorable sénateur MacEachen, c.p.,

Qu'un comité spécial du Sénat soit créé afin d'examiner et de faire rapport sur le rôle que la médecine préventive et d'autres mesures préventives ainsi que la prestation d'un large éventail de services de santé peuvent jouer sur le plan de l'institution d'un régime de soins de santé plus efficace, contribuant ainsi à la santé, au bonheur et à la longévité des Canadiens; et d'examiner, en outre, la manière dont la médecine préventive et d'autres mesures préventives pourraient modifier ou freiner les coûts accrus des soins médicaux;

Que douze sénateurs, dont quatre constituent un quorum, soient désignés, à une date ultérieure, pour faire partie de ce comité spécial;

Que le comité soit autorisé à convoquer des personnes, à exiger la production de documents et pièces, à interroger des témoins, à faire rapport selon les besoins, à faire imprimer au jour le jour les documents et les témoignages qu'il juge à propos; et

Que le comité présente son rapport final au Sénat au plus tard, douze mois après sa création.

La motion principale, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée, à la majorité.»

Le greffier du Sénat

Charles A. Lussier

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, MARCH 30, 1988
(1)

[*Text*]

The Special Committee of the Senate on Preventive Health Care met this day at 1 p.m. for the purpose of organization, pursuant to Rule 69.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Adams, Argue, David, Hébert, Lucier, Olson and Turner. (7)

Other Senator present: The Honourable Senator Edward M. Lawson.

Also present: From the Research Branch of the Library of Parliament: Mrs. Maureen Baker, Research Officer, Political and Social Affairs Division.

In attendance: The Official Reporters of the Senate.

The Honourable Senator Hébert moved—

That the Honourable Senator Argue take the Chair of this Committee as Chairman.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

The Honourable Senator David moved—

That the Honourable Senator Tremblay serve as Deputy Chairman of the Committee.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

The Honourable Senator Hébert moved—

That in the absence of the Chairman and Deputy Chairman, any other member may take the Chair of this Committee.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

The Honourable Senator Lucier moved—

That the Subcommittee on Agenda and Procedure be composed of the Chairman, Deputy Chairman and three honourable senators appointed by the Chairman after the usual discussion, and that the quorum be set at three.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

The Honourable Senator Lucier moved—

That the Committee print 1,000 copies of its Minutes of Proceedings and Evidence.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

The Honourable Senator Adams moved—

That the Chairman be empowered to hold meetings, hear testimony and authorize the printing of such testimony in the absence of quorum.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

The Honourable Senator Turner moved—

That the Committee ask the Library of Parliament to assign research officers to the Committee.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

PROCÈS-VERBAUX

LE MERCREDI 30 MARS 1988
(1)

[*Traduction*]

Le Comité spécial du Sénat sur les soins de santé préventifs, conformément à l'article 69 du Règlement, tient, ce jour à 13 heures, sa séance d'organisation.

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Adams, Argue, David, Hébert, Lucier, Olson et Turner. (7)

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Edward M. Lawson.

Également présente: Du service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Mme Maureen Baker, attachée de recherche à la division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

L'honorable sénateur Hébert propose,—Que l'honorable sénateur Argue occupe le fauteuil en tant que président.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur David propose,—Que l'honorable sénateur Tremblay soit vice-président de ce Comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Hébert propose,—Qu'en l'absence du président et du vice-président, tout autre membre du Comité occupe le fauteuil.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Lucier propose,—Que le Sous-comité du programme et de la procédure se compose du président, du vice-président et de trois honorables sénateurs nommés par le président après les consultations habituelles, et que le quorum soit de trois.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Lucier propose,—Que le Comité fasse imprimer 1 000 exemplaires de ses Procès-verbaux et témoignages.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Adams propose,—Que le président soit autorisé à présider des séances, à recevoir des témoignages et en autoriser l'impression en l'absence de quorum.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Turner propose,—Que le Comité demande à la Bibliothèque du Parlement d'affecter au Comité des attachés de recherche.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

The Honourable Senator Hébert moved—

That briefs be distributed by the Clerk of the recommendation of the Chairman, upon receipt, to all Committee members in the language in which they were drafted and, on request, in the other official language as soon as it becomes available; and that all summaries be prepared in both official languages.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

The Honourable Senator Lucier moved—

That at the discretion of the Subcommittee on Agenda and Procedure, witnesses appearing before the Special Committee on Preventive Health Care be compensated by reimbursement of reasonable travelling and living expenses.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

The Honourable Senator Lucier moved—
That the Committee adjourn.

At 1:15 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

L'honorable sénateur Hébert propose,—Que les mémoires soient distribués par le greffier sur recommandation du président, sur réception à tous les membres du comité dans la langue de rédaction et dans l'autre langue officielle sur demande dès que disponible; et que tous les résumés le soient dans les deux langues officielles.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Lucier propose,—Qu'à la discrétion du sous-comité du programme et de la procédure, les témoins invités à comparaître devant le Comité spécial sur les soins de santé préventifs soient remboursés des frais de déplacement et de séjour jugés raisonnables.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Lucier propose,—Que le Comité s'ajourne maintenant.

À 13 h 15 le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

WEDNESDAY, APRIL 27, 1988
(2)

The Special Committee of the Senate on Preventive Health Care met this day *in camera* at 11 a.m., the Chairman, the Honourable Senator Argue, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Argue, Gigantès, Hébert and Sherwood. (4)

Other Senator present: The Honourable Senator Perrault.

Also present: From the Research Branch of the Library of Parliament: Mrs. Maureen Baker, Research Officer, Political and Social Affairs Division.

Pursuant to its Order of Reference dated December 17, 1987, the Committee undertook its study of preventive health care.

The Honourable Senator Hébert moved—

That the Committee sit *in camera*, without recording or interpretation.

The question being put on the motion, it was—
Resolved in the affirmative.

The Chairman introduced Dr. Maureen Baker from the Library of Parliament as the Research Officer assigned to the Special Committee.

The Chairman tabled a copy of the budget adopted on April 26, 1988 by the Subcommittee on Agenda and Procedure.

The Honourable Senator Sherwood moved—

That pursuant to its Order of Reference dated December 17, 1987, the following budget for the fiscal year beginning April 1, 1988 and ending March 31, 1989 be approved; and

That pursuant to Rule 83A of the Senate and guideline 3:01, the budget be submitted to the Standing Senate Committee on Internal Economy, Budgets and Administration for approval:

LE MERCREDI 27 AVRIL 1988
(2)

Le Comité spécial du Sénat sur les soins de santé préventifs se réunit à 11 heures, à huis clos, sous la présidence de l'honorable sénateur Argue, président.

Membres du Comité présents: Les honorable sénateurs Argue, Gigantès, Hébert et Sherwood. (4)

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Perrault.

Également présent: Du service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Mme Maureen Baker, attachée de recherche à la division des affaires politiques et sociales.

Le Comité, conformément à son ordre de renvoi du 17 décembre 1987, entreprend son étude sur les soins de santé préventifs.

L'honorable sénateur Hébert propose,—Que le Comité se réunisse à huis clos, sans transcription ni interprétation.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le président présente le Dr Maureen Baker de la Bibliothèque du Parlement comme attachée de recherche du Comité spécial.

Le président dépose une copie du budget adopté le 26 avril 1988 par le Sous-comité du programme et de la procédure.

L'honorable sénateur Sherwood propose,—Que conformément à son ordre de renvoi du 17 décembre 1987, les prévisions budgétaires suivantes, pour l'exercice allant du 1er avril 1988 au 31 mars 1989, soient approuvées; et

Que le président, conformément à l'article 83A du Règlement du Sénat et à la directive 3:01, les soumette à l'approbation du Comité sénatorial permanent de la régie intérieure, des budgets et de l'administration:

Professional and Other Services	$67,676
Transportation and Communications	85,225
All Other Expenditures	5,000
TOTAL	158,501

Following debate and the question being put on the motion, it was—

Resolved in the affirmative.

The Honourable Senator Hébert moved—

That the Committee adjourn.

The question being put on the motion, it was—

Resolved in the affirmative.

At 11:20, the Committee adjourned to the call of the Chair.

WEDNESDAY, MAY 4, 1988
(3)

The Special Committee of the Senate on Preventive Health Care met this day *in camera* at 1:45 p.m., the Chairman, the Honourable Senator Argue, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Argue, Gigantès, Hébert and Sherwood. (4)

Also present: From the Research Branch of the Library of Parliament: Mrs. Maureen Baker, Research Officer, Political and Social Affairs Division.

Pursuant to its Order of Reference dated December 17, 1987, the Committee resumed its study of preventive health care.

The Honourable Senator Hébert moved—

That the Committee sit *in camera*, without recording or interpretation.

The question being put on the motion, it was—

Resolved in the affirmative.

The Honourable Senator Sherwood moved—

That pursuant to its Order of Reference dated December 17, 1987 respecting the study of preventive health care and notwithstanding the authorization to table a budget approved by the Committee on Wednesday, April 27, 1988, the following budget for the fiscal year beginning April 1, 1988 and ending March 31, 1989 be approved; and

That the Chairman, or his representative, pursuant to Rule 83A and guideline 3:01, table the budget to the Standing Senate Committee on Internal Economy, Budgets and Administration:

Professional and Other Services (including salaries)	$145,501
Transportation and Communications	8,000
All Other Expenditures	5,000
TOTAL	158,501

Following debate, and the question being put on the motion, it was—

Resolved in the affirmative.

At 2 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Services professionnels et autres (y compris les salaires)	67 676 $
Transports et communications	85 225
Autres dépenses	5 000
TOTAL	158 501 $

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Hébert propose,—Que le Comité s'ajourne maintenant.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 11 h 20 le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MERCREDI 4 MAI 1988
(3)

Le Comité spécial du Sénat sur les soins de santé préventifs se réunit à 13 h 45 à huis clos, sous la présidence de l'honorable sénateur Argue, président.

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Argue, Gigantès, Hébert et Sherwood. (4)

Également présente: Du service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Mme Maureen Baker, attachée de recherche à la division des affaires politiques et sociales.

Le Comité, conformément à son ordre de renvoi du 17 décembre 1987, poursuit son étude sur les soins de santé préventifs.

L'honorable sénateur Hébert propose,—Que le Comité se réunisse à huis clos, sans transcription ni interprétation.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Sherwood propose,—Que, conformément à son ordre de renvoi du 17 décembre 1987 relatif à l'étude des soins de santé préventifs et nonobstant l'autorisation de présenter un budget adopté par le Comité le mercredi 27 avril 1988 que la demande du budget suivante pour l'exercice commençant le 1er avril 1988 et se terminant le 31 mars 1989, soit adoptée; et

Que le président ou son représentant, conformément à l'article 83A du Règlement du Sénat et à la directive 3:01, le soumette au Comité sénatorial permanent de la régie intérieure, des budgets et de l'administration:

Services professionnels et autres (y compris les salaires)	145 501 $
Transports et communications	8 000
Autres dépenses	5 000
TOTAL	158 501 $

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 14 heures le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

THURSDAY, JUNE 23, 1988
(4)

The Special Committee of the Senate on Preventive Health Care met this day *in camera* at 2 p.m., the Chairman, the Honourable Senator Argue, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Argue, Barootes, David, Gigantès, Hébert, Tremblay and Turner. (7)

Also present: From the Research Branch of the Library of Parliament: Mrs. Maureen Baker, Research Officer, Political and Social Affairs Division.

Pursuant to its Order of Reference dated December 17, 1987, the Committee resumed its study of preventive health care.

The Honourable Senator David moved—

That the Committee sit *in camera*, without recording or interpretation.

The question being put on the motion, it was—

Resolved in the affirmative.

The Committee examined a tentative list of witnesses.

The Honourable Senator David moved—

That pursuant to the motion agreed to at the meeting of the Subcommittee on Agenda and Procedure on April 19, 1988, the Committee hear witnesses from the following four groups:

1) Health promotion and public health;

2) Health concerns linked to the environment;

3) Health care and medical insurance plans;

4) Holistic medicine and alternative treatments.

Following debate, and the question being put on the motion, it was—

Resolved in the affirmative.

The Honourable Senator Turner moved—

That the Committee hear testimony from representatives of the following groups:

1) Canadian Medical Association;

2) Health and Welfare Canada, Health Promotion Branch;

3) Canadian Public Health Association;

4) Canadian Nurses Association;

during the month of July 1988, where possible.

Following debate, and the question being put on the motion, it was—

Resolved in the affirmative.

The Chairman tabled a copy of the supplementary estimates adopted on April 26, 1988 by the Subcommittee on Agenda and Procedure.

The Honourable Senator Hébert moved—

That pursuant to its Order of Reference dated December 17, 1987, the Committee approve the following supplementary estimates for the fiscal year beginning April 1, 1988 and ending March 31, 1989; and

That pursuant to Rule 83A of the Senate and guideline 3:01, the Chairman table the supplementary estimates to the Stand-

LE JEUDI 23 JUIN 1988
(4)

Le Comité spécial du Sénat sur les soins de santé préventifs se réunit à 14 heures, à huis clos, sous la présidence de l'honorable sénateur Argue, président.

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Argue, Barootes, David, Gigantès, Hébert, Tremblay et Turner. (7)

Également présente: Du service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Mme Maureen Baker, attachée de recherche à la Division des affaires politiques et sociales.

Le Comité, conformément à son ordre de renvoi du 17 décembre 1987, poursuit son étude sur les soins de santé préventifs.

L'honorable sénateur David propose,—Que le Comité se réunisse à huis clos, sans transcription ni interprétation.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le Comité étudie une ébauche de calendrier des témoins.

L'honorable sénateur David propose,—Que, conformément à la motion adoptée à la réunion du Sous-comité du programme et de la procédure tenue le 19 avril 1988, le Comité entende des témoins des 4 groupes suivants:

1) Promotion de la santé et santé publique;

2) Dangers pour la santé liés à l'environnement;

3) Le régime de soins de santé et l'assurance-maladie;

4) Médecine holistique et autres traitements de placement.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Turner propose,—Que le Comité entende des représentants des groupes suivants:

1) Canadian Medical Association;

2) Santé et bien-être social (Canada), Direction de la promotion dela santé;

3) Canadian Public Health Association;

4) Canadian Nurses Association;

au cours du mois de juillet 1988 autant que faire se peut.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le président dépose une copie du budget supplémentaire adopté le 26 avril 1988 par le Sous-comité du programme et de la procédure.

L'honorable sénateur Hébert propose,—Que, conformément à son ordre de renvoi du 17 décembre 1987, les prévisions budgétaires supplémentaires suivantes, pour l'exercice allant du 1er avril 1988 au 31 mars 1989, soient approuvées; et

Que le président, conformément à l'article 83A du Règlement du Sénat et à la directive 3:01, les soumette à l'approba-

ing Senate Committee on Internal Economy, Budgets and Administration:

Professional and Other Services (including salaries)	$37,825
Transportation and Communications	5,000
TOTAL	42,825

Following debate, and the question being put on the motion, it was—

Resolved in the affirmative.

The Honourable Senator David moved—

That the Committee adjourn.

And the question being put on the motion, it was—

Resolved in the affirmative.

At 3 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, AUGUST 16, 1988

(5)

The Special Committee of the Senate on Preventive Health Care met this day at 9:30 a.m., the Chairman, the Honourable Senator Argue, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Argue, David, Gigantès, Hébert and Turner. (5)

Also present: From the Research Branch of the Library of Parliament: Mrs. Maureen Baker, Research Officer, Political and Social Affairs Division.

In attendance: The Official Reporters of the Senate.

Witnesses:

From the Canadian Cystic Fibrosis Foundation:

Mr. James McLeish, Ottawa;

Mrs. Diane Staats, Hamilton.

Pursuant to its Order of Reference dated December 17, 1987, the Committee resumed its study of preventive health care.

Mr. McLeish tabled the following five documents:

A memorandum from Pauline FitzGerald to Bernie Swanlund dated June 7, 1987, exhibit CSSSSP'1'A.

A submission by Suzan M. McKellar to the *Ontario Social Assistance Review* entitled "Do we have to be poor to be healthy?", exhibit CSSSSP'1'B.

A letter from Patricia Krutzen to the Honourable Elinor Caplan, Minister of Health for the Province of Ontario, dated June 21, 1988, exhibit CSSSSP'1'C.

A letter from Cathleen Morrison to the Honourable Elinor Caplan, Minister of Health for the Province of Ontario, dated July 15, 1988, exhibit CSSSSP'1'D.

A submission from the Cystic Fibrosis Foundation entitled "Access to drugs and medication for persons with cystic fibrosis in the Province of Ontario", to the Minister of Health for the Province of Ontario, July 1988, exhibit CSSSSP'1'E.

Mr. McLeish and Mrs. Staats made statements and answered questions.

At 9:50 a.m., the Honourable Senator Hébert took the Chair.

tion du Comité sénatorial permanent de la régie intérieure, des budgets et de l'administration:

Services professionnels et autres (y compris les salaires)	37 825 $
Transports et communications	5 000
TOTAL	42 825 $

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée à la majorité.

L'honorable sénateur David propose,—Que le Comité s'ajourne maintenant.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 15 heures le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 16 AOÛT 1988

(5)

Le Comité spécial du Sénat sur les soins de santé préventifs se réunit à 9 h 30, sous la présidence de l'honorable sénateur Argue, président.

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Argue, David, Gigantès, Hébert et Turner. (5)

Également présente: Du service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Mme Maureen Baker, attachée de recherche à la Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Témoins:

De la Fondation canadienne de la fibrose cystique:

M. James McLeish, représentant d'Ottawa;

Mme Diane Staats, représentante de Hamilton.

Le Comité, conformément à son ordre de renvoi du 17 décembre 1987, poursuit son étude sur les soins de santé préventifs.

M. McLeish dépose les cinq (5) documents suivants:

Une note de service de Pauline FitzGerald à Bernie Swanlund datée du 7 juin 1987, pièce justificative CSSSSP'1'A.

Un mémoire soumis par Suzan M. McKellar à *The Ontario Social Assistance Review* intitulé «De we have to be poor to be healthy?», pièce justificative CSSSSP'1'B.

Une lettre de Patricia Krutzen à l'honorable Elinor Caplan, ministre de la Santé de l'Ontario, datée du 21 juin 1988, pièce justificative CSSSSP'1'C.

Une lettre de Cathleen Morrison à l'honorable Elinor Caplan, ministre de la Santé de l'Ontario, datée du 15 juillet 1988, pièce justificative CSSSSP'1'D.

Un mémoire de la Fondation intitulé «Access to drugs and medication for persons with cystic fibrosis in the Province of Ontario», soumis au ministre de la Santé de l'Ontario en juillet 1988, pièce justificative CSSSSP'1'E.

M. McLeish et Mme Staats font une déclaration et répondent aux questions.

À 9 h 50, l'honorable sénateur Hébert occupe le fauteuil.

At 11:07 a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, AUGUST 23, 1988
(6)

The Special Committee of the Senate on Preventive Health Care met at 9:30 a.m., the Acting Chairman, the Honourable Senator Turner, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Argue, David, Hébert, Thériault and Turner. (5)

Also present: From the Research Branch of the Library of Parliament: Mrs. Maureen Baker, Research Officer, Political and Social Affairs Division.

In attendance: The Official Reporters of the Senate.

Witnesses:

From the Canadian Chiropractic Association:

Mr. Ian D. Coulter, Ph.D., President, Canadian Memorial Chiropractic College, Toronto;

Mr. Barry Norton, Chiropractor, Ottawa.

Pursuant to its Order of Reference dated December 17, 1987, the Committee resumed its study of preventive health care.

Mr. Coulter tabled the following five (5) documents:

A letter from Mr. Paul F. Carey to the Honourable Senator Argue, dated June 16, 1987, exhibit CSSSSP'1'F.

A letter from J. L. Watkins to the Honourable Senator Argue dated July 15, 1987, exhibit CSSSSP'1'G.

A submission entitled "The Patient, the Practioner, and Wellness. Paradigm Lost, Paradigm Gained", dated August 23, 1988, exhibit CSSSSP'1'H.

A summary of submission CSSSSP'1'G, exhibit CSSSSP'1'I.

A copy of a submission tabled to the Committee on National Health and Welfare of the House of Commons on April 25, 1988, exhibit CSSSSP'1'J.

Mr. Coulter made a statement and, with his witness, answered questions.

The Honourable Senator David moved—

That pursuant to the motion tabled by the Honourable Senator Lucier and agreed to at the meeting of March 30, 1988, the Committee compensate the representatives of the Canadian Cystic Fibrosis Foundation and the Canadian Chiropractic Association by reimbursement of reasonable travelling and living expenses.

The question being put on the motion, it was—

Resolved in the affirmative.

At 11:40 a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

À 11 h 07 le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 23 AOÛT 1988
(6)

Le Comité spécial du Sénat sur les soins de santé préventifs se réunit à 9 h 30, sous la présidence de l'honorable sénateur Turner, président intérimaire.

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Argue, David, Hébert, Thériault et Turner. (5)

Également présente: Du service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Mme Maureen Baker, attachée de recherche à la Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Témoins:

De l'Association chiropratique canadienne:

M. Ian D. Coulter, Ph.D., président, «*Canadian Memorial Chiropractic College*», Toronto;

M. Barry Norton, chiropraticien, Ottawa.

Le Comité, conformément à son ordre de renvoi du 17 décembre 1987, poursuit son étude sur les soins de santé préventifs.

M. Coulter dépose les cinq (5) documents suivants:

Une lettre de M. Paul F. Carey à l'honorable sénateur Argue, datée du 16 juin 1987, pièce justificative CSSSSP'1'F.

Une lettre de J. L. Watkins à l'honorable sénateur Argue, datée du 15 juillet 1987, pièce justificative CSSSSP'1'G.

Un mémoire intitulé «The Patient, the Practioner, and Wellness. Paradigam Lost, Paradigm Gained», daté du 23 août 1988, pièce justificative CSSSSP'1'H.

Un sommaire du mémoire CSSSSP'1'G, pièce justificative CSSSSP'1'I.

Une copie d'un mémoire présenté le 25 avril 1988 devant le Comité de la Santé nationale et du Bien-être social de la Chambre des communes, pièce justificative CSSSSP'1'J.

M. Coulter fait une déclaration et, avec son témoin, répond aux questions.

L'honorable sénateur David propose,—Que, conformément à la motion proposée par l'honorable sénateur Lucier et adoptée à sa réunion du 30 mars 1988, une indemnité jugée raisonnable pour frais de voyage et de séjour, soit versée au représentant de la Fondation canadienne de la fibrose cystique et de l'Association chiropratique canadienne.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 11 h 40 le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

Le greffier du Comité

André Reny

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Tuesday, May 17, 1988

The Special Committee of the Senate on Preventive Health Care has the honour to present its

FIRST REPORT

Your Committee, which was authorized by the Senate on 17th December, 1987 to examine and report upon the role that preventative medicine and other preventative measures, together with the provision of a wider range of health services can play in providing a more effective health care system, respectfully requests that it be empowered to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be necessary for the purpose of such study.

Pursuant to Section 2:07 of the *Procedural Guidelines for the Financial Operation of Senate Committees*, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that Committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

RAPPORT DU COMITÉ

Le mardi 17 mai 1988

Le Comité spécial du Sénat sur les soins de santé préventifs a l'honneur de présenter son

PREMIER RAPPORT

Votre Comité, autorisé par le Sénat le 17 décembre 1987 à examiner et de faire rapport sur le rôle que la médecine préventive et d'autres mesures préventives ainsi que la prestation d'un large éventail de services de santé peuvent jouer sur le plan de l'institution d'un régime de soins de santé plus efficace, demande respectueusement que le Comité soit autorisé à retenir les services d'avocats, de conseillers techniques et de tout autre personnel jugé nécessaire aux fins de son enquête.

Conformément à l'article 2:07 des *Directives régissant le financement des Comités du Sénat*, le budget présenté au Comité permanent de la régie intérieure, des budgets et de l'administration ainsi que le rapport s'y rapportant, sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis,

Le président

HAZEN ARGUE

Chairman

APPENDIX (A) TO THE REPORT

SPECIAL COMMITTEE ON PREVENTIVE HEALTH CARE

APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION FOR THE PERIOD 1st APRIL 1988 TO 31st MARCH 1989

Extract from the *Minutes of the Proceedings of the Senate*, Thursday, December 17, 1987:

That a special committee of the Senate be established to examine and report upon the role that preventative medicine and other preventative measures, together with the provision of a wider range of health services can play in providing a more effective health care system thus contributing to the health, happiness and longevity of Canadians; and further to examine how preventative medicine and other preventative measures might modify or control the ever increasing costs of health care;

That twelve Senators, to be designated at a later date, four of whom shall constitute a quorum, act as members of the special committee;

That the committee have power to send for persons, papers and records, to examine witnesses, to report from time to time and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the committee; and

That the committee present its final report to the Senate no later than twelve months following its establishment.

CHARLES A. LUSSIER

Clerk of the Senate

SUMMARY

Professional and Other Services	$67,676
Transportation and Communications	3,000
All Other Expenditures	5,000
	$75,676

The foregoing budget was approved by the Committee on the 27th day of April, 1988.

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is being considered.

Hazen Argue
Chairman, Special Committee of the Senate on Preventive Health Care

Date: May 4, 1988

Approved by:

Guy Charbonneau
Chairman, Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration

Date: May 12, 1988

ANNEXE (A) AU RAPPORT

COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS

DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR LA PÉRIODE DU 1er AVRIL 1988 AU 31 MARS 1989

Extrait des *Procès-verbaux du Sénat* du jeudi 17 décembre 1987:

Qu'un comité spécial du Sénat soit créé afin d'examiner et de faire rapport sur le rôle que la médecine préventive et d'autres mesures préventives ainsi que la prestation d'un large éventail de services de santé peuvent jouer sur le plan de l'institution d'un régime de soins de santé plus efficace, contribuant ainsi à la santé, au bonheur et à la longévité des Canadiens; et d'examiner, en outre, la manière dont la médecine préventive et d'autres mesures préventives pourraient modifier ou freiner les coûts accrus des soins médicaux.

Que douze sénateurs, dont quatre constituent un quorum, soient désignés, à une date ultérieure, pour faire partie de ce comité spécial;

Que le comité soit autorisé à convoquer des personnes, à exiger la production de documents et pièces, à interroger des témoins, à faire rapport selon les besoins, à faire imprimer au jour le jour les documents et les témoignages qu'il juge à propos; et

Que le comité présente son rapport final au Sénat au plus tard, douze mois après sa création.

Le greffier du Sénat

CHARLES A. LUSSIER

SOMMAIRE

Services professionnels et autres	67 676 $
Transports et communications	3 000
Autres dépenses	5 000
	75 676 $

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité le 27 avril 1988.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Président, Comité spécial du Sénat sur les Soins de santé préventifs
Hazen Argue

Date: 4 mai 1988

Approuvé par:

Président, Comité permanent de la régie intérieure, des budgets et de l'administration
Guy Charbonneau

Date: Le 12 mai 1988

EVIDENCE

Ottawa, Wednesday, March 30, 1988

[*Text*]

The Special Committee of the Senate on Preventive Health Care met this day at 1.00 p.m. to organize the business of the committee.

Mr. André Reny, Clerk of the Committee: Honourable senators, as there is a quorum, it is my duty as clerk of your committee to call the meeting to order. Pursuant to rule 69, your first item of business is to elect a chairman. I am ready to receive motions to that effect.

Senator Hébert: I move that Senator Argue be elected as chairman of the committee.

The Clerk of the Committee: Are there any further nominations? It has been moved by Senator Hébert that Senator Argue be elected chairman of this committee. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Clerk of the Committee: Pursuant to rule 69, I declare Senator Argue duly elected as chairman of this committee and I invite him to take the Chair.

Senator Hazen Argue (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, I thank you for your confidence. In my opinion, this will be a very important committee. I believe the time has come to look at preventive health care and alternative therapies across this country. As you are probably aware, there are a great many commissions and inquiries going on at this time in various provinces and there is a great deal of interest in this subject.

The next item of business on the agenda is the election of a deputy chairman. Does the committee wish to deal with that item now or leave it in abeyance?

Senator David: I move that Senator Tremblay be elected deputy chairman of this committee.

The Chairman: Senator David has proposed that Senator Tremblay be elected deputy chairman of this committee. I believe the practice in the Senate is that if the chairman is a Liberal then the deputy chairman is a Conservative, and vice versa.

Senator Hébert: We will also have one from the west and one from the east.

The Chairman: Yes, that is correct. Are there any other nominations? If there are no further nominations, I declare Senator Tremblay the deputy chairman of this committee.

The clerk has handed me a document setting out what I perceive to be the normal routine procedure for the establishment of a committee. Since many of us have other engagements this afternoon, perhaps we could move quickly through this procedure.

The next item on the agenda relates to the acting chairman. The motion says:

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mercredi 30 mars 1988

[*Traduction*]

Le Comité spécial du Sénat sur les soins de santé préventifs tient aujourd'hui à 13 heures sa séance d'organisation.

M. André Reny, greffier du Comité: Honorables sénateurs, étant donné qu'il y a quorum, il m'incombe à titre de greffier de votre comité d'ouvrir la séance. Conformément à l'article 69 du Règlement, vous devez d'abord vous choisir un président. Je suis prêt à recevoir les motions à cet égard.

Le sénateur Hébert: Je propose le sénateur Argue.

Le greffier du Comité: Y a-t-il d'autres mises en candidature? Il a été proposé par le sénateur Hébert que le sénateur Argue soit élu président du comité. Plaît-il aux honorables sénateurs d'adopter la motion?

Des voix: D'accord.

Le greffier du Comité: Conformément à l'article 69 du Règlement, je déclare le sénateur Argue dûment élu président du comité et je l'invite à occuper le fauteuil.

Le sénateur Hazen Argue (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Honorables sénateurs, je vous remercie de la confiance que vous m'accordez. Selon moi, notre comité est appelé à jouer un rôle très important. Je pense que le temps est venu d'examiner les soins de santé préventifs et les médecines douces dans notre pays. Comme vous le savez sans doute, un grand nombre de commissions d'étude et d'enquêtes dans plusieurs provinces se penchent actuellement sur cette question qui soulève beaucoup d'intérêt.

Le prochain point à l'ordre du jour est l'élection d'un vice-président. Le comité veut-il s'occuper de cette question maintenant ou la laisser en suspens?

Le sénateur David: Je propose le sénateur Tremblay.

Le président: Le sénateur David a proposé que le sénateur Tremblay soit nommé vice-président du comité. Sauf erreur, la pratique au Sénat veut que si le président est un Libéral, le vice-président doit être un Conservateur et vice versa.

Le sénateur Hébert: De plus, nous aurons ainsi un représentant de l'Ouest et un de l'Est.

Le président: Oui. c'est exact. Y a-t-il d'autres mises en candidature? S'il n'y en a pas, je déclare le sénateur Tremblay vice-président du comité.

Le greffier m'a remis un document dans lequel on précise ce qui me semble être la procédure courante pour l'établissement d'un comité. Étant donné qu'un bon nombre d'entre nous ont d'autres engagements cet après-midi, il conviendrait peut-être de procéder rapidement.

Le prochain point à l'ordre du jour a trait au président suppléant. La motion prévoit ce qui suit:

[*Text*]

That in the absence of the Chairman and Deputy Chairman, any member be allowed to take the Chair of this Special Committee.

Senator Hébert: I so move, Mr. Chairman.

The Chairman: Is it agreed, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Item 5 on the agenda relates to the composition of the subcommittee. The wording is as follows:

That the Subcommittee on Agenda and Procedure be composed of the Chairman, Deputy Chairman and the four honourable senators appointed by the Chairman following the usual consultations, and that the quorum be set at three.

Senator Hébert: Mr. Chairman, where do you see the figure four?

The Chairman: I put "four" in on the advice of the clerk, who tells me that that is the normal practice.

Senator Hébert: That means six senators?

The Chairman: Yes, of which three are a quorum. Would you prefer to have a smaller number?

Senator Hébert: I think it would be easier to achieve a quorum with fewer senators.

The Chairman: What would you then suggest?

Senator Lucier: Two senators.

The Chairman: And the quorum would then be three?

Senator Hébert: Yes.

The Chairman: I thought if we had four senators, it would be easier to have three senators in attendance at meetings. However, if it is the wish of the committee, the subcommittee shall be composed of the chairman, the deputy chairman and three honourable senators. Would someone please make that motion?

Senator Lucier: I so move.

The Chairman: Is it agreed, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: The next item is a motion to hear evidence and to print without a quorum, and the wording is as follows:

That the Chairman be authorized to hold meetings to receive and authorize the printing of evidence when a quorum is not present.

Senator Lawson: Mr. Chairman, I so move.

The Chairman: Is it agreed, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Is it necessary to have seconders for these motions?

The Clerk of the Committee: No, Mr. Chairman.

[*Traduction*]

Qu'en l'absence du président et du vice-président, tout membre peut assumer la présidence du comité spécial.

Le sénateur Hébert: Je le propose, monsieur le président.

Le président: La motion est-elle adoptée, honorables sénateurs?

Des voix: Adoptée.

Le président: Le point 5 de l'ordre du jour est la composition du sous-comité. Le libellé est le suivant:

Que le Sous-comité du programme et de la procédure soit composé du président, du vice-président et des quatre honorables sénateurs nommés par le président à la suite des consultations d'usage, et que le quorum soit de trois personnes.

Le sénateur Hébert: Monsieur le président, d'où vient le chiffre quatre?

Le président: J'ai inscrit le chiffre «quatre» sur l'avis du greffier, qui me dit que c'est là la pratique courante.

Le sénateur Hébert: Cela signifie six sénateurs?

Le président: Oui, et trois d'entre eux constituent un quorum. Préféreriez-vous que le nombre soit moins élevé?

Le sénateur Hébert: Je pense qu'il serait plus facile de constituer un quorum avec un nombre moins élevé de sénateurs.

Le président: Que proposez-vous alors?

Le sénateur Lucier: Deux sénateurs.

Le président: Et le quorum serait alors constitué de trois personnes?

Le sénateur Hébert: Oui.

Le président: Je pensais que si nous avions quatre sénateurs, il serait plus facile d'en avoir trois qui soient présents aux réunions. Toutefois, si c'est là le désir du comité, le sous-comité sera composé du président, du vice-président et de trois honorables sénateurs. Quelqu'un pourrait-il proposer cette motion?

Le sénateur Lucier: Je le propose.

Le président: La motion est-elle adoptée, honorables sénateurs?

Des voix: Adoptée.

Le président: Le prochain point est une motion visant à entendre des témoignages et à en autoriser la publication en l'absence d'un quorum; le libellé est le suivant:

Que le président soit autorisé à tenir des réunions pour entendre des témoignages et en autoriser la publication en l'absence d'un quorum.

Le sénateur Lawson: Monsieur le président, je le propose.

Le président: La proposition est-elle adoptée, honorables sénateurs?

Des voix: D'accord.

Le président: Est-il nécessaire que les motionnaires soient appuyés?

Le greffier du Comité: Non, monsieur le président.

[*Text*]

The Chairman: The next item on the agenda relates to the printing of the Minutes of Proceedings and Evidence. The normal practice is to print 1,000 copies. Perhaps someone would make that motion?

Senator Lucier: Mr. Chairman, I so move.

The Chairman: Is it agreed, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: The next item on the agenda relates to the assignment of research staff from the Library of Parliament to this committee. It is necessary for this committee to make that request to the Library of Parliament.

Senator Turner: I move that we make that request, Mr. Chairman.

The Chairman: Is it agreed, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: The next item on the agenda relates to documentation.

Senator David: Excuse me, Mr. Chairman, in relation to item number 8, in French it says "... des attachés de recherche". Does that mean they will assign the number that you want, or the number that will be allowed by the budget?

The Chairman: Senator David, as I understand it, the Library of Parliament has promised us two researchers. They will be assigned to this committee but paid for out of the budget of the Library of Parliament. That is therefore not a cost to the Senate budget.

However, if we required extra research help, that would be something we would request at a later date.

Senator David: I understand; thank you.

The Chairman: Honourable senators, item number 9 on the agenda relates to documentation. The wording of that item is as follows:

> That briefs be distributed, upon receipt, by the Clerk, on instructions from the Chairman, to all members of the Committee in the language received and as soon as available in the other official language, if requested.

Is there a mover for that motion?

Senator Hébert: Mr. Chairman, I so move.

The Chairman: Is it agreed, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Item number 10 on the agenda relates to the expenses of witnesses. The preamble to that item reads as follows:

> The Clerk of the Senate is authorized to pay every witness invited or summoned to attend before a select committee a reasonable sum for the living and travelling expenses of the witness, upon the certificate of the clerk of the committee attesting to the fact that the witness attended before the committee by invitation or summons.

[*Traduction*]

Le président: Le prochain point à l'ordre du jour a trait à l'impression du procès-verbal et des témoignages. Il est d'usage d'en faire imprimer 1 000 exemplaires. Quelqu'un peut-il présenter une motion à cet égard?

Le sénateur Lucier: Je le propose, monsieur le président.

Le président: Êtes-vous d'accord, honorables sénateurs?

Des voix: D'accord.

Le président: Le prochain article à l'ordre du jour porte sur l'affectation à notre comité de chargés de recherche de la Bibliothèque du Parlement. Nous devons en faire la demande à la Bibliothèque.

Le sénateur Turner: Je propose que nous le fassions, monsieur le président.

Le président: Êtes-vous d'accord, honorables sénateurs?

Des voix: D'accord.

Le président: Le prochain article à l'ordre du jour concerne la documentation.

Le sénateur David: Excusez-moi, monsieur le président, mais à l'article 8, la version française dit « ... des attachés de recherche». Cela signifie-t-il que la Bibliothèque nous affectera autant d'attachés que nous le voudrons ou plutôt autant que le budget le permettra?

Le président: Sénateur, si j'ai bien compris, la Bibliothèque s'est engagée à nous fournir deux attachés de recherche. Ils seront affectés à notre Comité, mais leur salaire sera imputé au budget de la Bibliothèque. Ils ne coûteront donc rien au Sénat.

Cependant, si nous avons besoin d'attachés de recherche supplémentaires, nous devrons présenter une autre demande.

Le sénateur David: Je comprends; je vous remercie.

Le président: Honorables sénateurs, l'article 9 de l'ordre du jour porte sur la documentation. Il est libellé comme ceci:

> Que, conformément aux instructions du président, le greffier distribue dès leur réception les mémoires aux membres du Comité dans la langue dans laquelle ils sont rédigés et, dans les meilleurs délais par la suite, dans l'autre langue officielle, au besoin.

Quelqu'un peut-il présenter cette motion?

Le sénateur Hébert: Je le propose, monsieur le président.

Le président: Êtes-vous d'accord, honorables sénateurs?

Des voix: D'accord.

Le président: L'article 10 de l'ordre du jour concerne les dépenses des témoins. Le préambule de cet article dit ce qui suit:

> Le greffier du Sénat est autorisé à verser à chaque témoin invité ou assigné à comparaître devant un comité spécial une somme raisonnable en remboursement de ses frais d'hébergement et de déplacement, sous réserve de l'attestation par le greffier du comité que le témoin en question

[*Text*]

Senator Lucier: Every witness, Mr. Chairman?

The Chairman: Senator Lucier, that is the preambule. The motion is then as follows:

> That at the discretion of the Chairman, reasonable travelling and living expenses be paid to the witnesses invited to appear before the Special Committee . . .

I think the practice is that when we invite witnesses to appear before us, we do not offer expenses if they are able to provide their own or if they come from an organization. However, if we wish to hear from witnesses who cannot come unless their expenses are paid, then we have authority to do so.

Senator Lucier: Mr. Chairman, I know that we are in a hurry, but I would question the wording of that motion. It says:

> That at the discretion of the Chairman . . .

It would seem to me that that should be at the discretion of the steering committee.

The Chairman: I am willing to accept that as our practice, or we can make an amendment to the wording. I do not mind that at all.

Senator Lucier: Perhaps, then, we could remove the word "Chairman" and substitute "Steering Committee". If that change is made, I would be willing to move that motion.

The Chairman: Is it agreed, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

The Clerk of the Committee: Mr. Chairman, is it necessary to decide whether the expenses of one person will be paid or more than one person from a group?

The Chairman: I think we will look at each case, one at a time.

The next items are the scheduling of hearings and time allocation for witnesses. I do not think it is necessary to deal with those items today. The next items are: "Draft list of witnesses" and "Budget". I think that, after the steering committee has met and considered the matters, they can bring a recommendation with respect to those two items.

Item 15 is the adjournment.

Senator Lucier: I move the adjournment, Mr. Chairman.

The Chairman: Is it agreed, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Thank you very much.

The committee adjourned.

[*Traduction*]

> a bien comparu devant le comité après avoir été invité ou assigné à le faire.

Le sénateur Lucier: Chaque témoin, monsieur le président?

Le président: C'est ce que dit le préambule, sénateur. Voici donc le texte de la motion:

> Qu'à la discrétion du président les frais de déplacement et d'hébergement des témoins invités à comparaître devant le Comité spécial soient remboursés dans une mesure raisonnable . . .

Je crois que l'usage veut que lorsque nous invitons des témoins à comparaître, nous n'offrons pas de les défrayer de leurs dépenses de déplacement et d'hébergement si leur comparution n'entraîne pas de frais pour eux ou si ces frais sont assumés par les organismes que les témoins représentent. Par contre, si nous souhaitons entendre des témoins qui ne peuvent comparaître que si nous leur remboursons leurs dépenses, nous sommes autorisés à le faire.

Le sénateur Lucier: Monsieur le président, je sais que nous sommes pressés, mais je n'accepte pas la formulation de cette motion. Elle dit:

> Qu'à la discrétion du président . . .

Il me semble que cela devrait être à la discrétion du comité de direction.

Le président: Je ne m'oppose pas à cette façon de faire, mais nous pouvons aussi amender la motion. Cela m'est égal.

Le sénateur Lucier: Dans ce cas, nous pourrions supprimer le terme «président» et le remplacer par l'expression «comité de direction» et je serais disposé à présenter la motion.

Le président: Êtes-vous d'accord, honorables sénateurs?

Des voix: D'accord.

Le greffier du comité: Monsieur le président, dans le cas des groupes, devons-nous décider si nous allons rembourser les dépenses d'un seul membre ou de plusieurs?

Le président: Nous verrons cela dans chaque cas.

Les autres articles de l'ordre du jour concernent l'établissement du calendrier des audiences et le temps alloué aux témoins. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de les examiner aujourd'hui. Les autres articles sont: «Ébauche de la liste des témoins» et «Budget». Je crois que le comité de direction pourra faire une recommandation à ces deux sujets lorsqu'il se sera réuni et les aura examinés.

L'article 15 de l'ordre du jour concerne l'ajournement de la séance.

Le sénateur Lucier: Je propose l'ajournement, monsieur le président.

Le président: Êtes-vous d'accord, honorables sénateurs?

Des voix: D'accord.

Le président: Je vous remercie beaucoup.

La séance est levée.

[*Text*]

Ottawa, Tuesday, August 16, 1988

The Special Senate Committee on Preventive Health Care met this day at 9.30 a.m. to study preventive health care and other preventive measures of health services.

Senator Hazen Argue (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: This is the opening meeting of the Special Senate Committee on Preventive Health Care. We have another meeting scheduled for a week from today.

I may be called out of the meeting fairly soon to attend a subcommittee on budgets, to deal with a proposed addition to the budget for this committee. I hope everyone concerned will be understanding when that happens. Senator Turner will take the chair when I leave.

We are fortunate to have with us two people from the Canadian Cystic Fibrosis Foundation: Mr. James McLeish, the Ottawa representative of this important organization, and Ms. Diana Staats. I understand that Mr. McLeish will make the opening statement, and then the two witnesses will share some personal experiences with us.

I now call on Mr. McLeish to make his opening remarks.

Mr. James McLeish, Ottawa representative, Canadian Cystic Fibrosis Foundation: I would like to thank you for giving us the opportunity to talk to you today.

As the chairman mentioned, my name is James McLeish. I am an adult with cystic fibrosis and have been experiencing the problem that we are about to present to you today for several years, the problem being obtaining drug coverage for persons with cystic fibrosis.

With me is Diana Staats. She is from the Hamilton area and will be presenting her own personal story as an illustration of the problem.

I have prepared an outline. You can get an idea from it as to what we are going to discuss. The problem basically is the high cost of out-patient medication for cystic fibrosis sufferers. We will go briefly into the background of what cystic fibrosis is, and the treatment involved, which will include the medications that we require. We will deal with the history of the drug coverage in Ontario, the development of the problem, society's safety nets and how they fit into the problem, and the health-versus-welfare issue. We will give you a proposal that the CF Foundation has presented to Health Minister Elinor Caplan, and we are hoping that it will be acted upon. Finally, we will deal with this whole problem in the context of preventive health care. Then we will give you our personal illustrations of the problem as it exists.

As I have mentioned, the main problem is the high cost of the drugs. Persons with CF are often forced to find ways to pay for them. Some, in many cases, are forced to bear the costs themselves. Costs range from perhaps $500 a month to $1,000 a month. The problem also has an effect on the health system and the social welfare system and has quite a detrimental effect on the individual himself.

[*Traduction*]

Ottawa, le mardi 16 août 1988

Le Comité sénatorial spécial sur les soins de santé préventifs se réunit aujourd'hui à 9 h 30 pour étudier les soins de santé préventifs et d'autres mesures de prévention des services de santé.

Le sénateur Hazen Argue (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Nous en sommes à la première séance du Comité sénatorial spécial sur les soins de santé préventifs. Une autre réunion est prévue dans une semaine.

Il se peut que je sois obligé de m'absenter pendant la réunion pour assister à une séance du sous-comité des budgets, pour examiner justement la possibilité d'accroître le budget du présent comité. Je tenais à vous donner la raison de mon départ. Ce sera le sénateur Turner qui occupera le fauteuil à ma place.

Nous avons le plaisir d'accueillir ce matin deux représentants de la Fondation canadienne de la fibrose kystique: M. James McLeish, représentant de la section d'Ottawa et Mme Diana Staats. M. McLeish fera d'abord un exposé liminaire et ensuite, les deux témoins partageront avec nous leur expérience personnelle.

Je demande donc à M. McLeish de commencer son exposé.

M. James McLeish, représentant de la section d'Ottawa de la Fondation canadienne de la fibrose kystique: Je voudrais d'abord vous remercier de nous avoir invités à venir vous rencontrer ce matin.

Comme le président vous l'a dit, je m'appelle James McLeish. Étant moi-même atteint de fibrose kystiques, depuis des années, je connais bien le problème que nous allons vous exposer, soit le paiement des frais des médicaments aux personnes atteintes de cette maladie.

À mes côtés, Diana Staats, de la région de Hamilton, qui vous présentera son cas personnel pour illustrer le problème.

J'ai préparé un exposé qui vous donnera une idée de ce que nous allons discuter. Essentiellement, le problème tient aux coûts élevés des médicaments que doivent payer les malades non hospitalisés. Nous allons d'abord repasser brièvement en quoi consiste la fibrose kystique et le traitement de la maladie qui inclut les médicaments dont nous avons besoin. Nous allons vous parler des problèmes ayant trait au paiement des médicaments en Ontario, de la façon dont le problème se pose, des différentes mesures de protection qui visent à atténuer ce problème et enfin de l'aspect santé par opposition à l'aspect bien-être. Nous allons vous parler aussi de la proposition que la Fondation a faite à la ministre de la Santé, Elinor Caplan, en espérant qu'elle finira pas être acceptée. Puis, nous allons traiter de l'ensemble du problème dans le contexte général des soins de santé préventifs. Enfin, nous allons vous faire part de nos expériences personnelles respectives.

Donc, le problème fondamental concerne le prix élevé des médicaments. La plupart des personnes atteintes de fibrose kystique sont obligées de se débrouiller pour en faire payer les frais. Beaucoup sont obligées de les payer elles-mêmes. Les coûts varient de 500 $ à 1 000 $ par mois. Le problème se répercute également sur le régime d'assurance-santé, le régime

[*Text*]

I would now like to deal with the background of cystic fibrosis. It is a genetic disease that primarily affects the lung and the digestive system. We have mucus in the lungs that is thicker and stickier, and the body cannot clear it out. This creates a terrific environment for infection. The infection will eventually kill off parts of the lung. That makes it difficult for us to breathe and is eventually fatal. The life expectancy now is 24 years.

The problem with the digestive system is that the same mucus that is in our lungs also blocks the digestive tracts so that the enzymes our bodies produce cannot reach the food we eat. Therefore, we cannot digest the food or make any use of the nutrients we ingest.

Treatment for cystic fibrosis includes physiotherapy. For many people that involves tilting yourself on an angle upside down and having someone hit you in the chest area. I do that for approximately two and a half hours a day. That is to loosen the mucus in the lungs and clear it out.

Inhalation therapy is another part of the therapy program. You take medication through a mask which makes it into a mist. You inhale that, and that helps to open up the lungs.

Other medications include antibiotics, which are to fight the infections, and digestive enzymes to help digest the food and to take the place of the natural enzymes that our body produces. We also take inhalation therapy and drugs and vitamins. Because of the digestive problem, we have to take extra supplements.

I will briefly mention the cost of these medications. The antibiotics are approximately $16 a month. The cost of digestive enzymes is probably the main cost for many ,people and one of the main stumbling blocks is finding ways to pay it. For myself that amounts to $370 per month. The vitamins and nutrient supplements are fairly varied, but for myself they are approximately $80 a month. Inhalation therapy also varies, but for myself that is $125 a month. Another drug that I take to aid in my digestion is $44 a month.

In addition to these medications that I have mentioned, we use the mask that I mentioned previously. That has to be replaced fairly regularly, so we are adding approximately $18 to $20 a month for that.

All these costs vary depending on the individual with CF, because some will have more lung problems than others and some will have more digestive problems than others. The total cost of all these medications for myself is approximately $650 a month, which is, coincidentally, considerably less than the cost of one day in hospital. I mentioned the digestive enzymes being $370 a month. I mentioned also that that was one of the main problems in covering the cost of these medications. That is because many private insurance companies that provide

[*Traduction*]

d'aide sociale sans compter ses effets néfastes sur la personne elle-même.

Je voudrais maintenant vous parler de la nature de la fibrose kystique. Il s'agit d'un désordre génétique qui affecte essentiellement les poumons et le système digestif. Les poumons sont encombrés d'épaisses substances muqueuses que l'organisme ne parvient pas à éliminer, ce qui crée un milieu extrêmement favorable à l'infection qui peut anéantir une partie d'entre eux. Cette affection rend la respiration de plus en plus difficile et peut causer la mort. Actuellement, l'espérance de vie des personnes atteintes est de 24 ans.

Pour ce qui est du système digestif, les mêmes substances muqueuses qu'on retrouvent dans nos poumons obstruent le système digestif de sorte que les enzymes produits par notre organisme ne peuvent atteindre les aliments que nous mangeons. Nous ne pouvons donc digérer ces aliments ni assimiler leurs substances nutritives.

L'une des façons de traiter la fibrose kystique est la physiothérapie. Pour bien des maladies, cela consiste à adopter une position inclinée à un certain angle, la tête en bas, pendant que quelqu'un leur frappe la poitrine. J'exécute ce traitement pendant environ 2 heures et demie tous les jours. Il vise à décoller le mucus qui encombre les poumons afin de l'éliminer.

L'inhalothérapie est une autre forme de traitement. Elle consiste à inhaler un médicament à travers un masque qui le pulvérise. En inhalant le médicament, on facilite le dégagement des poumons.

On nous traite également à l'aide d'antibiotiques qui aident à combattre les infections, ainsi que d'enzymes qui facilitent la digestion des aliments et qui remplacent les enzymes naturels produits par l'organisme. Outre les traitements par inhalation, nous prenons des médicaments et des vitamines. A cause de nos problèmes de digestion il nous faut absorber des suppléments.

Je vais vous énumérer brièvement ce que coûte ces différentes formes de traitement. Les antibiotiques coûtent à peu près 16 $ par mois. Les enzymes digestifs valent extrêmement cher, et il est difficile de nous en faire rembourser le prix. En ce qui me concerne, cela me coûte 370 $ par mois. Le prix des vitamines et autres suppléments varie passablement mais, dans mon cas, il s'élève à environ 80 $ par mois. Le prix de la thérapie d'inhalation varie également mais, en ce qui me concerne, elle me coûte 125 $ par mois. Une autre drogue que je prends pour faciliter ma digestion me coûte 44 $.

Outre ces différents traitements, il y a le masque que j'ai mentionné. L'appareil doit être remplacé assez souvent, soit des frais de d'environ 18 à 20 $ par mois.

Tous ces coûts peuvent varier selon la personne concernée, car certains souffrent surtout d'affection aux poumons pendant que d'autres ont des problèmes digestifs. En ce qui me concerne, l'ensemble de ces traitements me coûte à peu près 650 $ par mois en qui—fait à noter—reste beaucoup moins élevé que le prix d'une journée d'hospitalisation. J'ai dit que les enzymes digestifs coûtaient 370 $ par mois. Je vous ai dit également que c'était les frais que nous avions le plus de difficulté à nous faire rembourser. Le problème est que beaucoup de compagnies

[*Text*]

insurance for individuals in the workplace cover prescription drugs as opposed to non-prescribed drugs. cotazym ECS capsules, aspirin and vitamins are regarded as non-prescription drugs. A great percentage of our drug cost is for non-prescription drugs and is therefore not covered by many of the private insurance plans available. I will go into that a little more in the society's safety net section.

Hospital admissions are also another aspect of our treatment. I enter hospital twice to three times a year for approximately three weeks each time. The primary reason we enter hospital is to receive intravenous antibiotic treatments. The intravenous drugs are far stronger and more effective than the oral antibiotics we take at home. We go in also for intensive inhalation therapy and physiotheraphy. All the drugs we take at home we take in the hospital as well. However, they are covered under OHIP because we are in hospital.

The history of the drug coverage in Ontario goes back to about the 1960s. In the 1960s the Ministry of Health in Ontario started what was called a Granting Aid Program. That primarily covered children, because in the 1960s the life expectancy of children was about four years. There were very few people who made it to adulthood.

The problem of drug costs was not a very familiar one. In the 1960s the Ontario Society for Crippled Children was given the responsibility to administer the budget for these drugs and for equipment. They were also given the authority to do means testing in order to determine whether or not the individuals requiring drugs had the financial means to pay for them. However, at the time, in practice, rarely was a family asked to declare its financial situation. In general, patients with cystic fibrosis received medication free of charge. The medication they needed just for cystic fibrosis was free of charge.

Later, the government assigned the OSCC's responsibilities to individual hospitals that operated CF clinics. At that time the funds were allocated as a separate budget item and the hospitals were fully reimbursed for all CF medications dispensed.

In 1975 that changed, and expenses for all CF medications were deleted as a separate budget item and then lumped into the overall hospital budget. Any money spent on CF medications then represented a net loss to all other competing areas of need in the hospital, such as hospital beds. This was one of the main reasons why the problem started to exist. Because of spiralling drug costs now and hospital budget problems, recently it has become more of an issue.

I would now like to deal with development and crisis.

[*Traduction*]

d'assurance qui offrent une protection aux travailleurs, assurent les médicaments d'ordonnance et non les médicaments prescrits. Les capsules cotazym ECS, l'aspirine et les vitamines ne sont pas considérées comme des médicaments d'ordonnance. Une bonne partie des médicaments que nous utilisons ne sont pas des médicaments prescrits et ne sont donc pas couverts par les régimes d'assurance privés. Je reviendrai là-dessus quand je vous parlerai des différentes mesures d'aide sociale.

Nos traitements exigent aussi l'hospitalisation. Je dois être hospitalisé deux ou trois fois par an pendant environ trois semaines à chaque occasion. Nous sommes hospitalisés surtout pour recevoir des antibiotiques par voie intraveineuse. Les médicaments intraveineux sont beaucoup plus efficaces que ceux que nous prenons à la maison par voie buccale. Nous avons également des séances intensives d'inhalothérapie et de physiothérapie. À l'hôpital, nous prenons également les mêmes médicaments qu'à la maison. Cependant pendant notre séjour, ils sont payés par le régime d'assurance-hospitalisation.

C'est au cours des années 60 que l'Ontario a commencé à rembourser les frais des médicaments. À cette époque, le ministre de la Santé de l'Ontario avait mis sur pied un programme de subventions. Ce programme visait surtout les enfants parce qu'à ce moment-là, l'espérance de vie pour les enfants était d'à peu près quatre ans. Par conséquent, très peu de malades atteignaient l'âge adulte.

Les frais des médicaments ne posaient donc pas un problème très grave. Dans les années 60, la Société pour les enfants handicapés de l'Ontario avait été chargée d'administrer les fonds consacrés aux médicaments et à l'équipement. L'organisme avait également reçu la permission d'évaluer les revenus pour déterminer si la personne pouvait payer ses médicaments. Mais, à l'époque, c'était rare qu'on demandait à une famille de divulguer sa situation financière. De façon générale, les personnes atteintes de fibrose kystique recevaient gratuitement les médicaments dont ils avaient besoin.

Par la suite, le gouvernement attribua les responsabilités de la Société pour les enfants invalides aux hôpitaux qui traitaient la fibrose kystique. Les fonds ainsi affectés étaient considérés comme un poste distinct des budgets, et les hôpitaux étaient entièrement remboursés pour tous les médicaments.

La situation devait changer en 1975, car les frais de médicaments ne figuraient plus comme poste distinct dans les budgets des hôpitaux mais plutôt dans les frais généraux. Les frais de médicaments pour la fibrose kystique représentaient une perte nette pour l'hôpital aux dépens de ses autres services, par exemple le nombre de lits. Ce fut en somme l'origine du problème. Les frais des médicaments n'ont cessé d'augmenter et les budgets des hôpitaux ont subi des compressions, le problème s'est ainsi encore aggravé dernièrement.

Je voudrais maintenant vous exposer comment nous en sommes arrivés à la crise actuelle.

[*Text*]

In addition to spiralling drug costs and hospital budget problems, perhaps one of the most important factors involved here is the medical advances that have taken place in Ontario.

As I mentioned before, the life expectancy in Ontario has increased from about age four in the 1960s to age twenty-four now, and 30 per cent of all cystics now are adults, of which there are approximately 300 in Ontario.

Although Ontario is a world leader in CF research and its results have boasted one of the best life expectancies in the world, Ontario's policies for the care of these adults have not kept pace. Ontario is only one of two provinces in Canada not providing the essential medications to adults with cystic fibrosis, Alberta being the other one.

Senator Gigantès: Do I understand you rightly to say that in provinces other than Ontario and Alberta the medication is provided free?

Mr. McLeish: Yes. It varies. Some of them will provide all of the medications required, including nutritional supplements, vitamin supplements—everything; some of them will perhaps not provide the vitamins. It depends on the province.

If you have received a copy of the brief that the Cystic Fibrosis Association presented to Elinor Caplan, the details are in the back in terms of which provinces offer the assistance and how much assistance they offer to cystic patients.

Society's safety nets is the next topic. Basically, I will go over some of the welfare programs, the programs that are available in order to help the paying public with drug costs. That includes private insurance. As I mentioned before, private insurance does not cover a good deal of our drug costs in many instances.

We also tried going to Blue Cross, for example. I was told by many of the agencies I contacted that Blue Cross would be the best option, but upon receiving their information on Blue Cross I found that two years ago they had a maximum lifetime benefit of $5,000, which at that time would have lasted me about one year. It would also have cost me upwards of $1,300 for that year's drugs.

Homecare was another agency I tried to contact in order to get a drug card. In order to get on homecare you have to have a service provided. We requested that I have physio done at home, and in addition they would provide a drug card. However, I was physically capable of going to the hospital, where there is a program, to have this done on a regular basis so I was deemed ineligible for that program.

There is something called the family benefits WIN program, work incentive program, which provides a drug card and special assistance to people who are rather like graduates of vocational rehabilitation and are earningless than $925 a month and are working full time—at least that was the situation two years ago.

I was working too much at the time; I worked a full-time day. Later on, when I started working half time because of my health and had problems in finding drug coverage, I applied again. I was earning less than the amount they mentioned, but

[*Traduction*]

Outre la montée vertigineuse du prix des médicaments et des compressions budgétaires, l'un des facteurs les plus importants a été le progrès de la médecine dont l'Ontario a été bénéficiaire.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, l'espérance de vie en Ontario est passée d'environ quatre ans dans les années 60, à 24 ans à l'heure actuelle. Si bien que 30 p. 100 des personnes atteintes sont des adultes, et l'Ontario en compterait environ 300.

Si l'Ontario est à la fine pointe des recherches mondiales sur la fibrose kystique et que l'espérance de vie s'est accrue, les politiques de la province concernant le traitement des adultes n'ont pas suivi le même rythme. L'Ontario est l'une des deux provinces canadiennes, l'autre étant l'Alberta, qui ne fournit pas les médicaments indispensables aux adultes.

Le sénateur Gigantès: Avez-vous dit qu'à l'exception de l'Ontario et de l'Alberta, les médicaments sont fournis gratuitement dans les autres provinces?

M. McLeish: En effet. Mais les programmes varient. Certaines provinces fournissent tous les médicaments nécessaires, dont les suppléments alimentaires, les vitamines, tout; d'autres ne fournissent pas les vitamines. Cela varie selon la province.

Si vous avez reçu un exemplaire du mémoire que l'Association de la fibrose kystique a présenté à Elinor Caplan, on y précise dans quelle mesure chaque province vient en aide aux personnes atteintes de la maladie.

Je vais maintenant vous parler des mesures d'aide sociale. Essentiellement, il s'agit des programmes de bien-être, des programmes qui subventionnent les frais de médicaments. Ces programmes incluent les régimes d'assurance privés. Comme je vous l'ai dit, il arrive bien souvent que les régimes privés ne couvrent pas une bonne partie des frais de médicaments.

C'est ainsi par exemple que nous nous sommes adressés à la Croix bleue. Beaucoup de personnes que j'avais consultées m'avaient dit que la Croix bleue était la meilleure option, et en me renseignant auprès de l'organisme, il y a deux ans, j'ai appris que l'indemnité maximale unique étiat de 5 000 $, ce qui aurait répondu à mes besoins pour une seule année. Sans compter qu'il m'aurait fallu verser 1 300 $ en médicaments pour cette année-là.

Je me suis également adressé à une agence de soins à domicile afin d'obtenir une carte pour les médicaments. Pour bénéficier de soins à domicile, il faut avoir besoin d'un service. J'ai demandé de faire de la physiothérapie à la maison et aussi une carte pour les médicaments. Cependant, comme j'étais capable de me rendre régulièrement à l'hôpital pour faire ces exercices, je n'étais pas admissible au programme.

Il existe ce qu'on appelle un programme de prestations familiales, un programme d'incitation au travail, qui fournit une carte pour les médicaments et une aide spéciale à ceux qui ont besoin de réadaptation professionnelle et qui occupent un emploi à plein temps leur rapportant moins de 925 $ par mois—cela valait il y a deux ans.

A l'époque comme j'avais un emploi à plein temps, je gagnais trop. Par la suite, ayant décidé de travailler à temps partiel pour ménager ma santé et comme il m'était difficile de faire payer mes médicaments, j'ai présenté une nouvelle

[*Text*]

because I was working half time I was no longer eligible because you had to be working full time.

In order to get a disability pension, which includes a drug card, you have to be deemed permanently unemployable. Of course, as I was working, they were not terribly keen on providing that to me because I was providing evidence that I was not permanently unemployable.

I also tried welfare. That was one of the final places I went. It was the only thing people could suggest to me, so I tried welfare. The problem there was that they have income requirements. They do have a program to provide working poor with special assistance, but they have income requirements, and basically I did not fit into their category. I was working half time at the time I applied for welfare, and even at a half-time salary I was earning more than they would allow me to earn and also receive their special assistance.

Basically, the problem with the welfare program is that it will exclude a great number of persons, regardless of their drug costs. A person's drug costs could be $1,000 a month and he could be earning only $1,000 a month, yet because that income is greater than welfare's requirements he is ineligible for the program.

Why we consider it a health issue as opposed to a welfare issue is the next topic. During our meeting with Elinor Caplan, the Health Minister of Ontario, she mentioned that perhaps one way in which we could have drug coverage was to go to the Ministry of Community and Social Services. We considered that to be inappropriate for several reasons, and I will go into those now.

First, we consider drug coverage, the medications that we take at home, to be a simple extension of the hospital treatment we get. If we consider this a welfare issue, there will always be many cystics who can earn a substantial wage and/or have assets for security, and therefore they will be ineligible for the welfare programs, because welfare programs and social security programs have income and eligibility requirements, which many cystics would not meet due to the fact that they are working or have some assets. However, without the assistance of the drug card, these individuals would be financially crippled, although they may be earning a substantial wage.

Another reason we consider it a health issue as opposed to a welfare issue—and this also applies to the homecare issue—is that it basically concerns health. There are no provisions for financial assistance to provide an individual with the basic needs. I think homecare avoids a certain stigma that attaches itself to welfare. It also encourages the independence of individuals. By regarding his situation as a health matter, we place the responsibility for personal welfare and well being on the individual himself. However, when we call it a welfare issue, we force the individual to look to the state for all of his personal needs.

[*Traduction*]

demande. Cette fois-là, je gagnais moins que le montant maximal, mais parce que je travaillais à temps partiel je n'étais plus admissible. Il aurait fallu que je travaille à plein temps.

Pour recevoir une pension d'invalidité qui inclut une carte pour les médicaments, il faut être considéré comme inapte à travailler. Évidemment, comme je travaillais, il m'était difficile de recevoir une pension parce que j'avais fait la preuve que je n'étais pas inapte à travailler.

Je me suis aussi adressé au bien-être social. Ce fut une de mes dernières tentatives. C'était ce qu'on m'avait conseillé aussi. Le problème avec le bien-être, c'est qu'il existe des restrictions en matière de revenu. On est prêt à offrir une aide spéciale à un travailleur pauvre, mais il y a des restrictions quant au revenu, et je n'entre pas dans cette catégorie. Au moment de ma demande, j'occupais un emploi à temps partiel et pourtant, je gagnais encore trop pour recevoir de l'aide.

Pour résumer, la grande lacune du programme de bien-être est qu'il ne tient pas compte des frais de médicaments. Si une personne gagne 1 000 $ par mois, mais qu'il lui en coûte également 1 000 $ en frais de médicaments, elle n'est pas admissible au bien-être à cause des restrictions quant au revenu.

Je vais maintenant vous dire pourquoi il s'agit d'une question de soins médicaux et non de bien-être social. J'ai tenu à vous en parler parce qu'à l'occasion de notre entretien avec Elinor Caplan, la ministre de la Santé en Ontario, on nous a dit que nous pourrions peut-être obtenir le remboursement de nos médicaments en nous adressant au ministère des Services sociaux et communautaires. Nous considérons que cela ne concerne pas ce ministère pour plusieurs raisons que je vais vous exposer maintenant.

D'abord, nous croyons que le paiement des médicaments, ceux que nous prenons à la maison, n'est que le prolongement de la gratuité des soins hospitaliers. Si nous en faisons une question de bien-être social, il y aura toujours des malades qui gagneront un salaire assez élevé ou qui disposeront de certains biens, et dès lors qui ne seront pas admissibles aux prestations de bien-être, parce que les programmes de sécurité sociale comportent des restrictions en matière de revenu et à l'admissibilité. De nombreux malades en seront exclus simplement parce qu'ils auront un emploi ou posséderont des biens. Pourtant, si on refuse de payer leurs médicaments, ces personnes seront aux prises avec des difficultés financières même si elles ont un revenu assez élevé.

Une autre raison pour laquelle nous y voyons une question de soins de santé et non un problème de bien-être social—et cela vise également les soins à domicile—est qu'il s'agit essentiellement d'un service de santé. On n'a pas prévu d'aide financière pour assurer les besoins essentiels d'une personne. Je pense que les soins à domicile n'ont pas la mauvaise réputation du bien-être social. Ce programme encourage également l'indépendance des personnes. Si nous en faisons une question de santé, nous rendons la personne responsable de son propre bien-être. Mais, en recourant au bien-être social, nous obligeons la personne à se fier à l'État pour subvenir à tous ses besoins.

[*Text*]

Also, the adversarial relationships that exist between welfare workers and clients are inappropriate and detrimental to the health of people suffering from chronic and progressive illnesses.

Senator Gigantès: What do you mean by "adversarial"?

Mr. McLeish: Adversarial in the sense that when you apply for your drug card through welfare, you are means tested and, in many cases, have a great deal of difficulty getting a card. It took me something in the neighbourhood of seven months to get my drug card from welfare, due to the fact that I was ineligible in certain areas, and I ended up having to spend a good deal of time rearranging my finances. For instance, I had to pay welfare back at $40 per month due to the fact that I was making too much money each month. They questioned my eligibility for many months and I had to attend several meetings on a very regular basis in order to determine my eligibility. That took away time from work and from my physiotherapy and made it very difficult to keep up my responsibilities at work and my health activities as well.

Senator Gigantès: Do you mean we are back to the condition that used to be described in the nineteenth century as "cold as charity"?

Mr. McLeish: I am sorry, senator?

Senator Gigantès: As in hard-hearted, or cold-hearted?

Mr. McLeish: Yes definitely, senator, considering that the only needs being fulfilled here are for drug cards. I do not think it is appropriate that we should have to go through the same essential fight to have these needs met as would someone on welfare. Incidentally, those people on welfare in some cases have the option of eventually getting off welfare. We, on the other hand, do not ever have the option of not needing the drug card or our medication.

Senator Gigantès: Mr. McLeish, just to get a picture of the problem, can you tell us how much your total drug cost is?

Mr. McLeish: It is approximately $650 per month.

Senator Gigantès: How many employable adults are there in Canada with cystic fibrosis?

Mr. McLeish: I am not aware of how many there are in Canada. However, I know that in Ontario, there are 300 CF adults. Of those, I do not know how many are employable. What I do know is that there are only approximately 20 people now in Ontario who have this problem and are in dire need of something like a drug card or some sort of financial support because of their medication.

Senator Gigantès: You say there are only 20 people who have this problem. How do the others manage?

Mr. McLeish: In some cases, they will be working for a company that is large enough to afford a drug plan that includes prescribed medication as opposed to prescriptions; in other words, anything that the doctor prescribes. For instance, I believe that the federal government GSMIP program pays

[*Traduction*]

De même, les rapports hostiles qui existent entre les travailleurs sociaux et leurs clients sont inadmissibles et sont défavorables à la santé de ceux qui souffrent de maladies chroniques et progressives.

Le sénateur Gigantès: Que voulez-vous dire par «hostile»?

M. McLeish: Par exemple, si vous demandez une carte pour les médicaments au service de bien-être, on évalue vos moyens et beaucoup de personnes ont ainsi de la difficulté à obtenir une carte. Personnellement, il m'a fallu presque sept mois pour obtenir la mienne parce que je n'étais pas admissible à certains égards et j'ai dû passer beaucoup de temps à réaménager mes finances. Par exemple j'ai dû rembourser au bien-être 40 dollars par mois parce que mes revenus mensuels étaient trop élevés. Ils m'ont fait attendre pendant des mois et j'ai dû assister à plusieurs entrevues pour établir mon admissiblité. Cela m'enlevait du temps pour travailler ou pour faire de la physiothérapie de sorte qu'il m'était très difficile d'accomplir mes tâches régulières.

Le sénateur Gigantès: Voulez-vous dire que nous sommes revenus à la situation qui existait au 19e siècle quand on disait «froid comme le marbre»?

M. McLeish: Je vous demande pardon, monsieur le sénateur?

Le sénateur Gigantès: Sans cœur ou sans pitié?

M. McLeish: Oui, sûrement monsieur le sénateur, si l'on considère que nous demandons seulement une carte pour les médicaments et je ne pense pas que nous devrions être soumis aux mêmes exigences que ceux qui réclament des prestations de bien-être. En passant, il arrive que des prestataires du bien-être finissent enfin par se passer de l'aide qu'ils reçoivent. Quant à nous, nous n'avons pas ce choix, car nous ne pouvons nous passer de médicaments.

Le sénateur Gigantès: Monsieur McLeish, simplement pour vous faire une idée du problème, pouvez-vous nous dire combien vous coûtent vos médicaments?

M. McLeish: Environ 650 dollars par mois.

Le sénateur Gigantès: Combien y a-t-il au Canada d'adultes atteints de fibrose kystique qui peuvent occuper un emploi?

M. McLeish: J'ignore combien il y en a au Canada. Je sais cependant que nous sommes 300 en Ontario. De ce nombre j'ignore combien sont employables. Je sais aussi que seulement une vingtaine de personnes en Ontario ont ce problème, c'est-à-dire qu'elles ont besoin d'une carte pour les médicaments ou du moins d'aide financière pour les payer.

Le sénateur Gigantès: Vous dites que seulement une vingtaine de personnes ont ce problème. Comment les autres s'en tirent-elles?

M. McLeish: Certaines travaillent pour une entreprise qui ont souscrit un régime de remboursement des médicaments incluant les médicaments prescrits et non seulement les médicaments d'ordonnance; autrement dit, tout ce que le médecin prescrit. Par exemple, dans la Fonction publique fédérale, le

[*Text*]

for a good deal of the medication required without any question.

However, some of those 300 CF adults will be unemployable and will be on a disability pension. Because the life expectancy of CF patients is increasing, we foresee a greater problem in years to come because a greater number of people will reach the age of majority, will go to university and start work in a very few years. So although there are only 20 people in the province with the problem now, there could very well be a much larger number in the next few years.

Senator Gigantès: So what we are talking about is an addition to the budget of the Province of Ontario of approximately $156,000. I am sure they could easily find that by squeezing a little on, perhaps, photocopying or something like that.

Mr. McLeish: One of the things I was hoping to mention, and perhaps I will get into it in a little more detail through my personal history, is the stress involved in finding the drug coverage that you need in order to survive. The time involved in doing so takes away from your time and ability to do your physiotherapy and get exercise; it takes away from your work time and jeopardizes your work and, all in all, reduces your quality of health. This can lead to more frequent and longer stays in hospital and, as I mentioned before, one day in hospital costs more than a month's drugs at home. Therefore, if that drug coverage was provided in an easier fashion without the added stress and the time factor, it would save money on hospital admissions.

Are there any further questions, as we go along?

Senator Turner: Mr. McLeish, do you need to purchase your drugs through a retail drug store?

Mr. McLeish: We do have the option of going to, say, the pharmacy at the Children's Hospital where you can buy your drugs cheaper than you can at a private pharmacy.

Senator Turner: If you go to a drug store and buy five drugs, do they charge you five dispensing fees of $5.95?

Mr. McLeish: Yes.

Senator Turner: Have you ever tried to purchase the drugs wholesale from the drug companies on behalf of your organization? If so, what was their answer?

Ms. Diane Staats, Hamilton Representative, Canadian Cystic Fibrosis Foundation: The clinics in the hospitals do purchase their antibiotics in bulk at the cheapest possible price available. However, I hope that some day, or somehow, we will be able to make some arrangements through some drug company to purchase the necessary medication at a much lower cost. I spoke to a pharmacist at the cancer clinic in Hamilton, Ontario; they have made arrangements to buy all of the cancer drugs that they specifically need. There is one drug in particular that originally cost $186 per vial. That pharmacist now buys that same drug at a cost of $38 per vial. So definitely the drug company that provides that particular drug is losing

[*Traduction*]

RACMC rembourse une bonne partie des médicaments sans aucun problème.

Cependant, un certain nombre de ces 300 adultes ne peuvent occuper un emploi et touchent une pension d'invalidité. Étant donné que l'espérance de vie des personnes atteintes de fibrose kystique augmente, le problème s'aggravera au cours des années à venir, car un plus grand nombre d'entre eux atteindront la majorité, fréquenteront l'université et occuperont un emploi. De sorte que s'il n'y a qu'une vingtaine de personnes dans la province qui ont ces difficultés aujourd'hui, il pourra y en avoir beaucoup plus dans quelques années.

Le sénateur Gigantès: En somme, cela reviendrait à ajouter environ 156 000 $ au budget de l'Ontario. Je suis certain que ce serait possible en économisant un peu sur le photocopiage, par exemple.

M. McLeish: L'une des choses dont je voulais vous parler et dont je pourrais vous faire part en vous racontant mon expérience personnelle, c'est le stress que nous éprouvons en cherchant des moyens pour payer les médicaments qui nous permettent de survivre. Le temps que nous consacrons à ces efforts nous le prenons sur le temps nécessaire à nos exercices de physiothérapie et autres; nous le prenons aussi sur notre temps de travail, et notre travail en souffre également et aussi notre santé. De sorte que nous sommes obligés d'être hospitalisés plus souvent et plus longtemps et, comme je l'ai dit tantôt, un seul jour d'hospitalisation coûte plus cher qu'un mois de médicaments. En somme s'il nous était facile de faire rembourser nos médicaments sans problème, nous économiserions sur les frais d'hospitalisation.

Y a-t-il d'autres questions jusqu'à présent?

Le sénateur Turner: Monsieur McLeish, êtes-vous obligé d'acheter vos médicaments dans une pharmacie?

M. McLeish: Nous pouvons acheter nos médicaments à la pharmacie de l'hôpital pour enfants si nous le voulons; ils coûtent alors moins cher que dans une pharmacie commerciale.

Le sénateur Turner: Lorsque vous allez dans une pharmacie commerciale et que vous achetez cinq médicaments, vous fait-on payer cinq fois les frais d'exécution de 5.95 $.

M. McLeish: Oui.

Le sénateur Turner: Avez-vous déjà essayé d'acheter les médicaments au prix du gros directement des sociétés pharmaceutiques au nom de votre organisme? Si oui, que vous a-t-on répondu?

Mme Diane Staats, représentante de Hamilton, Fondation canadienne de la fibrose kystique: Les cliniques des hôpitaux achètent leurs antibiotiques en vrac au prix le plus bas possible. J'espère qu'un jour, nous pourrons nous entendre avec certaines sociétés pharmaceutiques pour acheter les médicaments nécessaires à un prix beaucoup plus bas. J'en ai parlé à un pharmacien de la clinique de carcinologie de Hamilton, en Ontario, et il m'a dit que la clinique s'est entendue avec les sociétés pharmaceutiques pour acheter directement tous les médicaments contre le cancer dont elle a besoin. Il m'a dit qu'il peut ainsi payer 38 $ une fiole d'un médicament qui coûte habituellement 186 $. Il est donc certain que la société phar-

[*Text*]

money somehow, but they are probably absorbing the cost somewhere else.

Senator Gigantès: Do not be too sure that they are losing money.

Ms. Staats: I understand that they are not necessarily losing money. They are probably making it up in other ways.

Senator Turner: We certainly hope that eventually Ontario and the other provinces will automatically grant CF sufferers a drug card. However, in the meantime, perhaps it would be a good idea for your organization to write, on their own letterhead, to some of the big drug corporations in Montreal, Toronto and Vancouver and ask if you can have the privilege of purchasing drugs at wholesale prices. These large drug corporations are making lots of money. We found that out during the Senate hearings on Bill C-22. The profits are astronomical, and we never heard anyone say that they were not making money.

You understand that this is just a suggestion. My wife had cancer and I know what it costs for drugs. I am still paying quite a bit. It is getting to the point where you cannot afford to be sick anymore.

Ms. Staats: That is true, and I think it is a wonderful suggestion. However, when you consider the number of cancer patients compared to the number of CF patients, the CF patients have a much smaller voice. For instance, at the Hamilton clinic alone they see 87,000 cancer patients, whereas there are only approximately 2,000 to 3,000 CF patients across the whole of Canada. In view of the difference in the numbers, no one would be rushing to do anything for us.

Mr. McLeish: For example, in Ottawa, the adult CF clinic has approximately 35 adults attending. The children's clinic has probably three times that number.

Senator Turner: According to the statistics we have heard, approximately 2,400 Canadians have CF. That is not a great number.

Mr. McLeish: Yes, senator, that is what I am saying. In Ottawa, for example, in order to buy drugs in bulk or wholesale, it would be better if we had a greater number of patients. However, as there are only 35 patients at the adult clinic in Ottawa, it might be more difficult.

Ms. Staats: Perhaps if they all lived in the same area or city it would make a difference, but unfortunately the patients are spread throughout Canada. For instance, the Hamilton CF clinic administers to approximately 50 patients, half of whom are CF adults. That clinic services Hamilton, Burlington and the surrounding areas such as Simcoe and Dundas.

Senator Turner: Perhaps another idea would be to approach the drug chains, such as Shoppers Drug Mart. In my area of London, Ontario, Shoppers Drug Mart do a great deal of charity work and help out a lot of people by reducing drug costs. This could be done while you are waiting for a drug card.

[*Traduction*]

maceutique qui vend ce médicament perd de l'argent, mais elle éponge probablement ce déficit ailleurs.

Le sénateur Gigantès: Ne soyez pas trop certaine qu'elle perd de l'argent.

Mme Staats: Je sais. Elle compense probablement cette perte d'une autre façon.

Le sénateur Turner: Nous espérons de tout cœur qu'un jour, l'Ontario et les autres provinces accorderont automatiquement aux gens atteints de fibrose kystique une carte-médicaments. D'ici là, cependant, votre organisme gagnerait peut-être à écrire aux grandes sociétés pharmaceutiques de Montréal, Toronto et Vancouver sur papier à en-tête pour leur demander si elles accepteraient de vous vendre vos médicaments au prix de gros. Ces grandes sociétés réalisent d'énormes bénéfices, comme nous l'avons constaté au cours des audiences du Sénat sur le projet de loi C-22. Personne n'a nié que leurs profits sont astronomiques.

Ce n'est bien sûr qu'une suggestion. Ma femme avait le cancer et je sais ce que cette maladie coûte en médicaments. Cela me coûte encore assez cher. C'est à tel point qu'on ne peut plus se permettre d'être malade.

Mme Staats: C'est vrai et je trouve votre suggestion très valable. Cependant, les personnes atteintes de fibrose kystique sont tellement peu nombreuses en comparaison de personnes qui souffrent du cancer qu'elles ont beaucoup de mal à se faire entendre. Par exemple, la seule clinique de Hamilton traite 87 000 patients alors qu'il n'y a dans tout le Canada que de 2 000 à 3 000 personnes atteintes de fibrose kystique. C'est tellement peu que personne ne se donne la peine de nous aider.

M. McLeish: Par exemple, la clinique d'Ottawa pour les adultes atteints de fibrose kystique traite 35 patients environ. La clinique pour enfants en a probablement trois fois plus.

Le sénateur Turner: D'après les statistiques qui nous ont été fournies, environ 2 400 Canadiens souffrent de fibrose kystique. Ce n'est pas beaucoup.

M. McLeish: C'est exact, sénateur; c'est ce que je disais. À Ottawa, par exemple, il nous serait plus facile d'acheter les médicaments en vrac ou au prix de gros si nous étions plus nombreux; mais comme il n'y a que 35 patients à la clinique pour adultes, nos médicaments nous coûtent beaucoup plus cher.

Mme Staats: Ce serait peut-être plus facile si tous ceux qui souffrent de fibrose kystique habitaient dans la même région ou dans la même ville, mais malheureusement, ils sont disséminés dans tout le pays. Par exemple, la clinique de Hamilton traite environ 50 patients, dont la moitié sont des adultes, et elle dessert Hamilton, Burlington et les localités voisines, comme Simcoe et Dundas.

Le sénateur Turner: Vous pourriez peut-être aussi pressentir les grandes chaînes de pharmacies, comme Shoppers Drug Mart. Dans ma région, à London, en Ontario, cette chaîne s'occupe de beaucoup d'œuvres de charité et aide beaucoup de gens en leur vendant les médicaments à prix réduit. Peut-être une chaîne de ce genre pourrait-elle vous vendre vos médicaments moins cher dans l'attente d'une carte-médicaments.

[*Text*]

Ms. Staats: I mentioned that suggestion last week. I have worked in a pharmacy and I have talked to pharmacists and other persons to determine the cheapest cost for these medications, which are very expensive. Dr. Wilson at the Hamilton CF Clinic has assured me that their pharmacist gets their medication at the cheapest possible price.

Mr. McLeish: The next section deals with what the Cystic Fibrosis Foundation has proposed to the Ontario Ministry of Health. We consider the proposal to be a fairly conservative, fiscally responsible, solution to the problem, and it is basically to restore the grants in aid program to its original state, which would involve providing drugs through hospital pharmacies that are directly linked to CF clinics. This would ensure that drug costs were kept at a minimum, because hospital pharmacies are non profit. It would allow CF doctors and the ministry to control the types andamounts of drugs being used to ensure that there were no abuses of the system. It would allow persons with cystic fibrosis to provide for themselves and to contribute to society. It would remove the financial necessity for people to quit work and to go on welfare to receive a drug card.

How does this relate to preventive health care? Essentially, through my experience and through the experiences of many other persons, as I mentioned before, the time involved in searching for a solution reduces the time available for physiotherapy and for the necessary exercise and basic treatment. As a result, your health suffers and chances are you end up in hospital. There is also the personal cost of placing a person's employment at risk because agencies available to help are only open during work hours. Therefore, these people have to take time off and perhaps make it up later during time when they might be taking physio. The stress involved in also carrying out job responsibilities and possible family responsibilities and trying to combine those with obtaining medications necessary for survival strongly contributes to health problems.

The possibility also exists that, in order to save money, people will not take the dose prescribed by the doctor. Perhaps they cannot afford the dose prescribed, which increases the possibility of illness and hospitalization. The possibility also exists of persons placing themselves in a hospital when the medication runs out in order to have their drug costs covered. As a result, we consider our proposal to be a fairly fiscally responsible proposal, because it will keep persons healthier and out of hospitals longer and will allow them to contribute to society while they are doing their own treatment at home, as opposed to in the hospital.

[*Traduction*]

Mme Staats: C'est ce que j'ai suggéré la semaine dernière. J'ai déjà travaillé dans une pharmacie et j'ai discuté avec des pharmaciens et d'autres personnes de la façon la plus économique d'obtenir ces médicaments, qui sont très coûteux. Le Dr Wilson, de la clinique de Hamilton pour personnes atteintes de fibrose kystique, m'a assuré que le pharmacien de la clinique obtenait le médicament au prix le plus bas possible.

M. McLeish: La partie suivante de notre exposé porte sur ce que la Fondation de la fibrose kystique a proposé au ministère de la Santé de l'Ontario. Nous considérons que cette proposition constitue une solution raisonnable et sensée sur le plan fiscal; elle consiste en fait à rétablir les subventions et le programme d'aide financière initiaux, c'est-à-dire fournir les médicaments aux personnes atteintes de fibrose kystique par l'entremise des pharmacies des hôpitaux qui sont directement associés aux cliniques traitant la fibrose kystique. Cette formule présente plusieurs avantages: nous pourrions obtenir les médicaments à un prix très bas, parce que les pharmacies d'hôpitaux ne sont pas des entreprises à but lucratif; les médecins spécialistes de la fibrose kystique et le ministère pourraient contrôler les types et les qualités de médicaments consommés par les patients et éviter ainsi les abus; les personnes atteintes de fibrose kystique pourraient se soigner elles-mêmes et contribuer à la société et, enfin, cela éliminerait certains besoins financiers des personnes atteintes de fibrose kystique, qui doivent abandonner leur travail et vivre des prestations de bien-être social pour pouvoir recevoir une carte-médicaments.

Quel rapport y a-t-il entre cette proposition et les soins de santé préventifs? Essentiellement, mon expérience et celle de beaucoup d'autres personnes atteintes de cette maladies m'ont appris, comme je l'ai dit tout à l'heure, que le temps employé à cherché une solution réduit le temps consacré à la physiothérapie, à l'exercice nécessaire et aux traitements de base. En raison de ce problème, les personnes atteintes de fibrose kystique voient leur santé se détériorer et elles risquent de plus en plus de devoir être hospitalisées. Le problème peut également avoir des conséquences personnelles pour les personnes concernées en compromettant leur emploi, puisque les organismes capables de les aider ne sont ouverts que pendant les heures de travail. Par conséquent, ces personnes doivent s'absenter du travail et compenser par la suite leurs absences en faisant des heures supplémentaires alors qu'elles devraient subir des traitements de physiothérapie. Le stress engendré par l'obligation d'assumer des responsabilités professionnelles et, parfois, familiales tout en essayant d'obtenir les médicaments nécessaires à leur survie est, pour les personnes concernées, une cause majeure de problèmes de santé.

Il y a également le risque que les personnes atteintes ne respectent pas la posologie prescrite par le médecin afin d'économiser. Il se peut qu'elles n'aient pas les moyens d'acheter la dose prescrite, ce qui augmente le risque de maladie et d'hospitalisation. Il se peut en outre que certaines personnes se fassent admettre à l'hôpital lorsqu'elles ont épuisé leur réserve de médicaments afin d'être traitées gratuitement. Par conséquent, nous considérons que notre proposition est très raisonnable sur le plan fiscal, parce qu'elle contribue à protéger la santé des gens et à retarder leur hospitalisation tout en leur permettant

[*Text*]

Now, let us go to some of the personal histories to illustrate the problem and some of the things with which we are concerned.

Ms. Staats: Ladies and gentlemen, please let me introduce myself. My name is Deanna Staats. I am 34 years of age and I am of native descent. I am a single parent of a healthy, very active five-year old son, Kevin. I have a picture of him here as well as a picture of both of us when he was a year old. I wish I could have brought him here. He cried when he found that he could not come. I am divorced and I have cystic fibrosis.

I am honoured to have this opportunity to appear before this committee of the Senate today. I am here representing myself and all the other CF adults and children, especially those who will never reach adulthood, let alone 34 years of age, and especially the many friends I have loved and lost to CF. They include: Anita Schaeder, CF adult sister, in her twenty-third year in her ninth month of pregnancy in 1972; Doug and Betty Greenlee, two daughters, Bert and Helen Tapping's son Fred in his thirty-first year in 1981; Philip and Denise Latreille's daughter Michelle in her second year in 1986; Michelle Breakwell in her twentieth year in 1983—I learned this news when I was six months pregnant—David McCall, at the age of 15 in 1983; Judy Mallick in her twenty-eighth year, in January 1985; Kevin Denbok, after whom I named my son, in his twenty-third year in 1986; John Alaimo in his forty-third year on May 1, 1987; Jim Withers, who was predeceased by a sister with cystic fibrosis, in his twenty-fourth year on January 15, 1988; Elizabeth Chisholm in her thirteenth year in 1988 who was predeceased by her older brother two weeks earlier due to heart disease; and Julia Herbert, our CF foster child, in her thirteenth year on April 2, 1988. I say these names in special memory of my dear grandmother, Sarah Hamilton, who died yesterday morning at 12.30 a.m. in her eighty-third year. I know she is here today in spirit with me. We were very close and I loved her dearly.

You may ask yourself what is cystic fibrosis. It is a genetic disease which affects the exocrine glands in the body producing thick mucous which clogs the airways, thus affecting the lungs and causing damage to them because they are unable to clear out this mucous and thus provide a perfect host or breeding ground for infection. Most CF persons—I will call them "CFers"—also have digestive problems. They need to take enzymes to aid and digest other foods to maintain their weight and a semblance of health. CF is deceiving. I and others with CF look normal or healthy. It is the silent killer. One in 20 Canadians carry the CF gene. Both parents must be carriers of this gene in order to have a child with CF. There is no reliable test at present to detect the carriers of CF genes. For all you know, you may be a carrier of the CF gene yourself.

[*Traduction*]

de demeurer utiles à la société et de se soigner elles-mêmes chez elles plutôt que de se faire traiter à l'hôpital.

Citons maintenant quelques exemples vécus pour illustrer le problème et certaines de nos préoccupations.

Mme Staats: Mesdames et messieurs, permettez-moi de me présenter. Je m'appelle Deanna Staats. J'ai 34 ans et je suis d'ascendance autochtone. J'élève seule un fils de 5 ans du nom de Kevin qui est en excellente santé. J'ai ici une photographie de lui et une autre de nous deux lorsqu'il avait un an. J'aurais aimé pouvoir vous l'amener. Il a pleuré lorsque je lui ai dit qu'il ne pouvait pas m'accompagner. Je suis divorcée et je souffre de fibrose kystique.

C'est un honneur pour moi que de pouvoir comparaître devant le comité sénatorial aujourd'hui. Je témoigne pour moi-même et au nom de tous ceux qui souffrent de fibrose kystique, adultes ou enfants, mais plus spécialement au nom des enfants, qui n'atteindront jamais l'âge adulte et encore moins l'âge de 34 ans; je le fais également au nom des nombreux amis que j'ai aimés et que la fibrose kystique m'a enlevés, notamment Anita Schraeder, une jeune femme de 23 ans qui est décédée en 1972 à son neuvième mois de grossesse; les deux filles de Doug et Betty Greenlee; le fils de Bert et Helen Tapping, décédé à 31 ans en 1981; la fille de Philip et Denise Latreille, Michelle, décédée à 2 ans en 1986; Michelle Breakwell, décédée à 20 ans en 1983—lorsque j'ai appris la nouvelle de sa mort, j'étais enceinte de 6 mois—David McCall, décédé à 15 ans en 1983; Judy Mallick, décédée à 28 ans en janvier 1985; Kevin Dernnbok, dont j'ai donné le nom à mon fils et qui est décédé à 23 ans en 1986; John Alaimo, décédé à 43 ans le 1er mai 1987; Jim Withers, dont une sœur était déjà morte de la fibrose kystique, décédé à 24 ans le 15 janvier 1988; Elizabeth Chisholm, décédée à 13 ans en 1988 et dont le frère aîné était décédé deux semaines plus tôt d'une maladie cardique, et Julia Herbert, la fillette qui figure sur notre affiche de promotion de la lutte contre la fibrose kystique, décédée à 13 ans le 2 avril 1988. Je vous nomme toutes ces personnes en pensant tout spécialement à ma chère grand-mère, Sarah Hamilton, qui est décédée hier matin à minuit et demie à 83 ans. Je sais qu'elle est avec moi en esprit aujourd'hui. Nous étions très proches l'une de l'autre et je l'aimais beaucoup.

Vous vous demandez peut-être ce qu'est la fibrose kystique. C'est une maladie congénitale qui attaque les glandes exocrines et qui produit un mucus épais, lequel obstrue les voies respiratoires, les affaiblit et les endommage, car les poumons sont incapables d'éliminer ce mucus et deviennent un milieu de culture privilégié pour les bactéries. La plupart des personnes atteintes de fibrose kystique ont également des problèmes digestifs. Elles doivent prendre des enzymes pour digérer plus facilement leurs aliments, éviter de prendre du poids et conserver un semblant de santé. La fibrose kystique est une maladie trompeuse. Les personnes qui en sont atteintes semblent normales ou en santé. Cette maladie tue sournoisement. Un Canadien sur vingt a le gène de la fibrose kystique. Pour qu'un enfant ait la maladie, les deux parents doivent avoir le gène. A l'heure actuelle, aucun test ne permet de dépister de façon sûre, les porteurs du gène de la maladie. N'importe qui peut l'avoir sans le savoir.

[*Text*]

The exocrine glands produce excess mucous which clogs the airways and provides an opportunistic environment for bacteria to develop and multiply. Our immune systems are also weakened. Typical presenting signs or symptoms of CF are: you taste salty when you are kissed—the "kiss of death" as they call it in some European countries—meconium ileus in newborns, which is blockage of the intestinal tract a protuberant abdomen or pot belly. Diagnosis is usually made prior to six months of age and sufferers usually have a persistent cough, wheezing and recurrent pneumonia. Sufferers fail to gain weight or grow in the presence of a good appetite; their stools are frequent, bulky and foul smelling or sweet smelling like rotting oranges; they have wasted buttocks; and they often vomit following coughing and have recurrent pulmonary infection.

Diagnosis is usually made by a sweat test. There is an abnormally high content of sodium chloride in the sweat—60 plus is diagnostic as having CF. A chest X-ray may confirm the diagnosis, even though it may be normal initially. Analysis of digestive enzymes in the stool will show that they are at a lower level than normal in CF patients. A measurement of trypsin concentration in duodenal secretions is another test, and the absence of normal secretions is diagnostic also. An analysis of stool specimen for steatorrhea or excessive fat is a further test. CF was recognized as a disease in 1938. It is called mucoviscidosis in Europe.

Now I would like to tell you a little bit about my experience with CF. My story is not quite the norm. I grew up in Hamilton, the eldest of six children. Two siblings died at birth or shortly thereafter. They were blue babies. In retrospect, perhaps they too had CF. My mother has asthma, a hare lip and cleft palate. My younger sister has asthma also. One sister is schizophrenic. One sister and brother have recurrent lung problems, but CF tests were negative. My other brother is relatively healthy, although he was born with a hare lip and cleft palate, too. He has had extensive surgery to repair these defects.

I think I had pheumonia at a pre-school age, around five. I grew up as a healthy, normal child in poverty all my life. My family was usually on welfare. My father was too lazy to hold a steady job and eventually injured himself in a fall from a scaffold during one of his stints as a window cleaner. He was then unable to work. I did very well in school. I hear that CF persons are highly intelligent, and I feel that this is to compensate them for lack of physical health.

I saw a good education as my only escape from poverty. I finished high school, grade 12, and went on to grade 13 I had

[*Traduction*]

Les glandes exocrines du malade produisent en quantité excessive un mucus qui obstrue les voies respiratoires et transforme les poumons en un milieu où les bactéries peuvent croître et se multiplier facilement. Le système immunitaire est également affaibli. Les symptômes typiques de la maladie sont le goût salé du baiser des personnes qui en sont atteintes—le «baiser de la mort» comme on l'appelle dans certains pays européens—le *meconium ileus* chez les nouveaux-nés, c'est-à-dire l'obstruction de l'intestin, qui donne un abdomen protubérant. La maladie est habituellement diagnostiquée avant l'âge de six mois et les bébés qui ont la maladie sont habituellement affligés d'une toux persistante, d'une respiration sifflante et de pneumonie récurente. Ces bébés ne peuvent prendre de poids ou grandir, même s'ils ont un bon appétit; leurs selles sont fréquentes et abondantes et elles sentent mauvais ou ont l'odeur sucrée caractéristique des oranges en putréfaction; ils ont les fesses décharnées, sont souvent pris de vomissements après une quinte de toux et ont des infections pulmonaires périodiques.

Habituellement, on diagnostique la maladie au moyen d'un examen de la sueur. Celle-ci contient un taux anormalement élevé de chlorure de sodium; un taux de 60 et plus signifie que le sujet a la fibrose kystique. On peut confirmer le diagnostic au moyen d'une radiographie de la cage thoracique, même si celle-ci semble parfois normale au début. Les selles des malades contiennent un taux inférieur à la normale d'enzymes digestifs. On peut également diagnostiquer la maladie en mesurant la concentration de trypsine dans les sécrétions duodénales, en constatant l'absence de sécrétions normales ou la présence de stéatomes, c'est-à-dire d'un excès de gras. La fibrose kystique a été reconnue comme maladie en 1938 et on l'appelle mucoviscidose en Europe.

Je voudrais maintenant vous parler un peu de mon expérience personnelle comme personne atteinte de fibrose kystique. Mon cas n'est pas tout à fait typique. J'ai grandi à Hamilton; j'étais l'aînée de six enfants. Deux de mes frères et sœurs sont morts à la naissance ou peu de temps après. C'étaient des bébés bleus. Quand j'y pense, peut-être avaient-ils eux aussi la fibrose kystique. Ma mère était asthmatique et avait un bec de lièvre et le palais fendu. Ma sœur cadette était également asthmatique. Une de mes sœurs est schizophrène. J'ai une sœur et un frère qui ont des infections pulmonaires récurentes, mais les tests de dépistage de la fibrose kystique ont toujours été négatifs. Mon autre frère a une assez bonne santé, même s'il a aussi un bec de lièvre et le palais fendu. Il a subi de nombreuses interventions chirurgicales pour corriger ces défectuosités.

Je crois que j'ai fait une pneumonie à un âge pré-scolaire, vers cinq ans. J'étais une enfant en santé et normale, mais j'ai toujours vécue dans la pauvreté. Ma famille vivait habituellement des prestations du bien-être social. Mon père était trop fainéant pour garder ses emplois et un jour, il s'est blessé en tombant d'un échafaudage pendant le travail; il était laveur de vitres. Il n'a jamais pu travailler de nouveau par la suite. J'ai toujours eu de bonnes notes en classe. J'ai entendu dire que les personnes atteintes de fibrose kystique sont très intelligentes et je crois qu'elles développent leur intelligence pour compenser leur faible constitution physique.

J'étais persuadée qu'une bonne éducation était ma seule façon d'échapper à la pauvreté. J'ai terminé mon cours secon-

[*Text*]

to leave home and subsequently quit school due to family problems at age 17. In my tennage years, I began to have sinus problems and a recurrent cough producing sputum. I paid many visits to my family doctor. He diagnosed me as having chronic bronchitis and asthma. Puberty was delayed in my case, as it generally is for patients with CF. I was as skinny as a beanpole and was constantly teased.

I went on to nursing school, but unfortunately I did not graduate due to too many sick days off school. My family doctor would prescribe the usual seven- to ten-day course of antibiotics which would clear up my sputum and I would feel great for the duration. However, as soon as I stopped the antibiotics, the problem recurred.

He referred me to specialist after specialist. I always knew there was something wrong with me, but I did not know how serious it was at the time. In 1972, I was referred to a respirologist who took another chest x-ray and sent me for a sweat test. The sweat test was, supposedly, normal, with a reading of only 13, whereas 60 is diagnostic of CF. My family doctor and I persisted. I saw specialist after specialist with no diagnosis or proper treatment.

I married in 1978. My husband and I had lived together for three years prior to our marriage. I was still sick with two kidney infections, sinus problems, menstrual problems and pneumonias. My family doctor again sent me to see the same respirologist I had seen in 1972—eight years later. This time I sat in his office for a mere five minutes. He looked at my chest x-ray and said, "I don't like the looks of this. I am going to send you for a sweat test." From my nursing training, I knew the sweat test was the test for CF.

October 23, 1980 was the day that changed my life forever. I could tell by the tone of my family doctor's voice, as he ordered a whole slew of antibiotics with gravity and sincerity in his voice and right then and there I knew I had cystic fibrosis. That is where some of my problems begin.

At that time, I worked in a pharmacy and my ex-husband had 100 per cent drug coverage through his employer. My marriage was shaky at that point to say the least. I had recently separated from my ex-husband, but, after this shocking news, I could not handle it alone. We reconciled. In the summer of 1981 I found I had endometriosis by laparoscopy examination. I endured labour-like menstrual cramps for six years and, using no birth control, I did not become pregnant. It is often difficult for women with CF to conceive due to the thick mucous secretions. This usually prevents the sperm from penetrating the cervix. With endometriosis on top of CF, I thought I would never have any children. I gave up on the idea of becoming a mother totally. On July 29, 1981, I left my ex-

[*Traduction*]

daire, c'est-à-dire ma douzième année, et j'ai entrepris ma treizième année; mais à l'âge de dix-sept ans, j'ai dû quitter la maison et abandonner l'école à cause de problèmes familiaux. Pendant mon adolescence, j'ai commencé à avoir des problèmes de sinus et une toux récurente produisant des expectorations et j'ai dû consulter mon médecin très fréquemment. Il a finalement diagnostiqué une bronchite chronique et de l'asthme. J'ai eu une puberté tardive, comme c'est généralement le cas des personnes atteintes de fibrose kystique. J'étais squelettique et cela m'a valu bien des taquineries.

Je me suis inscrite à un cours pour devenir infirmière, mais je n'ai pas obtenu mon diplôme à cause de tous les cours que j'avais manqués pour cause de maladie. Mon médecin m'ordonnait toujours de prendre des antibiotiques pendant sept à dix jours et pendant ce temps, j'étais débarassée de mes expoectorations et je me sentais très bien. Mais dès que je cessais de prendre mes médicaments, le problème réapparaissait.

Mon médecin m'a alors fait consulter une foule de spécialistes. J'avais toujours su que j'avais une maladie, mais j'ignorais à quel point elle était grave. En 1972, il m'a envoyée consulter un spécialiste des voies respiratoires, qui a fait une autre radiographie pulmonaire et fait analyser ma sueur. Il paraît que le résultat était normal, c'est-à-dire que j'avais un taux de 13 seulement alors qu'il faut un taux d'au moins 60 pour diagnostiquer la fibrose kystique. Mon médecin et moi avons persisté. J'ai consulté une armée de spécialistes dont aucun n'a fait de diagnostic ni prescrit de traitement.

Je me suis mariée en 1978. Mon mari et mois vivions déjà ensemble depuis trois ans. J'avais déjà souffert de deux infections des reins, de sinusite, de difficultés menstruelles et de pneumonies. Mon médecin m'a de nouveau envoyée consulter le spécialiste des voies respiratoires que j'avais déjà vu en 1972, huit ans plus tôt. Cette fois, je ne suis pas resté dans son bureau plus de cinq minutes. Il a jeté un coup d'œil à ma radiographie pulmonaire et m'a dit qu'il n'aimait pas du tout ce qu'il voyait. Il m'a alors fait subir une autre analyse de sueur. À l'école des infirmières, j'avais appris que cette analyse servait à dépister la fibrose kystique.

Le 23 octobre 1980, ma vie a définitivement changé. Lorsque le médecin m'a prescrit un paquet d'antibiotiques d'une voix grave et convaincue, j'ai su immédiatement que j'avais la fibrose kystique. C'est là que certains de mes problèmes ont commencé.

À l'époque, je travaillais dans une pharmacie et l'employeur de mon ex-mari défrayait entièrement ses employés du coût de leurs médicaments. Le moins qu'on puisse dire, c'est que mon mariage était chancelant. Mon mari et moi venions tout juste de nous séparer, mais l'annonce de ma maladie m'a ébranlée au point que je n'ai pu traverser l'épreuve toute seule. Nous nous sommes alors réconciliés. Au cours de l'été 1981, une laparoscopie m'a révélé que je souffrais d'endométrite. Pendant six ans, j'ai enduré des crampes menstruelles comparables aux douleurs de l'enfantement et en dépit du fait que je n'usais d'aucune méthode anticonceptionnelle, je ne suis pas devenue enceinte. Les femmes atteintes de fibrose kystique ont souvent du mal à concevoir à cause de leurs fortes sécrétions de mucus. Ce mucus empêche habituellement les spermatozoïdes d'entrer

[*Text*]

husband. This was not due to my illness, but that was a contributing factor to my marriage breakdown.

I was hospitalized twice for pneumonia during the summer of 1981. I lost my job at the pharmacy due to taking too many sick days off work. In 1982, my respirologist suspected I had tuberculosis. What a nightmare! It turned out, thank God, that it was not TB, but I had to endure isolation in the hospital and four different tubercular medications to prevent the spread of TB for eight to twelve weeks until they could actually confirm that I did not have that disease after all. Meanwhile, the side effects of one of the medications was to ruin eyes, and destroy the kidneys. I had to endure a bronchoscopy for this diagnosis.

Since 1981 I have been hospitalized once to two times per year for lung infections. I take antibiotics almost every day. There have been a few periods where I have gone without to see how I fare. Occasionally, oral antibiotics are not effective against my infections so I have to be hospitalized for intravenous antibiotic therapy.

Around 1982, I developed an arthritic condition. Some days my joints are so painful I can barely walk, especially my elbows and my knees.

Another memorable day in my life is Sunday, September 18, 1983. That was the best day of my life, the day my son Kevin was born. Pregnancy can be quite hazardous for a CF woman. I was lucky throughout my pregnancy. Around four months I was coughing 24 hours a day non-stop. I had sprained all my abdominal muscles from coughing so hard and I was also leaking amniotic fluid and had to be hospitalized on July 15, 1983. It took my doctor weeks to find a suitable antibiotic that I could take safely during pregnancy: Ceclor. Tetracycline was out, as it yellows teeth and effects bone formation.

Unfortunately, I had to live on welfare again. I was switched over to family benefits or mother's allowance after the birth of my son. My son's father disappeared out of my life in January of 1983, even before I suspected I was pregnant. I went through this experience entirely alone. This was the first grandchild in my family. My mother wanted a granddaughter desperately and she was ecstatic in any event.

I was raped just before Kevin's first birthday in 1984 and to show you that I try to look on the bright side and make the best of every situation, shortly afterwards I said to one of my girlfriends, "At least I know I am still physically attractive to men." I am not trying to make light of the act, because it is a violent crime. She could not believe it. If I could not laugh or make light of some of my problems, I would go insane.

I started working shortly after Kevin turned one year old. I tried working full time between two different jobs. Some days

[*Traduction*]

dans le col de l'utérus. Comme je souffrais à la fois d'endométrite et de fibrose kystique, j'étais certaine que je n'aurais jamais d'enfant. J'ai donc totalement abandonné l'idée d'être mère. Le 29 juillet 1981, j'ai quitté mon ex-mari. Ma maladie n'est pas la cause de notre rupture, mais elle a contribué à l'échec de notre mariage.

Au cours de l'été 1981, j'ai été hospitalisée deux fois pour une pneumonie. J'ai perdu mon emploi à la pharmacie parce que je prenais trop de journées de congé de maladie. En 1982, mon phtisiologue pensait que j'avais la tuberculose. Quel cauchemar! Dieu merci, je ne l'avais pas, mais j'ai dû rester isolée et subir quatre traitements anti-tuberculeux visant à prévenir la contagion, pendant huit à douze semaines, jusqu'à ce que les médecins soient certains que je n'avais pas la tuberculose. En attendant, l'un de ces traitements avait pour effet secondaire d'abimer la vue et les reins. J'ai dû subir une bronchoscopie pour le diagnostic ultime.

Depuis 1981, j'ai été hospitalisée une ou deux fois par an pour des pneumonies. Je prends des antibiotiques presque tous les jours. À quelques reprises, j'ai cessé d'en prendre pour voir où j'en étais. À l'occasion, les antibiotiques oraux sont inefficaces contre mes infections et on doit m'hospitaliser pour m'administrer des antibiotiques par voie intraveineuse.

Vers 1982, j'ai commencée à faire de l'arthrite. Je souffre particulièrement des coudes et des genoux, et mes articulations sont parfois si douloureuses que je peux à peine marcher.

Le dimanche 18 septembre 1983 constitue également pour moi une journée mémorable. Ce fut le plus beau jour de ma vie, celui de la naissance de mon fils Kevin. La grossesse est très risquée pour une femme atteinte de fibrose kystique. J'ai eu beaucoup de chance pendant toute ma grossesse. Vers le quatrième mois, je toussais sans arrêt vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Je me suis étiré tous les muscles abdominaux à force de tousser et comme je perdais du liquide amniotique, j'ai dû être hospitalisée jusqu'au 15 juillet 1983. Il a fallu à mon médecin plusieurs semaines avant de trouver un antibiotique comptabible avec la grossesse. En l'occurrence, c'était du cyclor. La tétracycline devait être éliminée, car elle jaunit les dents et nuit à la formation des tissus osseux.

Malheureusement, je me suis retrouvée prestataire du bien-être social. Après la naissance de mon fils, je suis passée sous le régime des allocations familiales et des allocations à la mère. Je n'ai plus revu le père de mon fils à partir de janvier 1983, soit bien avant de constater que j'étais enceinte. J'ai dû vivre cette expérience entièrement seule. Dans ma famille, c'était la première naissance d'un petit-enfant. Ma mère voulait une petite fille, mais elle a tout de dême été ravie.

J'ai été violée juste avant le premier anniversaire de Kevin, en 1984, et pour vous montrer à quel point je vois toujours le bon côté des choses, j'ai dit à une de mes amies, peu après: «Au moins, je sais que je peux encore plaire à un homme.» Pourtant, je ne prends pas le viol à la légère, car c'est un crime violent. Mon amie n'en croyait pas ses oreilles. Mais si j'étais incapable de considérer certains de mes problèmes avec humour, je deviendrais folle.

J'ai commencé à travailler peu après le premier anniversaire de Kevin. J'ai essayé de travailler à plein temps en occupant

[*Text*]

I would work 12-hour days. I did not tell one of my employers I had CF. They thought I was a good worker and no one asked me to work full time for them. I had to give one of the jobs up. I kept the part time job at the pharmacy. Eventually, I did tell them that I had CF and they were very understanding. I had to decline their offer of full-time employment. They had no OHIP or dental coverage either. I hated being on mother's allowance.

In 1986 I applied for a disability pension but I was turned down. They said I was not considered disabled or permanently unemployable.

I forgot to mention that, during my pregnancy, it was found that I had mitral valve prolapse, which is quite common, being found in about 10 per cent of the general population. My family doctor had indicated on the medical certificate he filled out for this disability pension that I had cystic fibrosis, endometriosis, arthritis, chronic sinusitis and mitral valve prolapse. If the doctor had any idea of what cystic fibrosis was, I should have been accepted then, but I was turned down.

I did not fit their definition of disabled or permanently unemployable under the Family Benefits Act. They defined it as follows: "A disabled person means a person who has a major physical or mental impairment that is likely to continue for a prolonged period of time and who, as a result thereof, is severely limited in activities pertaining to normal living as verified by objective medical findings accepted by the Medical Advisory Board." A permanently unemployable person is defined as follows: "A person who is unable to engage in remunerative employment for a prolonged period of time as verified by objective medical findings accepted by the Medical Advisory Board."

I could have appealed this decision. I had sent for additional information at that point, but, unfortunately, I was still refused. I was hospitalized at that point in time and did not have the energy to appeal this decision.

Subsequently, I needed a root canal, which disability benefits would have paid for. It cost me $360 out of my own pocket when I was only receiving $557 per month on family benefits and was allowed to earn up to $190 per month.

In July, 1985, Bill C-31 was passed. This had to do with the reinstatement of my Indian status. If I were able to reclaim my Indian status, the Department of Indian Affairs would pay for my medication for the rest of my life. Unfortunately, under this present legislation, I am ineligible for Indian status as my paternal grandfather was enfranchised. He had to sell his Indian rights so he could vote or join the army. My father is eligible for his Indian status. In fact, he just recently got it. However, I am not. It stops at one generation. Why, I do not know.

[*Traduction*]

deux emplois différents. Je travaillais parfois douze heures par jour. Je n'ai pas révélé à l'un de mes employeurs que j'étais atteinte de fibrose kystique. Je passais pour une bonne travailleuse et aucun de mes employeurs ne m'a demandé de travailler pour lui à plein temps. J'ai dû renoncer à l'un de mes emplois et j'ai conservée mon emploi à temps partiel dans une pharmacie. Finalement, j'ai dû révéler à mon employeur que j'étais atteinte de fibrose kystique, et il s'est montré très compréhensif. J'ai dû refuser une offre d'emploi à plein temps. Je n'étais pas couverte par l'OHIP ni par l'assurance-dentaire. Le régime des allocations à la mère me semblait très pénible.

En 1986, j'ai présentée une demande de pension d'invalidité qui a été rejetée. On m'a dit que je n'étais pas considérée comme une personne handicapée ni définitivement inapte à l'emploi.

J'ai oublié de signaler que pendant ma grossesse, les médecins ont constaté que j'avais un souffle à la valvule mitrale, une affection très courante qui atteint 10 pour cent de la population. Mon médecin de famille a indiqué, sur le certificat médical qu'il a rempli pour ma demande de pension d'invalidité, que j'étais atteinte de fibrose kystique, d'endométriose, d'arthrite, de sinusite chronique et que j'avais un souffle à la valvule mitrale. Si on avait su ce qu'est la fibrose kystique, on aurait dû m'accepter, mais ma demande a été rejetée.

Je ne correspondais pas à la définition de la personne handicapée ou définitivement inapte au travail selon la Loi sur les prestations familiales, qui considère qu'une personne est handicapée lorsqu'elle souffre d'une affection physique ou mentale de longue durée qui la limite sérieusement dans les activités de la vie normale, selon les constatations objectives d'un médecin accrédité auprès d'un conseil médical consultatif. Quant à la personne définitivement inapte à l'emploi, c'est une personne qui ne peut occuper d'emploi rémunéré pendant une longue période, selon les constatations objectives d'un médecin accrédité auprès du conseil médical consultatif.

J'aurais pu porter cette décision en appel. J'ai demandé des renseignements supplémentaires, mais ma demande a tout de même été rejetée. À cette époque, j'ai été hospitalisée et je n'avais pas l'énergie d'interjeter appel.

Par la suite, j'ai eu besoin d'un traitement de canal, qui aurait dû être pris en charge par les prestations d'invalidité. J'ai dû débourser 360 $, alors que je ne touchais que 557 $ par mois en allocations familiales, et qu'on me permettait de gagner au maximum 190 $ par mois.

En juillet 1985, la Chambre a adopté le projet de loi C-31, aux termes duquel je pouvais envisager de récupérer mon statut d'Indienne inscrite. Si je parvenais à me faire réinscrire, le ministère des Affaires indiennes allait prendre en charge tous mes médicaments jusqu'à la fin de mes jours. Malheureusement, selon la législation actuelle, je ne peux me faire réinscrire car mon grand-père paternel a été émancipé. Il a dû renoncer à tous ses droits d'Indien pour pouvoir voter ou s'engager dans l'armée. Mon père peut se faire réinscrire, et il vient de le faire. Mais moi, je ne peux pas. La possibilité cesse au bout d'une génération, et je ne sais pas pourquoi.

[*Text*]

Currently, my medications cost over $1000 per month. I pay over $1100 for inhaled nebcin or tobramycin; $168 for danazol, which is my hormone for endometriosis; $30 or so for a ventolin inhaler; and I also need medication for arthritis and pain. I have in the past, done intravenous antibiotic therapy at home, thus reducing the cost of hospitalization for OHIP, at a saving of between $600 and $800 per day for critical care.

Presently, I am working for the federal government. I started at the phone unit of the Canada Employment Immigration Commission on July 13, 1987. I was hired as a disabled person under their Access Program. The job offered was full time, that is, 37.5 hours per week. I was honest with them in telling them I felt I would not be able to handle a 37.5-hour work week. I tried it for two weeks but I would come home totally exhausted and would pass out on my chesterfield and rest for four hours. I just could not do it. So I asked them to reduce my hours to 25 hours per week. When I was hired, I was told I had to work there for six months before I could join their drug plan. At that point, my monthly prescriptions cost between $500 and $800 per month. Family Benefits would still provide me with a drug card. Failing that, I could apply to Regional Welfare or Regional Social Services.

The Chairman: I am sorry to interrupt you, but we have a very limited time this morning. We can only meet until 11 o'clock. I know you will want some discussion and questions from the senators.

Ms. Staats: I am almost finished the presentation.

The Chairman: If you can finish it, it will give the senators a chance to ask some questions. I apologize for bothering you.

Ms. Staats: When I reduced my working hours to 25, I did not realize that I would then no longer be eligible to join their superannuation and pension plans or be eligible for supplementary death benefits.

Problems arose and my employer informed me that, because I was hired for a period of longer than six months, I was eligible to join their drug plan immediately. Their drug plan only covers 80 per cent of the cost of prescribed medications plus a yearly deductible. I could not even afford to pay the balance of 20 per cent, for which Regional Welfare would not pick up the tab. How could I afford to pay over $1,000 per month in prescription costs on earnings of $1,045 per month? It would be impossible.

I was about to increase my hours of work to 30 per week so that I would be eligible to join their pension plan. I had taken two weeks off sick in August of 1987, but because there were no hospital beds available at that time, I returned to work. I had to take an additional two weeks off work in September. I was hospitalized. I received antibiotics intravenously and returned to work. My supervisor informed me that the coordinator of the access program had told her that, if I took any more sick time off work, I would be fired. How unfair.' I was hired as a disabled person, yet he was not willing to accommo-

[*Traduction*]

Actuellement, mes médicaments me coûtent plus de 1 000 $ par mois. Je paie plus de 1 100 $ de nebcine ou de tobramycine, 168 $ de danazol, une hormone pour l'endométriose, 30 $ de ventoline et j'ai également besoin de médicaments et d'analgésiques pour l'arthrite. J'ai déjà pris des antibiotiques à domicile par voie intraveineuse, ce qui a évité à l'OHIP des coûts d'hospitalisation de 600 $ à 800 $ par jour aux soins intensifs.

Actuellement, je travaille pour le gouvernement fédéral. J'ai débuté au service téléphonique de la Commission de l'Emploi et de l'Immigration le 13 juillet 1987. J'ai été engagée en tant que personne handicapée dans le cadre du programme Accès. Il s'agissait d'un emploi à plein temps, de 37.5 heures par semaine. En toute honnêteté, je leur ai déclaré que j'étais incapable de travailler 37.5 heures par semaine. J'ai essayé pendant deux semaines, mais je rentrais chez-moi totalement épuisée et je devais m'étendre pendant 4 heures. Je n'ai donc pas pu continuer. J'ai demandé qu'on réduise mon temps de travail à 25 heures par semaine. Quand j'ai été engagée, on m'a dit que je ne pourrais bénéficier du programme de remboursement des frais pharmaceutiques qu'au bout de six mois. À cette époque, mes médicaments me coûtaient entre 500 $ et 800 $ par mois. Les allocations familiales devaient me remettre une carte pour la gratuité de médicaments. À défaut de cela, je pouvais m'adresser aux services sociaux de la région.

Le président: Vous m'excuserez de vous interrompre, mais nous sommes très pressés ce matin. Nous ne pouvons siéger que jusqu'à 11 heures. Les sénateurs veulent vous poser des questions.

Mme Staats: J'ai presque fini mon exposé.

Le président: Si vous voulez bien le terminer, je voudrais donner aux sénateurs la possibilité de vous poser des questions. Vous voudrez bien m'excuser de cette interruption.

Mme Staats: Lorsque je suis passée à un régime de 25 heures par semaine, je ne savais pas que je perdais le bénéfice des régimes de pension et de retraite ainsi que des prestations supplémentaires de décès.

J'ai eu des problèmes à résoudre, et mon employeur m'a fait savoir que comme j'étais engagée pour une période de plus de six mois, je pouvais bénéficier immédiatement du régime de remboursement des frais pharmaceutiques. Celui-ci ne couvre que 80 p. 100 du coût des médicaments prescrits et comporte une déduction forfaitaire annuelle. Je ne pouvais même pas acquitter les 20 p. 100 restants, et les services régionaux du bien-être social n'ont pas voulu les prendre en charge. Comment pourrais-je payer plus de 1 000 $ alors que j'en gagne 1 045?

J'étais sur le point de demander une semaine de 30 heures, de façon à pouvoir bénéficier du régime de pension. J'ai pris deux semaines de congé de maladie en août 1987, mais comme il n'y avait pas de place à l'hôpital à cette époque, je suis revenue travailler. J'ai dû prendre deux autres semaines en septembre, pour me faire hospitaliser. On m'a administré des antibiotiques de la classe IV, et je suis retournée au travail. Le coordonnateur du programme Accès a dit à ma surveillante que si je prenais encore des congés de maladie, je serais renvoyée. Comme c'est injuste! J'ai été engagée en tant que per-

[*Text*]

date my disability, cystic fibrosis, which unfortunately does require more sick days off and periods of hospitalization.

My job became permanent as of July 25, 1988. I have an indeterminate, part-time position. I signed my term paper reluctantly since it specifically mentioned that I could not join the superannuation plan or be eligible for the supplementary death benefits. It is a Catch 22 situation. Would it not be more feasible to allow me to work a mere five hours more per week, to make a greater contribution to society, and to have Social Services just pick up the 20 per cent balance of the exorbitant cost of my medication?

The Chairman: Senator Hébert will have to leave shortly. He would like to ask some questions.

Ms. Staats: That is fine. Go ahead.

The Chairman: Would you like to conclude with two or three sentences?

Ms. Staats: I had to make a choice that no healthy person would ever have to make. That is deplorable. I reapplied for disability pension in December of 1987. This time, they accepted my application. I can now earn up to $1,045 per month and get a drug card to pay for my prescriptions.

I would also like to mention the fact that the Ontario Ministry of Health does pay for AZT for AIDS patients and for chemotherapeutic agents for cancer patients, because they are lifesaving and very expensive. Well, my medications are lifesaving and very expensive, too. For every step I take forward, I seem to take two back.

If I had only one wish, it would be to be healthy. I will settle for the next best thing: my medication to increase my life expectancy. CF persons face death head-on each and every day of their lives. We are usually wise beyond our years. We appreciate the little things in life and we do not take life for granted.

The Chairman: I thank you both very much for your interesting presentations. I will ask Senator Hébert to begin the questioning.

Senator Hébert: I don't know to whom I should address myself. Perhaps it should be to Mr. McLeish, since he mentioned this problem specifically in his presentation. It has to do with the fact that certain provinces, perhaps many provinces, refuse to reimburse the cost of prescribed vitamins and food supplements. What is the argument that they make to support their refusal to reimburse the cost of vitamin E or of some mineral composite that is prescribed to you but that they will reimburse the cost of some antibiotic or aspirin or other real drug? What is the difference in their minds when they discuss with you the difference between vitamin E and, let us say, aspirin?

Mr. McLeish: I imagine their reason for refusing to pay for non-prescription items like vitamin E is similar to Ontario's reason for refusing to pay for the entire shot, and that is that it

[*Traduction*]

sonne handicapée, mais on ne veut pas tenir compte de mon handicap, la fibrose kystique, qui nécessite malheureusement de nombreuses journées de congé de maladie ainsi que des périodes d'hospitalisation.

J'occupe un emploi permanent depuis le 25 juillet 1988. Il s'agit d'un poste à temps partiel, à durée indéterminée. J'ai signé mon contrat à contrecœur, car il précisait que je ne pouvais bénéficier du régime de retraite ni des prestations supplémentaires de décès. C'est une situation sans issue. Ne peut-on pas me permettre de travailler 5 heures de plus par semaine et de contribuer davantage à l'effort commun, de façon que les services sociaux prennent en charge la dernière tranche de 20 p. 100 du coût astronomique de mes médicaments?

Le président: Le sénateur Hébert va devoir s'absenter très prochainement. Il voudrait vous poser quelques questions.

Mme Staats: C'est parfait. Allez-y.

Le président: Voudriez-vous conclure en quelques mots?

Mme Staats: J'ai dû faire un choix qu'aucune personne en santé n'aura jamais à faire. C'est déplorable. J'ai fait une nouvelle demande de pension d'invalidité en décembre 1987. Cette fois, on a accepté ma demande. Je peux dorénavant toucher jusqu'à 1 045 dollars par mois et obtenir une carte d'assurance-médicaments pour payer mes médicaments prescrits.

Je voudrais également mentionner le fait que le ministère de la Santé de l'Ontario rembourse bel et bien les coûts de l'AZT aux personnes atteintes du SIDA et ceux des agents chimiothérapiques aux cancéreux, parce qu'ils peuvent sauver des vies et sont très coûteux. Mes médicaments permettent également de sauver des vies et sont très coûteux. Il semble que chaque fois que je fais un pas en avant, j'en fais deux en arrière.

Si je n'avais qu'un vœu à formuler, ce serait d'être en santé. Je m'accommoderai donc d'un compromis: mon médicament pour augmenter mon espérance de vie. Les personnes atteintes de fibrose kystique font directement face à la mort tous les jours de leur vie. Nous sommes habituellement plus sages que les gens de notre âge: nous apprécions les petites choses de la vie et nous ne la tenons pas pour acquise.

Le président: Je vous remercie tous deux beaucoup de vos exposés intéressants. Je demanderai au sénateur Hébert de commencer à poser des questions.

Le sénateur Hébert: Je ne sais pas à qui je devrais m'adresser, peut-être à M. McLeish, puisqu'il a parlé précisément de ce problème-ci dans son exposé. Il porte sur le fait que certaines provinces, voire bon nombre d'entre elles, refusent de rembourser le coût de vitamines et de suppléments alimentaires vendus sur ordonnance. Quel argument invoquent-elles pour refuser de rembourser le coût de la vitamine E ou d'un composé minéral quelconque qu'on vous a prescrit, alors qu'elles acceptent de rembourser le coût d'antibiotiques, ou d'aspirines ou d'autres vrais médicaments? Quelle différence font-elles entre la vitamine E et, par exemple, l'aspirine, lorsqu'elles en discutent avec vous?

M. McLeish: J'imagine que la raison pour laquelle elles refusent de rembourser le coût des produits non prescrits, comme la vitamine E, est la même raison pour laquelle l'Onta-

[*Text*]

costs money and they expect the patients to pay for those items themselves, particularly because other people have to pay for vitamins themselves, despite the fact that they are necessary for survival. I do not consider that to be quite as upsetting as the fact that Ontario refuses to pay the entire shot, including the cost of prescription drugs.

Senator Hébert: What is the portion? I was amazed to hear the amount of money that it costs you each month for your medication.

Ms. Staats: I would like to mention that, when I have done my intravenous antibiotic therapy at home, one week of medication costs over $1,200.

Senator Hébert: What was the figure you mentioned earlier for the average cost of medication per month or per week?

Mr. McLeish: We are discussing two different things here. First, the oral medications that we take at home cost, on average, from approximately $500 to $1,000 per month.

Senator Hébert: One thousand dollars a month?

Mr. McLeish: Yes. Deanna was mentioning home intravenous antibiotics, which are in place of hospital admissions. What happens sometimes is that the hospital, through home care, will tell us to do our "meds" at home. We mix our own medications and put them in through an I.V. ourselves. That will save the hospital several hundred dollars per day. All they will be paying for is the medication, as opposed to the hospital care.

Ms. Staats: But OHIP did not pay for the medication in that case. There was a problem created there. It had to be billed to the Cystic Fibrosis Clinic. Since I was not hospitalized, OHIP would not pay for the medication to be done at home.

Senator Hébert: Can you remind me again of what the argument was of the Ontario government for their refusal?

Mr. McLeish: I will tell you what Health Minister, Elinor Caplan, said when we met with her.

Senator Hébert: Was that recently?

Mr. McLeish: Yes. This was approximately three weeks ago.

Ms. Staats: It was on July 25.

Mr. McLeish: She mentioned that there are other diseases that have high drug costs and that they have set up the Lowi Commission to review those needs and perhaps, in the future, to provide some sort of assistance. We do not know. However, she basically said that there are others who need help, that there are no programs presently available to help, and that we should go to the Ministry of Community and Social Services and perhaps to the hospitals to ask them for assistance.

[*Traduction*]

rio refuse de rembourser quelque coût que ce soit: ces produits coûtent cher, et elles s'attendent que les malades les paieront eux-mêmes, surtout parce que d'autres personnes doivent payer elles-mêmes les vitamines et cela, malgré le fait que ces produits soient nécessaires pour survivre. À mon avis, cela n'est pas aussi affligeant que le fait que l'Ontario refuse de rembourser quelque coût que ce soit, y compris celui des médicaments prescrits.

Le sénateur Hébert: Quel en est le coût? J'ai été stupéfié d'apprendre ce qu'il vous en coûte chaque mois pour vos médicaments.

Mme Staats: Je voudrais mentionner que, lorsque j'ai fait ma thérapie à domicile, à l'aide d'antibiotiques administrés par intraveineuse, des médicaments pour une semaine m'ont coûté plus de 1 200 dollars.

Le sénateur Hébert: Pouvez-vous répéter ce que vous coûte en moyenne des médicaments pour un mois ou une semaine?

M. McLeish: Nous discutons ici de deux points différents. Premièrement, les médicaments administrés par voie buccale que nous prenons à domicile coûtent en moyenne environ 500 à 1 000 dollars par mois.

Le sénateur Hébert: Mille dollars par mois?

M. McLeish: Oui. Diana a mentionné des antibiotiques de classe IV pris à domicile, qui ne nécessitent pas d'admission à l'hôpital. Il arrive parfois que l'hôpital, par l'intermédiaire de services de soins à domicile, nous dise de prendre nos médicaments à la maison. Nous mélangeons nous-mêmes nos médicaments et nous nous les administrons nous-mêmes. L'hôpital économise ainsi plusieurs centaines de dollars par jour. Il n'a qu'à payer les médicaments, des soins hospitaliers n'étant pas nécessaires.

Mme Staats: Mais l'OHIP n'a pas payé les médicaments dans ce cas-ci, ce qui a posé un problème. Il a fallu envoyer la facture à la Clinique de la fibrose kystique. Comme je n'étais pas hospitalisée, l'OHIP a refusé de me rembourser les coûts des médicaments pris à domicile.

Le sénateur Hébert: Pouvez-vous me rappeler l'argument que le gouvernement ontarien a invoqué pour vous opposer ce refus?

M. McLeish: Je vous dirai ce que la ministre de la Santé, Elinor Caplan, a dit lorsque nous l'avons rencontrée.

Le sénateur Hébert: Était-ce récemment?

M. McLeish: Oui. Il y a environ trois semaines.

Mme Staats: Le 25 juillet.

M. McLeish: Elle a mentionné qu'il y a d'autres maladies pour lesquelles les coûts des médicaments sont élevés et que le ministère a constitué la Commission Lowi afin d'examiner ces besoins et, éventuellement, de prévoir une aide financière quelconque. Toutefois, elle a dit en substance que d'autres personnes aussi ont besoin d'aide, qu'il n'existe actuellement aucun programme en ce sens, et que nous devrions nous adresser au ministère des Services communautaires et sociaux, voire aux hôpitaux, pour leur demander de l'aide.

[*Text*]

Senator Hébert: So is the reason that Ontario is too poor?

Ms. Staats: It was suggested we go to charitable organizations or service clubs for assistance.

Senator Hébert: Is it true that there are many comparable cases in Ontario? To be precise, did the minister mention any other group of sick people who would be in a situation similar to yours?

Ms. Staats: Yes.

Mr. McLeish: She mentioned others. I do not remember many of them, but I know, for example, she mentioned AIDS patients. I know, for example, that she mentioned AIDS was another disease that required expensive drugs.

Senator Hébert: And she said that they could not afford that either.

Ms. Staats: They pay for AZT for AIDS patients. That costs approximately $10,000 to $12,000 a year, and they pay for some cancer therapeutic agents because of the high cost and because they are lifesaving.

So I do not see her rationale for refusing us by saying: "If we made a precedent for cystic fibrosis we would have to do the same for other drugs", when, in fact, they are already doing that for other diseases.

Mr. McLeish: It is interesting to note that every other province, except Alberta, has done that specifically for CF, and not run into the problem of other diseases demanding the same treatment.

Senator Hébert: Thank you, Mr. Chairman. I am sure that Dr. David will have more pertinent questions.

Senator David: Mr. Chairman, I will pass for the moment.

Senator Gigantès: I am always taken aback when a society as rich as ours seems to occasionally say that the treatment of medical problems, such as those we have heard about today, is considered as if it were any other budget problem. This is as though I were meeting people from another planet. I do not think these issues can be considered as being budget problems. I think money can be found.

It works out that for the 20 people who need help in Ontario, the Ontario government would have to spend $156,000 a year. Truly that could be found by asking people to restrain themselves a little at the photocopier.

I have no questions, Mr. Chairman. The witnesses have given us all of the answers. I hope that this is something the committee will recommend be done. We are not dealing with large numbers. The argument that if we help someone we then have to help someone else is not an argument I am prepared to

[*Traduction*]

Le sénateur Hébert: Ainsi, la raison, c'est que l'Ontario est trop pauvre?

Mme Staats: On nous a suggéré de nous adresser à des sociétés de bienfaisance ou à des clubs philanthropiques pour obtenir de l'aide.

Le sénateur Hébert: Est-il vrai qu'il existe de nombreux cas semblables en Ontario? Pour être précis, la ministre a-t-elle mentionné d'autres groupes de malades qui sont dans une situation analogue à la vôtre?

Mme Staats: Oui.

M. McLeish: Elle en a mentionné d'autres. Je ne me souviens pas de bon nombre d'entre eux, mais je sais qu'elle a mentionné, par exemple, les personnes atteintes du SIDA. Je sais qu'elle a dit que le SIDA était une autre maladie qui nécessitait des médicaments coûteux.

Le sénateur Hébert: Elle a dit également que la province n'avait pas plus les moyens d'en rembourser le coût.

Mme Staats: Mais l'Ontario rembourse le coût de l'AZT pour les personnes victimes du SIDA, ce qui représente environ 10 000 $ à 12 000 $ par année; elle rembourse également le coût de certains agents de traitement du cancer parce qu'ils sont chers et permettent de sauver des vies.

Donc, je ne vois pas pourquoi la ministre nous oppose un refus en nous disant que si l'on crée un précédent pour les victimes de la fibrose kystique, il faudra faire de même pour d'autres médicaments, alors qu'en fait on procède déjà ainsi pour d'autres maladies.

M. McLeish: Il est curieux de noter que toutes les autres provinces, sauf l'Alberta, ont remboursé le côut des médicaments nécessaires aux victimes de la fibrose kystique, et que les victimes d'autres maladies n'ont pas exigé la même chose.

Le sénateur Hébert: Je vous remercie, monsieur le président. Je suis certain que le sénateur David aura des questions plus pertinentes à poser.

Le sénateur David: Monsieur le président, je m'abstiendrai pour le moment.

Le sénateur Gigantès: Je suis toujours déconcerté lorsque j'entends dire qu'une société aussi riche que la nôtre semble parfois considérer les problèmes médicaux, comme ceux dont nous avons entendu parler aujourd'hui, comme n'importe quel autre problème budgétaire. C'est comme si je rencontrais des gens venus d'une autre planète. Je ne crois pas qu'on puisse considérer ces questions comme des problèmes budgétaires. Je pense qu'on peut trouver des fonds.

En fin de compte, pour les vingt personnes qui ont besoin d'aide en Ontario, il faudrait que le gouvernement de la province dépense 156 000 $ par année. Franchement, on pourrait trouver ces fonds en demandant aux gens de ne pas abuser de la photocopieuse.

Je n'ai aucune question à poser, monsieur le président. Les témoins nous ont donné toutes les réponses. J'espère donc que le Comité fera une recommandation en ce sens, car nous ne parlons pas ici d'un grand nombre de personnes. Je ne suis aucunement disposé à approuver l'argument selon lequel, si nous aidons une personne, nous devrons en aider une autre.

[*Text*]

countenance at all. We should find a way of helping those who need help, period.

Senator David: I think the witnesses have pinpointed the problem in Ontario and the difficulty of reimbursement for drugs, but we must remind Senator Gigantès that the question of drugs and health care is a provincial one and, therefore, there is a difference between each province and the way each province deals with the problem. Some may be open and pay everything, others may make partial payment. Like Senator Hébert, I am surprised Ontario is a little meaner than other poorer provinces. Nevertheless, I think this is the perception of the Minister of Health and the Government of Ontario, which could easily take this step and issue an Order in Council to the effect that they will pay for all medication for this type of disease.

In Quebec we have this problem, but not with cystic fibrosis. I think all costs for drugs are paid by the Province of Quebec for this disease, as it pays for cyclosporine for heart transplant patients and kidney transplant patients, which is quite a costly drug. The patients have to take that every day of the year. They arrived at some settlement with the hospitals regarding this drug. The hospitals do not pay anything for that drug, although out-patients have to pay for their own drugs.

Ms. Staats: Especially because of the restraint in hospitals. The hospitals want more beds and more services, but the government is cutting them back. Hospital budgets have been decreased, leaving even less money for CF medication, if any was available originally.

Mr. McLeish: As I mentioned in the history, in 1975 the funds allocated to CF drugs were placed under the total hospital budgets and, therefore, had to compete with other areas of need.

Senator David: What about the foundation, which is well supported by the public? Can the foundation do something about this?

Ms. Staats: They do know of our problems, but unfortunately the foundation's main area of concern is research in order to find a cure or a treatment for cystic fibrosis. The foundation dedicates approximately 83 per cent of the moneys raised for research.

Senator David: But perhaps you and other people suffering from this disease should put more pressure on the foundation so that it goes into the field of servicing, because there will be research conducted, in any event.

Ms. Staats: Then why does the Minister of Health pay for medication for cancer patients and AIDS patients and not for our medication? I do not know of any other genetic disease with drug costs quite as high as cystic fibrosis.

[*Traduction*]

Nous devrions trouver un moyen d'aider ceux qui ont besoin d'aide, un point c'est tout.

Le sénateur David: Les témoins ont mis le doigt sur le problème qui règne en Ontario et sur la difficulté d'obtenir un remboursement du coût des médicaments, mais nous devons rappeler au sénateur Gigantès que la question des médicaments et des soins de santé relève des provinces; par conséquent, la façon dont chacune d'elles s'attaque au problème est différente. Certaines seront peut-être ouvertes et rembourseront la totalité des coûts, alors que d'autres feront des paiements partiels. Tout comme le sénateur Hébert, je suis étonné que l'Ontario soit un peu plus pingre que d'autres provinces moins nanties. Néanmoins, je pense que c'est là la perception de la ministre de la Santé et du gouvernement de l'Ontario, qui pourrait facilement rendre un décret prévoyant que la province rembourse le coût de tous les médicaments visant à traiter ce genre de maladie.

Au Québec, nous avons le même problème, mais pas avec la fibrose kystique. Je pense que tous les coûts des médicaments servant au traitement de cette maladie sont payés par la province, tout comme elle rembourse les coûts de la cyclosporine, médicament très coûteux, qui est destiné aux malades ayant subi une transplantation cardiaque ou rénale. Ils doivent absorber ce médicament tous les jours. La province a pris un arrangement avec les hôpitaux, qui ne paient rien pour ce médicament, mais les malades externes doivent payer leurs médicaments.

Mme Staats: Surtout à cause des restrictions imposées dans les hôpitaux. Ces derniers réclament un plus grand nombre de lits et de services, mais le gouvernement fait des coupes sombres. On a comprimé les budgets des hôpitaux, ce qui leur laisse encore moins d'argent, s'ils en ont déjà eu, pour payer les médicaments contre la fibrose kystique.

M. McLeish: Comme je l'ai mentionné dans l'historique, en 1975, les fonds prévus pour les médicaments contre la fibrose kystique faisaient partie des budgets d'ensemble des hôpitaux; par conséquent, ils devaient concurrencer d'autres secteurs où des fonds étaient nécessaires.

Le sénateur David: Que dire de la fondation, que le public appuie généreusement? Peut-elle intervenir?

Mme Staats: La fondation est au courant de nos problèmes, mais, malheureusement, elle s'occupe surtout de recherche, afin de trouver un remède ou un traitement contre la fibrose kystique. La fondation y consacre environ 83p. 100 des fonds recueillis.

Le sénateur David: Mais vous et d'autres personnes souffrant de cette maladie devriez peut-être exercer davantage de pressions sur la fondation pour qu'elle assure également des services, car, de toute façon, elle continuera d'effectuer de la recherche.

Mme Staats: Alors pourquoi la ministre de la Santé rembourse-t-elle le coût des médicaments destinés aux cancéreux et aux victimes du SIDA et pas de ceux qui sont nécessaires aux victimes de la fibrose kystique? Je ne connais aucune autre

[*Text*]

Senator David: As you know, it is always difficult to do something for one disease and not do it for another disease. One year there is lobbying to have a particular disease added to the program, and the next year there is lobbying for another disease to be added to the program. It goes smoothly over the years ith more diseases being added, and perhaps the time will come when there will be insurance to cover the cost of drugs available for everybody in Canada.

Senator Gigantès: And price controls on the drug companies that we should have had under Bill C-22, which we allowed to pass to let those monsters leech on the sick people.

Senator Turner: Are there any ways of preventing this disease?

Mr. McLeish: No. It is a progressive disease, so it is eventually fatal. As I mentioned, the life expectancy is 24. There is no cure, just treatment to slow the disease.

Senator David: Is there a "facteur héréditaire"?

Mr. McLeish: It is hereditary, yes.

You mentioned the foundation's role. I should also mention that the foundation provides money for the clinics to operate, to provide doctors and such, as well as research. In order for the foundation to provide drugs, that would involve a large amount of money going into something that is coming from the public purse, from charity. That is something they could not get into.

Ms. Staats: Respecting prevention, they are looking into prenatal diagnosis. They have come close to identifying the CF gene. If they are CF children, they can be relatively sure that their children will be CF children and they could choose to have an abortion, and I think that is horrible.

Senator David: I do not think there is 100 per cent certainty on this question. Sometimes it goes from one generation to another generation, and it depends if it is a man or a woman. It is not 100 per cent proven, therefore, it is difficult to make a decision on that at the present time, but that will come.

Senator Gigantès: Mr. McLeish made a very convincing case that this is an instance of preventive health care if we think in terms of preventive health care as a measure that keeps people out of hospitals, which is very expensive. One month's medication costs less than it does to keep a patient in hospital for one day. If a patient is not given medication, he will have to go to hospitals for 12 days, and that is not once a year, either. The cost of keeping a person in a hospital is many times more than a whole year's medication. So it is a true absurdity, and there are many of these absurd situations where we will save a penny in order to lose thousands of dollars.

[*Traduction*]

maladie génétique pour laquelle le coût des médicaments est aussi élevé.

Le sénateur David: Comme vous le savez, il est toujours difficile de venir en aide à certaines victimes et pas à d'autres. Une année donnée, on exerce des pressions pour faire ajouter telle maladie au programme et, l'année suivante, on fait de même pour telle autre maladie. Un plus grand nombre de maladies y sont graduellement ajoutées chaque année, et peut-être qu'un jour un régime d'assurance couvrira le coût des médicaments de tous les Canadiens.

Le sénateur Gigantès: Et, en vertu du projet de loi C-22, nous aurions dû exercer un contrôle sur les prix pratiqués par les fabricants de produits pharmaceutiques; malheureusement, nous avons permis l'adoption de ce projet de loi, de sorte que ces monstres s'en prennent aux gens malades.

Le sénateur Turner: Y a-t-il des moyens de prévenir cette maladie?

M. McLeish: Non. Comme il s'agit d'une maladie progressive, elle est fatale. Comme je l'ai mentionné, l'espérance de vie est de 24 ans. On n'y connaît aucun remède, uniquement un traitement qui en retarde la progression.

Le sénateur David: Existe-t-il un «facteur héréditaire»?

M. McLeish: En effet, c'est une maladie héréditaire.

Vous avez parlé du rôle de la fondation. Je devrais également ajouter que la fondation accorde des fonds aux cliniques afin qu'elles exercent leurs activités, qu'elles fournissent des médecins et d'autres personnes chargées de dispenser des soins, en plus d'effectuer de la recherche. Pour que la fondation fournisse des médicaments, il faudrait qu'elle puise une somme considérable dans les fonds qui lui viennent du public, des organismes de bienfaisance. Elle ne pourrait pas procéder ainsi.

Mme Staats: En ce qui concerne la prévention, les chercheurs envisagent de faire des diagnostics prénateux. Ils ont presque identifié le gène de la fibrose kystique. Si des enfants en sont atteints, ils peuvent être relativement certains que leurs enfants le seront également; ils pourront alors décider de subir un avortement, ce que je trouve horrible.

Le sénateur David: Je n'en suis pas absolument sûr. Parfois, la maladie se transmet d'une génération à l'autre, et selon que l'on est un homme ou une femme. Les études ne peuvent le prouver à coup sûr; il est donc difficile de le confirmer actuellement, mais cela viendra.

Le sénateur Gigantès: M. McLeish a présenté un argument très convaincant; en effet, il s'agit ici d'un cas de soins de santé préventifs permettant de garder des gens hors des hôpitaux, qui coûtent très cher. Des médicaments pour un mois coûtent moins cher qu'une journée d'hospitalisation. Si un malade ne reçoit pas des médicaments, il devra passer douze jours à l'hôpital, et pas seulement une fois par année. Les frais d'hospitalisation sont beaucoup plus élevés que les coûts de médicaments suffisants pour toute une année. C'est donc une situation très absurde, comme il en existe bien d'autres, où, pour épargner un sou, on dépense des milliers de dollars . . .

[*Text*]

We should stress in this committee's report that it is ridiculous to go for the small savings in order to curb the large expense because the pigeonholes in which we have placed certain problems are arranged in a certain way, and we refuse to commit ourselves to a reasonable rearrangement. I thank Mr. McLeish and Ms. Staats for bringing these points out.

The Chairman: Mr. McLeish, looking at the overall problem, which you have to deal with, and considering the limited amount of money, where do you think the emphasis should be placed across the country to help you? How much should be spent on treatment and how much should be spent on research? Is it your view that we are still making substantial progress?

Mr. McLeish: In terms of research, there have been some very encouraging signs lately. We are coming very close to finding the gene, which they did not expect to find for another 15 or 20 years, and there is good research into antibiotics that treat the infections much more precisely and, therefore, much more effectively, which also tends to be cost efficient because it does not take as many antibiotics or as long a time. So I think the research is very important and a very good job is being done.

The Chairman: Does it need greater emphasis or is it satisfactory as is?

Mr. McLeish: It is going very well as is. I am not entirely sure about the situation, but I believe most of it, if not all of it, is funded by the Foundation. Basically, they put as much money as they possibly can into it. Obviously the more research the better, because we will find a solution faster, but it is going well now.

Our main concern—at least the patient's main concern—right now is the fact that although the treatment and research are going nicely, the social policies to allow us to function and survive in society are not keeping up at all.

The Chairman: Would you explain that a little more?

Mr. McLeish: I mentioned that the antibiotics and the physiotherapy are getting better because of all of the research, but in order for us actually to make use of that, we have to be able to pay for it. If we cannot afford it, there is not much use in doing it. I think society is falling back—Ontario in particular—in that sense, in that although the medication is there, we are not able to make full use of it because of the fact that we cannot afford it.

The Chairman: In the workplace, to the extent that your people can make a contribution—I know they can in many instances, do you find policies there that are supportive and encouraging or do some of those policies need some change and improvement?

Mr. McLeish: I suppose it depends upon whom you are working for. My employer was very understanding. I was taking two to three hospital stays at three weeks a shot, and although I did lose my cheques at that time after I had used up

[*Traduction*]

Le comité devrait faire valoir dans son rapport qu'il est ridicule de se lancer dans des économies de bouts de chandelles pour essayer de freiner les dépenses importantes; nous avons mis en veilleuse certains problèmes et nous refusons de nous engager à trouver un nouvel arrangement raisonnable. Je remercie M. McLeish et Mme Staats d'avoir soulevé la question.

Le président: Monsieur McLeish, compte tenu du problème global qu'il faut régler et du fait que vous disposez de fonds limités, dans quels secteurs orienteriez-vous les efforts à l'échelle nationale? Quelles sommes devrait-on consacrer aux traitements, et quelles sommes devrait-on engager pour la recherche? A votre avis, accomplissons-nous encore des progrès importants?

M. McLeish: Sur le plan de la recherche, nous avons eu des signes très encourageants dernièrement. Nous sommes sur le point de découvrir le gène en cause; les chercheurs croyaient qu'il faudrait pour cela encore 15 ou 20 ans de recherche sur les antibiotiques permettant de traiter les infections avec beaucoup plus de précision et, partant, beaucoup plus d'efficacité, ce qui est également rentable car les patients n'ont plus à prendre autant d'antibiotiques, pendant d'aussi longues périodes. A mon avis, la recherche est donc très importante, et les chercheurs font de l'excellent travail.

Le président: Doit-on multiplier les efforts dans ce domaine, ou la situation est-elle satisfaisante?

M. McLeish: Tout va très bien en ce moment. Je ne mettrais pas ma main au feu, mais je pense que la plupart des recherches, sinon toutes, sont financées par la Fondation. Celle-ci investit le plus d'argent possible dans ces actvités. Évidemment, plus il y aura de recherche, le mieux ce sera, car on trouvera une solution plus rapidement. Cela dit, tout va bien pour l'instant.

Ce que nous déplorons surtout, ou du moins ce que les patients déplorent surtout, à l'heure actuelle, c'est que, en dépit des traitements et de la recherche qui vont bon train, les mesures sociales nous permettant de fonctionner et de survivre dans la société ne sont pas à la hauteur.

Le président: Pourriez-vous expliciter?

M. McLeish: J'ai dit précédemment que les antibiotiques et la physiothérapie se sont améliorés grâce à la recherche, mais pour pouvoir profiter de ces améliorations, il faut avoir les moyens de se payer ces traitements. Autrement, ils ne servent pas à grand-chose. Je pense que dans un sens, la société régresse, notamment en Ontario: la médication existe, mais nous ne pouvons en tirer pleinement parti car nous n'en avons pas les moyens.

Le président: Je sais que de nombreuses personnes atteintes de fibrose kystique peuvent travailler. Les mesures prises dans vos milieux de travail sont-elles utiles et encourageantes ou devrait-on modifier et améliorer certaines d'entre elles?

M. McLeish: Je suppose que tout cela dépend de votre employeur. Le mien a été très compréhensif. J'ai été hospitalisé à deux ou trois reprises durant trois semaines et, même si je n'ai pas touché de chèque une fois que mes congés de mala-

[*Text*]

all my sick leave and vacation, they were very understanding in that they allowed me to keep on working and felt that I was doing a good enough job so that I was not fired for losing so much time at work.

Senator Gigantès: What is your job, sir?

Mr. McLeish: Actually, I quit about three months ago and went on a disability pension, but I was working at the Canadian Hearing Society as an employment counsellor part-time. I did not get a chance to go into my own personal story so you missed a little bit about that. I would like to mention that approximately a year after I started working I had been spending a great deal of time looking into coverage for drug costs, and I was, as I mentioned before, developing health problems, not doing very well with my physio, and I started having severe chest pains for about a year.

At the end of one of my hospital admissions, received a drug card from Welfare after six months of negotiation; following my hospital admission, I came out needing painkillers and anti-inflammatory drugs for my chest pains, which were quite expensive. I called Welfare for my drug card, and they said that I was ineligible, and at that point I could not do without the drugs at all. I had to spend the entire day in the Welfare office negotiating with them again in order to get these drugs paid for. That is just another example of how the system tends to be damaging to one's health situation.

Senator David: Are you speaking on behalf of the Foundation or on behalf of an association of patients who have the same problem?

Mr. McLeish: The Foundation asked us to speak today mainly because we have had the problem and we know more about it that most people. We know where we have been and what is not available.

Senator David: Is there no tendency to form an association of patients, which could be quite powerful to lobby the government, especially in Ontario?

Mr. McLeish: We had a meeting of CF adults in Ontario this spring, and that was a definite thought except it was voted that we would go to the Foundation with our concerns and perhaps set up a committee within the Foundation to use their existing structure in order to get our needs met. To set up our own foundation would require a lot of work and a lot of time.

Senator David: You could form an association to be a pressure group to take your arguments to the Foundation or to any provincial government in Canada.

Mr. McLeish: One of the other concerns is that we are talking about people who spend a lot of time doing physio, taking

[*Traduction*]

die et mes congés annuels ont été épuisés, mon employeur s'est montré très compréhensif; il m'a permis de continuer à travailler et m'a fait sentir qu'en dépit de mes absences répétées, je faisais suffisamment bien mon travail pour ne pas être congédié.

Le sénateur Gigantès: Que faites-vous comme travail, monsieur?

M. McLeish: En fait, j'ai quitté mon emploi il y a trois mois et je reçois maintenant des prestations d'invalidité; je travaillais à temps partiel à la Société canadienne de l'ouïe, comme conseiller en matière d'emploi. Comme je n'ai pas pu vous raconter mon histoire, il vous manque certains détails. J'aimerais toutefois vous relater une anecdote. Je travaillais depuis environ un an et j'avais passé beaucoup de temps à étudier la question d'une couverture pour le coût des médicaments; comme je l'ai dit, j'avais des problèmes de santé, la physio n'était pas très efficace et j'avais des douleurs thoraciques aiguës depuis environ un an.

À la fin d'un de mes séjours à l'hôpital, le Bien-être social a accepté de me donner une carte pour mes médicaments, résultat de six mois de négociations; à ma sortie de l'hôpital, j'avais besoin d'analgésiques et d'anti-inflammatoires très coûteux pour apaiser mes douleurs thoraciques. J'ai communiqué avec les employés du Bien-être social pour leur demander ma carte-médicaments; on m'a alors dit que je n'y avais pas droit. Il m'était alors absolument impossible de fonctionner sans médicaments. J'ai dû passer une journée entière dans un bureau à renégocier le paiement de mes médicaments avec les employés du Bien-être social. C'est un exemple parmi tant d'autres, qui illustre bien à quel point le système peut miner la santé et les énergies de quelqu'un.

Le sénateur David: Êtes-vous le porte-parole de la Fondation ou celui d'une association de patients qui ont le même problème?

M. McLeish: La Fondation nous a demandé de prendre la parole aujourd'hui principalement parce que nous avons souffert de cette maladie et que nous la connaissons mieux que la plupart des gens. Nous savons quelles difficultés nous avons surmontées et quelles ressources manquent.

Le sénateur David: N'auriez-vous pas envie de former une association de patients, qui pourrait exercer des pressions sur le gouvernement, notamment en Ontario?

M. McLeish: Il y a eu ce printemps une réunion des adultes atteints de fibrose kystique en Ontario; nous avons effectivement songé à fonder une association, mais nous avons décidé, à l'issue d'un scrutin, de faire part de nos préoccupations à la Fondation et de créer éventuellement un comité au sein de celle-ci, de façon à utiliser la structure déjà en place pour répondre à nos besoins. Il faudrait beaucoup de temps et d'argent pour mettre sur pied notre propre association.

Le sénateur David: Vous pourriez former une association qui serait en quelque sorte un groupe de pression et qui expliquerait vos préoccupations à la Fondation et à tout gouvernement provincial du Canada.

M. McLeish: Il ne faut pas oublier qu'il est ici question de personnes qui passent énormément de temps à faire de la phy-

[*Text*]

care of their work concerns, their family concerns, and who also are not, in many cases, healthy enough to carry out a lot of other responsibilities.

Senator Turner: Mr. McLeish, is the Cystic Fibrosis Foundation a member of the United Way across Canada?

Ms. Staats: No, it is not.

Mr. McLeish: No, I do not think so.

Senator Turner: Have you ever approached that idea because every year they have a big drive and it might be possible for you to obtain funds from them in the interval.

Mr. McLeish: I do not know if they have gone that route or not.

Senator Turner: Maybe it is a route you should take a look at.

The Chairman: On behalf of the members of the committee, I want to thank Mr. McLeish and Ms. Staats for a very interesting and informative discussion. We are glad you were able to come, and we wish you well. Thank you very much. The meeting is adjourned. Our next meeting is a week from today, when we will hear from the Canadian Chiropractic Association.

The committee adjourned.

Ottawa, Tuesday, August 23, 1988

The Special Committee of the Senate on Preventive Health Care met this day at 9.30 a.m., to continue its study on preventive health care and other preventive measure of health services.

Senator Charles Turner (*Deputy Chairman*) in the Chair.

The Deputy Chairman: Honourable senators, the witnesses this morning are from the Canadian Chiropractic Association. On my immediate right is Mr. Ian D. Coulter, Ph.D., President of the Canadian Memorial Chiropractic College. On his right is his colleaque, Dr. Barry Norton, who is a chiropractor in Ottawa.

Mr. Coulter, you have the floor.

Mr. Ian D. Coulter, Ph.D., President, Canadian Memorial Chiropractic College, Toronto: Thank you, Mr. Chairman, for the opportunity of appearing before your committee this morning. I would like to go quickly through the brief that was submitted to the committee, although I do not intend to read it in full. However, I have distributed a summary and I will start by covering that summary.

Just by way of introduction, Dr. Norton, who is with me today, is a member of the board of governors of the Canadian Memorial Chiropractic College, which is the only chiropractic college in Canada. Dr. Norton is a practitioner in Ottawa and has a holistic clinic here in the city.

I am the president of the Canadian Memorial Chiropractic College and, as I pointed out, since there is only one college in

[*Traduction*]

siothérapie et à résoudre leurs problèmes professionnels et familiaux; souvent, ces personnes n'ont pas la santé voulue pour assumer beaucoup d'autres responsabilités.

Le sénateur Turner: Monsieur McLeish, la Fondation de la fibrose kystique fait-elle partie de Centraide?

Mme Staats: Non, elle n'en fait pas partie.

M. McLeish: Non, pas à ma connaissance.

Le sénateur Turner: Avez-vous déjà envisagé d'en faire partie? Chaque année, Centraide fait une grande campagne. Vous pourriez peut-être obtenir des fonds de cet organisme, en attendant.

M. McLeish: Je ne sais pas si la Fondation a fait des démarches dans ce sens.

Le sénateur Turner: Vous devriez peut-être envisager cette possibilité.

Le président: Au nom des membres du comité, je remercie M. McLeish et Mme Staats d'avoir permis cette discussion très intéressante et informative. Nous sommes heureux que vous ayez pu venir témoigner devant notre comité et nous vous souhaitons la meilleure des chances. Merci infiniment. La séance est levée. Nous nous réunirons à nouveau dans une semaine; nous entendrons alors des représentants de l'Association chiropractique canadienne.

La séance est levée.

Ottawa, le mardi 23 août 1988

Le Comité sénatorial spécial sur les soins préventifs se réunit aujourd'hui à 9 h 30, pour poursuivre son étude des soins de santé préventifs et d'autres mesures préventives des services de santé.

Le sénateur Charles Turner (*vice-président*) occupe le fauteuil.

Le vice-président: Honorables sénateurs, nos témoins, ce matin, représentent l'Association chiropractique canadienne. J'ai, à ma droite, M. Ian D. Coulter, Ph.D., président du Canadian Memorial Chiropractic College. À sa droite, se trouve son collègue, M. Barry Norton, chiropraticien à Ottawa.

M. Coulter, vous avez la parole.

M. Ian Coulter, Ph.D., président, Canadian Memorial Chiropractic College, Toronto: Je vous remercie, monsieur le président, de m'offrir la possibilité de comparaître ce matin devant votre comité. J'aimerais passer rapidement en revue le mémoire que j'ai soumis au Comité, bien que je n'aie pas l'intention d'en lire le texte intégral. J'ai cependant distribué un résumé de son contenu, et je parlerai de celui-ci pour commencer.

À titre d'information, M. Norton, qui m'accompagne aujourd'hui, est membre du Conseil d'administration du Canadian Memorial Chiropractic College, seul collège chiropractique au Canada. M. Norton pratique à Ottawa et dirige une clinique holistique dans cette ville.

Je suis président du Canadian Memorial Chiropractic College et, comme je l'ai déjà indiqué, comme c'est le seul collège

[*Text*]

Canada, we educate approximately 80 per cent of all the chiropractors who practise in this country. The other 20 per cent are educated in the U.S.A.

Mr. Chairman, by way of prefacing my remarks, I would like to go back to the Lalonde report and make the statement that it is probably not customary to congratulate politicians. However, with respect to the Lalonde report and the reports that have emanated from the federal government since that report, including the recent positions adopted by Mr. Jake Epp, the politicans in Canada deserve a tremendous vote of thanks. Internationally, the Lalonde report is recognized as one of the clearest articulations of the changing perspective towards health care. We know that the Surgeon General's report in the U.S.A. came out after the Lalonde Report. They have now admitted that they used the Lalonde report in writing the majority of their report. Therefore, the Lalonde report is a very significant and important document, not only in Canada but in the western world.

Also, in my opinion, the politicans in Canada should be congratulated for establishing what probably is the finest health care delivery system in the world and for subscribing to two policies that helped to make that possible, known in Canada as universality and accessibility of health care. The problems within the system, of course, are well known and in recent years the system has been quite extensively criticized, not only by politicians but unfortunately by many of the health care professionals who participate in it. That, in my opinion, is a little sad, because, if we are not careful, we will undermine what is probably one of the finest systems that have so far been constructed. Therefore, in terms of ill care and the treatment of sick people, Canada, in my opinion, has a superb delivery system.

However, having praised the Lalonde report we must hasten to add that there have been some weaknesses in the follow-up since that report was issued. In the summary, I make some statements as to how I think the follow-up has failed, and I list at least two of the reasons: One is that despite the importance of the Lalonde report and despite the fact that it has been subscribed to by every major government since the issuance of that report, there has not, in fact, been a radical reallocation of resources in terms of the funding of the health care system. In my opinion, if the Lalonde report had been fully understood, that should have happened.

That report proposed a change in focus from ill care or sick care to health care, and toward looking at preventive care and health enhancement. That would have implied a major shift in the way in which we allocate resources in this country. If you look at the Canadian health care system, the allocation of resources has hardly changed at all since the issuance of the Lalonde report. In other words, the resources are going mostly towards sick care.

Secondly, the follow-up of the Lalonde report has failed because some of the implications in that report were not properly thought through in terms of policy and they certainly were not implemented. There are two implications that I will touch

[*Traduction*]

du genre au Canada, nous y assurons la formation d'environ 80 p. 100 des chiropraticiens en exercice dans ce pays. Les 20 autres p. 100 reçoivent leur formation aux États-Unis.

Monsieur le président, je voudrais, pour commencer, revenir au rapport Lalonde et déclarer qu'il arrive sans doute rarement que l'on félicite des politiciens. Cependant, ce rapport ainsi que ceux qui ont été produits par le gouvernement fédéral depuis lors, y compris les récentes positions adoptées par M. Jake Epp, devraient valoir aux politiciens canadiens des félicitations bien méritées. Sur le plan international, le rapport Lalonde est considéré comme l'une des analyses les plus lucides de l'évolution de l'attitude à l'égard des soins de santé. Nous savons que le rapport du Surgeon General aux États-Unis est sorti après le rapport Lalonde. Les Américains reconnaissent maintenant qu'ils ont utilisé celui-ci pour rédiger l'essentiel du leur. Le rapport Lalonde est donc un document extrêmement important, non seulement au Canada mais dans tout le monde occidental.

D'ailleurs, à mon avis, les politiciens canadiens méritent d'être félicités pour avoir établi ce qui constitue probablement le meilleur régime de prestations de soins de santé au monde, et pour avoir souscrit à deux politiques qui ont permis d'établir ce que l'on appelle au Canada l'universalité et l'accessibilité des soins de santé. Certes, les problèmes que connaît le système sont bien connus et, ces dernières années, celui-ci a fait l'objet de vives critiques, non seulement de la part des politiciens mais, malheureusement, de beaucoup de professionnels des soins de santé qui y participent. À mon avis, c'est un peu triste car, si nous n'y veillons pas, nous allons compromettre un système qui est probablement un des meilleurs jamais édifié. Je considère donc que les services canadiens de traitement et de prestations des soins aux malades sont tout à fait remarquables.

Malgré ces louanges, nous devons nous hâter d'ajouter que le suivi de ce rapport trahit quelques faiblesses. Dans mon sommaire, j'explique comment, selon moi, ce suivi a été un échec, et j'en donne au moins deux des raisons: la première est, qu'en dépit de l'importance du rapport Lalonde et du fait qu'il a reçu l'aval de tous les gouvernements importants depuis sa publication, il n'y a, en fait, pas eu de véritable reventilation des ressources en ce qui concerne le financement des services de santé. À mon avis, cela se serait produit si le rapport Lalonde avait été pleinement compris.

Ce rapport proposait une nouvelle optique selon laquelle les soins de santé seraient privilégiés par rapport aux soins aux malades, et priorité serait donnée aux soins préventifs et à l'amélioration de l'hygiène. Cela aurait entraîné une complète réorientation de l'allocation des ressources dans ce pays. Or, dans les services de santé canadiens, l'allocation des ressources n'a pratiquement pas changé depuis la publication du rapport Lalonde. En d'autres termes, les ressources sont surtout réservées aux soins aux malades.

Deuxièmement, le rapport Lalonde n'a pas vraiment été suivi d'effet, car certaines de ses implications n'ont pas inspiré une réflexion qui aurait débouché sur des politiques et elles n'ont, en tout cas, pas été suivi d'effets. Je voudrais évoquer

[*Text*]

on, and the one I will address today is the implication that what should have been proposed following the issuance of the Lalonde report was a new type of health practitioner. In other words, if your intention is to move from a focus on ill care to a focus on wellness, or health care, there is an implication that either you reformulate the education of present practitioners or you conceive of other types of practitioners. Also, in my opinion there was a major implication in that report for educational health professionals in this country, a challenge which the university system has failed to take up. When we look at the educational system for health professionals in Canada, again we see that that has not changed at all since the Lalonde report. If the Lalonde report had been understood by educational health professionals, in my opinion the system would have changed quite drastically.

Therefore, despite the significance of the Lalonde report and its reputation internationally, if you look at the implementation of that report within Canada, there are some criticisms that must be made. What I wish to do in my presentation today is to focus on one of those implications, and that is to consider alternative forms of practitioners. This comes within the frame of reference of this committee, since you have a section that is looking at holistic and alternative practitioners.

In anticipation of appearing here today, Mr. Chairman, I did submit two papers to the committee. One of those papers was a background paper which I had submitted earlier to the task force set up by the Parliament of Canada. That report is entitled, "The Changing Health Care System", and it documents the kind of demographic and economic changes that have occurred in Canada which, in my opinion, are impacting on health. However, I do not wish to discuss that report today.

The second report I submitted to the committee is entitled "The Patient, the Practitioner and Wellness" and that is the report which I wish to address this morning. In looking at what has happened in this country with respect to health care since the issuance of the Lalonde report, we see that a choice has developed, although I am not convinced that it is a conscious choice. This is a situation where there is an understanding that the state, in a sense, will take care of you when you are ill but the individual is expected to take care of his or her own health. The program "Participaction" is perhaps the clearest expression of the perspective that somehow we need to change people's behaviour; we need to stop them smoking and encourage them to exercise; we need them to take care of their own health. I call that a type of consumer imperative. In other words, there is an onus on the consumers to do something about their own health.

I would like, therefore, to propose three points of view in my discussion today. First, I do not believe that that is a viable option for a great many individuals. It is a viable option for a very small group of people in Canada. They tend to be the better educated; they tend to be very conscious about health to begin with and they probably are already getting the best

[*Traduction*]

deux de ces implications, et celle dont je parlerai aujourd'hui est la suivante: ce que l'on aurait dû proposer, à la suite de la publication du rapport, c'est la création d'un nouveau type de praticien. En d'autres termes, si votre intention est de privilégier le bien-être physique, ou les soins de santé, par rapport aux soins aux malades, cela implique qu'il faudra revoir complètement la formation des praticiens actuels, ou concevoir d'autres types de praticiens. D'autre part, j'estime que ce rapport présentait, en filigrane, un important défi aux professionnels de la formation dans le domaine de la santé au Canada, défi que les milieux universitaires n'ont pas relevé. Lorsque l'on examine le système de formation des professionnels de la santé au Canada, on constate que rien n'a changé depuis le rapport Lalonde. Si ce rapport avait été compris par les professionnels, le système aurait été remanié.

Donc, en dépit de l'importance du rapport Lalonde et de son prestige à l'étranger, il faut reconnaître que la mise en œuvre de ses recommandations au Canada mérite certaines critiques. Ce que je voudrais faire aujourd'hui dans mon exposé, c'est mettre l'accent sur une de ces implications, à savoir, envisager la possibilité d'utiliser d'autres types de praticiens. Cela relève du mandat de ce comité, puisqu'il comporte une section qui s'intéresse aux praticiens de la médecine holistique et aux praticiens de disciplines parallèles.

En prévision de ma comparution, monsieur le Président, j'ai soumis deux documents au Comité. Le premier était un document de fond que j'avais déjà présenté au groupe de travail constitué par le Parlement du Canada. Ce rapport est intitulé «The Changing Health Care System» et décrit le genre de changements démographiques et économiques qui se sont produits au Canada, et qui, à mon avis, ont un effet sur la santé. Je n'ai cependant pas l'intention de discuter de ce rapport aujourd'hui.

Le second rapport que j'ai soumis au comité s'intitule «The Patient, the Practitioner and Wellness», et c'est de celui-là que je voudrais parler ce matin. Lorsque l'on considère ce qui s'est passé dans ce pays dans le domaine des soins de santé depuis la publication du rapport Lalonde, on constate qu'il y a maintenant un choix, bien que je ne sois pas certain qu'il soit conscient. La situation est la suivante: les gens considèrent qu'en un sens, l'État s'occupera de vous si vous êtes malade, mais que c'est à vous qu'il appartient de prendre soin de votre santé. Le programme «Participaction» est peut-être la manifestation la plus claire du point de vue de ceux qui estiment qu'il faut, d'une manière ou d'une autre, modifier le comportement des gens; il faut les empêcher de fumer et les encourager à faire de l'exercice; il est indispensable qu'ils prennent soin de leur propre santé. C'est ce que j'appelle un certain type d'impératif pour les consommateurs. En d'autres termes, c'est aux consommateurs qu'il appartient de faire un effort pour demeurer en bonne santé.

Je voudrais donc vous présenter trois points de vue. Premièrement, je ne pense pas que ce soit là une option viable pour un grand nombre de personnes, ça l'est pour un groupe très réduit de gens au Canada. Ceux-ci sont en général plus instruits; ils sont très conscients des questions de santé, et bénéficient probablement déjà des meilleurs soins de santé actuellement

[*Text*]

health care in Canada at the present time. However, that particular approach is not for the bulk of the population.

Second, I would like to argue that there will be a need for wellness practitioners and there will be a need for a delivery system based on those practitioners.

Third, I would like to tell you that there are already some wellness practitioners out there. Chiropractors are one such group, although not the only one. However, chiropractors are certainly ideally placed to deliver that form of care. Therefore, honourable senators, by way of introduction, those are the three areas I wish to cover in my submission to you this morning.

In terms of the paper I submitted dealing with the wellness practitioner, I would like to begin by making a few comments about why we have practitioners to begin with. It is one of the peculiarities of human nature that, when we become ill, we seem to need some assistance in dealing with that. I cannot think of a single culture that does not have a practitioner-based system, whether it is a shaman, a witch doctor, a bone setter or witch in some cultures or a medical doctor or a chiropractor. All cultures at all times have had practitioners. The human condition is such that we seem unable to handle fundamental issues concerning our own ill health.

If you look at the literature on the practitioner-patient relationship, you will discover very quickly that it is usually portrayed as the ideal kind of professional relationship in our society and is characterized by the phrase *credat emptor*; in other words, the interests of the patient are paramount, as opposed to the phrase *caveat emptor*, which means "let the buyer beware". This system of patient-professional relationship has been copied by other professions, such as law and psychology and so on.

However, if you refer to sociological literature, you will discover that that patient-practitioner relationship is not viewed in reality as positively as it is generally within society. In recent years, that particular relationship has come under very extensive criticism from various groups. For instance, the feminist group is one of the leaders in criticizing that relationship. That criticism has focused on the dominance of the practitioner at the cost of the patient. In Canada, one of the clearest expressions of that view is by the new patients' rights groups. You will see in our society many groups coming along to challenge that kind of relationship. We see within the women's groups a demand for home births, birthing centres and so on. There is a tremendous amount of dialogue and discussion now about whether the practioner-based system is the ideal one. Many groups are arguing that they have suffered quite badly under that system.

Most of that criticism, probably unfortunately, is aimed at medicine and not so much at chiropractic. It seems to me that in the past 20 years, particularly within the lifetime of most of us in this room, we have seen a radical change in the way we perceive practitional doctors. Most of us in this room probably

[*Traduction*]

offerts au Canada. Cependant, cette démarche ne convient pas à la majorité de la population.

Deuxièmement, j'estime qu'il faudra des praticiens spécialisés dans le maintien de l'«état de bien-être» et un système de soins dont ils seraient les piliers.

Troisièmement, je tiens à vous dire qu'il en existe déjà au Canada. Les chiropraticiens en font partie, mais ils ne sont pas les seuls. Cependant, les chiropraticiens sont certainement idéalement placés pour fournir ce genre de soins. Ce sont donc là les trois points, honorables sénateurs, dont je voudrais vous parler ce matin.

En ce qui concerne le document que j'ai soumis et qui traite du praticien spécialisé dans le maintien de «l'état de bien-être», je voudrais tout d'abord vous dire quelques mots des raisons pour lesquelles ils existent. Une des particularités de la nature humaine veut que lorsque nous tombons malades, nous semblons avoir besoin d'une aide pour faire face à notre état. Je ne pense pas qu'il y ait une seule culture qui n'ait pas un système qui s'appuie sur des spécialistes, que ce soit un shaman, un sorcier, un rebouteux ou une sorcière dans certaines cultures, ou un médecin, ou encore un chiropraticien. Toutes les cultures, sans exception, ont toujours eu des praticiens. La condition humaine est telle que nous semblons incapables de faire face aux problèmes fondamentaux qui se posent lorsque nous sommes malades.

Si vous étudiez les publications consacrées au rapport entre praticien et malade, vous constaterez très rapidement qu'on en fait habituellement le type idéal de relation professionnelle dans notre société, relation caractérisée par la formule «*credat emptor*»; en d'autres termes, l'intérêt du malade prime tout; au lieu de la formule «*caveat emptor*» qui signifie «à l'acheteur de prendre garde.» Ce type de rapport entre le malade et le professionnel a été imité par d'autres professions, telles que celle des avocats, celle des psychologues, etc.

Cependant, si vous vous reportez aux ouvrages sociologiques, vous constaterez que ce rapport entre malade et praticien n'est en fait pas considéré de manière aussi positive qu'il l'est en général au sein de la société. Ces dernières années, c'est un rapport qui a fait l'objet de vigoureuses critiques de la part de divers groupes. C'est ainsi que les féministes sont un des premiers groupes à critiquer ce rapport, critiques qui ont porté sur la domination du praticien aux dépens du malade. Au Canada, ce point de vue est particulièrement bien exprimé par les nouveaux groupes de défense des intérêts des malades. Dans notre société, de nombreux groupes commencent à attaquer ce genre de rapport. Les groupes féminins réclament l'accouchement à domicile, la création de centres d'accouchement, etc. Le système fondé sur les praticiens est très discuté en ce moment, et beaucoup doutent qu'il soit la formule idéale. Selon de nombreux groupes, leurs membres ont beaucoup souffert de ce système.

Une bonne part de ces critiques, ce qui est probablement regrettable, visent la médecine bien plus que la chiropractie. Il me semble qu'au cours de ces vingt dernières années, et en particulier depuis qu'existent la plupart de ces personnes présentes dans cette pièce, nous avons été témoins d'un changement radi-

[*Text*]

grew up with a GP, who not only delivered us but carried out operations on us, who provided home visits and who was quite different from the modern practitioner. This question therefore arises: Why has criticism occurred and why do we see in society today this extensive criticism of what really was a very prestigeous profession in the case of medicine and also a widely-accepted model within the health care system? I do not wish to get into this point, except to say that some of it has to do with economics, patients' rights groups and so on.

The bottom line is that there is now a widespread attitude that perhaps that practitioner-based system is not everything we thought it was and that maybe we should take a second look at it. The reason I raise this question here is that, if we are going to propose a wellness practitioner system, then, of course, we do not want to repeat the same mistake. If the wellness practitioner turned out to be the same kind of practitioner we now have in the illness system, we would not be much further ahead. So it is important to listen to those criticisms, and I am sure that during its deliberations the committee will hear them many times, particularly if it has consumer groups appearing before it.

The proposed solutions to the practitioner- or professional-based system have been varied. They go from calling for a complete social revolution to restructuring the entire health care system. However, the dominant one, which I believe is prevalent at least with the federal government and probably most provincial governments, is what I call the "consumer imperative"—the notion that the way to confront that problem is for the public and for patients to become much more assertive about their rights, more demanding in terms of what they will accept as health care and more rational in terms of their choices. This system puts a tremendous onus on the public to exercise choice.

The downside of this system for the public is that there is a tremendous stress put on responsibility. You are not supposed to smoke any more. Excessive alcohol is not deemed to be appropriate anymore. You are supposed to exercise. You are supposed to do something about your stress levels, your cholesterol levels and so on. So we are seeing in the media, and through publications coming out of the health promotions branch of the federal department, a tremendous onslaught on the way in which people think about their health and on trying to get people to think about it differently.

There are problems with this thrust. If we are really going to change people's behaviour, we must realize why we are making the change. We recognize now that the behaviour-induced illnesses that arise from, for example, smoking, have not been impacted upon by medicine. In fact, medicine has had very little impact on those kinds of conditions. Despite the great increase in the cost of our health care delivery system—in Ontario I believe it will be 34 per cent of the provincial budget

[*Traduction*]

cal de la manière dont nous considérons les praticiens de la médecine. La plupart des personnes ici présentes ont sans doute grandi avec un généraliste qui les a non seulement mises au monde, mais les a opérées, faisait des visites à domicile et était bien différent du praticien moderne. Il s'agit donc de répondre à la question suivante: Pourquoi ces critiques se sont-elles faites entendre et pourquoi, dans la société actuelle, sont-elles si virulentes à l'égard d'une profession considérée comme très prestigieuse et qui représentait un modèle généralement accepté dans les services de soins de santé? Je n'ai pas l'intention de m'étendre sur ce point et je me contenterai de dire que cela tient en partie à des raisons économiques, à l'action des groupes de défense des droits des malades, etc.

Cela revient à dire que l'idée que le système fondé sur les praticiens laisse à désirer et que nous ferions peut-être bien de l'examiner de plus près, est aujourd'hui très répandue. La raison pour laquelle je soulève devant vous cette question et que nous allons proposer un système dans lequel les praticiens auront pour mission de maintenir l'état de bien-être est que nous ne voulons manifestement pas commettre la même erreur. Si ce nouveau type de praticien s'avérait être le même genre de spécialiste que celui que nous retrouvons maintenant dans le service de soins aux malades, nous ne serions guère avancés. Il importe donc d'écouter ces critiques, et je suis certain qu'au cours de ces délibérations, le Comité les entendra bien des fois, en particulier si des groupes de consommateurs comparaissent devant lui.

Diverses solutions ont été proposées pour remplacer le système qui s'appuie sur des praticiens ou des professionnels. Elles vont d'une révolution sociale complète à la réorganisation de l'ensemble des services de soins de santé. Cependant, celle qui prime, du moins près du gouvernement fédéral, et probablement de la plupart des gouvernements provinciaux, est ce que j'appellerais l'«impératif du consommateur»—selon laquelle, la manière de confronter le problème consiste, pour le public et pour les malades, à affirmer leurs droits beaucoup plus vigoureusement, à se montrer plus exigeants à l'égard de ce qu'ils considèrent comme des soins de santé acceptables, et à être plus rationnels dans leurs choix. Dans un tel système, c'est au public de faire un choix, et c'est là une énorme responsabilité.

Le revers de la médaille est précisément l'existence de cette responsabilité. Vous êtes censé vous arrêter de fumer. L'abus des boissons alcooliques n'est pas acceptable. Vous êtes censé faire de l'exercice. Vous êtes censé prendre des mesures pour combattre votre niveau de stress, votre niveau de cholestérol, et tout le reste. C'est pourquoi, dans les médias et dans les publications des services de promotion de la santé du ministère fédéral, vous constatez une vigoureuse offensive pour influer sur la manière dont les gens conçoivent leur propre santé et pour essayer de les amener à voir différemment les choses.

Une telle orientation soulève des problèmes. Si nous tenons vraiment à modifier le comportement des gens, il faut que nous comprenions bien pourquoi nous apportons ce changement. Nous savons maintenant que la médecine n'a pas eu d'effets sur les maladies créées par notre comportement, comme par exemple, le fait de fumer. En fait, la médecine a eu très peu d'effet sur elles. En dépit de l'augmentation considérable du coût de nos services de soins de santé—je crois qu'en Ontario,

[*Text*]

this year—Canadians are not, comparatively speaking, healthier. In fact, smoking among women is actually escalating. So the new view has come about because we recognize that if we are going to impact upon what we call lifestyle illnesses, those things we can do something about—for example, we do not have to smoke, and the federal government has just enacted two pieces of legislation to help us stop smoking—we have, first, to change people's attitudes, and then we have to get them to change their behaviour. Without behavioural modification this system will not work; therefore, the health promotions branch has become a very important vehicle in effecting this change.

If you think about this system as a response to taking care of most of our health issues and health problems, you will realize that to exercise it you have to be very knowledgeable. You have to be fairly articulate, aggressive and demanding.

Take cholesterol as an example. I do not know what it is like for you, but my wife has had me off and on cholesterol so often now that I have given the order that I intend to keep eating butter, and I am a health professional. The literature is confusing. Different groups have different opinions. Every month there is new research that shows cholesterol is either good or bad. It is just not possible for the public to find its way through that kind of material. First, the public does not have access to the material and, second, the public does not understand it.

Let me give another example. I have been asked to explain the difference between an osteopath and a chiropractor. Even as a professional involved in the field, I have great difficulty giving a clear distinction. The two professions are extremely similar. We are educated in different places and there is no osteopathic college in Canada, but in many ways we are indistinguishable. If you look at manipulation generally, you will find that it is carried out by osteopaths, chiropractors, physiotherapists, physiatrists, massage therapists, naturopaths and so on. So a consumer in the situation of making a choice as to who will manipulate him faces a difficult decision.

To make a rational decision, you have to understand something about the educational system of the profession. You have to understand their scope of practice and their competence. You have to know a lot of very specific, detailed information. I have been in the health field for something like 20 years, and I have to tell you that I actually cannot explain to you how to choose between those groups. I can argue that we as chiropractors are better educated in manipulation than many of the groups I have mentioned, but I also know that some of the individuals in those groups are just as well educated as we are. So the point I am making is that, if you look at this move toward making the public take responsibility for its health, it is not in a position to exercise the responsibility. The responsibil-

[*Traduction*]

ils représentent 34 p. 100 du budget provincial, cette année—les Canadiens ne sont pas comparativement en meilleure santé. En réalité, le nombre des femmes qui fument augmente. La nouvelle attitude est donc due au fait que nous nous sommes rendu compte que si nous voulons combattre victorieusement ce que nous appelons les maladies causées par le mode de vie, et toutes les choses sur lesquelles nous pouvons agir—par exemple, nous ne sommes pas obligés de fumer, le gouvernement fédéral vient de voter deux lois pour nous aider à cesser de le faire—il faut commencer par modifier l'attitude des gens, puis leur comportement. Sans modification du comportement, le système ne marchera donc pas; c'est la raison pour laquelle la direction de la promotion de la santé est devenue un instrument très important de ce changement.

Si vous considérez ce système comme un moyen de régler la plupart de nos problèmes de santé, vous comprendrez que, pour le pratiquer, il faut être très bien informé. Il faut être capable de s'exprimer avec une certaine aisance, de savoir se montrer pressant et exigeant.

Prenez, par exemple, le cholestérol. Je ne sais pas comment les choses se passent pour vous, mais ma femme m'a si souvent fait passer par des alternances de régimes avec et sans cholestérol, que j'ai maintenant décrété que j'ai l'intention de continuer à manger du beurre; et pourtant, je suis un professionnel de la santé. Les publications à ce sujet encouragent la confusion. Et les opinions varient selon les groupes. Chaque mois apporte les résultats de nouvelles recherches qui montrent, selon le cas, que le cholestérol est bon pour la santé, ou au contraire, mauvais. Il est tout simplement impossible pour le public de se retrouver dans tout ce fatras. Pour commencer, il n'a pas accès à tous ces documents et, deuxièmement, il ne les comprend pas.

Permettez-moi de vous donner un autre exemple. On m'a demandé d'expliquer la différence entre un ostéopathe et un chiropraticien. Même moi qui suis professionnel, j'ai beaucoup de difficulté à faire une nette distinction entre les deux. Les deux professions sont extrêmement similaires. Nous faisons nos études dans des établissements différents et il n'existe pas de collège d'ostéopathie au Canada, mais, à bien des égards, il n'y a pas de différence. Si vous prenez les manipulations en général, vous constaterez qu'elles sont pratiquées par des ostéopathes, des chiropraticiens, des physiothérapeutes, des physiâtres, des masseurs, des naturopathes, etc. Dans un tel contexte, il est bien difficile pour le consommateur de choisir celui qui le manipulera.

Pour prendre une décision en toute connaissance de cause, il faut avoir une certaine idée du système éducatif de la profession. Il faut comprendre l'ampleur de sa pratique et de sa compétence. Il faut disposer d'une foule de renseignements détaillés, très précis. Il y a une vingtaine d'années que je travaille dans le domaine de la santé et je dois vous dire que je suis bien incapable de vous dire comment choisir entre ces divers groupes. Je peux faire valoir le fait que nous autres, chiropraticiens, avons une meilleure formation dans le domaine des manipulations que beaucoup des groupes que je viens de mentionner, mais je sais également que certains membres de ces groupes sont tout aussi instruits que nous le sommes. Autrement dit, pousser le public à assumer la responsabilité de sa santé pose

[*Text*]

ity is beyond the public's competence, its knowledge, its ability to access the knowledge. That does not mean that the public should not take responsibility. It should, and I will come to that in a minute. I am saying that it is not a pragmatic option, and the reason it is not is that it is not viable.

So my argument will be that if the various governents in Canada are really serious about getting people to change their behaviour and their lifestyles, the equation that they cannot exercise that option by themselves has to be included. What is presently happening politically is that we are being told, "The state will take care of you when you are ill and you will have universal accessible care, but you will have to look after your health and your wellness." I want to stress that I think of this choice as a political one. However, we do not tend to see the choice as a political choice. We see the state delivering care as a political choice, but we do not tend to see the individual in exercising responsibility as having a political choice. I think the matter of political choice should be debated and discussed, and I am not convinced that this is happening in Canada. I think it is happening by neglect rather than as a conscious kind of policy.

I would like to talk about what wellness is and how it fits into this kind of state and how it fits into the comments I have just made. The first problem is one of definition and what constitutes "wellness." I am sure that you will hear many definitions in the course of your hearings. The definition I give in my paper is one that has been used by the wellness conferences run in Toronto over the past two years. It reads:

> Wellness is more than a concept. It is a way of life, an integrated enjoyable approach to living that emphasizes the importance of achieving harmony in all parts of the person; mind, body and spirit. It is a lifestyle that creates the greatest potential for personal well-being. More than an absence of illness, it is a balance among all of the aspects of the person.

That nice flurry of words begs the question, "What do they mean?" The easiest way to describe "wellness" and what is happening in the health field around wellness is to look at what has happened in the health field generally. In the later nineteenth century and the beginning of the twentieth century the health field focused on illness, and the great achievements in medicine in the development of wonder drugs and surgery have focused largely on very sick people—trauma, in-stage illness, disease and so on.

Senator David: What is your reference?

Mr. Coulter: I am on page six of the brief.

Senator David: Is this definition by Sedgwick?

Mr. Coulter: I believe so.

[*Traduction*]

un problème, car ce public n'est pas en mesure d'exercer une telle responsabilité. Elle dépasse sa compétence, ses connaissances, sa capacité d'avoir accès aux connaissances requises. Cela ne signifie pas que le public ne devrait pas prendre de responsabilités, bien au contraire, et j'y viendrai dans un instant. Tout ce que je veux dire, c'est que ce n'est pas une solution pragmatique, et cela, parce qu'elle n'est pas viable.

Mon argument est donc le suivant: si les gouvernements du Canada tiennent vraiment à ce que les gens changent de comportement et de mode de vie, il faut intégrer dans l'équation le fait qu'ils ne sont pas capables d'exercer eux-même cette option. Sur le plan politique, on nous dit maintenant que «l'État s'occupera de vous lorsque vous êtes malade et que vous jouirez de l'universalité d'accès aux soins, mais il faudra que vous vous occupiez vous-même de votre santé et de votre bien-être physique». Je tiens à souligner le fait que ça me paraît être un choix politique. Pourtant, nous avons tendance à ne pas le considérer comme tel. La prestation de soins par l'État nous apparaît comme un choix politique, lorsque nous considérons l'individu qui exerce sa propre responsabilité cela ne nous paraît plus être un choix politique. J'estime que la question de choix politique devrait être débattue, et je ne suis pas du tout convaincu que c'est ce qui se passe au Canada. Ce qui s'y passe est le résultat de la négligence plutôt que d'une politique raisonnée quelconque.

J'aimerais maintenant vous dire ce qu'est la notion d'état de bien-être et de quelle manière elle s'intègre à ce genre de situation et concorde avec les observations que je viens de faire. Le premier problème consiste à définir ce qu'est l'«état de bien-être». Je suis certain qu'au cours de vos audiences vous en entendrez bien des définitions. Celle que je donne dans mon mémoire est celle qui a été utilisée aux conférences sur ce sujet tenus à Toronto au cours de ces deux dernières années:

> L'état de bien-être est plus qu'un concept. C'est un véritable mode de vie, une façon intégrée et agréable de vivre qui privilégie l'importance de l'harmonie dans toutes les parties de la personne; le corps et l'esprit. C'est un mode de vie qui offre les plus grandes possibilités de bien-être personnel. Plus qu'une absence de maladie, elle constitue un équilibre entre tous les éléments constitutifs de la personne.

Cette belle envolée soulève des questions, «Qu'est ce que cela veut dire?» La meilleure façon de décrire «l'état de bien-être» et ce qui se passe dans le domaine de la santé sur ce plan, est de considérer ce qui s'est produit dans ce domaine en général. À la fin du dix-neuvième siècle et au début du vingtième siècle, l'accent a été mis sur la lutte contre les maladies, et les grandes réalisations de la médecine grâce à la création de médicaments miracles et aux progrès de la chirurgie visaient surtout les grands malades—les victimes de traumatismes, les maladies évolutives, les maux graves, etc.

Le sénateur David: Où se trouve votre référence?

M. Coulter: À la page six du mémoire.

Le sénateur David: Est-ce la définition donnée par Sedgwick?

M. Coulter: Je crois que oui.

[*Text*]

Senator David: And it was given in 1973?

Mr. Coulter: Yes. The next thing that happened, particularly within medicine, was to move into preventive care, and this was particularly so in public health. The great impact on the health status of the population has actually come from public health. By "public health" I mean better sanitation, better standards of living, innoculation, fluoridation of the water and so on. Those kinds of things came out of the public health movement and they constitute what we call "preventive care." This is the kind of preventive care we have exported to Third World countries. Medicine moved from focusing on sick care to a concern with preventive care and public policy.

The next level is the one on which we see the greatest evidence of preventive care in Canada, and that is the move towards health education. There was a recognition that in order to prevent illness it was necessary to teach people how to do that.

The fourth level, which categorizes the federal government's position, was a move into health promotion. We went beyond education into promotion.

The last step in that hierarchy is health enhancement. We went from sick care to preventive care, then to health education and health promotion, and now we are into health enhancement. I believe it is at that level that wellness comes in. This is the belief that not only should you prevent people getting sick, and not only should you educate them or promote health, but you should encourage them to do things that will enhance their health.

A good example of this would be exercise. If you want to exercise, of course, you should have an examination to make sure you are capable of withstanding the strain. Then, to do it properly, you should be educated about how to do the proper stretching exercises in order to ensure that you do not damage yourself. We then get into health promotion, with programs such as Participaction, which may involve walking a mile a day or jogging three miles a day and so on. Exercise is health enhancing because not only does it affect your physiological state, but it is very good for reducing stress. It allows you to do a lot of leisure-time activities. You can participate in sports when you are physically fit. Therefore, by looking after leisure-time activities you, quite clearly, offset some of the stress you probably suffer from Monday to Friday by doing very bureaucratic kinds of jobs.

Now we are looking at something that not only keeps you fairly well, but enhances your wellness. That is what wellness is about. It is the steps you take to enhance your being. This involves the argument of integration of mind, body and spirit. It is a philosophical idea based on the notion that, if you look after the whole individual with a concern for spiritual and mental development, there is then the recognition that that

[*Traduction*]

Le sénateur David: Et elle a été donnée en 1973?

M. Coulter: Oui. L'étape suivante, en particulier en médecine, a été le passage aux soins préventifs, surtout dans le domaine de la santé publique. C'est celle-ci qui a eu l'effet le plus marqué sur l'état de santé de la population. Par «santé publique», j'entends une meilleure hygiène, de meilleures conditions de vie, la vaccination, le traitement de l'eau au fluor, etc. Toutes ces choses ont été le fruit du mouvement en faveur de la santé publique et constituent ce que nous appelons «les soins préventifs.» Ce sont ces soins que nous avons exportés dans les pays du Tiers-Monde. Après s'être surtout préoccupée des soins aux malades, la médecine s'est tournée vers les soins préventifs et les politiques publiques.

L'étape suivante est celle dont nous voyons les preuves les plus marquantes de soins préventifs au Canada, c'est-à-dire le mouvement en faveur de l'éducation sanitaire. On a en effet reconnu que, pour prévenir la maladie, il faut instruire les gens.

La quatrième étape, qui définit la position du gouvernement fédéral, a été marquée par un mouvement en faveur de la promotion de la santé. De l'éducation, nous sommes passés à la promotion.

La dernière étape de cette hiérarchie est l'amélioration de la santé. Nous sommes successivement passés des soins aux malades, aux soins préventifs, puis à l'éducation sanitaire et à la promotion de la santé, et maintenant nous en sommes à l'amélioration de la santé. Je crois que c'est à ce niveau qu'intervient la notion d'état de bien-être. Elle s'accompagne de la conviction qu'il ne suffit pas d'empêcher les gens de tomber malade, de les instruire ou de promouvoir la santé, mais qu'il faut également les encourager à faire tout ce qu'il faut pour améliorer leur santé.

Les exercices physiques en sont un bon exemple. Si vous voulez en faire, il faut naturellement passer un examen médical pour être sûr que vous êtes capable de les supporter. Ensuite, pour les faire correctement, il faut qu'on vous apprenne à pratiquer les exercices d'assouplissement nécessaires pour vous éviter de vous faire mal. On passe ensuite à la promotion de la santé avec des programmes tel que Participaction, dans lesquels vous marchez un mille par jour ou courez trois milles par jour, etc. L'exercice est un moyen d'améliorer la santé, non seulement parce qu'il influe sur votre état physiologique, mais parce qu'il est également très bon pour réduire le stress. Il vous permet de pratiquer un tas d'activités de loisir. Lorsque vous êtes en bonne condition physique, vous pouvez participer à toutes sortes de sports. En poursuivant des activités de loisirs vous compensez manifestement une partie du stress dont vous souffrez probablement du lundi au vendredi si vous occupez un emploi très bureaucratique.

Nous avons maintenant affaire à quelque chose qui ne vous garde pas simplement en assez bonne forme, mais améliore votre état de bien-être. C'est cela, l'état de bien-être: ce sont les mesures que vous penez pour améliorer votre condition physique et mentale. C'est là qu'intervient l'intégration du corps et de l'esprit. C'est un principe philosophique fondé sur la notion selon laquelle, si vous vous occupez de l'être tout entier avec le souci de son développement spirituel et mental, cela a des

[*Text*]

does impact on health. That is the new level and this is what the wellness movement is all about.

At the government level in Canada, we have quite clearly moved to a focus on health care away from sick care. On the individual level, particularly in the United States, we now see a wellness movement. Individuals have taken up this focus. Of course, we see this in Jane Fonda's "Workout", and all the males want to look like Paul Newman at age 64. There is tremendous mass-cultural movement along those lines.

Everyone in the wellness movement, and most of the authors, will argue that self-responsibility is the basis of wellness; that is, you have to look after yourself. That is fundamentally true in the sense that you have to share some responsibility. My argument in the paper is that this is incomplete. You really have to take some responsibility for illness too. I could not treat you, if you were ill, unless you were willing to comply. If I wanted to commit surgery, you would have to comply, and if I wanted you to take certain drugs you would have to comply. Therefore, it is true that, in terms of illness, individuals have to take some responsibility. However, this is true in what I would call a trivial sense, because, although you do have to take responsibility for health, unfortunately, that is not enough.

I would make a distinction between two kinds of health systems. One is a sick-care system that looks at ill health and another is a system which looks at wellness. We understand pretty well what the ill-care system is. If someone is having acute pains in his chest he will obviously have a pretty good idea of what to do. He may excuse himself and make an appointment to see a doctor or, alternatively, he may take an ambulance to the hospital. The system for ill care is quite clearly specified. It is well regulated and we know about it through the media.

On the other side, we have the wellness delivery system. What do you know about that? I would suggest that you probably know very little. It is unspecified; it is unregulated; it is incoherent; sometimes it is inconsistent; and, generally, it is all over the place. Very few of you probably know how to access it and you probably do not know how to exercise rational choices. My argument, therefore, is that when it comes to the wellness part of the equation, since it is so unstructured and unspecified, the public cannot find its way through it. For example, how would one go about choosing a wellness practitioner?

What I want to do during the latter part of my presentation is talk about the wellness practitioner—that is, what he is, where you would find him and how he might fit into the system.

[*Traduction*]

répercussions bénéfiques sur la santé. C'est l'atteinte d'un autre niveau, et c'est de cela qu'il s'agit, lorsque l'on parle de l'état de bien-être.

À l'échelon gouvernemental au Canada, nous avons manifestement accordé la priorité aux soins de santé par rapport aux soins aux malades. Sur le plan individuel, en particulier aux États-Unis, nous constatons aujourd'hui l'existence d'un mouvement en faveur de cet état de bien-être. Certaines personnes se sont lancées dans cette voie. C'est manifestement ce que l'on voit dans les exercices conçus par Jane Fonda, et tous les hommes veulent ressembler à Paul Newman lorsqu'ils auront 64 ans. Cela représente un prodigieux mouvement culturel de masse.

Les membres du mouvement en faveur de l'état de bien-être, et la plupart des auteurs, font valoir que le sens de la responsabilité personnelle en est le fondement, autrement dit, que c'est à vous de vous occuper de vous-même. Fondamentalement, c'est vrai, en ce sens que vous devez partager une certaine responsabilité. L'argument que je fais valoir dans mon mémoire est que cela ne suffit pas. Il faut également accepter une certaine responsabilité à l'égard de la maladie. Si vous êtes malade, il ne m'est pas possible de vous soigner à moins que vous n'acceptiez de vous soumettre à mon traitement. Si je voulais pratiquer une intervention chirurgicale sur vous, j'aurais besoin de votre acceptation, et si je voulais que vous preniez certains médicaments, j'en aurais également besoin. Il est donc vrai que lorsque l'on parle de maladie, la personne doit assumer une certaine responsabilité. Cependant, c'est une vérité que je considérerais comme triviale car, si vous devez prendre la responsabilité de votre santé, ce n'est malheureusement pas suffisant.

Je tiens à faire une distinction entre deux types de systèmes de santé. Le premier est celui des soins aux malades et est axé sur la maladie, et le second est un système dont l'objectif est l'état de bien-être. Il est assez facile de comprendre ce qu'est le premier. Si quelqu'un éprouve des douleurs aiguës à la poitrine, il sait manifestement ce qu'il doit faire. Il demandera peut-être aux personnes présentes de l'excuser et ira prendre rendez-vous avec un médecin, ou il appellera une ambulance pour se rendre à l'hôpital. Le système de soins aux malades est très clair; il est bien réglementé et nous avons appris à bien le connaître grâce aux médias.

De l'autre côté, nous avons le système qui assure l'état de bien-être. Que savez-vous de lui? Probablement très peu de choses. Il n'est pas défini; il n'est pas réglementé; il n'est pas structuré et manque parfois de cohérence; et, d'une façon générale, il a un caractère un peu anarchique. Peu d'entre vous savez probablement comment y accéder et comment exercer des choix rationnels. Ce que j'entends par là, c'est que lorsqu'on en vient à l'élément de l'équation que représente l'état de bien-être, il s'agit d'un système si peu structuré et si mal défini que le public ne sait pas comment s'en prévaloir. Comment, par exemple, choisir un praticien dans ce domaine?

Ce que je voudrais faire pour terminer mon exposé, c'est vous parler du praticien de ce système c'est-à-dire, vous dire ce qu'il est, où vous pouvez le trouver et comment il peut s'intégrer au système.

[*Text*]

One very strong group of wellness practictioners is comprised of those who practice holistic medicine. They are medical doctors who argue that medicine needs to be reformulated. When those who write about wellness practitioners describe a wellness practitioner, they describe almost the antithesis of the present medical doctor. I am not saying this as a chiropractor; I am saying this is also true of those who practice holistic medicine—they have argued that the wellness practitioner should be holistic. Modern medicine, as you know, is what we call "reductionist." It is very much into the biological sciences and deals very much with the germ theory of disease. The argument has lost sight of the individual.

On the other side, a wellness practitioner would be humanistic, that is, a very caring kind of practitioner. I would also point out that he would be naturalistic with a preference for natural remedies. Most holistic practitioners believe, as Hippocrates did, that the best care is the least care. They are therapeutic conservatives and all holistic practitioners tend to follow that mode. They would be equalitarian. It would not be a dominant kind of care. The reason for that is that there has to be a contract between the practitioner and the patient. If holistic care is to work, there has to be a contract and the patient must buy into it. It should be personable. It should focus on the individual and it should be structured to meet his needs. It should be caring. I think it should also be practised in settings that reinforce the dignity of the individual and not in those massive bureaucracies that depersonalize care or that are into high technology.

There has been much discussion in the literature about that kind of practitioner. One group within medicine is proposing that it will deliver that kind of care. The nurse practitioner has been proposed as that kind of care and there are many others out there. All of them share at least some fundamental concepts that are also shared by chiropractors. They all share the notion that health is an integration of spiritual, cultural, psychological and biological factors. They also share the belief that the body does have inherent abilities to heal itself and that the practitioner is a facilitator. They believe that you should give the body the opportunity to fight off illnesses and that you must take good care of it to make sure that it is functioning correctly.

The question then arises: If I were in government or in policy formulation, how would I decide which of these groups would be ideal wellness practitioners. I would argue that medicine is not a good choice. It is not that I am anti-medical. In fact, in terms of illness and trauma, medicine is the most powerful paradigm we have yet developed. One would have to be very ignorant not to acknowledge that. The problem is it just happens to be inappropriate when it comes to wellness, and that is so for many reasons. The paradigm asks the wrong questions at the wrong time in the wrong way and comes up with the wrong solutions, if, and only when, it comes to wellness. If you are discussing illness, however, it is a very good model.

[*Traduction*]

Un des groupes les plus solides de ces praticiens est celui de la médecine holistique. Ce sont des docteurs en médecine qui considèrent que les besoins de la médecine ont besoin d'être reformulé. Lorsque ceux qui écrivent à leur sujet les décrivent, ils présentent presque l'antithèse du médecin actuel. Je ne dis pas cela parce que je suis chiropracteur; c'est également vrai de ceux qui pratiquent la médecine holistique. On a dit que le praticien, dans un système de recherche de l'état de bien-être, devrait être holistique. Comme vous le savez, nous considérons que la médecine moderne est «réductionniste.» Elle s'intéresse beaucoup aux sciences biologiques et à la théorie selon laquelle les maladies sont causés par les microbes. Mais avec tout cela, elle a perdu de vue l'individu.

En revanche, un praticien de l'autre système serait humaniste, c'est-à-dire sensible et compréhensif. J'ajouterais que sa préférence irait aux remèdes naturels. La plupart des praticiens holistiques croient, comme le faisait Hippocrate, que les meilleurs soins sont ceux qui sont réduits au minimum. Il y a des thérapeutes conservateurs, et tous les praticiens holistiques ont tendance à en faire partie. Ce sont des gens qui croient aux principes égalitaires et qui ne recherchent pas la domination du patient dans les soins qu'ils donnent. Cela s'explique par le fait qu'il doit y avoir un contrat entre le praticien et son client. Pour que le traitement holistique donne des résultats, il faut un contrat accepté par le malade. Le contrat doit être adapté aux besoins de l'individu de manière à répondre à ses besoins. Il doit également être exécuté dans un cadre qui renforce la dignité de l'individu et non au sein de bureaucraties massives qui dépersonnalisent les soins ou sont obnubilées par la technologie de pointe.

On a beaucoup écrit au sujet de ce genre de praticien. Il existe un groupe, en médecine, qui propose d'assurer ce genre de soins. On a pensé à l'infirmière pour le faire, mais il y en a beaucoup d'autres qui en seraient également capables. Tous ces gens partagent au moins quelques-uns des principes fondamentaux auxquels tiennent les chiropraticiens. Ils croient tous que la santé intègre des facteurs spirituels, culturels, psychologiques et biologiques. Ils croient également que le corps possède des propriétés qui lui permettent de se guérir tout seul et que la tâche du praticien est de faciliter ce processus. Ils croient qu'il faut donner au corps la possibilité de combattre les maladies et qu'il faut prendre bien soin de lui pour être sûr qu'il fonctionne correctement.

La question suivante se pose alors: si je faisais partie du gouvernement ou si je participais à l'élaboration des politiques, comment choisirais-je, parmi tous ces groupes, le praticien idéal d'un système qui privilégie l'état de bien-être? À mon avis, ce n'est pas aux médecins qu'il faudrait confier cette tâche. Je n'ai absolument rien contre eux et en fait, en cas de maladie et de traumatisme, la médecine est le paradigme le plus puissant que nous ayons encore jamais trouvé. Il faudrait être d'une ignorance crasse pour ne pas le reconnaître. Le problème est que la médecine ne convient pas lorsqu'il s'agit de cet état de bien-être, et cela pour bien des raisons. Dans ce cas-là, elle pose les mauvaises questions au mauvais moment, de la mauvaise manière, et présente les mauvaises solutions. Par contre, s'il s'agit de maladie, c'est un très bon modèle.

[*Text*]

The other reason I would argue against medicine is you need as much education in wellness as you do in illness if this is going to work; and where can that be fitted into a medical curriculum unless we want the achievement of a medical degree to take 10 to 12 years? I am sure we all know that medicine has been extensively criticized for not giving much education on nutrition.

The question is: Where are they going to put it? In recent years, they have had to cut back on the amount of anatomy they teach, and in many other areas as well. Where will they put this extra learning? Even if they could find a place in the curriculum, they could not introduce it without expanding the curriculum. It takes us six years of university to become wellness practitioners. We are not illness practitioners. I suggest that it would take them the same amount of time. They will already have spent seven years or so to get a medical degree. You can see that it is not pragmatic.

The last argument I would use is that there will still be a lot of illness around and medicine will still be very busy treating it. There is no suggestion here that the medical model is running down when it comes to illness. It is not. It is still making great achievements in research and in therapeutic care, and will continue to do so for some time to come. There is no other model around that can compete with it in that area. If we examine the life-threatening diseases to which we are subject, medicine is the most powerful model. My argument, therefore, is that, when it comes to wellness, medicine is inappropriate. I also do not think they can do it, because they will be flat out doing other things. I do not think it makes rational sense to choose them.

What other alternatives are there, then? To understand that, you have to go back to the nineteenth century. Many groups did oppose what I term allopathic medicine, particularly the germ theory of disease. The founder of chiropractic, Palmer, was in one of them. The founder of osteopathy, Andrew Still, was in another, but there were many of them. Homeopathy was another; naturopathy was one as well. They challenged two things about medicine at that time. First, the germ theory of disease did not explain why one person gets ill and another does not in the same environment. We all know that. We may have two friends, both of whom smoke. One gets cancer; one does not. You are puzzled as to why that is the case. We see that even with infectious diseases. Two people can both be in the same dangerous environment. One gets malaria; the other does not. The germ theory of disease could not explain that. So they challenged it on that ground. Secondly, they did not like what it did in terms of losing sight of the individual. It led to a form of medicine and practice that was very powerful but that lost sight of the individual.

[*Traduction*]

L'autre raison pour laquelle j'écarterais la médecine est qu'il faut que votre éducation dans le domaine de l'état de bien-être soit aussi poussée que dans celui de la maladie pour que cela fonctionne, et je ne vois pas comment cette formation pourrait être intégrée aux programmes des cours de médecine à moins de ne délivrer le diplôme de docteur en médecine qu'au bout de 10 ou 12 années. Nous savons tous que la formation médicale a été sévèrement critiquée pour avoir négligé la nutrition.

La question qui se pose est la suivante: Où mettre ces cours de nutrition? Ces dernières années, on a été obligé de réduire les cours d'anatomie, ainsi que ceux qui sont donnés dans beaucoup d'autres domaines. Où donc trouver une place pour ces études supplémentaires? Même si l'on pouvait trouver un créneau dans le programme, on ne pourrait le faire sans alourdir encore celui-ci. Il nous faux six années d'études universitaires pour devenir des praticiens spécialisés dans l'état de bien-être. Nous ne sommes pas des praticiens qui s'occupent des maladies. Cela demanderait donc six années de plus à des médecins qui ont déjà passé sept ans à l'université pour obtenir leur diplôme. Comme vous pouvez le voir, ce n'est guère réalisable.

Mon dernier argument est que les maladies existeront toujours et que les médecins auront de quoi faire pour les traiter. Je ne prétends pas du tout que le modèle médical est en train de péricliter, lorsqu'il s'agit de maladies; pas du tout. La recherche et les soins thérapeutiques continuent à faire des progrès remarquables, et cette tendance ne devrait pas se démentir dans les années à venir. Il n'existe aucun autre modèle qui puisse faire concurrence à la médecine dans ce domaine. La médecine est le modèle le plus efficace lorsqu'il s'agit de maladies qui peuvent être mortelles. Ma conclusion est donc que lorsqu'il s'agit du maintien de l'état de bien-être, la médecine ne convient pas, et cela d'autant moins qu'elle est totalement accaparée par d'autres préocupations. Je ne pense donc pas qu'il soit rationnel de choisir les médecins pour cette tâche.

Quelles sont donc les autres solutions? Pour le comprendre, il nous faut faire un retour au dix-neuvième siècle. De nombreux groupes étaient hostiles à ce que j'appellerais la médecine allopathique, en particulier à la théorie selon laquelle les maladies étaient causées par des microbes. Le fondateur de la chiropractie, Palmer, en faisait partie; le fondateur de l'ostéopathie, Andre Still, également, mais ils étaient nombreux à partager ces vues, notamment les homéopathes et les naturopathes. Il y avait deux choses qu'ils contestaient dans la médecine, à l'époque. En premier lieu, la théorie des causes microbiennes de la maladie n'expliquaient pas pourquoi, dans un même environnement, une personne tombe malade, et l'autre pas. L'une attrape un cancer, mais pas l'autre. C'est un mystère. On en voit même des exemples dans le cas de maladies infectieuses. Deux personnes peuvent se trouver dans le même environnement dangereux; l'une attrape la malaria, et l'autre pas. la théorie microbienne était incapable de l'expliquer. C'est sur ce plan que les homéopathes et les autres ont attaqué la médecine. Deuxièmement la négation de l'individu leur déplaisait. C'est ainsi qu'on a abouti à une forme de médecine et de pratiques, certes très efficaces, mais qui perdaient de vue l'individu.

[*Text*]

So there were several disciplines that developed. One of the things we forget, now that we are in this latter part of the twentieth century, is that in the nineteenth century many of them successfully competed with medicine. Homeopathy competed very successfully with medicine. If you travel throughout the United States, you will see, on the buildings of many of the old medical schools: "Homeopathic Medicine". That is what they were. They were colleges of homeopathy. As the twentieth century went on, and as we had two world wars and got into very drastic surgery, biomedicine, or allopathic medicine, became dominant and became the gatekeeper of our system. I want you to understand that there were other alternatives and that they have remained. Some, like osteopathy, became virtually part of medicine in the United States. Groups like chiropractic did not. They remained independent. They paid a terrible price for that, but throughout that whole history they remained independent. What those groups had was a metaphysical belief in the ability of the body to heal itself. This was called vitalism. They developed a philosophy of health care called holistic health care. They developed a set of therapies, largely natural. They developed their own niche within the health care system.

Interestingly enough, when you look at writings from contemporary holistic medicine, the language they use and the concepts they use are absolutely identical to those earlier groups. That is interesting, because for 50 or 60 years medicine has labelled those early groups blatantly as quacks. Now, of course, they are using the same concepts. If I showed you the writings of D.D. Palmer and the writings from modern holistic medicine, you could not tell me who wrote which. They are indistinguishable. Words like "homeostasis" and "disease" and "vitalism" are used. They are the same concepts. The point I am making is that alternative practitioners have always existed. Most of them operated in what I would call the wellness niche.

Let us take chiropractors as an example. We never did compete with medicine in the area of serious illness. We do not treat the major cancers or the major traumas. If you have a very bad automobile accident, you are not going to go to a chiropractor. You may go for part of your care if you have whiplash or a spinal injury, but for very serious trauma, you are going to go to the hospital. We never did compete with them there.

In what area did chiropractors compete with them? First of all, we certainly did treat spines, or what is called the musculoskeletal system. Most of you know us for that. Unfortunately, to describe us as that kind of specialist is a distortion of chiropractic, because, while it is true we deliver spinal manipulation, we deliver it within a broad wellness framework. We have always been concerned with posture, nutrition, exercise and stress management. In other words, we were always into lifestyle counselling. So if you had looked at what chiropractors were doing in the health field, as opposed to what people said

[*Traduction*]

C'est ainsi que virent le jour plusieurs disciplines. Une des choses que nous oublions, nous qui vivons la fin du vingtième siècle est qu'au dix-neuvième siècle, beaucoup d'entre elles faisaient aisément concurrence à la médecine, notamment l'homéopathie. Si vous parcourez les États-Unis, vous pourrez lire, au fronton des bâtiments de beaucoup de vieilles écoles de médecine: «Médecine homéopathique», car il s'agissait effectivement de collèges d'homéopathie. Au vingtième siècle, nous avons connu deux guerres mondiales, et avec elles, la chirurgie, la biomédecine ou médecine allopathique se sont imposées et sont devenues les gardiens de notre système. Ce que je voudrais que vous compreniez, c'est qu'il existait d'autres solutions et que celles-ci existent toujours. Certaines, telle que l'ostéopathie, ont été pratiquement intégrées à la médecine aux États-Unis. Par contre, des groupes tels que ceux des chiropraticiens sont demeurés indépendants, ce qui leur a coûté très cher, mais ils ne se sont jamais départis de cette position. Ce qui caractérisait ces groupes, c'était une foi métaphysique en la capacité du corps de se guérir lui-même. C'est ce que l'on appelait le vitalisme. Des groupes ont élaboré une conception des soins de santé appelée holistique. Ils ont mis au point une série de thérapies, naturelles pour l'essentiel, et se sont ainsi fait une place dans le système de soins de santé.

Chose curieuse, lorsque vous lisez les ouvrages de médecine holistique contemporaine, vous constatez que le langage et les concepts utilisés sont absolument identiques à ceux de ces groupes plus anciens. La chose est intéressante car, il y a 50 ou 60 années que la médecine accuse les membres de ces groupes d'être purement et simplement des charlatans. Et pourtant, aujourd'hui, elle utilise les mêmes concepts. Si je vous montrais les ouvrages de D.D. Palmer et ceux des médecins holistiques modernes, vous seriez incapable de faire la distinction car elle est effectivement impossible à faire. Des mots tels que «homeostasie», «maladie» et «vitalisme» sont utilisés dans les deux cas. Ce sont les mêmes concepts. Ce que je veux montrer, c'est qu'il a toujours existé d'autres types de praticiens. La plupart d'entre eux travaillaient dans ce que j'appellerais le créneau de l'état de bien-être.

Prenons les chiropraticiens comme exemple. Nous n'avons jamais essayé de faire concurrence aux médecins dans le domaine des maladies graves. Nous ne traitons pas les cancers ou traumatismes graves. Si vous avez un accident d'automobile très grave, vous n'allez pas chez un chiropraticien. Si vous avez subi un «coup du lapin» ou une blessure de la colonne vertébrale, vous irez peut-être le voir pour une partie de votre traitement, mais en cas de traumatisme très grave, c'est à l'hôpital que vous allez. Nous ne leur faisons donc jamais concurrence sur ces plans.

Dans quels domaines leur faisons-nous donc concurrence? Tout d'abord, nous traitons certainement les problèmes de colonne vertébrale, ou ce que l'on appelle le système musculosquelettique. La plupart d'entre vous le savez. Malheureusement, dire de nous que nous sommes des espèces de spécialistes constitue une distorsion de la chiropracxie, car, bien qu'il soit vrai que nous pratiquions des manipulations de la colonne vertébrale, nous le faisons dans le contexte plus large de l'état de bien-être. Nous nous sommes toujours intéressés à la posture, à la nutrition, à l'exercice et à la gestion du stress. En d'autres

[*Text*]

we were doing, you would have discovered very quickly that we were wellness practitioners. We were not dealing with the life-threatening diseases. We never have. We did deal with very serious conditions of the spine and other articulations, but we were into a lot of lifestyle counselling.

There is a quotation in here, which I will not repeat, from a very good study by a medical doctor called Coulehan, who describes chiropractic in that way. It is probably the best study I have seen by a medical doctor on our discipline. He is one of the few who have really understood the difference.

What does all this ultimately have to do with policy concerns that you have? Well, if you have understood the arguments I have been making, you will understand that I am proposing that, if we really are serious about preventive care, and about stopping the incredible economic burden on the well-care system, then we must investigate delivery systems. There must be somebody out there delivering wellness or health care as opposed to sick care. It has to be introduced to the public at a very early age, if we are going to keep people out of end-stage illness, out of hospitals, which are frightfully expensive, and out of that high technology system of care. We must intervene very early in the life cycle. There must be a wellness practitioner. The ancient Chinese had a system where the practitioner was paid as long as you were well. The moment you started getting ill, they reduced the fee. I quote in my submission from Samuel Butler's Erehwon, about how they threw the criminals in hospitals, and those who became ill were thrown in jail. It sounds radical, but it is a change in perspective that is basically wanted here.

There will be add-on costs to begin with. I cannot see how that can be avoided, because the moment you kick in a wellness system it will take a while before you see the end result of a reduction of illness. You cannot get around that. In Canada, there is a great reluctance to put any more money into the health care systems, for good reasons. However, I do not see how that can be avoided if you are serious about the Lalonde report. You cannot apply the Lalonde report to this society unless you are willing to take some of these kinds of steps, such as reallocating resources, re-examining who will deliver the system, putting in place a delivery system and choosing amongst the practitioners.

How would you choose the practitioners? It would be no different from how it is done now. Most of you know that there is a health professions' legislative review taking place in Ontario. They are reviewing something like 40 health professions. They have a set of criteria by which you are judged if you want to be self-regulating, if you want to be recognized, or if you have an act. One criterion is quite specific to your concern here. If you want to be self-regulating in Ontario, you have to show that

[*Traduction*]

termes, nous avons toujours été des conseillers en mode de vie. Donc, si vous considérez ce que font les chiropraticiens dans le domaine de la santé, et non ce qu'en disent les gens, vous découvrirez très rapidement que c'est de l'état de bien-être de nos patients que nous nous occupons. Nous n'avons jamais essayé de traiter des maladies potentiellement mortelles. Nous nous sommes effectivement occupés de problèmes sérieux de la colonne vertébrale et d'autres articulations mais nous avons toujours fait une large place aux conseils sur le mode de vie.

J'ai ici une citation, que je ne répéterai pas, extraite d'une excellente étude d'un médecin appelé Coulehan, qui décrit la chiropractie de cette manière. C'est probablement la meilleure étude que j'ai lue d'un médecin sur notre discipline. C'est un des rares à avoir vraiment compris la différence.

Qu'est-ce que tout ceci peut-il bien avoir affaire avec les questions de politique qui nous préoccupent? Eh bien, si vous avez compris les arguments que j'ai fait valoir, vous comprendrez également ma proposition: si nous prenons vraiment au sérieux les soins préventifs, et si nous voulons éliminer l'énorme charge économique imposée aux services de santé, un examen des divers modes de prestations de soins s'impose. Il faut, qu'en plus des soins aux maladies, il y ait quelqu'un qui fournisse des soins de santé ou qui s'occupe de l'état de bien-être des gens; et il faut que ces soins soient offerts aux membres du public dès leur jeunesse, si nous voulons leur éviter les étapes ultimes de la maladie, les hôpitaux, qui sont horriblement coûteux, et toute cette technologie de pointe du système de soins. Il nous faut intervenir très tôt dans la vie des gens. L'existence d'un praticien, qui s'occupe de leur état de bien-être, s'impose. Les Chinois d'autrefois avaient un système selon lequel le praticien était payé tant que nous étions en bonne santé. Dès que vous tombiez malade, on réduisait ses honoraires. Dans mon mémoire, je cite Erehwon, de Samuel Butler, où l'on peut lire qu'on plaçait les criminels dans les hôpitaux, et que ceux qui tombaient malade étaient jetés en prison. La méthode peut paraître radicale, mais c'est un changement de perspective dont nous avons vraiment besoin ici.

Au départ, il y aura des coûts supplémentaires. Cela me paraît impossible à éviter car dès le moment où vous ajoutez au reste un système de protection de l'état de bien-être, un certain temps s'écoulera avant que l'on puisse constater une diminution du nombre des malades. C'est inévitable. Au Canada, on répugne beaucoup à consacrer encore plus d'argent aux services de soins de santé, ce qui est très justifié. Cependant, je ne vois pas comment l'éviter si l'on prend au sérieux le rapport Lalonde. Il est impossible d'en appliquer les conclusions à cette société, à moins d'accepter de prendre certaines de ces mesures, notamment la reventilation des ressources, le réexamen des prestations, la mise en place d'un système de soins et le choix entre les praticiens.

Comment choisir ceux-ci? Comme on le fait maintenant. La plupart d'entre vous savez qu'un examen législatif des professions de la santé se déroule actuellement en Ontario. Il porte sur une quarantaine d'entre elles. La Commission a établi une série de critères qui permet de vous juger si vous désirez être autoréglementé, si vous désirez être reconnu, ou si vous êtes couvert par une loi. Il existe un critère qui relève directement de vos préoccupations. Si vous voulez être autoréglementé en

[*Text*]

you have a systematized body of knowledge and that your therapies grew out of that knowledge. You have to show that they form a unitary whole with that knowledge. This is one of the criteria that the Schwartz Committee is using in Ontario. Why could not the same criteria be applied to wellness practitioners? If you claim to be a wellness practitioner, show us you have a body of knowledge; show us that you have an educational program that expresses that; show us that your graduates have some competence in that; and show us that your therapies grow out of that body of knowledge. I suggest to you that is not a difficult problem. Applying these criteria may be messy and politicians may not like to do it, as they do not like to regulate health professions, but it can be done. It is no different from, and no more fundamentally difficult than, regulating illness practitioners. As I said, Ontario at the moment is doing the most extensive review that has been done in Canada in that area. However, every province has done it in the other area.

In closing, therefore, what I would like to say is that I think your attempt to look at alternative practitioners and holistic health care is a noble one. In our society in general, there has been the development of a terrible arrogance towards alternative practitioners under the onslaught of scientific medicine. We have come to believe that the only kind of legitimate health care is somehow scientific health care. I would suggest that if you look at the history of humankind you will discover very quickly that modern medicine has a very small part of that history and that humankind has been served very well, for most of its history, by folk healers and folk practitioners.

No alternative healer can afford to do harm to a patient; if harm is done to the patient, the alternative healer will not survive. That is true if you are a shaman, a witch-doctor or even a modern folk healer. I think our history shows that alternative health care has served our society extremely well. We know that modern medicine has iatrogenic illnesses running at 30 per cent in our society, which means that 30 per cent of the illnesses are caused by the therapy itself. So while I see medicine as being a very powerful model, and very successful, it is also a very dangerous one, and the side effects are quite strong.

I hope the committee gets the opportunity to hear from many of the alternative practitioners. I have tried to present a general perspective, not just for chiropractical, though quite clearly I see us as the major player in that area. I think we have some advantages, and I would be quite willing to discuss them with you. I do want to make it clear that it is not just chiropractors I am talking about; there is a range of alternative practitioners out there who have given good health care to people in this country, and they have done that under a lot of abuse throughout much of their history, yet they have survived, and many of them are flourishing. I think it is time that the delivery system in Canada took a real hard look at them.

[*Traduction*]

Ontario, il faut fournir la preuve que vous avez un corpus systématique de connaissances sur lesquelles sont fondées vos thérapies. Il faut montrer que celles-ci forment un tout avec ces connaissances. C'est là un des critères que le comité Schwartz utilise en Ontario. Pourquoi ne pas appliquer les mêmes critères aux praticiens spécialisés dans le maintien de l'état de bien-être? Si vous prétendez être l'un d'eux, montrez-nous que vous disposez d'un corpus de connaissances, montrez-nous que vous avez un programme d'enseignement fondé sur celui-ci; montrez-nous que vos diplômés ont des compétences dans ce domaine; et montrez-nous que vos thérapies sont inspirées de ce corpus de connaissances. Croyez-moi, ce n'est pas un problème difficile à résoudre. L'application de ces critères posera peut-être des problèmes, et les politiciens n'y seront peut-être pas favorables, pas plus qu'ils ne le sont lorsqu'on leur demande de réglementer les professions de la santé, mais cela peut se faire. Cela n'est pas différent et pas plus difficile, fondamentalement, que la réglementation des praticiens des soins aux malades. Comme je viens de le dire, l'Ontario possède actuellement un examen le plus poussé jamais effectué au Canada dans ce domaine. Cependant, chaque province l'a fait dans l'autre domaine.

En conclusion, je tiens à vous dire que votre tentative d'examen de praticiens de discipline parallèle et des soins de santé holistiques est une noble entreprise. Dans notre société en général, les progrès de la médecine scientifique ont inspiré une terrible arrogance à l'égard des autres types de praticiens. Nous en sommes venus à croire que cette médecine représente ce genre de soins de santé légitimes. Croyez-moi, si vous considérez l'histoire de l'humanité, vous verrez très rapidement que la médecine moderne ne représente qu'une très faible partie de cette histoire et que, pendant la plus grande partie de son existence, l'humanité a été fort bien servie par les guérisseurs.

Aucun guérisseur de discipline parallèle ne peut se permettre de faire du mal à un malade; il ne peut survivre qu'à ce prix. Cela demeure vrai, que vous soyez shaman, sorcier ou même guérisseur moderne. Notre histoire montre, je crois, que ces soins de santé d'un type différent ont fort bien servi notre société. Nous savons que dans la médecine moderne, 30 p. 100 des maladies sont iatrogènes, ce qui signifie que 30 p. 100 d'entre elles sont causées par la thérapie elle-même. Je considère donc, que si la médecine est un modèle très puissant, qui obtient de grands succès, c'est également un modèle très dangereux, accompagné d'effets secondaires sérieux.

J'espère que le comité aura l'occasion d'entendre un grand nombre de ce type de praticiens. J'ai essayé de vous présenter une perspective générale, qui n'était pas seulement celle d'un chiropracteur, bien que, manifestement, je considère que c'est nous qui avons le rôle le plus important dans ce domaine. Nous offrons quelques avantages, et je suis tout à fait disposé à en discuter avec vous. Je veux qu'il soit bien clair que je ne parle pas simplement des chiropracteurs; il existe toute une gamme d'autres types de praticiens qui ont offert des soins de santé de qualité aux habitants de ce pays, malgré l'opprobre dont ils ont souffert pendant une grande partie de leur histoire, mais ils ont réussi à survivre et beaucoup d'entre eux ont fort bien réussi. Je crois qu'il est temps que les responsables du système de soins au Canada étudient leur cas d'un peu plus près.

[*Text*]

Thank you, Mr. Chairman.

The Deputy Chairman: Thank you, Mr. Coulter. Dr. Norton, do you have any comments?

Dr. Barry Norton, Chiropractor, Ottawa: No, but I certainly will assist in answering any questions.

The Deputy Chairman: Then I call upon Senator David.

Senator David: I have many questions and many comments. I will try to be brief so that other members of the committee have time to ask questions.

Senator Hébert: We are anxious to hear your questions.

Senator David: As an introduction, I read your brief with great pleasure because it has philosophical aspects which are not very often given by a president of an association. As a medical doctor, I cannot agree with every paragraph, but I think I can agree with the spirit of the brief. Therefore, I enjoyed reading it even if I was a little critical of some of your sentences.

Mr. Chairman, I would have appreciated having this brief reprinted in French, but I have done my best to try to understand every word of it. As a policy, I think we should always have briefs in both official languages. That is just a marginal remark.

I have made many speeches on the theme of art and science. The art was, as far as I am concerned, always what you have described as the holistic approach to medicine. A medical doctor could have written the first 13 pages of your brief, a medical doctor who believes in art and believes in that type of holistic medicine. However, I really disagree with what is stated on page 14 of your brief where you quote the author Coulehan. You say that Coulehan wrote in medically-oriented journals a description of chiropractic, but I do not know in what medically-oriented journals.

There are at least seven affirmations on that article, which I did not read, but I think you have taken the substance of the article. In many of those affirmations I do not see the difference between a chiropractor and a medical doctor. For example, the brief states:

> Chiropractors take a different attitude toward their patients' beliefs than do medical doctors.

What does that mean?

Mr. Coulter: I think Coulehan has published three articles. In fact, he is a medical doctor.

Senator David: I suppose you have quoted that author because you are of the same opinion.

Mr. Coulter: There is no doubt that I am using Coulehan to reflect that. What is important about Coulehan—and this is the difference between medicine and chiropractic—is that he was the first person who actually looked at the health encounter as an encounter.

[*Traduction*]

Merci, monsieur le président.

Le président suppléant: Merci, M. Coulter. M. Norton, avez-vous des remarques à faire?

M. Barry Norton, chiropracteur, Ottawa: Non, mais je suis prêt à aider à répondre aux questions.

Le président suppléant: Je donne donc la parole au sénateur David.

Le sénateur David: J'ai une foule de questions et d'observations à faire. J'essayerai d'être bref de manière à ce que d'autres membres du comité aient le temps de poser leurs questions.

Le sénateur Hébert: Nous attendons vos questions avec impatience.

Le sénateur David: Je dirai, pour commencer, que j'ai lu votre mémoire avec grand plaisir car il contient des idées qui sont rarement exprimées par le président d'une association. En tant que docteur en médecine, je ne suis pas d'accord avec chaque paragraphe, mais je le suis avec l'esprit du mémoire. J'ai donc pris grand plaisir à le lire même si certaines de vos phrases m'ont inspiré quelques critiques.

Monsieur le président, j'aurais aimé que ce mémoire soit réimprimé en français, mais j'ai fait de mon mieux pour essayer de tout comprendre. Je crois que nous devrions adopter pour politique d'avoir toujours les mémoires dans les deux langues officielles. C'est juste une remarque en passant.

J'ai prononcé bien des allocutions sur le thème de l'art et de la science. Pour moi, l'art a toujours été ce que vous avez décrit comme une démarche holistique à l'égard de la médecine. Un docteur en médecine aurait pu écrire les treize premières pages de votre mémoire, à condition qu'il ait foi en l'art et en ce type de médecine holistique. Je ne suis cependant pas du tout d'accord avec ce que vous écrivez à la page 14, lorsque vous citez Coulehan. Vous dites que celui-ci a donné dans des revues à caractère médical une description de la chiropractie, mais je voudrais bien savoir dans lesquelles.

Cet article, que je n'ai pas lu, contient au moins sept affirmations, mais je crois que vous en avez restitué l'esprit. Dans beaucoup de ces déclarations, je ne vois aucune différence entre un chiropraticien et un docteur en médecine. Par exemple, on peut lire dans le mémoire que:

> «Les chiropraticiens adoptent une attitude différente de celle des médecins à l'égard des convictions de leurs malades.»

Que cela signifie-t-il?

M. Coulter: Je crois que Coulehan a publié trois articles. En fait, il est lui-même médecin.

Le sénateur David: J'imagine que vous l'avez cité parce que vous êtes du même avis que lui.

M. Coulter: Certainement. L'importance de Coulehan—et c'est là la différence entre la médecine et la chiropractie—est qu'il a été le premier à considérer le contrat avec le patient et le praticien comme une véritable rencontre.

[*Text*]

I was in the Faculty of Medicine at the University of Toronto, and along with two of my colleagues, did a study funded by the federal government. We interviewed 700 patients. One of the unusual results of that study was that the patients' experiences, whether right or wrong, when they experienced an encounter with a chiropractor, were totally different from an encounter with a medical doctor. Every patient will tell you the same thing—that is, it is different, it is a different encounter.

The truth is, if you look at the condition that is being treated, that is not different because people usually turn to medical doctors first.

Senator David: I am speaking of the attitude. I know that the technology is different. You have a manipulation technique and we have no technique except we use all of the advances of medicine. What is the difference in attitude?

Mr. Coulter: That is what I am coming to. When patients are asked what is the difference, they say it is the attitude of the doctor, and this is what Coulehan captured very well.

I won't dispute that there are many medical doctors who practise this way. When I was growing up our family doctor was exactly like that. That doctor delivered me, he did my mother's surgery and he put stitches in my foot in my home, but I do not see that kind of practitioner any more. I have not had one like that in 20 years.

I agree that there are many medical doctors who practise like this, just as there are physiotherapists who practise manipulation. The difference is that in chiropractic that kind of paradigm is taught consciously to everybody. That is the philosophy, if you like, that we embrace.

If you look at the document "Physicians for the 21st Century", you will see that that is the problem they are tackling—that is, how we get back to some of those values, how we start educating medical students back into the value system that does express itself to the patient as a caring, committed, holistic practitioner.

So you and I would have no dispute that many medical practitioners practise that way, but I think our debate with you—and I have taught medicine for many years—is whether the medical paradigm as expressed in medical schools now is like that. I think the impact of bio-medical science has kind of overwhelmed that, and the study "Physicians for the 21st Century" has made that point over and over. What they want to do is go back and re-examine what was lost, and I think they are right in doing that.

Senator David: But you did not answer my main question relating to attitude, except by saying that many doctors have the same attitude as chiropractors. I am sure there are chiropractors who do not have the attitude set out in the seven points on page 14. I am sure there are also medical doctors who do not have that attitude, but at the base we should have that type of attitude.

[*Traduction*]

Lorsque j'étais à la Faculté de médecine de l'Université de Toronto, j'ai fait, avec deux de mes collègues, une étude financière pour le gouvernement fédéral. Nous avons interrogé 700 malades. Un des résultats inhabituels de cette étude avait été que, bonne ou mauvaise, l'expérience des malades, lorsqu'ils rencontrent un chiropraticien, était totalement différente d'une rencontre avec un médecin. Tous les malades, sans exception, vous diront la même chose—cette rencontre a un caractère différent.

En vérité, si vous considérez le cas traité, il n'y a pas de différence car, habituellement, les gens font d'abord appel à un médecin.

Le sénateur David: Ce dont je parle, c'est de l'attitude. Je sais que la technologie est différente. Vous avez une technique de manipulation et nous n'en avons pas, à cela près que nous utilisons tous les progrès de la médecine. Quelle est la différence d'attitude?

M. Coulter: J'y venais. Lorsqu'on demande à des malades ce qu'est la différence, ils répondent qu'elle est dans l'attitude du médecin, c'est ce que Coulehan a très bien saisi.

Je reconnais que bien des médecins pratiquent de cette manière. Quand j'étais enfant, notre médecin de famille avait exactement ce comportement là. C'est lui qui m'a mis au monde, qui a opéré ma mère, qui m'a fait des points de suture au pied, à domicile, mais c'est là un type de praticien qui a disparu. Il y a vingt ans que je n'en ai pas rencontré de semblable.

Je reconnais que beaucoup de médecins agissent ainsi, de même qu'il y a des physiothérapistes qui pratiquent les manipulations. La différence est qu'en chiropractie, on enseigne cela à tout le monde; c'est une conception des choses à laquelle nous souscrivons tous.

Si vous étudiez le document «Physicians for the 21st Century», vous constaterez que c'est là le problème auquel les médecins ont affaire—c'est-à-dire, comment parvenir à certaines de ces valeurs, comment commencer à réapprendre aux étudiants en médecine le système de valeurs qui permet au patient de se dire qu'il a affaire à un praticien holistique convaincu et compréhensif.

Nous sommes donc tous les deux d'accord sur le fait que beaucoup de médecins pratiquent leur profession de cette manière, mais je crois que là où nos opinions divergent—et j'ai enseigné la médecine pendant bien des années—c'est sur la question de savoir si le paradigme médical tel qu'il est exprimé dans les facultés de médecine est bien tel maintenant. Je crois que les effets des sciences biomédicales ont passé tout cela, et c'est ce que «Physicians for the 21st Century» ressasse constamment. Ce que l'on veut faire, c'est un retour en arrière pour réexaminer tout ce qui a été perdu, et je crois que l'idée est bonne.

Le sénateur David: Mais vous n'avez pas répondu à ma principale question au sujet de l'attitude, sinon en disant que de nombreux médecins ont la même attitude que les chiropraticiens. Je suis bien certain qu'il existe des chiropraticiens qui n'ont pas l'attitude énoncée en sept points à la page 14. Je suis tout aussi certain qu'il y a des docteurs en médecine qui ne l'ont pas non plus, mais au départ nous devrions également avoir ce genre d'attitude.

[*Text*]

What do you mean by the words "a role or facade" found on page 14?

Mr. Coulter: One of the things that is quite different in a chiropractic encounter as between medicine is that chiropractors never developed dominance in the way medical doctors did. Medicine developed a language that is almost incomprehensible to the layman. You did not have to do that. We deal with just as complicated an anatomy and physiology as you do, but we seem to be able to relate to patients in common, everyday English. You ridiculed us for that occasionally, but we did do that.

So I think when you look at the facade, I think you have developed professional jargon that really does distance you, and I think that had to do with dominance, not communication. So I think there are elements in this kind of interaction that are getting—

Senator David: A dominance on the patient or on the public?

Mr. Coulter: Basically on the patient.

Senator David: These days when a patient does not understand something he will ask for an explanation two or three times. The doctor has to give an answer which the patient can understand, although that is not always easy.

Mr. Coulter: Absolutely. I agree with that.

Senator David: On page 15 you state "Chiropractors "do something'. They do not just sit and talk or write prescriptions." Of course, that is a reference to medical doctors.

Do you mean that doctors do not conduct any physical examinations and do not take the time—

Mr. Coulter: Actually he does not explain that very well. I found the same problem. No, that&ed880;-1 is not what it means. What it means is that one of the differences between chiropractic and medicine is that very few people intervene between the chiropractor and the patient. A patient cannot go home and give himself an adjustment—the chiropractor is going to give it to him in the course of his practice. When a patient goes to see a chiropractor, something will be done to him in the course of that visit. The treatment will not be delegated. One of the things about modern medicine is that a lot of people can be involved in the fundamental relationship between the doctor and the patient. That is what he is referring to there. Unfortunately, the quote does not make it clear.

Senator David: Then I would agree that you do your own techniques yourselves. The equivalent in medicine might be that a physiotherapist could be considered to be a technician for a doctor who has prescribed some spinal manipulation, for example. However, to say that doctors just sit, talk and write is a little exaggerated, I think.

Mr. Coulter: I would not dispute that, senator.

Senator David: At page 17 you have stated:

[*Traduction*]

Qu'entendez-vous, à la page 14, par les mots «un rôle ou une façade»?

M. Coulter: Une des différences entre une rencontre entre le patient et un chiropraticien et une rencontre avec un médecin est que les chiropraticiens n'ont jamais acquis la place dominante que se sont assurés les médecins. La médecine a mis au point un langage qui est presque incompréhensif pour le profane. Nous n'avons pas été obligé de le faire. Comme vous, nous avons affaire à une anatomie et à une physiologie tout aussi compliquées, mais nous paraissons être capables d'expliquer les choses aux malades dans la langue de tous les jours. Vous vous êtes parfois moqués de nous pour cela, mais c'est ainsi que nous procédons.

Je crois donc que lorsque l'on parle de façade, vous avez créé un jargon professionnel qui vous distancie vraiment des autres, et c'est là une forme de domination et non de communication. J'estime donc qu'il y a des éléments de ce genre d'interaction qui—

Le sénateur David: La domination du malade ou du public?

M. Coulter: Surtout du malade.

Le sénateur David: Aujourd'hui, lorsqu'un malade ne comprend pas quelque chose, il se fait répéter deux ou trois fois une explication. Le médecin est obligé de fournir une réponse qu'il puisse comprendre, bien que ce ne soit pas toujours facile.

M. Coulter: Absolument. Je suis d'accord.

Le sénateur David: À la page 15 vous écrivez que les «chiropraticiens agissent». «Ils ne se contentent pas de rester assis sur leur arrière-train, de parler ou d'écrire des ordonnances.» Bien entendu, c'est là une allusion aux médecins.

Voulez-vous dire par là que les médecins ne font pas d'examen médical et ne prennent pas le temps . . .

M. Coulter: En fait, le docteur s'explique mal. J'ai le même problème. Non, ce n'est pas ce que cela veut dire. Cela signifie que l'une des différences entre la chiropractie et la médecine est que très peu de gens s'interposent entre le chiropraticien et le patient. Le patient ne peut rentrer à la maison et se donner lui-même un traitement—le chiropraticien le fera dans l'exercice de sa profession. Quand un patient va voir un chiropraticien, on lui fait quelque chose pendant sa visite. Le traitement n'est pas délégué. L'un des aspects de la médecine moderne est que beaucoup de gens peuvent participer à la relation fondamentale entre le médecin et le patient. C'est ce à quoi nous faisons allusion. Malheureusement, la citation n'est pas claire.

Le sénateur David: Alors vous convenez que vous appliquez vos propres techniques vous-mêmes. L'équivalent en médecine pourrait être un physiothérapeute qui serait considéré comme un technicien d'un médecin ayant prescrit une manipulation de la colonne vertébrale par exemple. Mais affirmer que les médecins se contentent de rester assis, de parler et d'écrire est un peu exagéré selon moi.

M. Coulter: Sans contredit, sénateur.

Le sénateur David: À la page 17, vous déclarez:

[*Text*]

The challenge for chiropractic is first to examine its own education and practice and ask how well are we prepared to practise wellness.

How well are you prepared to practise wellness and how well are you prepared to cure illness? These are two challenges, you see. There is no conflict between the two. I think that a doctor and, perhaps, a chiropractor can be a practitioner of health and, at the same time, a practitioner of illness.

Mr. Coulter: Yes.

Senator David: In my view, it is common sense to say that neither the chiropractor nor the doctor can give to the patient all the responsibility for being well. This is a challenging aspect to medicine, and a new trend is developing in this regard. I think that where we can differ in opinion is as to the type of practitioner that is needed at any given point. Is a sociologist, for example, a doctor? Is a sociologist a chiropractor? Anyone can be at the door of entry to this system, but that person has to be quite learned. That person has to be learned in psychology, sociology, medicine and so on. Are we not trying to find the ideal person here? If so, that will take more years of education in all of the aspects of humanity than you have had as a chiropractor or I have had as a doctor. This is a difficult proposition. We could say that, at present, a general practitioner or non-specialist, what we might call a family doctor, is becoming a dispatcher.

Mr. Coulter: I think you have just hit on a key problem, senator. Ultimately we have to make some choices. I think there has to be a division of labour. I think that those working in the field of medicine will be busy enough dealing with illness for some time to come. There may be practitioners who want to expand their interests, and so on, but you will still have all kinds of illness around for a long time and the medical doctors will be the main people treating those illnesses. I repeat that there has to be a division of labour. We must be able to determine who can do the front-end work on wellness to try to stop the patients from getting ill to begin with. It seems to me that this has to be a primary contact profession. You make the point that such people have to be fairly well educated—they do. They have to have some education, at least, in respect of diagnosis. Then they have to be educated in the kind of counselling you have mentioned—psychology; some physiology; they have to know something about stress; they have to know a fair amount about nutrition. Everyone agrees that whoever the wellness practitioner is, he had better know something about nutrition. That is the only thing they agree about.

If you put all of those things together—primary contact, ability to disagnose and education in all of the other things like psychology—you will see that chiropractors make up one of the few groups that come close to it. I am not trying to speak in my own self-interest here; this can be documented. We are primarily contacted. We are not under referral. We have had

[*Traduction*]

Le défi de la chiropractie consiste à examiner d'abord nos propres enseignements et l'exercice de notre profession et à nous demander dans quelle mesure nous sommes préparés à assurer le mieux-vivre.

Dans quelle mesure êtes-vous préparés à assurer le mieux-vivre et dans quelle mesure êtes-vous préparés à soigner la maladie? Voilà deux défis, voyez-vous. Il n'y a pas de conflit entre les deux. Je crois qu'un médecin et, peut-être un chiropraticien, peut agir à la fois en fonction de la santé et de la maladie.

M. Coulter: Oui.

Le sénateur David: À mon avis, le bon sens permet d'affirmer que ni le chiropraticien ni le médecin ne peuvent confier au patient toute la responsabilité de son bien-être. C'est un défi de la médecine et une nouvelle tendance se dessine à cet égard. Là où nous pouvons diverger d'opinion, c'est quant au type de professionnel nécessaire à un moment donné. Un sociologue, par exemple, est-il un médecin? Un sociologue est-il chiropraticien? Tout le monde peut se retrouver à la porte d'entrée du système, mais il faut une formation assez poussée. Il faut une formation en psychologie, en sociologie, en médecine et ainsi de suite. N'essayons-nous pas de trouver une personne idéale? Dans ce cas, il faudra encore plus d'années de formation dans tous les aspects des humanités que vous n'en avez en tant que chiropraticien et que je n'en ai en tant que médecin. Voilà une tâche difficile. Nous pourrions dire que, à l'heure actuelle, l'omnipraticien ou le non-spécialiste, celui que nous appellerions le médecin de famille, est en train de devenir un répartiteur.

M. Coulter: Je crois que vous venez de mettre le doigt sur le problème clé, sénateur. Au bout du compte, nous devons faire des choix. Je crois qu'il faut une division du travail. Ceux qui œuvrent dans le domaine de la médecine seront assez occupés à soigner la maladie pendant un certain temps encore. Il se peut que des omnipraticiens veuillent élargir leurs intérêts et ainsi de suite, mais il y aura encore toutes sortes de maladies pendant longtemps et les médecins seront les principales personnes traitant ces maladies. Je répète qu'il faut une division du travail. Nous devons pouvoir déterminer qui peut faire le travail initial à propos du mieux-vivre afin d'essayer d'empêcher les gens de devenir malades. Il me semble que cette tâche doit être confiée à une profession qui effectue un premier contact. Vous soutenez que ces personnes doivent être assez instruites et vous avez raison. Elles doivent avoir une certaine formation, tout au moins, en matière de diagnostic. Elles doivent avoir une formation dans le genre de counselling que vous avez mentionné—en psychologie; en physiologie; elles doivent avoir des notions sur le stress; elles doivent en savoir pas mal sur la nutrition. Tous conviennent que, peu importe qui exerce la profession touchant au mieux-vivre, cette personne a intérêt à connaître la nutrition. C'est le seul point sur lequel nous nous entendons tous.

En regroupant tous ces éléments—premier contact, capacité de diagnostiquer et formation dans tous les autres domaines comme la psychologie—on se rend compte que les chiropraticiens forment l'un des rares groupes qui satisfont presque ces exigences. Je n'essaie pas de prêcher pour ma paroisse, il s'agit d'un fait établi. Nous avons un premier contact. Personne

[*Text*]

some education in diagnosis and we are well educated in terms of nutrition. We have one of the most extensive courses in nutrition.

When you look at it, then—and I am not saying that we are the only ones—chiropractors are fairly well suited. The problem to which I allude here for chiropractors can, perhaps, be best illustrated by the old expression about the one-eyed person in the land of the blind. For a long time we looked good because no one else was doing anything. When medicine was doing nothing about nutrition, we looked pretty good because we were doing a lot more.

The challenge for anyone who wants to be a wellness practitioner is to make sure that he continues to be at the cutting edge. Senator, you have introduced the notion of sociology. In our program I have given some lectures on sociology, but they are still not enough. Our students learn virtually nothing about the sociology of the family. That is terrible for a wellness practitioner. Such things can have drastic consequences for health.

There are obviously gaps in our education that do not make us ideal. We do have a lot of educational psychology—that is an important part of our program, both at the university before and during the program. You are quite right, however, senator. The key issue here for politicians and policy-makers is how to choose the practitioner. I did say, however, that I think there are criteria for evaluating that. This is not just a case of competing economic interests. There are criteria. I think that Schwartz has developed some very good rational criteria for evaluating the health professions in Ontario, although I do not like how he has applied them to those professions. One of them, in my view, is key: Do you have a systematized body of knowledge? Can you show that in your educational program there is a lifestyle counselling and so on? If not, then can the graduates be considered practitioners? I do not think so.

Senator David: I do not want to debate this subject too much, but I can assure you that medical schools are ever more alert in putting emphasis on the types of studies you have described. When you say in your brief "Last but not least, we need to establish our claim to be the primary wellness practitioner", you are speaking for chiropractors. I could make the same claim for medical health practitioners.

Mr. Coulter: Put it down to intellectual arrogance, senator.

Senator David: I do not want to speak of arrogance—I want to have a serene discussion here.

Mr. Coulter: Pluralism, then.

Senator David: Perhaps, but more and more in medicine we are becoming technicians of illness. We use all kinds of machinery, all kinds of diagnostic procedures and so on. You are talking about a practitioner who would be a technician of health, but the two are combined in many cases. Approxi-

[*Traduction*]

n'envoie les gens chez nous. Nous avons une formation nous permettant d'effectuer des diagnostics et nous avons une bonne formation en nutrition. Nous avons l'un des cours les plus approfondis qui soient en nutrition.

Alors en y pensant bien—et je ne prétends pas que nous sommes les seuls—les chiropraticiens sont assez bien préparés. Le problème auquel je fais allusion ici est peut-être illustré de la meilleure façon qui soit par le vieux dicton: au royaume des aveugles les borgnes sont rois. Pendant longtemps, nous avons eu belle allure parce que personne d'autre ne faisait quoi que ce soit. Quand la médecine s'est intéressée à la nutrition, nous avons fait assez bonne figure parce que nous sommes allés beaucoup plus loin qu'elle.

Le défi pour quiconque veut être un professionnel du mieux-vivre consiste à s'assurer qu'il reste à l'avant-garde. Sénateur, vous avez abordé la question de la sociologie. Dans notre programme, j'ai donné des cours de sociologie, mais cela ne suffit pas. Nos étudiants n'apprennent presque rien sur la sociologie de la famille. C'est terrible pour quelqu'un qui veut être un professionnel du mieux-vivre. Les conséquences sur la santé peuvent être terribles.

Il y a bien sûr dans notre formation des lacunes qui nous empêchent d'atteindre l'idéal. Nous avons une très bonne formation en psychologie—c'est une partie importante de notre programme, tant à l'université que pendant le programme. Vous avez bien raison, sénateur. La question clé pour les politiciens et pour les décideurs est comment choisir le professionnel? J'ai déclaré cependant qu'il existe des critères pour répondre à cette question. Il n'y a pas simplement des intérêts économiques qui s'opposent. Il y a des critères. Je pense que Schwartz a élaboré de très bons critères rationnels pour évaluer les professions de la santé en Ontario, encore que je n'aime pas la façon dont il les a appliqués à ces professions. L'un de ces critères est crucial, selon moi: Avez-vous un ensemble systématisé de connaissances? Pouvez-vous démontrer que, dans votre programme de formation, il existe un élément de counselling sur le mode de vie et ainsi de suite? Sinon, les diplômés peuvent-ils être considérés comme des professionnels? Je ne le crois pas.

Le sénateur David: Je ne veux pas me lancer dans un long débat sur ce sujet, mais je puis vous assurer que les écoles de médecine insistent encore plus sur le type d'études que vous avez décrites. Quand vous déclarez dans votre mémoire «Enfin et surtout, nous devons démontrer que nous pouvons prétendre être les principaux professionnels du mieux-vivre», vous parlez des chiropraticiens. Je pourrais prétendre la même chose des médecins de la santé.

M. Coulter: Par arrogance intellectuelle, sénateur.

Le sénateur David: Je ne veux pas parler d'arrogance—je veux que nous ayons une discussion sereine.

M. Coulter: Parlons de pluralisme, dans ce cas.

Le sénateur David: Peut-être, mais en médecine nous devenons de plus en plus des techniciens de la maladie. Nous utilisons toutes sortes de machines, toutes sortes de méthodes de diagnostic et ainsi de suite. Vous parlez d'un professionnel qui devrait être technicien de la santé, mais les deux se conjuguent

[*Text*]

mately 70 per cent of all patients going to see a doctor have no disease. A doctor must take care of them just the same. However, take a patient on whose heart you have operated. You have not just helped cure his heart disease—you must help him through his convalescence and you must help him prevent further complications. I do not see a separation between being a practitioner of health and a practitioner of illness. I would much prefer, then, that you as a chiropractor be described at the same time as being a promoter of health. You can cure some diseases. But I would hate to see a third type of health specialist. The definition you have given of "health" is a splendid definition, but an idealistic one.

We do the same when we define "happiness"—le bonheur. To be happy is one thing, but to find someone unhappy and make him become happy is a very difficult proposition.

I would like to ask many questions regarding the education of chiropractors, but I am sure other senators have questions.

Mr. Coulter: My paper makes an argument that shows one extreme and the other. I think you are right that there will not be those two extremes. What will be is that the primary focus of the two might differ.

Medical practitioners will deal with illness; there is no question about that. Some chiropractors quite clearly will have people come in who are seriously ill. So you cannot make that distinction. I guess what I am saying is that the primary focus of the training and the practice will be slightly different and there should be a division of labour.

Senator Hébert: Doctor David, do not apologize. This is a very fascinating exchange.

I should say that my father was a doctor, my grandfather was a doctor, all my uncles were doctors, and my aunts married doctors. During family reunions I do not remember any kind words addressed to chiropractors in those days.

At the same time—and I am a little ignorant on the subject—I have the impression that in the past few years things have changed dramatically, and chiropractors are not discriminated against by doctors and by the public in general. Perhaps this type of discrimination was justified 40 years ago in many cases, but not in all cases. For all I know, some of the chiropractors may have been black and some of the doctors in those days could have been more ignorant than they should have been.

My question is this: Is there a problem of discrimination today, discrimination at the level of funding or restrictions that certain provincial governments would have in accepting you as a normal practitioner? What is the problem now, if there is one?

Mr. Coulter: I have to divide my answer into two parts.

In the educational area in the life of the college the relationships are quite good. We have 14 MDs on our faculty. We have some very famous ones who teach in our college: for example, John Duckworth, who was Chairman of Anatomy for

[*Traduction*]

dans bien des cas. Environ 70 p. 100 des patients qui vont chez le médecin ne sont pas malades. Le médecin doit toute de même les traiter. Mais prenons l'exemple d'un patient à qui on vient de pratiquer une intervention chirurgicale. Il ne suffit pas de contribuer à soigner sa maladie de cœur, il faut l'aider pendant sa convalescence et l'aider à éviter les complications futures. Je ne vois pas de distinction entre le praticien de la santé et le praticien de la maladie. Je préférerais de loin, dans ce cas, que vous, en tant que chiropraticien, soyez décrit en même temps comme quelqu'un qui promeut la santé. Vous pouvez guérir certaines maladies. Mais je détesterais voir un troisième type de spécialiste de la santé. La définition de la santé que vous nous avez donnée est splendide mais idéaliste.

Nous faisons la même chose que nous définissons le bonheur. Être heureux est une chose, mais trouver quelqu'un de malheureux et le rendre heureux n'est pas une mince affaire.

J'aimerais poser beaucoup de questions sur la formation des chiropraticiens, mais je suis certains que les autres sénateurs ont eux aussi des questions.

M. Coulter: Je soutiens dans mon mémoire qu'il y a deux extrêmes. Je crois que vous avez raison de déclarer que nous ne verrons pas ces deux extrêmes. Mais l'accent principal mis sur l'un ou sur l'autre pourrait diverger.

Les médecins s'occuperont de la maladie, cela ne fait aucun doute. Certains chiropraticiens reçoivent certainement des gens qui sont très gravement malades. Alors, nous ne pouvons faire cette distinction. Ce que j'essaie de dire c'est que l'accent principal de la formation et de l'exercice de la profession sera légèrement différent et qu'il devrait y avoir une division du travail.

Le sénateur Hébert: Ne vous excusez pas, sénateur David. L'échange est fascinant.

Mon père était médecin, mon grand-père était médecin, tous mes oncles étaient médecins et mes tantes ont épousé des médecins. Pendant les réunions de famille, je ne me souviens pas avoir entendu à cette époque de paroles tendres envers les chiropraticiens.

Par ailleurs—et je ne connais pas grand-chose à ce sujet—j'ai l'impression que les choses ont changé radicalement au cours des dernières années et que les chiropraticiens ne font plus l'objet de discrimination de la part des médecins et du public en général. Ce genre de discrimination était peut-être bien souvent justifié il y a 40 ans. Certains chiropraticiens étaient peut-être Noirs et certains médecins de l'époque étaient peut-être plus ignorants qu'ils auraient dû l'être.

Ma question est la suivante: Existe-t-il de nos jours un problème de discrimination quant au financement ou aux restrictions que pourraient imposer certains gouvernements provinciaux avant de vous accepter comme professionnels normaux? Quel est le problème actuellement, si problème il y a?

M. Coulter: Je diviserai ma réponse en deux parties.

Dans le secteur de la formation collégiale, les relations sont assez bonnes. Nous avons 14 médecins parmi notre corps enseignant, dont certains sont très réputés, comme le docteur John Duckworth, qui a été pendant 20 ans directeur du Départe-

[*Text*]

20 years at the University of Toronto. Intellectually, in the area of joint research there are a lot of good things happening, things that were inconceivable 20 or 30 years ago.

Socially, there is no doubt that the way in which people perceive us has changed drastically. I have just returned from a four-week course at Harvard, where three chiropractic colleges took part in a course on educational management. The response was overwhelmingly positive. Most academics now are either using chiropractors or know about us. There was not one, single, negative comment from the 90 participants.

In certain pockets the relationship is great. There are chiropractors who now practice with medical doctors.

I have to make a distinction between the political realm and the social realm. At the social level there is a lot of interaction. Many of our students go through college and school with medical students, and they keep those friendships. As chiropractors become more successful and move into the well-entrenched middle class, their kids play and do all the other things and marry people who go on to be medical doctors. We now have several graduates—at this time we have one in Ottawa and three at McMaster—who are our graduates and are now in medical school. That would not have happened 30 years ago.

Now we move to the political arena. There I have to say that the fight goes on pretty viciously. Our college is seeking affiliation with a university, and at the moment is discussing with York University and the University of Victoria in British Columbia. The Ontario Medical Association is on record and has on its books a motion opposing any possible affiliation between us and the universities. I can predict that if we get anywhere near the University of Victoria or York University, they will fight it and it will be vicious and nasty. So at the political level it is still quite bad.

Last year in the United States chiropractors won a major victory in the *Wilkes* trial. That was an anti-trust suit taken primarily against the American Medical Association, but against 20 other associations as well.

That trial made Watergate and Richard Nixon look like over zealous boy scouts. What happened was that the AMA passed a Code of Ethics—and this exists with some of the associations in Canada—to make it unethical to have any association with chiropractors. You could not refer to them and you could not take referrals from them. You could not go into the colleges and teach; you could not share a building with them; you could not rent from them. The only thing you could get away with was to be married to one, but anything else, forget it.

Any medical doctors that would go into the chiropractic colleges to give a lecture got a letter saying that they would be pulled up by the discipline board and would lose their licence to practise. They then went to the Cancer Society and said, "Will you accept our Code of Ethics?" They went to the Vet-

[*Traduction*]

ment d'anatomie à l'Université de Toronto. Au niveau intellectuel, dans le domaine de la recherche conjointe, il se passe beaucoup de bonnes choses qui étaient inconcevables il y a 20 ou 30 ans.

Socialement, il ne fait aucun doute que la façon dont les gens nous perçoivent a changé radicalement. Je rentre tout juste d'un cours de quatre semaines à Harvard, où trois collèges de chiropractie ont participé à un cours sur la gestion de l'éducation. La réponse a été des plus positives. La plupart des universitaires font appel à des chiropraticiens ou nous connaissent. Nous n'avons entendu aucune remarque négative des 90 participants.

Dans certains secteurs restreints, la relation est excellente. Il y a maintenant des chiropraticiens qui exercent leur profession avec des médecins.

Je dois établir une distinction entre la sphère politique et la sphère sociale. Au niveau social, il y a beaucoup d'interaction. Bon nombre de nos étudiants poursuivent leurs études collégiales et universitaires en compagnie d'étudiants en médecine et ces amitiés se maintiennent par la suite. Comme les chiropraticiens réussissent de mieux en mieux et ont accédé à la classe moyenne bien établie, leurs enfants jouent avec tous les autres enfants et marient des étudiants en médecine. Nous avons maintenant quelques diplômés—pour le moment, il y en a un à Ottawa et trois à McMaster—qui ont décidé d'entrer en médecine. Cela aurait été impensable il y a 30 ans.

Passons maintenant au niveau politique. De ce côté, je dois dire que la lutte est plutôt hargneuse. Notre collège cherche à s'affilier à une université et discute actuellement avec l'Université York et l'Université de Victoria, en Colombie-Britannique. L'Association médicale de l'Ontario a exprimé son opposition et possède dans ses procès-verbaux une motion d'opposition à toute affiliation possible entre nous et les universités. Je peux prédire que si nous nous rapprochons de l'Université de Victoria ou de l'Université York, l'association s'y opposera et la lutte sera hargneuse et vilaine. Alors, au niveau politique, ça va plutôt mal.

L'an dernier, les chiropraticiens américains ont remporté une victoire importante au procès Wilkes. Il s'agissait d'une poursuite anti-trust principalement contre l'American Medical Association, mais aussi contre 20 autres associations.

Comparativement à ce procès, les gens impliqués dans le Watergate et Richard Nixon auraient l'air de scouts bien zélés. L'AMA avait adopté un code de déontologie—cela existe dans certaines associations au Canada—selon lequel il était interdit de s'associer avec des chiropraticiens. Il était interdit aux médecins de leur envoyer des patients ou d'accepter des patients qu'ils auraient pu envoyer. Il était interdit d'enseigner dans les collèges de chiropractie; de partager un immeuble avec les chiropraticiens, de leur louer des locaux. La seule chose qui n'était pas interdite, c'était d'épouser un chiropraticien, mais pour tout le reste, rien à faire.

Tout médecin qui allait donner un cours dans un collège de chiropractie recevait une lettre lui indiquant qu'il devrait passer devant le conseil de discipline et qu'il risquait de perdre son droit d'exercice. Ils sont ensuite allés à la Société du cancer et ont déclaré: «Acceptez-vous notre code de déontologie?» Ils

[*Text*]

erans Association; they accepted. They went to the radiologists; they went to every single, conceivable group. They went to the accrediting bodies of hospitals and they all accepted that Code of Ethics of the AMA. They closed us down.

They did it through a committee on quackery, whose purpose was to eradicate chiropractors. Unfortunately for them, they kept the documents, which were leaked and which we obtained. The purpose was total annihilation.

We are not talking 30 years ago; we are talking last year. When I was at Harvard I met a lot of the presidents from black colleges, and I went to the black caucus. They said, "What are you doing here? You are white." I said I am here because the problem I confront, of trying to educate a student to have pride and professionalism, when I know some very powerful people out there are going to describe him as a quack, is exactly the problem you have educating blacks. We face the same issues. I asked them if it was possible in the United States for someone to set up a committee at the moment and call it—and I hope this does not offend anybody, but just to illustrate the point—a Committee on Niggers. They would then go to the Association of Universities and say, "Will you exclude these people?" And to the consortium on libraries and say, "Will you exclude these people?" If that happened, you would be outraged and so would the blacks. Do you realize that happened to us last year? The *Wilkes* court trial turned that around.

Now I think you will see a drastic change, because if it happens again they will be sued and will pay a lot of money. I hate to say that that court battle had to happen, but that court battle will have effects on Canada as well. It means that in the political arena we now have the weapon to fight what was blatant discrimination. It was never recognized as discrimination. If we had been Jews or women or blacks and you had done that to us, you would have recognized it immediately as discrimination.

Yet, in this country, we have been denied access to publicly-funded institutions—no access to hospitals. We have been denied access to all publicly-funded diagnostic facilities—no access to X-rays. We have been denied access to any funding for our college. We are the only health profession that pays for its own education. My students pay three and a half times the tuition fee of a medical student, and people like Dr. Norton have to subsidize the rest. We fund ourselves entirely; we are private.

I like to dwell on the positive side. In the life of the college I have a faculty appointment in medicine that would be unheard of in any other country. I teach one day a week in the Faculty of Medicine. We have built good bonds and good bridges in the college, and it is positive. I believe that is the future.

On the political side there is some way to go.

[*Traduction*]

sont allés à l'Association des anciens combattants, qui a accepté le code. Ils sont allés voir les radiologistes; ils sont allés voir tous les groupes imaginables. Ils sont allés voir les groupes d'accréditation des hôpitaux, et tout le monde a accepté le code de déontologie de l'AMA. Ils nous ont fermé toutes les portes.

Ils se sont servis d'un comité sur le charlatanisme, dont le but était d'éliminer les chiropraticiens. Malheureusement pour eux, ils ont gardé les documents, il y a eu des fuites et nous avons obtenu ces documents. L'objectif était l'anéantissement complet.

Cela ne se passait pas il y a 30 ans, mais bien l'an dernier. Quand j'étais à Harvard, j'ai rencontré de nombreux présidents de collèges noirs et je suis allé à la réunion des Noirs. Ils m'ont dit: «Que faites-vous ici? Vous êtes blanc.» J'ai répondu: «Je suis ici parce que le problème auquel je fais face en essayant d'enseigner aux étudiants à être fiers et professionnels quand je sais que des gens très puissants les décrivent comme des charlatans est exactement le même que le vôtre quand vous enseignez aux Noirs. Nous faisons face aux mêmes problèmes.» Je leur ai demandé s'il était possible qu'aux États-Unis quelqu'un mette sur pied un comité et qu'on l'appelle—et j'espère n'offenser personne, je veux simplement illustrer mon argument—le Comité sur les nègres. Puis, on irait voir l'Association des universités en disant: «Voulez-vous exclure ces personnes?» Puis, à l'Association des bibliothèques, pour poser la même question: «Voulez-vous exclure ces personnes?» Vous seriez indignés, tout comme les Noirs. Vous rendez-vous compte que c'est ce qui nous est arrivé l'an dernier? Le procès Wilkes a renversé la vapeur.

Je pense que vous verrez un changement radical, parce que si cela se produisait à nouveau, les coupables seraient poursuivis devant les tribunaux et le payeraient très cher. Je regrette de dire que cette bataille judiciaire devait arriver, mais elle aura aussi des effets sur le Canada. Elle signifie que, dans le domaine politique, nous avons maintenant l'arme pour lutter contre ce qui était une forme de discrimination criante. On n'a jamais reconnu qu'il s'agissait de discrimination. Si nous avions été des Juifs ou des femmes ou des Noirs et que nous avions reçu un tel traitement, on aurait tout de suite reconnu qu'il s'agissait de discrimination.

Or dans ce pays, on nous a refusé l'accès à des établissements financés par les pouvoirs publics—aucun accès aux hôpitaux. On nous a refusé l'accès à toutes les installations publiques de diagnostic—aucun accès à la radiologie. On nous a refusé l'accès au financement de nos collèges. Mes étudiants paient des frais de scolarité trois fois et demie plus élevés que ceux des étudiants en médecine, et des gens comme le docteur Norton doivent financer le reste. Nous nous finançons entièrement nous-mêmes, nous sommes des établissements privés.

J'aimerais aborder le côté positif. Je suis professeur à la Faculté de médecine, ce qui serait inconcevable dans tout autre pays. J'enseigne une journée par semaine à la Faculté de médecine. Nous avons établi de bons liens et des ponts solides au collège, ce qui est positif. Je crois que l'avenir se trouve dans cette direction.

Du côté politique, il y a du chemin à parcourir.

[*Text*]

Dr. Norton: As a practitioner who has worked in the trenches for 28 years, as I look back on that period of time the circumstances and the biases that were there originally are just as vicious and just as predjudicial today as they were when I started to practice.

I do not have any more access to referrals to specialists than I did 28 years ago. I have no access to hospital X-rays when I need them, rather than duplicate service and expose the patient again to further X-ray hazard. I do not get cooperation from the hospitals.

I do not have access to lab facilities. I cannot make a diagnosis whether the person has a joint problem because of uric acid problems or whether there are other factors that may be involved.

As a person who is out there working with the public in the so-called medical profession, in my view, as an equal health care deliverer, I see very little difference now from what it was 28 years ago.

Senator David: Where are you practising now?

Dr. Norton: Here in Ottawa.

Mr. Coulter: May I make one last comment there, though? This is something that politicians have to solve. You cannot expect medicine and chiropractors to solve this one; we have had too long a history and too vicious a battle. On both sides there have been faults—I will not say that this is all one sided. I think we are the least guilty of the two parties, but I do not want to say that there were not faults on both sides.

Senator David: I think there would be a solution for that, though. You can be a doctor and a chiropractor—it simply will take two or three years more and then you will have both degrees.

Mr. Coulter: We will not touch that.

I will make one point to you, which I made in front of Joan Watson's committee when she went around the committee. One of the things that politicians have done is abrogate their responsibilities. It is up to you to decide those inter-professional boundaries, not the professionals. As René Dubois said: Health is too important to be left in the hands of physicians. I would say the same thing here.

The Deputy Chairman: Honourable senators, we have to move out of this room at 11 o'clock, so we have ten minutes left.

Senator Thériault: I sat back and enjoyed the debate between the witness and Senator David.

It is a complicated field but you are right, there are political decisions that have to be made.

It has been my experience that when it came to the political field you were pretty weak brothers compared to the medical doctors. I had to make some decisions at one time as Minister of Health for my province. I am not here to blame the medical profession for it or to absolve your profession at all—there are points to be made on both sides. I will give you an example of why I say that it is a political decision.

[*Traduction*]

M. Norton: Ayant exercé ma profession sur la ligne de feu pendant 28 ans, quand je songe à cette période, je constate que les circonstances et les préjugés qui existaient au début de ma carrière sont tout aussi acerbes et virulents qu'à mes débuts.

Je n'ai pas davantage accès aux renvois à des spécialistes qu'il y a 28 ans. Je n'ai pas accès aux radiographies des hôpitaux quand j'en ai besoin au lieu de faire double emploi et je dois exposer mes patients à nouveau aux dangers des rayons X. Je n'obtiens pas la collaboration des hôpitaux.

Je n'ai pas accès aux laboratoires. Je ne peux faire un diagnostic pour déterminer si le patient a des ennuis d'articulation à cause de problèmes liés à l'acide urique ou à cause d'autres facteurs.

En tant que personne qui travaille avec le public dans la soi-disant profession médicale, selon moi, au même titre que quelqu'un qui donne des soins de santé, je vois très peu de différence par rapport à la situation il y a 28 ans.

Le sénateur David: Exercez-vous votre profession maintenant?

M. Norton: Ici à Ottawa.

M. Coulter: Puis-je ajouter quelque chose? Voilà un problème que les politiciens doivent résoudre. On ne peut s'attendre que les médecins et les chiropraticiens le fassent. Notre histoire remonte à trop longtemps et la bataille est trop hargneuse. Les deux camps ont commis des erreurs—je ne prétendrai pas qu'un seul camp a tort. Je pense que nous sommes moins coupables que l'autre camp, mais je ne prétends pas qu'il n'y a pas de torts des deux côtés.

Le sénateur David: Je crois qu'il y aurait une solution à ce problème, cependant. Il est possible d'être médecin et chiropraticien—il suffit de deux ou trois ans de plus pour obtenir un diplôme dans les deux domaines.

M. Coulter: Nous ne toucherons pas à cela.

Je vous répéterai ce que j'ai dit devant le comité de Joan Watson. L'une des choses que les politiciens ont faite c'est d'abdiquer leurs responsabilités. C'est à vous de décider où se situe la limite entre les professions, pas aux professionnels. Comme le disait René Dubois, la santé est trop importante pour qu'on la laisse entre les mains des médecins. Je dirais la même chose.

Le président suppléant: Honorables sénateurs, nous devons quitter cette salle à 11 heures. Il nous reste donc dix minutes.

Le sénateur Thériault: J'ai prisé la discussion entre le témoin et le sénateur David.

Nous avons affaire à un domaine compliqué, mais vous avez raison d'affirmer qu'il faut prendre des décisions politiques.

J'ai appris que, dans le domaine politique, l'esprit de fraternité est bien faible par rapport à celui qui existe chez les médecins. J'ai dû prendre des décisions en tant que ministre de la Santé de ma province. Je ne suis pas ici pour jeter le blâme sur la profession médicale ni pour absoudre la vôtre en aucune façon—les deux camps ont des arguments valables. Je vous

[*Text*]

I listened to you carefully, for example, when you talked about nurses. It has been my observation, during the few years that I was responsible for health services in my province, that nurses are the most under rated health professionals in the whole field. Publicly, collectively I have still to see the medical profession come to their rescue. When I was Minister of Health for my province I was responsible for giving the nurses their first collective bargaining rights and contract, which I did in spite of the medical profession. I listened to you carefully this morning. You did not stop long to defend the nursing profession.

Those of us who are in the political field have all had to live with that. It took a hell of a long time before the dentists, for example, would acknowledge that a dental hygienist was a person who should be treated as a professional. We now know that a lot of the work that the dentists used to keep for themselves can be done, and done well, by dental hygienists. Dentists are still making as much money as they were before, but people are getting better dental care. This is what the medical profession collectively has failed to see over the years.

I am a Roman Catholic. Sometimes I think that the men in the church never wanted to admit women to be priests. I know that this is another question, but they are now running out of men priests and all kinds of priests.

There are points that you made, and Senator David took them up, but it is true. Why does society license chiropractors, permit them to practise and refuse them access to taxpayers X-Ray machines? Does it make sense? I am asking you because it is your profession that is responsible. We are not talking about individuals here—

Mr. Coulter: The answer is no.

Senator Thériault: —we are talking about professions. It does not make sense. Why does it not make sense? It does not make sense, because politically the medical profession are the powerful people.

Mr. Coulter: Let us take nurses, to move it away from medicine and chiropractors.

You are absolutely right about nurses. I do not highlight them for two reasons. First, the failure of the nurse practitioner would happen because medicine would not support it. That was a national tragedy. The nurse practitioner has a viable role. It would reduce the cost of health care and should have been supported. However, it was not because medics would not use them.

Secondly, if you look at the political reality the nurses are now politicized. You will have a horrendous problem on your hands, because they will be one of the most powerful groups in the system within the next ten years.

Senator Thériault: God bless them!

[*Traduction*]

donnerai un exemple illustrant pourquoi il s'agit d'une décision politique.

Je vous ai écouté attentivement quand vous avez parlé des infirmiers et des infirmières. J'ai constaté, pendant les quelques années où j'ai été responsable des services de santé dans ma province, que les infirmiers et les infirmières sont les professionnels de la santé les plus mal considérés. Publiquement, collectivement, je n'ai pas encore vu les médecins venir à leur rescousse. Quand j'étais ministre de la Santé, j'ai donné aux infirmiers et aux infirmières leurs premiers droits à des conventions collectives et leur première convention collective, malgré les objections des médecins. Je vous ai écouté attentivement ce matin. Vous n'avez cessé de défendre les infirmiers et infirmières.

Ceux d'entre nous qui œuvrent dans le domaine politique doivent tenir compte de cette réalité. Il a fallu très très longtemps que les dentistes, par exemple, reconnaissent qu'un hygiéniste dentaire devait être considéré comme un professionnel. Nous savons maintenant qu'une grande partie du travail que les dentistes se gardaient pour eux-mêmes peut être accompli, et bien accompli de surcroît, par les hygiénistes dentaires. Les dentistes font encore autant d'argent qu'auparavant, mais les gens reçoivent de meilleurs soins dentaires. C'est ce que la profession médicale, collectivement, n'a pas vu au fil des années.

Je suis catholique romain. Parfois, je pense que les hommes d'Église n'ont jamais voulu admettre les femmes comme prêtres. Je sais que c'est une autre question, mais on manque actuellement de prêtres et de toutes sortes de prêtres.

Certains de vos arguments ont été relevés par le docteur David, mais vous avez raison. Pourquoi la société donne-t-elle des permis aux chiropraticiens, leur permet-elle d'exercer leur profession et leur refuse-t-elle accès aux appareils de radiographie qui appartiennent aux contribuables? Est-ce logique? Je vous pose la question, parce que votre profession est responsable. Je ne vise personne personnellement—

M. Coulter: La réponse est non.

Le sénateur Thériault: Nous parlons d'une profession. Ce n'est pas logique. Pourquoi? Parce que, politiquement les médecins sont des gens puissants.

M. Coulter: Considérons les infirmiers et les infirmières pour nous éloigner de la médecine et de la chiropractie.

Vous avez tout à fait raison à leur sujet. Je ne les mets pas en vedette pour deux raisons. Premièrement, l'échec des infirmiers et infirmières est survenu parce que la médecine ne les appuyait pas. C'était une tragédie nationale. Les infirmiers et infirmières jouent un rôle important. Ils réduisent le coût des soins de santé et auraient dû être appuyés. Mais ce n'était pas parce que les médecins ne faisaient pas appel à leurs services.

Deuxièmement, quand on considère la réalité politique, on s'aperçoit que les infirmiers et infirmières sont politisés maintenant. Vous vous retrouverez avec un énorme problème sur les bras, parce qu'ils deviendront l'un des groupes les plus puissants du système d'ici dix ans.

Le sénateur Thériault: Que Dieu les bénisse!

[*Text*]

Mr. Coulter: If you do not understand that, look at the commission of inquiry at Sick Childrens' Hospital. They have learned and do not need me to defend them. They will be someone to contend with.

Senator Thériault: Well, it is time.

Mr. Coulter: I agree.

Senator Thériault: Perhaps you should tag along with them.

Mr. Coulter: Yes; I agree with that, too.

Senator Argue: You have had an interesting discussion this morning; I can tell by the contributions that are being made at this time.

For myself and our family, we have had excellent experiences with medical practitioners. Sometimes we have had beneficial results, for some members of our family, with medical practitioners who may not always be practising the normal mode, or whatever one may call it. A man that comes to mind is Dr. Girard, professor emeritus, University of Saskatchewan, who has done great things in the allergy and nutritional field. With regard to chiropractors, we have had some beneficial experiences.

You say that it is in the political arena. We all recognize, especially on Parliament Hill, that the delivery of health services is within the constitutional authority of the provinces. You get into a long debate, but it has to be something of a cooperative projection between the federal government on the one hand and the provincial government on the other hand. We are trying to do our bit in this committee by hoping that we are being constructive, and I believe that it is a constructive move.

Have you any general remarks about the role that you see the federal government playing in helping to move the system along in the direction you wish it to go?

Mr. Coulter: Yes. It has a dominant role. Quite clearly, you allocate a lot of resources. You certainly control the larger funding bodies through the MIC and the NHIDP. There are many ways in which the federal government can influence the system, particularly through the allocation of resources.

You also have to look at the great moral force, if you like, or authority, that the federal government has. When Jake Epp speaks on health—as Mr. Lalonde did—and when you pass legislation on smoking, you give a powerful message not only to Canada but also to the rest of the world. The Lalonde report is internationally respected. It is a great report, and it happened in Canada. Our delivery system is superb. The federal government has a major role, particularly in the allocation of resources, and a major, moral kind of leadership role. When it speaks on matters of health, although we recognize health as largely a provincial matter, it certainly is persuasive. Let us face it, it was the Lalonde report, not the provincial ones, that changed that perspective. Jake Epp has continued that admirably. I think he is an excellent Minister of Health.

[*Traduction*]

M. Coulter: Si vous ne comprenez pas cela, considérez la commission d'enquête à l'hôpital pour enfants. Ils ont appris et n'ont pas besoin de moi pour les défendre. Ils seront une force dont il faudra tenir compte.

Le sénateur Thériault: Il est à peu près temps.

M. Coulter: Je suis d'accord.

Le sénateur Thériault: Vous devriez peut-être les suivre de près.

M. Coulter: Oui, je suis aussi d'accord là-dessus.

Le sénateur Argue: Vous avez eu une discussion intéressante ce matin; je peux l'affirmer à cause des contributions qui sont faites maintenant.

En ce qui nous concerne, moi et ma famille, nous avons eu d'excellentes expériences avec les médecins. Parfois, nous avons vu les résultats positifs, pour certains membres de notre famille, de moyens pas toujours «normaux», si vous me permettez l'expression, employés par certains d'entre eux. Un nom me vient à l'esprit, soit celui du docteur Girard, professeur émérite de l'Université de la Saskatchewan, qui a réalisé de grandes choses dans le domaine des allergies et de la nutrition. En ce qui concerne les chiropraticiens, nous avons également eu des expériences positives.

Vous dites que le problème est politique. Nous reconnaissons tous, surtout sur la colline du Parlement, que les services de santé relèvent des provinces. On peut se lancer dans un long débat, mais il doit exister une collaboration entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial. Nous essayons de faire notre part au sein de ce comité en espérant être constructifs, et je crois que le geste est constructif.

Avez-vous des remarques générales à formuler sur le rôle que devrait jouer le gouvernement fédéral pour vous aider à amener le système dans la direction que vous voudriez lui voir prendre?

M. Coulter: Oui. Il a un rôle déterminant à jouer. Vous affectez beaucoup de ressources. Vous contrôlez les grands organismes de financement par le MIC et le NHIDP. Le gouvernement fédéral peut exercer une influence par bien des moyens, en particulier par l'affectation des ressources.

Il faut aussi considérer la grande force morale, si vous voulez, ou le pouvoir du gouvernement fédéral. Quand Jake Epp parle de la santé—comme l'a fait M. Lalonde—et quand vous adoptez une loi sur l'usage du tabac, vous lancez un message puissant non seulement au Canada mais aussi au reste du monde. Le rapport de M. Lalonde est respecté à l'échelle internationale. C'est un grand rapport et il a été réalisé au Canada. Notre régime de santé est superbe. Le gouvernement fédéral a un grand rôle à jouer, surtout dans le domaine de l'affectation des ressources et un grand rôle moral, un rôle de chef de file. Quand il parle de santé, même si nous reconnaissons que la question relève surtout des provinces, il est persuasif. Nous devons reconnaître que c'est le rapport Lalonde et non les rapports provinciaux qui ont changé les perspectives. Jake Epp a admirablement bien continué dans cette voie. Je crois qu'il est un excellent ministre de la Santé.

[*Text*]

Senator Argue: In looking over the constitutional evolution in Canada with regard to health care I guess you would say that when our medical care system was inaugurated many years ago, it was a major step forward and had to have some agreed-to constitutional changes or procedures in order to make it happen.

Therefore, if the politicians on Parliament Hill desired to go in a given direction—let us say the direction in which you wish them to go—I am sure you would agree that there is a great opportunity for the federal authorities, including members of Parliament and senators, to make an impact in bringing about this kind of leadership for Canada on an agreed basis.

Mr. Coulter: For the sake of Canadians, I would say you must do it, because, if you leave it to the professions, you will see the same kind of things that we have been discussing this morning, and it is too important to the health of Canadians to allow that to happen.

The Deputy Chairman: Honourable senators, I have been informed that, after all, we do not need to leave the room at 11.00.

Perhaps at this time, honourable senators, I might have a motion that reasonable travelling and lodging expenses be reimbursed to representatives of the Canadian Cystic Fibrosis Association and the Canadian Chiropractic Association in relation to their appearance before this Committee on Preventive Health Care.

Senator David: Mr. Chairman, I so move.

The Deputy Chairman: Honourable senators, is it agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Are there any further questions of Dr. Coulter and Dr. Norton at this time?

Senator David: Mr. Chairman, I have some questions. I am very happy that we have some time left this morning. I suppose the questions I am about to ask might seem naive, but I want to assure the witnesses that I really do not know the answers, and that is why I am asking the questions.

I would like to know if every chiropractor in Canada is a graduate of a university?

Mr. Coulter: Approximately 80 per cent of all chiropractors in Canada are university graduates. However, in Quebec, it is probably a lesser percentage than that. Although the Canadian Memorial Chiropractic College in Toronto now educates approximately 80 per cent of all graduates in all provinces of Canada, in the past most of the Quebec chiropractors were educated in the United States.

Senator David: I understand that there are approximately 8,000 chiropractors in all of Canada?

Mr. Coulter: There are approximately 2,400, senator.

Senator David: There are 2,400 practitioners and 80 per cent of them, you tell me, are graduates of a university?

[*Traduction*]

Le sénateur Argue: Compte tenu de l'évolution constitutionnelle du Canada au sujet des soins de santé, je suppose que vous diriez que, quand notre régime de santé a été mis sur pied, il y a de nombreuses années, une grande étape a été franchie et qu'il a fallu accepter des changements constitutionnels ou de nouveaux mécanismes pour que cela se produise.

Ainsi, si les politiciens sur la Colline voulaient aller dans une certaine direction—disons la direction dans laquelle vous voulez les voir se diriger—je suis certain que vous reconnaîtrez avec moi que l'administration fédérale, y compris les députés et les sénateurs, a une occasion formidable d'avoir un grand impact et de donner ce genre de leadership au Canada.

M. Coulter: Dans l'intérêt des Canadiens, vous devez le faire; si vous laissez cela aux membres de la profession, vous vous retrouverez avec le genre de choses dont nous avons parlé ce matin; c'est la santé des Canadiens qui est en jeu et nous ne pouvons laisser cela se produire.

Le président suppléant: Honorables sénateurs, on vient de m'aviser que nous ne sommes pas tenus de quitter la salle à 11 heures.

Peut-être pourrais-je à ce moment-ci avoir une motion proposant le remboursement des frais justifiés de déplacement et d'hébergement aux représentants de l'Association canadienne de la fibrose kystique et de l'Association chiropratique canadienne suite à leurs témoignages devant le comité sur les soins de santé préventifs.

Le sénateur David: Monsieur le président, je propose cette motion.

Le président suppléant: Honorables sénateurs, êtes-vous d'accord?

Des voix: Oui.

Le président suppléant: Y a-t-il d'autres questions à MM. Coulter et Norton?

Le sénateur David: Monsieur le président, j'ai quelques questions à poser. Je suis très heureux d'avoir du temps supplémentaire ce matin. Il est possible que les questions que je vais poser paraissent naïves, mais je tiens à assurer les témoins que je ne connais pas les réponses, c'est pourquoi je vais leur poser ces questions.

J'aimerais savoir si chaque chiropraticien au Canada est diplômé d'une université?

M. Coulter: Environ 80 p. 100 de tous les chiropraticiens au Canada sont des diplômés d'université. Toutefois, au Québec, ce pourcentage est probablement moins élevé. Bien que le Canadian Memorial Chiropractic College à Toronto voie passer dans ses classes environ 80 p. 100 de tous les diplômés des provinces du Canada, par le passé la plupart des chiropraticiens du Québec suivaient leurs cours aux États-Unis.

Le sénateur David: Je crois savoir qu'il y a environ 8 000 chiropraticiens au pays, n'est-ce pas?

M. Coulter: Il y en a environ 2 400.

Le sénateur David: Il y a donc 2 400 chiropraticiens, et vous nous dites que 80 p. 100 d'entre eux sont diplômés d'une université?

[*Text*]

Mr. Coulter: Yes.

Senator David: Can you tell me what these universities are and where they are?

Mr. Coulter: Senator, there is only one, which is the Canadian Memorial Chiropractic College in Toronto. That is the only college in Canada.

Senator David: How many graduates do you have every year?

Mr. Coulter: We have had a fixed enrolment since 1975. We take in 150 applicants every year and, due to attrition, we usually graduate approximately 136 or 138. Therefore, we go from 150 down to 130-something every year.

Senator David: Are the 20 per cent of chiropractors who are not graduates of a university part of your association?

Mr. Coulter: Yes they are. Not only that, but they also support the college. Therefore, if you are a practitioner in Alberta, you may have graduated from a college in the United States and paid the full cost of your education there, but still subsidize the students at the college in Toronto.

However, with respect to membership, in many provinces it is compulsory. It is not compulsory in Ontario or in Quebec. However, I believe the number of practitioners who are members of the association in Ontario is approximately 70 to 75 per cent.

Senator David: With respect to your job as president of the association, is it a similar position to that of president of a provincial or federal medical association?

Mr. Coulter: I am the equivalent of a dean of medicine. I am an educator. I am the president of a college. I am appearing this morning on behalf of the Canadian Chiropractic Association, but I am the president of the college and the equivalent of a dean.

Senator David: Is there a committee or something which travels around the country and observes the quality of the practice of your members?

Mr. Coulter: Senator, that is a provincial matter. Therefore, each province controls the quality of its care in the chiropractic field. In some provinces, there is compulsory continuing education as a licensing requirement. In addition, my students must sit a national board exam, and they also must sit a provincial board exam. Therefore there are quite a few mechanisms, both national and provincial, whereby the quality of care in our field is controlled.

Senator David: Is there an examination that your members must pass before they are accepted into the association?

Mr. Coulter: It varies, senator. In Quebec, I believe the practitioners must sit an exam every three years. However, the practice varies from province to province. In some instances, it would be predicated only on a complaint or on an investigation; in others, as in Quebec, it is a mandatory obligation.

[*Traduction*]

M. Coulter: En effet.

Le sénateur David: Pouvez-vous nous citer ces universités et nous dire où elles se trouvent?

M. Coulter: Il n'y a qu'un seul établissement, soit le Canadian Memorial Chiropractic College, qui se trouve à Toronto. Il s'agit là du seul collège au Canada.

Le sénateur David: Combien de diplômés avez-vous chaque année?

M. Coulter: Depuis 1975, nous avons un effectif fixe. Nous acceptons 150 candidats par an, et suite à la réduction naturelle des effectifs nous avons environ 136 à 138 diplômés. Par conséquent, nous passons de 150 étudiants à 130 et quelques par an.

Le sénateur David: Les 20 p. 100 de chiropraticiens qui ne sont pas diplômés d'une université font-ils partie de votre association?

M. Coulter: Oui, et d'autre part ils apportent leur appui au collège. Autrement dit, si vous êtes un chiropraticien en Alberta, vous avez peut-être obtenu votre diplôme d'un collège aux États-Unis et payé l'intégralité de vos frais de scolarité dans ce pays, mais vous subventionnez néanmoins les étudiants du collège à Toronto.

Cependant, dans nombre de provinces l'adhésion est obligatoire. Elle ne l'est pas en Ontario ni au Québec. Je crois néanmoins que le nombre de chiropraticiens membres de l'association en Ontario est de 70 à 75 p. 100.

Le sénateur David: En ce qui a trait à votre emploi de président de l'association, s'agit-il d'un poste semblable à celui de président d'une association médicale provinciale ou fédérale?

M. Coulter: Mon poste est équivalent à celui d'un doyen de médecine. Je suis un éducateur. Je suis le président d'un collège. Je me présente ce matin devant vous au nom de l'Association chiropratique canadienne; je suis cependant le président du collège et l'équivalent d'un doyen.

Le sénateur David: Existe-t-il un comité ou un groupe quelconque qui se déplace à travers le pays pour étudier la qualité des services rendus par vos membres?

M. Coulter: Il s'agit là, sénateur, d'une question de compétence provinciale. Chaque province contrôle la qualité de ses soins chiropratiques. Dans certaines d'entre elles, l'organisme de réglementation professionnel exige que ses membres suivent des cours en permanence. D'autre part, mes étudiants doivent passer un examen devant un comité national ainsi qu'un examen devant un comité provincial. Par conséquent, nous avons en place certains mécanismes, aux niveaux national et provincial, qui permettent de contrôler la qualité des soins dans notre profession.

Le sénateur David: Vos membres doivent-ils passer un examen avant d'être acceptés au sein de l'association?

M. Coulter: Cela dépend. Au Québec, je crois que les chiropraticiens doivent passer un examen tous les trois ans. Les conditions varient toutefois d'une province à l'autre. Dans certains cas, on imposera un examen à la suite d'une plainte ou d'une enquête; dans d'autres cas, par exemple au Québec, cet exa-

[*Text*]

Again, it would depend on the province and on the statutes within that province.

Senator David: In your brief you say that chiropractic is a preventive technique. However, it seems to me—and I do not think you will disagree—that at the same time it is also a technology to cure symptoms or to relieve symptoms and to maintain good health. In your opinion, are you practising more preventive chiropractics than you are practising chiropractic treatment?

Mr. Coulter: I am sorry, senator—?

Senator David: In his everyday work, do you feel that a chiropractor will spend more time on prevention than on treating patients for the complaints for which they have consulted that chiropractor?

Dr. Norton: Senator, that varies a great deal from practitioner to practitioner. I know in my own case I probably function in the same role in my office that you would expect to find in the general practice of medicine. I treat the same types of problems that the general practitioner would treat on a day-to-day basis. Therefore, on that basis I treat a fair percentage of illness-oriented problems.

At the same time, we have a situation in my clinic where we do considerable in-depth evaluations in dietary management and protocol in terms of therapeutic nutrition. Therefore, there are a lot of things that we do that have emphasis on the other side of the practice where we are continually trying to reinforce behaviour modification and lifestyle change. In order to do that, we set up night classes to educate our patients in that particular aspect. Therefore, I would say that the emphasis on prevention in our office, which is not necessarily typical, would be approximately 40 per cent.

Mr. Coulter: However, senator, if we had to answer for the whole of chiropractic, I would have to be fair and say that, like many practitioners, although we would like to practise in the wellness area, in many instances the patient comes to have a back problem fixed and that is all the patient wants. After receiving that treatment, the patient leaves. Therefore, as in medical practice, we have the same problem of having a broad scope that we are never asked to explore completely. It is a little bit like never being asked to dance.

Senator David: Is chiropractic limited to the manipulation of the spinal column, or can every symptom be dealt with by chiropractic? In other words, are you limited to your zone of practice in terms of where you feel comfortable to receive, help and cure patients?

Mr. Coulter: The educational program, particularly in diagnosis, really stresses two things. First, it stresses contraindications. Therefore, if you look at our teaching manual for technique, the very first part of it shows the anatomy and physiology of what is happening when the adjustment is done. The very next section is contraindications for care. Therefore, a lot of the emphasis in diagnosis with respect to chiropractic is with respect to identifying those things that we do not manage and which we refer on. In other words, the diagnosis is with respect to those things that we can manage.

[*Traduction*]

men est obligatoire. Je répète que cela dépend de la province et des règlements de chaque organisme provincial.

Le sénateur David: Dans votre mémoire, vous dites que la chiropractie est une technique préventive. Il me semble toutefois—et je crois que vous serez d'accord avec moi—qu'il s'agit également d'une technique qui permet de soigner des symptômes et de maintenir une bonne santé. A votre avis, donnez-vous davantage de soins préventifs que de traitements?

M. Coulter: Veuillez m'excuser, sénateur?

Le sénateur David: D'après vous, un chiropraticien passe-t-il davantage de temps à donner des soins préventifs qu'à traiter des patients d'une blessure ou autre dont ils se plaignent auprès de leur chiropraticien?

M. Norton: Sénateur, cela varie d'un chiropraticien à l'autre. Dans mon cas, je joue un rôle équivalent à celui d'un médecin. Je traite les mêmes genres de problèmes qu'un médecin traite tous les jours. Autrement dit, je m'occupe d'un nombre moyen de problèmes axés sur des maladies.

D'autre part, dans ma clinique, nous faisons de nombreuses évaluations exhaustives des régimes alimentaires en ce qui a trait à la nutrition thérapeutique. Nous faisons donc nombre de choses qui ont des répercussions sur l'autre aspect de la profession où nous essayons continuellement d'insister sur des changements du comportement et du style de vie. Pour y parvenir, nous organisons des cours du soir afin d'éduquer nos patients dans ce domaine particulier. Je dirais donc que l'aspect prévention de notre métier représente environ 40 p. 100, ce qui n'est pas nécessairement typique.

M. Coulter: Toutefois, sénateur, si je devais répondre pour l'ensemble de la profession, pour être juste il me faudrait dire que même si nous aimerions nous pencher sur la question du mieux-vivre, dans de nombreux cas nos patients viennent nous voir pour que nous soignions leurs problèmes de dos. Une fois ce traitement terminé, ils s'en vont. Tout comme dans le domaine médical d'ailleurs, nous avons un vaste champ de compétences que l'on ne nous demande jamais d'explorer complètement. C'est un peu comme si on ne nous demandait jamais de danser!

Le sénateur David: La chiropractie est-elle limitée à la manipulation de la colonne vertébrale, ou bien peut-elle traiter tous les symptômes? Autrement dit, êtes-vous limité dans ce que vous pouvez faire?

M. Coulter: Le programme d'enseignement, particulièrement en ce qui a trait au diagnostic, insiste sur deux points: tout d'abord, les contre-indications. Si vous consultez notre manuel d'enseignement en ce qui a trait à la technique, vous vous apercevrez que la première partie traite de l'anatomie et de la physiologie de ce qui se passe lorsque l'ajustement est effectué. La section suivante porte sur les contre-indications. En ce qui a trait au diagnostic en chiropractie, l'accent est mis sur la délimitation des choses que nous ne soignons pas et aux-

[*Text*]

However, as Dr. Norton has said, it will vary from practitioner to practitioner. In other words, some practitioners will have a greater scope of competence with respect to what they think they can manage, partly because of their clinical experience. For example, the experience that would come from being in practice for 20 or 30 years.

I can give you an example from my own experience. I broke out in a rash and went to my medical doctor to be treated. He said it was psoriasis. However, I happened to be attending a chiropractor at the same time and he told me that it was not psoriasis but was pityriasis. I then consulted a dermatologist to find out which one it was and it was, indeed, the chiropractor who had it right. The chiropractor then told me that he had treated this condition before and, if I waited, it would probably go away during the treatment. The dermatologist, however, told me to get into the sun.

The chiropractor continued to treat me and, in fact, the condition did clear up. The reaction from chiropractors in that situation would vary. Many of them would tell me that, since I had a skin condition, I should be treated by a dermatologist. However, the chiropractor whom I had consulted had seen many similar cases during his 30 years of clinical experience and had built up a certain amount of management skills in that area. It did not phase him, although it might have phased others.

Senator David: On page six of your brief you ask the question, "Why is the State held responsible for catering to your illness but not to your wellness?" The state, through its numerous programs from health care to social assistance to pensions helps not only those who are sick but also people who face difficulties, and in that vein prevents stress. So I wonder why you have made this statement, which to me is a little exaggerated.

Mr. Coulter: It is not exaggerated if you look at the effect of the Lalonde Report. It is an exaggerated statement if you are talking about other social policies that impact on health status. However, if you look at the implications of the Lalonde report and what has happened since that report, you will see that there has been a tremendous move toward individual responsibility. It is in that context that I make the statement. What disturbs me is that, even though the choice is a political choice, it has not been presented or debated as such. So when you go to conferences and listen to health-promotion bureaucrats, as I have, they portray it as though the state is getting out of the business. That is not true. It is a political choice.

I am not disputing what you have mentioned. You are absolutely right. There is a whole range of social policies from housing to economic development. One of the radical things about Jake Epps' recent document—and I have asked him whether he actually understands it—is that it contains one of

[*Traduction*]

quelles nous faisons référence. Autrement dit, le diagnostic porte sur ce que nous pouvons faire.

Toutefois, comme l'a dit M. Norton, cela varie d'un chiropraticien à l'autre. Certains, en partie en raison de leur expérience clinique, auront un plus grand champ de compétences en ce qui a trait à ce qu'ils peuvent faire, d'après eux. Prenons le cas d'un chiropraticien qui a 20 ou 30 ans d'expérience.

Je pourrais vous citer un exemple personnel. J'ai soudain eu une éruption de boutons et suis donc allé voir mon médecin qui m'a fait savoir qu'il s'agissait de psoriasis. Il se trouve que je soignais un chiropraticien à ce moment, et ce dernier m'a dit qu'il ne s'agissait pas de psoriasis mais de pityriasis. J'ai ensuite consulté un dermatologue pour savoir de quoi il s'agissait; il s'est trouvé que le chiropraticien avait raison. Ce dernier m'a fait savoir qu'il avait déjà traité cette maladie auparavant et que si j'attendais, je m'en débarrasserais durant le traitement. Le dermatologue, quant à lui, m'avait dit de m'exposer au soleil.

Le chiropraticien a continué de me traiter et cette maladie a effectivement disparu. La réaction des chiropraticiens dans une telle situation varierait d'un individu à l'autre. Nombre d'entre eux me conseilleraient d'aller voir un dermatologue. Toutefois, le chiropraticien que j'ai consulté avait déjà vu des cas semblables au cours de ses trente années d'expérience et était donc en mesure de s'occuper d'un tel cas. Cela ne l'a pas dérouté. Il aurait pu en être autrement pour d'autres chiropraticiens.

Le sénateur David: A la page 6 de votre mémoire, vous posez la question suivante «Pourquoi l'État doit-il s'occuper de vos maladies et non pas de votre mieux-vivre?» Grâce à ses nombreux programmes, qu'il s'agisse des soins de santé, d'assistance sociale ou des pensions, l'État aide non seulement ceux qui sont malades, mais ceux qui ont des difficultés, et par là même prévient le stress. Je me demande donc pourquoi vous avez fait une telle déclaration, qui me semble quelque peu exagérée.

M. Coulter: Elle ne l'est pas du tout si vous regardez de plus près les répercussions du rapport Lalonde. Il s'agit d'une déclaration exagérée si vous parlez d'autres politiques sociales qui ont des répercussions sur la santé. Cependant, si vous vous penchez sur les répercussions du Rapport Lalonde et sur ce qui s'est passé depuis ce rapport, vous vous apercevrez qu'il y a eu un déplacement important des responsabilités qui deviennent de plus en plus individuelles. C'est dans ce contexte que j'ai fait une telle déclaration. Même si ce choix est politique, il n'a pas été présenté ou débattu comme tel, et c'est ce qui me gêne. Lorsque vous vous rendez à des conférences et que vous écoutez des bureaucrates promouvoir la santé, et croyez-moi j'en ai entendus, on a l'impression à les entendre que l'État se lave les mains de tout ça. Ce n'est pas vrai. Il s'agit d'un choix politique.

Je ne conteste pas ce que vous avez dit. Vous avez absolument raison. Il y a toute une gammme de programmes sociaux, de l'habitation au développement économique. Le récent document de Jake Epp—et je lui ai demandé s'il le comprend vraiment—contient une des déclarations les plus radicales que j'ai

[*Text*]

the most radical statements that I have seen in the health field, that all government policy should be related to health policy, whether we are looking at housing, economic development or whatever. That is unbelievable.

Senator David: On page nine of your brief you refer to liberation—liberation from what? You say, "If health care is about a way of life, of developing people's potential, then it must also be about liberation." Are you referring to liberation of the medical profession?

Mr. Coulter: That is part of it, and the chiropractic profession. There is no sense swapping medical dominance for chiropractic dominance. One of the reasons I made that statement is that many health professionals forget that if you really believe in wellness and in the idea of a totally integrated individual, then you cannot believe in exploitation. You do not have to be a genius to figure out that the exploited peoples of the world have very bad health status.

Let me make a proposition to you. One of the interesting things about the women's liberation movement—which every commentator seems to ignore, which is quite puzzling to me—is that its major confrontation is with health. When we had black liberation, cultural liberation or gay liberation, the proponents did not confront the health system, but the women's movement did. Their manifesto is the one that came out of Boston, "Our Bodies, Ourselves." It is one of the most important documents to be published by the women's movement. Look at what they confronted first: psychiatry, medicine, abortion, birthing. Why is it that that liberation movement has made its major confrontation that of the health system. They did not confront the political system, which is what you would think they would do since they control at least 50 per cent of the vote. They challenged the health field. I find this phenomenon very interesting as a sociologist, and I think that people are ignoring its importance.

That is the context in which I make that statement. Native Canadians are a classic example. One cannot separate the health status of Canadian Indians from what has happened to them historically in this country. It is just not possible. Therefore, you have to look at what I would call liberation. To be quite honest, you could have said the same thing about Quebec at the beginning of the century and even much later than the beginning of the century.

Senator David: If we are trying to achieve such an ideal, it means that we will have to double, triple or quadruple the amount of money we are putting into the health system. The illness part of the health system is very costly at the present. At the same time we face the very large problem of the aging population. As time progresses, it will cost more money to take care of the population. However, no matter the health system, you cannot prevent death, so there will always come a time when costs will be higher.

Mr. Coulter: You have to put the wellness system in place and let it kick in. There will be added costs initially, but I

[*Traduction*]

entendue dans le domaine de la santé, à savoir que toute la politique du gouvernement devrait être liée à la politique de la santé, qu'il s'agisse de l'habitation, du développement économique ou d'autre chose. C'est incroyable.

Le sénateur David: À la page 9 de votre mémoire, vous faites allusion à la libération—vous voulez parler de quelle libération? Vous dites «si les soins de santé sont synonymes de style de vie, de développement du potentiel des gens, dans ce cas il faut également parler de libération". Faites-vous allusion à la libération de la profession médicale?

M. Coulter: En partie, ainsi que de la chiropractie. Ce serait illogique de passer à la domination de la profession médicale à une domination de la chiropractie. Si j'ai fait cette déclaration c'est parce que de nombreux spécialistes de la santé oublient que si vous croyez vraiment au mieux-vivre et à l'idée de l'individu totalement intégré, dans ce cas vous ne pouvez croire à l'exploitation. Inutile d'être un génie pour comprendre que les peuples exploités du monde sont en mauvaise santé.

L'un des points intéressants du mouvement de libération des femmes, ce que la plupart des commentateurs semblent d'ailleurs ignorer, ce qui me surprend, est qu'il s'attaque principalement à la question de la santé. Lorsque nous avons été confrontés à la libération des Noirs, à la libération culturelle ou à la libération des homosexuels, il n'a pas été question du système de santé; toutefois, le mouvement de libération des femmes se penche là-dessus. L'un des documents les plus importants publiés par ce mouvement à Boston s'intitule d'ailleurs "Our Bodies, Ourselves". Regardez donc de plus près ce à quoi il s'est attaqué en premier: psychiatrie, médecine, avortement et naissance. Pourquoi donc ce mouvement de libération s'est-il principalement attaqué au système de santé et non pas au système politique, ce que l'on serait plutôt porté à croire puisqu'après tout les femmes représentent au moins 50 p. 100 de l'électorat. Elles se sont plutôt attaqué au système de santé. Je trouve ce phénomène vraiment très intéressant en tant que sociologue et je crois que l'on a beaucoup trop tendance à ignorer son importance.

C'est dans ce contexte que je fais cette déclaration. Les autochtones canadiens sont d'ailleurs un exemple parfait. On ne peut séparer la question de la santé des Indiens du Canada du sort que leur a réservé notre histoire. Ainsi, il faut vous pencher sur ce que j'appelle la libération. En vérité, vous auriez pu dire la même chose à propos du Québec au début du siècle, et même bien après le début du siècle.

Le sénateur David: Si nous voulons en arriver à cet idéal, cela signifie qu'il nous faudra doubler, tripler ou même quadrupler les sommes que nous investissons dans les services de santé. L'élément maladie des services de santé coûte très cher à l'heure actuelle. Nous avons d'autre part cet énorme problème du vieillissement de la population. Il va donc nous en coûter de plus en plus pour soigner la population. Cependant, quels que soient les services de santé, vous ne pouvez prévenir les décès, et il y aura donc toujours un moment où les coûts seront plus élevés.

M. Coulter: Vous devez mettre le système du mieux-vivre en place. Il y aura, au départ, des coûts supplémentaires, mais je

[*Text*]

think reasonably and rationally, which is the only way you can have this dialogue, there is no research to produce, and every time I get in front of researchers they say, "You don't have any evidence to support your contention", and there can't be, because we have not tried the system. At some point there has to be an act of faith where we say logically and reasonably, "We must stop people, including the aged, from getting ill and we must keep them out of those expensive institutions."

Senator Thériault: I am inclined to agree with the witness that wellness would apply moreso to the aged than to young people and that, therefore, costs would not necessarily increase. About 25 years ago we began to think that the wellness of seniors meant institutions. So we built institutions only to find that seniors were very unhappy in them and that they were very costly.

In any event, I have some questions prompted by Senator David's questions with regard to your particular organization. You said that roughly 80 per cent of your membership has graduated from university.

Mr. Coulter: No, from our college. Seventy-five per cent of the graduates from our college have university degrees. I believe that that was Senator David's question.

Senator Thériault: In any event, it does not matter. I would like to know the educational background of the other 25 per cent.

Mr. Coulter: I thought Senator David was asking about how many came from my college.

Senator David: No, I was asking how many chiropractors in Canada have university degrees.

Mr. Coulter: I cannot answer that question, but I can tell you what percentage of my colleagues have university degrees, and it is around 75 per cent. In Ontario, over 80 per cent of the graduates have university degrees.

Senator Thériault: How do they get in if they do not have a university degree?

Mr. Coulter: They must have two years of university at a minimum.

Senator Thériault: In science?

Mr. Coulter: Yes, in the biological sciences.

Senator Thériault: After high school?

Mr. Coulter: You must have two years of university training in biological sciences.

Senator Thériault: So in Ontario we are talking about two years of university plus grade 13?

Mr. Coulter: Yes. However, I think you can now go straight from grade 12 to university.

Senator Thériault: That is a minor detail. How many of the 25 per cent who are practising would have come into the organization through a grandfather clause?

[*Traduction*]

pense qu'il est raisonnable et rationnel de dire—c'est la seule façon d'entretenir ce dialogue—qu'il n'y a aucune recherche à faire, et chaque fois que je me retrouve devant un chercheur il me dit «vous ne pouvez appuyer vos dires»; c'est vrai, puisque nous n'avons pas mis ce système à l'essai. Il faudra bien à un moment ou à un autre dire en toute logique "nous devons tout faire pour empêcher la population, y compris les personnes âgées, de tomber malade et nous devons faire en sorte qu'elles ne restent pas dans ces établissements coûteux».

Le sénateur Thériault: J'ai tendance à être d'accord avec le témoin, à savoir que le mieux-vivre concerne plus ou moins davantage les personnes âgées que les jeunes et que, par conséquent, les coûts n'augmenteraient pas nécessairement. Il y a environ 25 ans, nous commencions à croire que le mieux-vivre des personnes âgées était synonyme d'établissements. Nous avons donc construit des établissements, mais nous nous sommes vite aperçus que les personnes âgées n'y étaient pas heureuses et qu'ils coûtaient très chers.

Je voudrais poser des questions à la suite de celles du sénateur David en ce qui a trait à votre organisme. Vous nous avez dit qu'environ 80 p. 100 de vos membres étaient diplômés d'une université.

M. Coulter: Non, de notre collège. Soixante-quinze pour cent des diplômés de notre collège ont un diplôme universitaire. Je crois qu'il s'agissait de la question du sénateur David.

Le sénateur Thériault: Peu importe. Je voudrais connaître le genre d'études suivies par les 25 p. 100 qui restent.

M. Coulter: Je croyais que le sénateur David voulait savoir combien d'entre eux venaient de mon collège.

Le sénateur David: Non, j'ai demandé combien de chiropraticiens au Canada ont des diplômes universitaires.

M. Coulter: Je ne peux répondre à cette question, mais je peux vous dire cependant qu'environ 75 p. 100 de mes collègues ont des diplômes universitaires. En Ontario, plus de 80 p. 100 des diplômés ont des diplômes universitaires.

Le sénateur Thériault: Comment entrent-ils donc chez vous s'ils n'ont pas de diplôme universitaire?

M. Coulter: Ils doivent avoir deux années d'université au minimum.

Le sénateur Thériault: En sciences?

M. Coulter: Oui, en sciences biologiques.

Le sénateur Thériault: Après l'école secondaire?

M. Coulter: Vous devez avoir deux années de formation universitaire en sciences biologiques.

Le sénateur Thériault: Ainsi, en Ontario, faut-il deux années d'université après la treizième année?

M. Coulter: Oui. Toutefois, je crois que vous pouvez maintenant passer directement de la douzième année à l'université.

Le sénateur Thériault: Il s'agit là d'un petit détail. Des 25 p. 100 qui restent et qui pratiquent leur profession, combien d'entre eux seraient passés dans votre organisation grace à une clause des droits acquis?

[*Text*]

Mr. Coulter: Now I understand where you are coming from. You have confused two issues. The first one is how many—

Senator Thériault: When I was involved in the medical profession about 20 years ago the concern was with one's educational background.

Mr. Coulter: The only grandfather clause I am aware of that existed in Canada was the one in Quebec, which involved the Lacroix Commission in 1968. Quebec was one of the last provinces to get a chiropractic act. Newfoundland does not have one as yet. In Quebec many practioners came under that grandfather clause. I do not know of any other province in Canada that has had a grandfather clause. Some of the acts go back to the 1920s, so you would have to go to an accredited chiropractic college. By the way, the move by Quebec was opposed by the chiropractors, bitterly opposed, except by those who came under it.

Senator Thériault: I am trying to get to the bottom of this matter. We know that in each province that controls the medical profession there is a provincial association. You have the same thing in your profession.

Dr. Norton: We also have the equivalent of the Royal College of Physicians and Surgeons which regulates the act and disciplines its peers.

Senator Thériault: Does that apply to the whole of the country?

Dr. Norton: It applies to each province.

Senator Thériault: Is it possible for a person with no educational background to become a chiropractor?

Mr. Coulter: No. To be licensed in Ontario, you must have graduated from an accredited college. Our college is accredited by the Commission of Professional Accreditation in the United States just as dentistry, pharmacy and medicine are. That accreditation spells out that you must have completed a minimum of two years at university plus what must be in the course of the chiropractic college. In Ontario you cannot be licensed unless you have graduated from an accredited college.

Senator Thériault: Would that apply in every province?

Mr. Coulter: I think that applies to every province with the exception of Newfoundland.

Senator Thériault: Am I correct that to become a licensed chiropractor a person must have gone through an accredited college?

Mr. Coulter: Yes.

Senator Thériault: Could that accredited college be in the United States?

Mr. Coulter: Yes, and you must have a minimum of six years education.

Senator Thériault: What about the situation with francophones from Quebec?

Mr. Coulter: We have 140 students from Quebec in our college. However, they are admitted to the colleges in the United

[*Traduction*]

M. Coulter: Je vois où vous voulez en venir. Vous avez mélangé les deux points. Le premier consiste à . . .

Le sénateur Thériault: Lorsque je faisais partie de la profession médicale il y a 20 ans, on se préoccupait des études qu'on avait suivies.

M. Coulter: La seule clause sur les droits acquis dont j'ai connaissance au Canada, est celle qui concernait le Québec à propos de la Commission Lacroix en 1968. Le Québec était l'une des dernières provinces à avoir une loi sur la chiropractie. Terre-Neuve n'en a toujours pas. Au Québec, nombre de chiropraticiens sont tombés sous le coup de la clause sur les droits acquis. Je ne connais aucune autre province au Canada ayant une telle clause. Certaines des lois remontent aux années 1920, c'est pourquoi il fallait aller dans un collège de chiropractie accrédité. Par ailleurs, sachez que les chiropraticiens se sont vigoureusement opposés à la décision du Québec, sauf toutefois ceux qui ont été assujettis à cette clause.

Le sénateur Thériault: Nous savons maintenant que dans chaque province qui contrôle la profession médicale, il y a une association. Vous avez la même chose dans votre profession.

M. Norton: Vous avez également l'équivalent du Collège royal des médecins et chirurgiens qui réglemente la loi et discipline ses pairs.

Le sénateur Thériault: Cela s'applique-t-il à l'ensemble du pays?

M. Norton: Cela s'applique à chaque province.

Le sénateur Thériault: Une personne qui n'a suivi aucune étude peut-elle devenir chiropraticien?

M. Coulter: Non. Pour obtenir une licence en Ontario, vous devez avoir un diplôme d'un collège accrédité. Notre collège est accrédité par la Commission of Professional Accredidation aux États-Unis, tout comme les dentistes, les pharmaciens et les médecins. Cette accréditation précise que vous devez avoir effectué au minimum deux années d'université plus le cours du Collège de chiropractie. En Ontario, vous ne pouvez avoir votre licence à moins d'être diplômé d'un collège accrédité.

Le sénateur Thériault: Cela est-il valable pour toutes les provinces?

M. Coulter: Cela est valable pour toutes les provinces, à l'exception de Terre-Neuve.

Le sénateur Thériault: Est-il vrai que pour devenir chiropraticien agréé il faut avoir suivi les cours d'un collège accrédité?

M. Coulter: En effet.

Le sénateur Thériault: Ce collège accrédité pourrait-il être aux États-Unis?

M. Coulter: Oui, et vous devez avoir au minimum six années d'études.

Le sénateur Thériault: Quelle est la situation des francophones du Québec?

M. Coulter: Nous avons 140 étudiants du Québec dans notre collège. Toutefois, ils sont également admis aux collèges des

[*Text*]

States too. Many of them used to go to Palmer but about 80 per cent of them now come to our college.

Quebec has the most stringent regulations.

Senator Thériault: Doctor Norton, am I correct, that you are a practising chiropractor?

Dr. Norton: Yes.

Senator Thériault: Have you ever had a patient referred to you by a medical doctor?

Dr. Norton: Yes.

Senator Thériault: Has that occurred frequently?

Dr. Norton: It very rarely occurs. If it does, it is usually by one of the more recent graduates.

Senator Thériault: Are you referring to a younger medical practitioner?

Dr. Norton: Yes. The older men still seem to retain most of their biases and, like old chestnuts, they keep hauling them out just as they did 28 years ago when I first entered the profession.

Senator Thériault: Do you have an arrangement where you can refer people to specialists directly or do you have to send the patient back to a general practitioner?

Dr. Norton: Some specialists will take our referrals but most of them will not. In Ontario, one of the problems is that the specialist gets more funding from OHIP if the referral comes from a general practitioner than if it comes from us. In other words, they pay him on a different tier system.

Senator Thériault: Am I correct that they would be paid the same if I, as a patient, walked off the street directly into a specialist's office and did not go through a general practitioner?

Dr. Norton: That is right. This is another form of bias.

Senator Thériault: Does the national medicare program fund your services? Are you accepted by OHIP?

Dr. Norton: To a limited extent. I believe it is $185 per year for each member of the family. In other words, it is on an allocation basis of so much per office call. If you went to a medical doctor 100 times, you would be covered for his services, but if you came to me coverage would be limited.

Senator Thériault: Is that a decision made by OHIP or is that as a result of limitation of funding by the federal government?

Dr. Norton: I think that was a decision of OHIP and I believe that was because of medical dominance wanting to retain control. I think by putting us in a different category they were limiting us.

Senator Thériault: When I was Minister of Health, federal funding was not available for chiropractors; am I wrong in my recollection?

[*Traduction*]

États-Unis. Nombre d'entre eux sont allés à Palmer, mais environ 80 p. 100 viennent aujourd'hui chez nous.

Le Québec a les règlements les plus stricts.

Le sénateur Thériault: Docteur Norton, est-il vrai que vous êtes un chiropraticien en activité?

M. Norton: Oui.

Le sénateur Thériault: Un médecin vous a-t-il déjà envoyé un patient?

M. Norton: Oui.

Le sénateur Thériault: Cela se produit-il fréquemment?

M. Norton: Cela arrive rarement. Si cela se produit, c'est généralement de la part d'un des plus récents diplômés.

Le sénateur Thériault: Faites-vous référence à un plus jeune médecin?

M. Norton: Oui. Les hommes les plus âgés ont tendance à conserver leurs idées préconçues, tout comme c'était d'ailleurs le cas il y a 28 ans lorsque je suis entré dans la profession.

Le sénateur Thériault: Avez-vous une sorte d'acord par lequel vous pouvez référer directement des personnes à des spécialistes ou bien devez-vous envoyer le patient à un généraliste?

M. Norton: Certains spécialistes s'occuperont des patients que nous leur envoyons, mais la plupart d'entre eux ne le font pas. En Ontario, un de nos problèmes vient du fait que les spécialistes obtiendront davantage de fonds du RAMO si le patient qu'on leur envoie vient d'un généraliste plutôt que de chez nous. Autrement dit, le régime le paye selon un système différent.

Le sénateur Thériault: Est-il vrai qu'il serait payé de la même façon si, en tant que patient, j'allais directement voir un spécialiste plutôt que de passer par un généraliste?

M. Norton: C'est exact. Il s'agit là d'une autre forme de préjugé.

Le sénateur Thériault: Le programme national d'assurance-maladie finance-t-il vos services? Êtes-vous accepté par le RAMO?

M. Norton: Dans une certaine limite. Je crois qu'il s'agit de 185 $ par an, pour chaque membre de la famille. Autrement dit, vous avez droit à une certaine somme par visite. Si vous alliez cent fois chez un médecin, ces services seraient entièrement couverts; si vous venez chez moi, cette couverture serait limitée.

Le sénateur Thériault: S'agit-il d'une décision du RAMO ou bien cela est-il le résultat de la limite des fonds du gouvernement fédéral?

M. Norton: Je crois que c'est une décision du RAMO qui s'explique par le fait que les médecins veulent conserver le contrôle de la situation. Je crois qu'en nous mettant dans une catégorie différente, ils nous ont imposé des limites.

Le sénateur Thériault: Lorsque j'étais ministre de la Santé, il n'y avait aucun fonds du gouvernement fédéral pour les chiropraticiens, est-ce exact?

[*Text*]

Mr. Coulter: The federal government does not make the decision; the provinces decide. Some provinces, such as Saskatchewan, have unlimited coverage.

Senator Thériault: Was that always available?

Dr. Norton: It was up to each province. Quebec does not cover a chiropractor's fees at all.

Senator Thériault: I could not get it through my province because there was too much pressure from medical doctors.

Senator Argue: I am interested in your emphasis on wellness. Would one outcome of improved wellness for Canadians not be increased productivity within the country, that is, an increase in wealth production? If people are well, to what extent will this reduce the cost over the lifespan of health for the elderly? If people lived ten years longer, it could be argued that for ten years further expenses would have to be paid, but, if they are healthier, is it possible that the proportionate cost, over a period of time for health care, may, in fact, go down?

I know this next question is speculative, but how would you look at the possible results of what you have been suggesting with, on the one hand, increased production and, on the other hand, as Senator David has said, the other area which we have to deal with by itself which is going to take increased federal funds? How do you see that as a general cost to the nation? Can we afford what you are asking or can we afford not to do what you are asking? Which system has the greatest financial cost?

Mr. Coulter: That is a long list. In terms of economic cost, there is no question that wellness will have a direct impact on productivity. I do not have to debate this, because many companies have already shown that. Johnson & Johnson has a very active in-house wellness program. At the Wellness Conference in Toronto, which is held every two years, many participants come from large companies and their attention to this issue has paid off admirably in terms of days lost on account of sickness and in terms of job satisfaction. You will see many more companies becoming involved in wellness programs. A large number of American companies are already into this. It is a profitable field now for professionals consulting in this area.

I would ask you, for a moment, to think about back problems. Over 80 per cent of the Canadian population will suffer from a back problem. Next to the common cold, it is the most frequent kind of condition. People with back problems invariably lose time off work and it can be quite extensive. It can be five or ten days. I do not know what the economic cost to Canadian society is, but I would argue that it probably costs more than time lost as a result of the common cold. Some people never recover from these back problems. Companies know this, because they are now into screening applicants for back problems before they are awarded jobs.

[*Traduction*]

M. Coulter: Le gouvernement fédéral ne prend pas cette décision, ce sont les provinces qui décident. Certaines d'entre elles, notamment la Saskatchewan, offrent une couverture illimitée.

Le sénateur Thériault: En a-t-il toujours été ainsi?

M. Norton: C'est à chaque province de décider. Le Québec ne rembourse pas du tout les honoraires des chiropraticiens.

Le sénateur Thériault: Cela ne pourrait arriver dans ma province, car il y aurait beaucoup trop de pression de la part des médecins.

Le sénateur Argue: Je n'intéresse à l'accent que vous avez mis sur le mieux-vivre. Si l'on améliorait le mieux-vivre des Canadiens, cela ne déboucherait-il pas sur une augmentation de la productivité du pays, et donc de notre richesse? Si notre population est en bonne santé, dans quelle mesure cette situation entraînera-t-elle une réduction des coûts de santé des personnes âgées? Si l'on vivait 10 ans de plus, on pourrait dire que pendant ces dix années il faudrait déverser davantage d'argent; toutefois, si l'on était en meilleure santé, les coûts pourraient-ils diminuer?

Je sais qu'il s'agit là de spéculations, mais quels seraient d'après vous les résultats possibles si l'on avait d'un côté une augmentation de la production et, de l'autre, comme l'a dit le sénateur David, l'autre secteur sur lequel il va nous falloir nous pencher et qui entraînera une augmentation des fonds du gouvernement fédéral? Quel en serait le coût pour la nation? Pouvons-nous nous permettre ce que vous demandez ou bien pouvons-nous nous permettre de ne pas faire ce que vous demandez? Lequel des systèmes coûterait le plus cher?

M. Coulter: La liste est longue. Il ne fait aucun doute, sur le plan économique, que le mieux-vivre aura des répercussions directes sur la productivité. Je ne vais pas élaborer là-dessus puisque nombre d'entreprises l'ont déjà fait et démontré. Johnson & Johnson a un programme de mieux-vivre interne très actif. À la Wellness Conference à Toronto, organisée tous les deux ans, nomtre de participants viennent de grandes entreprises et l'attention qu'elles ont apportée à cette question a porté ses fruits en ce qui a trait au nombre de jours perdus à cause d'une maladie et en ce qui a trait également à la satisfaction professionnelle. Vous constaterez que beaucoup d'autres entreprises participeront à de tels programmes. Plusieurs entreprises américaines l'ont d'ailleurs déjà fait. D'autre part, le domaine de la consultation est aujourd'hui rentable.

Je voudrais maintenant vous parler des douleurs dorsales. Plus de 80 p. 100 des Canadiens souffrent de tels maux. Après le rhume, il s'agit là de la maladie la plus courante. Les personnes qui souffrent de douleurs dorsales sont inévitablement absentes de leur travail, ce qui peut coûter très cher. Elles peuvent s'absenter cinq ou dix jours. Je ne sais pas ce qu'il en coûterait à la société sur le plan économique, mais je suis certain qu'il en coûte beaucoup plus cher que les jours de travail perdus à cause d'un rhume. Cetaines personnes ne sont jamais entièrement guéries de ces douleurs dorsales. Les entreprises ne l'ignorent pas puisque avant d'embaucher quiconque elles cherchent à savoir si cette personne souffre de douleurs dorsales.

[*Text*]

I think there is no debate about whether it costs a lot of money. Therefore, on the down side, if you could reverse that, clearly you would increase productivity and have economic gain. I believe companies can attest to that.

I would turn now to your question of wellness and whether people will live longer, which will result in add-on costs. The purpose of wellness is not to defeat death. The purpose of wellness is to give a person an enriched life for however long that is. We recognize that the body will run down and people will die. It is not the purpose of wellness to increase longevity; it is to make sure that those who live an extended period of time will have an enriched life and that they will remain independent for as long as they can. I believe that anything that will reduce the institutionalization of the aged will save us money. One of the most expensive forms of care is institutionalized care. You cannot avoid that. Particularly, once you get the aged institutionalized, you see a phenomenon called institutionalization, where a lot of their faculties deteriorate, including their mental faculties, but they still live. They become virtual vegetables in institutions. Everyone who works in institutions knows this phenomenon very well. They become "colonized".

Can the costs go down eventually? Obviously, I think they can. Now, how would you prove or demonstrate that? Initially, I do not believe you can. I cannot get away from that issue. There have to be add-on costs to begin with. I cannot see how they can be avoided. However, one of the great things about human beings is that we are blessed with an intellect and we can reason and use logic. I think this is a case where we must apply reason and logic. It seems to me reasonable and logical to argue that we must try to keep people out of illness. That should be the thrust of the system. If we do that, I think it can logically be argued that there will be savings. I cannot prove it to you.

The Deputy Chairman: Can a student attending your college apply for a federal or provincial student loan?

Mr. Coulter: Yes. I am not sure about federal loans but they are eligible for student loans and grants, as are all students. However, they get no other funding. That is it.

The Deputy Chairman: Any other questions?

Senator David: Yes. We have been speaking a good deal about the institutionalization of aged persons. I think it is right that we should not institutionalize them, as long as they are autonomous. However, that is not only a medical problem; it is a real social problem, because, very often, they have to be institutionalized or ask to be institutionalized because they have nobody to take care of them. It is becoming increasingly difficult to find the right person to take care of these people who are alone. The tragedy of these persons is that they are alone. How do you deal with that? It is not only a health problem. It is a social problem.

[*Traduction*]

Il ne fait aucun doute que cela coûte beaucoup d'argent. Ainsi, si vous pouviez régler ce problème, nous constaterions certainement une augmentation de la productivité. Je crois que les entreprises le reconnaîtront.

Je voudrais maintenant passer à la question du mieux-vivre et à celle qui consiste à savoir si la population vivra plus longtemps, ce qui entraînerait des coûts supplémentaires. L'objectif du mieux-vivre n'est pas de faire échec à la mort. Son objectif est de donner à une personne une vie meilleure, quelle qu'en soit la durée. Il est un fait certain que notre corps vieilli et que l'on finit un jour par mourir. L'objectif du mieux-vivre n'est pas d'accroître la longévité mais de s'assurer que ceux qui vivent plus longtemps auront une vie meilleure et qu'ils resteront indépendants autant qu'ils le pourront. Je suis convaincu que tout ce qui pourra réduire le nombre des personnes âgées que l'on place dans des établissements divers permettra d'économiser de l'argent. Les soins en établissement sont sans aucun doute l'une des formes les plus coûteuses de soins. C'est inévitable, particulièrement lorsque l'on place dans des établissements des personnes âgées dont les facultés se détériorent, dont leurs facultés mentales, mais elles continuent néanmoins de vivre. Ces personnes ne sont plus que des légumes que l'on a mis dans des établissements. Tous ceux qui travaillent dans de tels établissements connaissent parfaitement ce phénomène. On assiste à une sorte de «colonisation».

Les coûts peuvent-ils éventuellement diminuer? Je crois que oui. Comment peut-on le prouver? À prime abord, je crois que c'est impossible. Je suis certain qu'il y a pour commencer des coûts supplémentaires. Je ne vois pas comment on pourrait les éviter. Toutefois, l'être humain a la faculté de penser et de faire appel à la raison et à la logique. Dans ce cas-ci, nous devons faire appel à la raison et à la logique. Je crois que nous pouvons prétendre qu'il faut faire tout notre possible pour que les individus ne tombent pas malade. Si nous y parvenons, je crois que vous pourrez dire en toute logique que nous réaliserons des économies. Je ne peux toutefois vous le prouver.

Le président suppléant: Un étudiant qui suit des cours de votre collège peut-il demander un prêt fédéral ou provincial?

M. Coulter: Oui. Je n'en suis pas certain en ce qui concerne les prêts du gouvernement fédéral, mais il aurait droit à des prêts et à des subventions pour étudiants, tout comme les autres étudiants d'ailleurs; c'est tout ce qu'il peut obtenir comme financement.

Le président suppléant: Y a-t-il d'autres questions?

Le sénateur David: Oui. On a beaucoup parlé du placement en établissement des persones âgées. Je crois que l'on ne devrait pas les mettre dans de tels établissements tant qu'elles sont indépendantes. Toutefois, il ne s'agit pas seulement d'un problème médical mais d'un véritable problème social car, très souvent, il faut les mettre dans de tels établissements de soins ou bien ce sont elles-mêmes qui le demandent, personnes d'autres ne pouvant s'occuper d'elles. Il devient de plus en plus difficile de trouver des personnes qui peuvent s'occuper adéquatement des personnes âgées qui sont seules. Ces personnes souffrent d'être seules. Comment réglerez-vous ce problème?

[*Text*]

Mr. Coulter: That is a very good issue. The very first study I ever did in medical sociology was in New Zealand. It was a study of the location of geriatric patients in the general acute hospital. These were elderly people occupying acute beds when they had no acute illness. As I discovered in the study, most of the people who look after the elderly are themselves elderly. The reason they were in acute beds was that the medical doctor was being forced to create an illness to relieve the person at home, to give him a two-week break. So it is a social issue. There is no question about that. It is one that I know quite well. There are a lot of other social policies to be put in place.

In Australia, there is a scheme called "granny flats" where, in the backyard of your home, you can build quite a nice little structure where you keep an elderly parent. At the end of that, they move it out and around to someone else. So they are looking at that problem architecturally because modern homes are not designed to keep granny or grandad around. That is one of the tragedies. We have to reconceptualize how we plan.

Everybody is looking towards the empty nest syndrome. It may be that you will not experience it. You may get rid of the kids but you bring mom and dad home. In payment for being looked after as a kid, you have some responsibilities at the end. Everyone says that is a matter of attitude. It is not a matter of attitude. It is a matter of support systems. A lot of people would probably take care of their elderly if they did not have to have them right in their living room every minute of the day, if they could get a break and have a holiday. What I discovered was that, despite perceptions—and you will know this, Dr. David, because you see it in your practice—relatives go to extraordinary and unbelievable lengths to keep their aged. People who themselves are geriatric and quite ill will hang in there looking after their aged ones. What I discovered in my study is that the presumption among the public, as well as among doctors and nurses, of how many relatives look after aged is not correct. There are unbelievable heroes out there looking after their aged ones. So I think we have to look at the support services to make that a viable option.

The Deputy Chairman: Thank you very much. This completes the hearings. On behalf of the committee, I thank Mr. Coulter and Dr. Norton for a very interesting morning.

The committee adjourned.

[*Traduction*]

Ce n'est pas seulement un problème de santé, mais un problème social.

M. Coulter: Il s'agit là d'un très bon point. C'est en Nouvelle-Zélande que j'ai effectué ma première étude en sociologie médicale. Cette étude portait sur la place des malades du service gériatrique à l'Hôpital de soins actifs. On y trouvait des personnes âgées occupant des lits réservés aux personnes nécessitant des soins actifs, alors que ces personnes âgées n'avaient pas de maladie nécessitant de tels soins. Je me suis aperçu dans le cours de cette étude que la plupart des personnes qui s'occupaient des personnes âgées étaient elles-mêmes âgées. Si ces personnes âgées occupaient des lits réservés à des patients nécessitant des soins actifs, c'est tout simplement que les médecins avaient dû créer en quelque sorte une maladie afin de permettre aux personnes en question de quitter leur domicile et d'avoir un repos de deux semaines. Il s'agit donc d'une question sociale, cela ne fait aucun doute. C'en est une que je connais parfaitement. Il faudrait adopter un grand nombre de directives sociales.

En Australie, il existe un programme appelé «Appartement pour grand-parents»; dans votre jardin, derrière chez vous, vous pouvez construire une très jolie petite maison où pourra habiter un parent âgé. Ils se sont intéressés à différentes façon d'héberger les parents âgés, car les maisons modernes ne sont pas conçues pour héberger un grand-père ou une grand-mère. C'est là une des tragédies de notre époque. Il faudrait repenser notre système.

Tout le monde se penche sur le syndrome des foyers sans enfant. Peut-être qu'après tout ce syndrome n'existera jamais. Une fois les enfants partis, on fera venir papa et maman chez soi. Puisque nos parents se sont occupés de nous lorsque nous étions enfants, nous avons des responsabilités envers eux. Tout le monde dit qu'il s'agit là d'une question d'attitude. Je ne suis pas d'accord. Il s'agit de mettre en place un système de soutien. Nombre de personnes s'occuperaient volontiers de leurs parents âgés si elles n'étaient pas obligées de les avoir sans arrêt chez elles, dans leur salon ou ailleurs, et d'autre part si elles pouvaient prendre des vacances. Je me suis aperçu—et vous le savez très bien, M. David, parce que vous le voyez vous-même dans votre cabinet—que certains font énormément de choses pour garder leurs parents âgés. Des personnes elles-mêmes âgées et malades feront tout leur possible pour s'occuper de leurs parents âgés. Je me suis aperçu dans le cours de mon étude que la population, de même d'ailleurs que les médecins et les infirmières, avaient une mauvaise idée du nombre de personnes qui s'occupent de leurs parents âgés. Il y a de nombreux héros dans la population qui s'occupent de leurs parents âgés. Je crois qu'il va falloir nous pencher sur les services de soutien pour que cette option soit viable.

Le président suppléant: Merci beaucoup. Ainsi s'achèvent les audiences. Au nom du comité, je remercie MM. Coulter et Norton de leurs témoignages très intéressants.

Le comité s'ajourne.

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité spécial du Sénat sur les

Soins de santé préventifs

Preventive Health Care

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Cancer Society Foundation (August 26, 1983):

Mr. James Melcish, Ottawa;

Mrs. Diane Stuart, Hamilton.

From the Canadian Chiropractic Association (August 23, 1983):

Mr. Ian D. Coulter, Ph.D., President, Canadian Memorial Chiropractic College, Toronto;

Mr. Barry Norton, Chiropractor, Ottawa.

De la Fondation canadienne de la lutte contre le cancer (le 26 août 1983):

M. James Melcish, Ottawa;

Mme Diane Stuart, Hamilton.

De l'Association chiropratique canadienne (le 23 août 1983):

M. Ian D. Coulter, Ph.D., président, Canadian Memorial Chiropractic College, Toronto;

M. Barry Norton, chiropraticien, Ottawa.

Available from the Canadian Government Publishing Centre, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, approvisionnements et services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Canada Post Postage paid
Postes Canada Port payé
Book rate
Tarif des livres
K1A 0S9
OTTAWA

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnements et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Cystic Fibrosis Foundation (August 16, 1988):

Mr. James McLeish, Ottawa;

Mrs. Diane Staats, Hamilton.

From the Canadian Chiropractic Association (August 23, 1988):

Mr. Ian D. Coulter, Ph.D., President, Canadian Memorial Chiropractic College, Toronto;

Mr. Barry Norton, Chiropractor, Ottawa.

De la Fondation canadienne de la fibrose cystique (le 16 août 1988):

M. James McLeish, Ottawa;

Mme Diane Staats, Hamilton.

De l'Association chiropratique canadienne (le 23 août 1988):

M. Ian D. Coulter, Ph.D., président, «Canadian Memorial Chiropractic College», Toronto;

M. Barry Norton, chiropraticien, Ottawa.

Available from the Canadian Government Publishing Centre, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Second Session
Thirty-third Parliament, 1986-87-88

Deuxième session de la
trente-troisième législature, 1986-87-88

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

Proceedings of the Special Committee of the Senate on

Délibérations du Comité spécial du Sénat sur les

Preventive Health Care

Soins de santé préventifs

Chairman:
The Honourable Senator HAZEN ARGUE

Président:
L'honorable sénateur HAZEN ARGUE

Wednesday, September 28, 1988

Le mercredi 28 septembre 1988

Issue No. 2

Second proceedings on:

Study on preventive health care

Fascicule nº 2

Deuxième fascicule concernant:

L'étude des soins de santé préventifs

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

29661—1

THE SPECIAL COMMITTEE OF THE SENATE ON PREVENTIVE HEALTH CARE

The Honourable Hazen Argue, *Chairman*
The Honourable Arthur Tremblay, *Deputy Chairman*

and

The Honourable Senators:

Argue	Lucier
Barootes	*MacEachen (or Frith)
Bell	*Murray (or Doody)
David	Sherwood
Gigantès	Thériault
Hébert	Tremblay
	Turner

**Ex officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS

Président: L'honorable Hazen Argue
Vice-président: L'honorable Arthur Tremblay

et

Les honorables sénateurs:

Argue	Lucier
Barootes	*MacEachen (ou Frith)
Bell	*Murray (ou Doody)
David	Sherwood
Gigantès	Thériault
Hébert	Tremblay
	Turner

**Membre d'office*

(Quorum 4)

Published under authority of the Senate by the Queen's Printer for Canada

Available from the Canadian Government Publishing Centre, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Sénat par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Minutes of Proceedings of the Senate Thursday, December 17, 1987

That a special committee of the Senate be established to examine and report upon the role that preventative medicine and other preventative measures, together with the provision of a wider range of health services can play in providing a more effective health care system thus contributing to the health, happiness and longevity of Canadians; and further to examine how preventative medicine and other preventative measures might modify or control the ever increasing costs of health care;

That twelve Senators, to be designated at a later date, four of whom shall constitute a quorum, act as members of the special committee;

That the committee have power to send for persons, papers and records, to examine witnesses, to report from time to time and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the committee; and

That the committee present its final report to the Senate no later than twelve months following its establishment.

Le greffier du Sénat

Charles A. Lucier

Clerk of the Senate

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-Verbaux du Sénat du jeudi 17 décembre 1987

Qu'un comité spécial du Sénat soit créé afin d'examiner et de faire rapport sur le rôle que la médecine préventive et d'autres mesures préventives ainsi que la prestation d'un large éventail de services de santé peuvent jouer sur le plan de l'institution d'un régime de soins de santé plus efficace, contribuant ainsi à la santé, au bonheur et à la longévité des Canadiens; et d'examiner, en outre, la manière dont la médicine préventive et d'autres mesures préventives pourrait modifier ou freiner le coûts accrus des soins médicaux;

Que douze sénateurs, dont quatre constituent un quorum, soient désignés, à une date ultérieure, pour faire partie de ce comité spécial;

Que le comité soit autorisé à convoquer des personnes, à exiger la production de documents et pièces, à interroger des témoins, à faire rapport selon les besoins, à faire imprimer au jour le jour les documents et les témoignages qu'il juge à propos; et

Que le comité présente son rapport final au Sénat au plus tard, douze mois après sa création.

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 28 SEPTEMBRE 1988

(7)

[*Texte*]

Le Comité spécial du Sénat sur les soins de santé préventifs se réunit à 8 heures, sous la présidence de l'honorable sénateur Argue, président.

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Argue, Barootes, David, Gigantès et Turner. (5)

Également présents: du service de recherche de la Bibliothèque du Parlement, M. Robert Milko, attaché de recherche à la Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présent: Les sténographes officiels du Sénat.

Témoins:

De l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada:

Mme Judith Ritchie, présidente;

Mme Ginette Rodger, directrice générale

M. Michel Simard, chef des Relations publiques et gouvernementales.

Le Comité, conformément à son ordre de renvoi du 17 décembre 1987 poursuit son étude sur les soins de santé préventifs.

Mme Rodger dépose deux (2) documents:

Énoncé de position présenté au Comité spécial du Sénat sur les soins préventifs daté de septembre 1988, pièce justificative CSSSSP'2'A.

«Statement to the House of Commons Standing Committee of National Health and Welfare on the Health Care System and Its Funding», pièce justificative CSSSSP'2'B.

Mesdames Ritchie et Rodger font une déclaration et répondent aux questions.

À 9 h 10 le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY SEPTEMBER 28, 1988

(7)

[*Translation*]

The Standing Senate Committee on Preventive Health Care met this day at 8 a.m., the Chairman, the Honourable Senator Argue, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Argue, Barootes, David, Gigantès and Turner. (5)

Also present: From the Research Branch of the Library of Parliament: Mr. Robert Milko, Research Officer, Political and Social Affairs Division.

In attendance: Official reporters of the Senate.

Witnesses:

From the Canadian Nurses Association:

Dr. Judith Ritchie, President

Ginette Rodger, Executive Director

Michel Simard, Manager, Public and Government Relations

Mrs. Rodger tabled two (2) documents:

Enoncé de position présenté au Comité spécial du Sénat sur les soins de santé préventifs de septembre 1988, exhibit CSSSSP'2'A.

Statement to the House of Commons Standing Committee of National Health and Welfare on the Health Care System and Its Funding", exhibit CSSSSP'2'B.

Mrs. Ritchie and Mrs. Rodger made statements and answered questions.

The Committee adjourned at 9:10 a.m.

ATTEST:

Le greffier du Comité

André Reny

Clerk of the Committee

EVIDENCE

Ottawa, Wednesday, September 28, 1988

[*Text*]

The Special Committee of the Senate on Preventive Health Care met this day at 8:00 a.m. to continue its study on preventive health care and other preventive measures of health services.

Senator Hazen Argue: (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: On behalf of the committee, I would like to welcome from the Canadian Nurses Association Dr. Judith Ritchie, President, and Ms. Ginette Rodger, Executive Director, whom we have had the pleasure of meeting on other matters. At the back of the room is Mr. Michel Simard, Manager, Public and Government Relations. The Canadian Nurses Association is a very important body in the health-care field.

We have about one hour, so we shall have to discipline ourselves accordingly. Ms. Rodger, you may begin your presentation.

Mme Ginette Rodger, directrice exécutive de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada: Merci, monsieur le président. Honorables sénateurs, c'est un plaisir d'avoir l'opportunité de s'adresser au comité spécial sur les soins de santé préventifs.

Comme vous le savez, l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada représente 100,000 infirmières et infirmiers autorisés au Canada, de 11 provinces et territoires. La seule province qui n'est pas présentement membre comme organisation de l'Association nationale, est l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Par ailleurs, l'Association a des membres du Québec, donc nous représentons les infirmières et infirmiers de toutes les provinces et territoires du pays.

Comme je suis certaine que vous le savez, les infirmières et infirmiers sont très intéressés aux questions que votre comité a comme mandat. De fait, comme les infirmières et les infirmiers constituent plus de 50 p. 100 du système de santé et qu'ils sont dans le système 24 heures par jour, 365 jours par année, qu'ils travaillent avec la population canadienne de la naissance à la mort, que ce soit au niveau de la promotion de la santé jusqu'aux soins de palliation, vous pouvez vous imaginer qu'une question comme la nôtre est du plus grand intérêt pour nous.

Les infirmières et les infirmiers aussi, historiquement comme profession, ont été très impliqués dans les soins de prévention. Historiquement, si l'on pense à nos grands-mères et nos arrières-grands-mères on sait fort bien que les infirmières et les infirmiers en hygiène publique ont toujours été très visibles dans le système de santé canadien.

Depuis 1980 nous avons présenté des mémoires à toutes les instances gouvernementales et à toutes les occasions que nous avons pu trouver pour essayer de souligner l'importance et la nécessité d'une réforme du système de santé. Notre préoccupation comme infirmière est d'une part de protéger notre système qui est un des meilleurs du monde. D'autre part, de s'assurer

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mercredi 28 septembre 1988

[*Traduction*]

Le Comité spécial du Sénat sur les soins de santé préventifs se réunit aujourd'hui à 8 heures pour poursuivre son étude sur le rôle des soins de santé préventifs et des autres mesures préventives dans les services de santé.

Le sénateur Hazen Argue (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Au nom des membres du Comité, j'aimerais d'abord souhaiter la bienvenue à la présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le Dr Judith Ritchie, ainsi qu'à Mme Ginette Rodger, directrice exécutive de l'Association, que nous avons eu le plaisir d'entendre sur d'autres sujets. Je vous signale aussi la présence de M. Michel Simard, chef des relations publiques gouvernementales, qui se trouve à l'arrière de la salle. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada est un organisme très important dans le domaine des soins de santé.

Comme nous n'avons qu'une heure à notre disposition, il nous faudra faire preuve de discipline. Madame Rodger, veuillez prendre la parole.

Mrs. Ginette Rodger, Executive Director, Canadian Nurses Association: Thank you, Mr. Chairman. Honourable Senators, it is a pleasure for me to have this opportunity to speak to the Special Committee on Preventive Health Care.

As you know, the Canadian Nurses Association represents 100,000 registered nurses in Canada, from 11 provinces and the territories. At present, the only province that is not associated with us is Quebec, where nurses are represented by the Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. However, the association does have some members in Quebec and we can therefore say that we represent nurses in all of Canada's provinces and territories.

As you undoubtedly know, nurses are very interested in the issues which your Committee has been empowered to examine, since nurses account for more than 50 p. 100 of the workers in the health care system. They work within the system 24 hours a day, 365 days a year. They are involved with Canadians from the time of their birth to the time of their death, whether it be providing general health care or palliative services. As you can imagine, this issue concerns them deeply.

Historically, members of the nursing profession have been closely involved in health care. If we think back to the time of our grandmothers and great-grandmothers, it is clear that public health nurses have always been a very visible part of the Canadian health care system.

Since 1980, we have tabled briefs at every opportunity to all levels of government stressing the importance and urgent need for reforming the health care system. As nurses, our concern is to protect our system which is one of the best in the world. We also want to ensure that the system continues to meet the needs of Canadians, since, as public opinion surveys show, it is

[*Text*]

que ce système continue à répondre aux besoins des Canadiens puisque c'est le système qui est le plus apprécié par les Canadiens compte tenu des différents sondages d'opinion. C'est dans cet esprit que nous avons présenté nos recommandations.

Nous sommes aussi très sensibles aux efforts financiers réalisés par le gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et par les gouvernements provinciaux. La question financière pour nous est une question de premier ordre puisque, comme vous le savez, les services infirmiers à travers le pays administrent entre six et huit milliards de dollars de payeurs de taxes pour assurer les soins. Donc, la situation financière et l'utilisation des ressources financières est définitivement très importante. C'est pour ça que dans notre approche on ne regarde pas seulement à la réduction de coûts dans l'immédiat mais que l'on regarde aussi à l'utilisation des ressources financières pour faire face aux défis de l'avenir.

Nous sommes bien conscients qu'il y a trois grands facteurs qui affectent le système de santé: un, étant la croissance rapide de la technologie; le deuxième, l'évolution des connaissances dans toutes les professions de la santé qui a un impact financier bien souvent, et, enfin, le changement démographique des personnes âgées.

Comme vous le savez, certaines des recherches faites ont démontré que s'il n'y avait aucun changement de la façon que l'on dispense les soins et si l'on continuait à avoir la même utilisation du système de santé par les personnes âgées que nous avons présentement, qu'en l'an 2031, nous aurions, compte tenu de l'augmentation de notre population presque tous nos lits disponibles attribués aux personnes âgées.

Donc, il est extrêmement important de regarder à une réforme du système de santé. On ne peut pas penser que le système va peut survivre tel qu'il est présentement.

Le sénateur Gigantès: Quelle est la proportion des lits pour les personnes âgées?

Mme Rodger: Tous les lits qu'il y a dans le système irait pour les personnes âgées au complet. Il n'en resterait plus pour faire des soins aigus.

Vous savez aussi que les Canadiens de plus en plus remettent en question la qualité des services dispensés. De fait il est de moins en moins acceptable de penser que l'on relaye les personnes âgées à un deuxième plan dans des institutions de maintien. De plus en plus l'élément de qualité de vie est important pour différentes populations, plus particulièrement les personnes âgées.

On est aussi conscient qu'il y a un changement, soit celui des citoyens qui sont de plus en plus conscients de leur propre santé, de leur nutrition, de leur exercice, etc. Donc, ces phénomènes ne peuvent pas être ignorés et une réforme va devoir s'imposer sur le plan financier et sur le plan des attentes des Canadiens.

Dans notre contexte, nous ne demandons pas au gouvernement de mettre plus d'argent dans le système de santé. Ceci n'est pas une position des infirmières du Canada. Au contraire, ce que nous demandons c'est une meilleure utilisation des argents déjà dévolus dans le système de santé.

[*Traduction*]

highly appreciated by Canadians. It was in this spirit that we formulated our recommendations.

We also recognize the financial efforts that the federal and provincial governments have made in the health field. Funding is an important priority for us since, as you know, nursing services across the country administer between $6 and $8 billion of the taxpayers' money. Therefore, the funding process itself and how financial resources are used is clearly very important. For this reason, our approach consisted not simply of looking at cutting costs in the short term, but rather at looking at how financial resources should be used to meet the challenges of the future.

We know that the health care system is affected by three major factors: firstly, rapid technological growth, secondly, expanding knowledge in all health care professions, which quite often, has some financial impact; and thirdly, our aging population.

Some of the research that has been done has shown that if our methods of dispensing health care do not change and if senior citizens continue to rely on our health care system to the same extent they now do, by the year 2031, nearly all hospital beds will be occupied by senior citizens, given the increase in population.

Therefore, it is vitally important that we consider reforming our health care system. It is inconceivable to imagine that the system could survive in its present form.

Senator Gigantès: What percentage of beds are allocated to the aged?

Mrs. Rodger: All beds would be occupied by the elderly. There would be a shortage of beds for intensive care.

Canadians are also beginning to ask more and more questions about the quality of the care they receive. They are finding it increasingly difficult to accept that the elderly are being relegated to the background in extended care facilities. The quality of life is becoming increasingly important to people, in particular to senior citizens.

We are aware that some changes have occurred. People are more concerned about their own health, nutrition, exercise habits and so forth. This phenomenon cannot be overlooked and some kind of revision is in order, as far as funding and the expectations of Canadians are concerned.

For our part, we are not asking the government to pour more money into the health care system. That is not the position of Canada's nurses. On the contrary, we are asking that the funds already allocated be better utilized.

[*Text*]

Al'heure actuelle, comme vous le savez, nous dépensons au Canada environ 8.6 de notre produit national brut, comparativement à nos voisins des États-Unis qui ont un succès beaucoup moins grand en dépensant au-dessus de 10.6 et n'offrant pas des services à tous leurs citoyens ou à toute leur population.

Notre système soulève l'admiration du monde entier. Pour avoir assisté à différentes conférences internationales sur le sujet tout le monde nous dit de préserver le système que l'on a parce que c'est un des bons systèmes dans le monde.

Par ailleurs, il n'y a aucun doute que la réduction ou le maintien de ce pourcentage de nos ressources financières au système de santé va exister. On ne peut pas penser que les citoyens ou les politiciens vont vouloir augmenter de beaucoup la partie dévolue à la santé.

Il devient donc impérieux pour nous non seulement de regarder l'efficacité de notre système mais sa réorientation. C'est à l'intérieur de ce contexte, monsieur le président, que la présidente de l'Association des infirmières et des infirmers du Canada va présenter des recommandations spécifiques dans certains secteurs du système de santé. Je vous laisse la parole madame Ritchie.

Dr. Judith Ritchie, President, Canadian Nurses Association: Thank you for meeting with us at this early hour of the morning.

As Ms. Rodger has said, we think we have every right to be proud of our Canadian system, but it is very clear that changes are needed if we are to meet the needs as the system evolves towards the last part of the century and the beginning of the next century. We think it is time to take the bull by the horns, so to speak, and invest in services for the future which will emphasize accessibility—changing the first access to care to people like physiotherapists, occupationional therapists and nurses, increasing consumer participation and decision-making and increased emphasis on health promotion and illness prevention.

The CNA believes very strongly in the health-for-all movement and believes that the stance by the World Health Organization applies equally in Canada, both the north and south of Canada. We have endorsed the view that primary health care is the key to a healthy society and we think it is now time to move systematically to put that kind of system into place in this country even though we have every right to be proud of our illness care system.

I will go through the principles of primary health care, because I do not think we can lose sight of the five principles and how important they are. They are: The equitable distribution of health services to all populations; maximum individual and community involvement in the planning and operation of health care services; emphasis on services that are preventive

[*Traduction*]

At the present time, as you know, Canada spends about 8.6 per cent of its GNP on health care, compared to our neighbours, the United States, who spend 10.6 per cent of their GNP, with far less successful results. They do not offer as many services to their citizens.

Our system is admired around the world. I have attended various international conferences where everyone has encouraged us to maintain our system because it is one of the best in the world.

Moreover, there is no doubt that the level of funding of our health care system will either be maintained or reduced. It is unrealistic to think that citizens or politicians will increase the health care budget.

Under the circumstances, it is vitally important for us to review not only the effectiveness of our system, but also the direction it is taking. This brings me, Mr. Chairman, to the President of the Canadian Nurses Association who will now make some specific recommendations regarding some of the sectors of our health care system. I will now turn the floor over to Mrs. Ritchie.

Mme Judith Ritchie, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada: Nous vous remercions d'être venus nous rencontrer à une heure aussi matinale.

Comme Mme Rodger l'a signalé, c'est à juste titre que nous pouvons être fiers du système de santé que nous avons au Canada, mais il est évident qu'il faudra y apporter des changements si nous voulons être encore en mesure de répondre aux besoins qui se feront jour particulièrement au tournant du siècle. Il nous faudra prendre le taureau par les cornes, si je puis m'exprimer ainsi, et être prêts à investir, si nous voulons nous doter des services dont nous aurons besoin dans l'avenir. La question de l'accessibilité devra être une de nos priorités. Nous devrons, entre autres, faire davantage appel, pour assurer les soins de premier secours, aux physiothérapeutes, aux ergothérapeutes et aux infirmiers et infirmières, permettre aux bénéficiaires des soins de participer au processus décisionnel et accentuer davantage la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada appuie fortement ceux qui voudraient que l'accent soit mis sur la promotion de la santé pour tous. Elle croit aussi que la position adoptée par l'Organisation mondiale de la santé devrait s'appliquer à tous les citoyens du Canada, qu'ils viennent du Nord ou du Sud. Nous sommes, comme l'OMS, convaincus que les soins de santé primaires sont primordiaux dans une société en santé. Nous croyons aussi qu'il est à peu près temps qu'on tienne compte de ce facteur chez nous, même si nous pouvons à juste titre être fiers de notre système de soins curatifs.

Je vais maintenant passer en revue les cinq principes fondamentaux de tout système de soins de santé primaires, car je ne crois pas que nous puissions nous permettre de les perdre de vue et d'oublier leur importance. Les services de santé doivent d'abord être dispensés également à toutes les catégories de population; il faut ensuite faire en sorte que l'individu et la col-

[*Text*]

and promotive rather than curative; the use of appropriate technology; and the integration of health development with social and economic development—that is, we cannot separate those aspects of our society's evolution.

This brief addresses three areas: The questions of accessibility to health services; maximum involvement of individuals and community; and prevention and promotion.

We believe there is a need for comprehensive health care for all and for balanced distribution of the available resources. By «accessibility» we mean continuing and organized supply of care, that is geographically, financially, culturally and functionally within easy reach of the whole community.

While at the moment we can be proud of the level of access we have in Canada, particularly illness care, for most Canadians there are still major barriers of accessibility and the effects of those are shown in the reports like the Active Health Report which shows increasing social isolation and alienation, which are kinds of conditions that are prevalent among the elderly, the chronically ill, women, the poor and natives.

There are particular illnesses that are increasing in the population which we believe are due to the current barriers in accessibility.

The system must ensure access to treatment for illness without cost being a factor, but we also believe that Canadians should have access to assistance in caring for their health;and that is the redirection we are asking for.

We, therefore, make recommendations that would expand and enhance accessibility. At the time of the coming into effect of the Canada Health Act, those recommendations were not included, but we reiterate them now in this submission because we think these are the types of amendment needed to change the direction of the system. We outline those on page 4 of our brief and we include things like extended health services to expand to those outside the hospital; to look at nurses and other health care practitioners such as nutritionists, physiotherapists, and so on, becoming points of entry to the system for assessment, care and referral; and the need to reorganize and reallocate health care reform resources.

The areas of maximum individual and community involvement deserve a lot more attention than they have ever received before. Unless we redesign the system so that the people who receive the care have the right and the duty to participate in it, we are not going to be able to achieve the goals we currently have. Individuals have to take responsibility for their own health and we have to make it possible for them to learn how

[*Traduction*]

lectivité puissent participer le plus possible à la planification et à la prestation des services de santé; l'accent doit être mis sur les services préventifs et la promotion de la santé plutôt que sur les soins curatifs; il est essentiel de recourir à la technologie appropriée; enfin, la promotion de la santé doit devenir un élément du développement socio-économique—tous ces principes sont intrinsèquement liés à l'évolution de notre société.

Dans notre mémoire, nous aborderons trois points: la question de l'accessibilité aux services de santé; la participation individuelle et collective au processus décisionnel; enfin, la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

Il est primordial, à notre avis, que tous les citoyens aient accès à des soins de santé complets et que les ressources soient réparties équitablement. La notion d'accessibilité suppose la fourniture de soins permanents, organisés géographiquement, financièrement, culturellement et fonctionnellement, et auxquels toute la collectivité puisse avoir accès facilement.

Bien que nous puissions être fiers du degré d'universalité des services de santé au Canada à l'heure actuelle, en particulier en ce qui concerne les soins curatifs, il n'en demeure pas moins que, pour une grande partie de la population, il existe encore d'importantes lacunes à cet égard. Certains rapports, tel le rapport Action santé, ont traité des conséquences de cette situation; ils ont constaté que les gens sont de plus en plus isolés et aliénés dans la société, et que cette condition est quasi généralisée chez les vieillards, les malades chroniques, les femmes, les pauvres et les autochtones.

On constate une incidence accrue de certaines maladies au sein de la population et nous croyons que ce sont les limites à l'accessibilité qui en sont responsables.

Nous estimons que les malades devraient pouvoir se faire traiter sans que le coût des soins soit un facteur à considérer, mais nous croyons aussi que les Canadiens devraient avoir accès à des ressources pour pouvoir se maintenir en santé. Voilà la réorientation que nous proposons.

Nos recommandations visent à accroître et à améliorer l'accès aux services. Au moment de l'entrée en vigueur de la Loi canadienne sur la santé, le gouvernement n'avait pas tenu compte de ces recommandations, et si nous les reformulons ici dans ce mémoire, c'est que nous croyons que c'est dans ce sens que devra évoluer notre système de santé. Nos recommandations sont énoncées à la page 4 de notre mémoire. Elles proposent notamment la création de services auxiliaires pour compléter les soins donnés à l'hôpital; la participation des infirmiers et infirmières et des autres professionnels de la santé (nutritionnistes, physiothérapeutes, etc.) à la prestation des soins de premier recours (évaluation diagnostique, premiers soins et renvoi à un spécialiste); enfin, une réorganisation et une réaffectation des ressources en fonction de cette nouvelle approche des soins.

Il faudrait accorder beaucoup plus d'attention qu'on ne l'a fait par le passé au volet qui concerne l'optimalisation de la participation individuelle et collective. Si nous ne repensons pas le système de façon à donner au bénéficiaire la possibilité et le droit de participer à sa gestion, nous ne pourrons pas atteindre les objectifs que nous poursuivons actuellement. C'est à l'individu qu'il incombe de se préoccuper de sa santé; nous

[*Text*]

to do that and to become more involved in their own self care and self reliance.

Individuals and communities need to participate in decision-making around that health care. We see that happening through community-based services such as community health centres with major involvement of consumers on the boards making the decisions.

We see patterns across the country which show that kind of public participation is a viable option, and we believe it has to be present in order that approaches be developed to fit the people they are serving.

While it is clear that the government has put increasing emphasis on making individuals more responsible for their own state of health, we think we need to move much more vigorously toward the model of public participation in the decision-making. To fit the primary health-care model in the Canadian context, we need to sensitize consumers to the costs of acute-care services and what kinds of choices they are making when they advocate for say, heart transplant units in Saint John or coronary bypass surgery in Halifax. We need to involve the consumer in the community health decisions and to establish a public forum for the discussion of these issues and decisions. That would mean establishing an organization that might be called the Canada Health Council which would be a permanent and independent body that would represent various sectors of Canadian society to debate the issues related to health care and to recommend health policy for the country. We believe that is happening in the provinces, so there is a tendency to move in that direction. We believe strongly that we need a federal framework as well.

Finally, we touch on prevention and promotion. Throughout the many sectors of the health-care system, we continue to focus on cure and treatment. It is very clear that the resources allocated to illness care are escalating and, in fact, we are putting more funds into more care for fewer people with little support and little growth in the support for health promotion and community health.

The provinces have had many commissions across the land which repeatedly have pointed to the need to reallocate financial resources. We believe that a reallocation would help. However, despite the recommendations that these commissions have made, we still continue to focus on disease, mortality or morbidity as indicators of the health of the health-care system. We do not attend to the less, what I call «shiny», needs which are things that do not shine like CAT scanners but may have, in fact, much more effect on long-term quality of life such as turning to more healthy public policy and making laws that affect the environment we are living in. It is very clear in every province in this country that people are suffering from environmental related illnesses due to the kinds of policies we have.

[*Traduction*]

devons donc lui montrer comment devenir plus responsable et plus autonome en ce qui concerne sa santé.

Les individus et les collectivités doivent participer aux décisions qui concernent la santé. Certains services communautaires, tels les centres de santé communautaires, y arrivent en invitant les bénéficiaires à faire partie des conseils d'administration où se prennent les décisions.

Les résultats des diverses expériences menées dans notre pays dans cette optique nous font penser qu'il s'agit là d'une option viable. Nous croyons que cette participation est nécessaire pour que les soins soient adaptés aux besoins de la clientèle que nous desservons.

On ne peut nier que les gouvernements tiennent de plus en plus à ce que les individus soient plus responsables en ce qui concerne leur santé, mais nous croyons qu'il faut faire plus et accentuer la participation au processus décisionnel. Pour intégrer les soins primaires dans le système de santé canadien, il faut sensibiliser les bénéficiaires à ce qu'il en coûte pour offrir des services de qualité et aux choix qu'ils font lorsqu'ils réclament par exemple une admission aux unités de transplantation cardiaque à Saint John ou un pontage coronarien à Halifax. Nous devons amener les bénéficiaires à participer aux décisions et créer une tribune pour leur permettre de discuter de ces questions et des décisions prises. On pourrait, par exemple, créer un organisme permanent et indépendant, qui pourrait être appelé le Conseil canadien de la santé, au sein duquel seraient représentés les divers secteurs de la société canadienne. Sa raison d'être serait de permettre la discussion des questions relatives aux soins de santé et la formulation d'une politique nationale de la santé. Les provinces semblent déjà engagées dans cette voie et nous sommes convaincus qu'il faudrait en plus un encadrement fédéral.

Enfin, nous abordons la question de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé. Dans un grand nombre de secteurs, l'accent est encore mis sur les soins curatifs et le traitement des maladies. Il est indéniable qu'il faut constamment augmenter le budget des soins de santé; en réalité, nous injectons de plus en plus de fonds et nous instaurons sans cesse de nouveaux services dont profitent de moins en moins de gens. Pendant ce temps, les services communautaires de santé et la promotion de la santé progressent peu et obtiennent peu d'appui.

Un grand nombre de commissions instituées par les provinces ont maintes fois souligné la nécessité de répartir autrement les ressources financières. Une telle réaffectation serait utile à notre avis. Or, malgré toutes les recommandations formulées par ces commissions, nous jugeons encore de la qualité de nos services en fonction de la maladie, de la mortalité et de la morbidité. Nous préférons encore acheter des tomodensimètres coûteux et il nous intéresse peu de combler des besoins moins «spectaculaires», doter notre pays d'une meilleure politique de la santé, par exemple, ou adopter des lois qui amélioreraient le milieu dans lequel on vit. Ces mesures auraient pourtant une plus grande incidence sur la qualité de vie à long terme. Toutes les provinces reconnaissent que l'existence des maladies liées à l'environnement découle des politiques que nous avons.

[*Text*]

Even within nursing we tend to emphasize the illness care system. That is the kind of system I work in. On an individual basis, it is very tempting to fight and lobby for more funds for the kinds of services that will serve individuals with particular types of illnesses, but, if we look at the long-term we see that we will only be persisting in crisis management. We have to shift the emphasis from the illness system and move toward preventive, diagnostic and ambulatory programs. We must reorient the health care and social policies, the health care delivery systems, and the professionals within them, to promote those kinds of activities.

To do that, we believe that will take reallocation of moneys into innovative health-care programs such as those which the government of Newfoundland has now funded, with funding from the World Health Organization on a primary health care model within that province. Those things particularly emphasize disease prevention and health promotion.

The Canada Health Act needs to be amended so that we can ensure a wider range of services that would promote health and conserve health as well as restore health. It is important to recognize that although there are community health centres across the country, there is no assurance in the current legislation that the principles of the Canada Health Act will apply to those services. So eventually we could be in a position where consumers are having to pay in an inequitable way and in a way that would prevent their access to health promotion kinds of counselling. It is important to point out that the technical advances and advances in knowledge have been of tremendous benefit to the health of Canadians, but they are increasingly poured into treatment of preventable illnesses. Organ transplants and many kinds of treatment procedures are really for things that could be prevented. Unless we do something about how we are approaching that system, it seems to me that we are going to be faced with investing 100 per cent of our gross national product into illness care because the limits are clearly becoming, in my mind at least, limitless. We can do as much as we will pay for. The question is whether we ought to do as much as we will pay for—that is continuing with band-aid solutions and crisis management. We believe that we need to develop a framework for deciding how those illness care resources should be allocated, and then to develop alternatives to those high-cost, high-tech health-care services and to utilize better the lower-cost, highly qualified providers of health-care services.

In summary, we have four recommendations: First, that the Canada Health Act be amended to provide for ensuring extended health care services and provision of the range of services for the promotion and conservation of health, and that that should be done through reallocation of resources.

Secondly, we recommend that nurses and other health-care practitioners become the points of entry for assessment, care and referral. That does not mean they would be the only points

[*Traduction*]

Même le personnel infirmier a tendance à centrer son action sur les soins curatifs. Voilà la situation dans le milieu où je travaille. Quand on pense à l'individu, il est très tentant de lutter et d'exercer des pressions pour réclamer le financement de services spécialisés, mais à long terme, cela ne constitue que des cataplasmes. Il faut cesser de mettre l'accent sur le traitement de la maladie et orienter nos efforts vers les programmes de soins préventifs, diagnostiques et ambulatoires. Nous devons réorienter la politique des soins de santé et la politique sociale et modifier, en fonction d'une nouvelle approche des soins, la manière dont les soins sont dispensés dans nos établissements par les diverses catégories de professionnels.

Si nous voulons y arriver, nous devrons réserver des fonds pour le financement de programmes innovateurs, comme le programme de soins primaires que le gouvernement de Terre-Neuve vient de mettre sur pied avec l'aide de l'Organisation mondiale de la santé. Ce programme, qui servira de modèle, sera axé sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

La Loi canadienne sur la santé doit être modifiée pour permettre à nos établissements de santé d'offrir une gamme plus étendue de services axés tant sur la promotion et la conservation de la santé que sur la guérison. Il importe de reconnaître que, bien qu'il existe des centres de santé communautaires dans tout le pays, rien dans la législation ne garantit que les principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé régissent tous ces services. Des consommateurs pourraient donc avoir à faire les frais de cette situation, ce qui serait inéquitable et les priverait de services de consultation axés sur la promotion de la santé. Les progrès techniques et l'avancement des connaissances ont grandement contribué à améliorer la santé des citoyens canadiens, mais ils servent de plus en plus au traitement de maladies qu'on peut prévenir. En effet, les transplantations d'organes et de nombreuses procédures de traitement servent au fond à soigner des maladies qu'on pourrait prévenir. Si l'on ne fait pas quelque chose pour modifier notre approche du système, nous nous verrons obligés d'investir la totalité de notre produit national brut dans le traitement de maladies, car, à mon avis du moins, on repousse de plus en plus des limites. Nous pouvons agir dans la mesure où nous sommes prêts à payer. Le tout est de savoir si nous devrions nous y résoudre, c'est-à-dire nous en tenir à des expédients et à une gestion ponctuelle. Nous estimons pour notre part qu'il faut établir un cadre qui permette de décider de quelle manière il faudrait d'abord affecter ces ressources au traitement des maladies, puis offrir des solutions de rechange à ces services de santé onéreux et de haute technologie et, enfin, mieux utiliser les services des travailleurs de la santé, qui sont hautement qualifiés et moins coûteux.

En bref, nous faisons quatre recommandations. Premièrement, nous recommandons de modifier la Loi canadienne sur la santé afin de garantir des services complémentaires de santé et d'offrir un ensemble de services de promotion et de maintien de la santé, et de procéder pour cela à la réaffectation des ressources.

Deuxièmement, nous recommandons de faire en sorte que le personnel infirmier et d'autres travailleurs de la santé deviennent les premiers intervenants en matière de diagnostics, de

[*Text*]

of entry but that it be made possible for consumers to make that choice.

Thirdly, we recommend that the federal government encourage primary health-care as the model for the Canadian health-care system, including further development of multidisciplinary community health-care centres and home-care services.

Our final recommendation is that a permanent, independent body representing consumers and other sectors, such as governments and health-care professionals, be created to examine the issues that are before us and to recommend health-care policy.

Thank you. We will be pleased to entertain questions.

The Chairman: Thank you. If I might be permitted to start off the questioning, could you give us some general idea of how you would bring about participation by lay people in the system or how you would bring about a greater democracy in the system? Could you then explain briefly what the community delivery centres really are and how they function? I run into that in what I read about health care from time to time. Cold you give us a quick summary, a bird's eye view, of what they are and how they work and how you get greater democracy into the system?

Dr. Ritchie: Thank you, senator. I will start and then turn to Ginette. She can fill in if I leave anything out. It is a very complicated process, of course. One of the ways to increase consumer involvement is to increase consumer involvement on the decision-making boards, both hospital trustee boards and community health centre boards. Indeed, in this city there are community health centres with consumer-directed boards. We need to define the consumer. Traditionally those boards have consisted of people from the business and the political sectors, who are regarded as experts in analysis, particularly of financial issues. In a more primary health-care model, the individuals who would be receiving the care could say, «These are the kinds of services we need. Do not tell us what to do with this kind of a model. This is what we need. The kinds of things you are planning do not fit with this culture.» Aboard with those kinds of people on it would direct different kinds of decisions. Those kinds of boards currently exist but not on a large scale. They are mostly in community health centres and hospitals. We have some statistics from Ontario which indicate that in communities where services are centred in the community rather than in the hospital, and not in the centre core where all the big buildings are but closer to where the population they are serving live, the centres permit primary access, for instance, to nutrition counselling or to counselling around human sexuality or to nursing or medicine, depending on what the individual decides. Where the board has decided that is the way it will go, the result is decreased admissions into hospital and an increased overall quality of health. It is that kind of community-based centre that we think should be set up so that individuals do not have to move near the services. I use Halifax

[*Traduction*]

soins et d'aiguillage. Cela ne veut pas dire qu'ils seraient les seuls intervenants, mais on offrirait cette possibilité d'accès aux patients.

Troisièmement, nous recommandons que le gouvernement fédéral encourage la prestation de soins de premier recours comme modèle de système de soins de santé pour le Canada, de même que le développement accru des centres de santé communautaires multidisciplinaires et des services de soins à domicile.

Quatrièmement, nous recommandons qu'un organe indépendant et permanent représente les patients et les autres intéressés, comme les gouvernements et les professionnels de la santé, qu'il soit chargé d'examiner les questions dont nous sommes saisis et qu'il recommande une politique en matière de soins de santé.

Je vous remercie. Nous pouvons maintenant répondre à vos questions.

Le président: Merci. Je me permets de poser la première question. Pourriez-vous nous exposer, de façon générale, comment vous pensez accroître la participation du public au système des soins de santé, comment démocratiser davantage ce système. Pourriez-vous ensuite expliquer brièvement en quoi consistent vraiment les centres de santé communautaires et comment ils fonctionnent? Je me pose cette question quand je lis des documents sur les soins de santé. Pourriez-vous nous exposer succintement ce qu'ils sont, comment ils fonctionnent et comment on peut démocratiser davantage le système.

Mme Ritchie: Merci, sénateur. Je répondrai en premier. Puis, je céderai la parole à Ginette. Elle peut m'interrompre si j'oublie quelque chose. Voilà évidemment un processus très complexe. L'un des moyens d'accroître la participation du public est d'amener ce dernier à faire partie des conseils d'administration, ceux des hôpitaux comme ceux des centres de santé communautaires. À Ottawa, il existe des centres de santé communautaires dont les conseils sont majoritairement composés de représentants du public. Jusqu'à maintenant, il s'agissait généralement de personnes du milieu des affaires et du monde politique, que l'on considérait comme des spécialistes de l'analyse, et plus particulièrement des finances. Dans un modèle de système de soins de santé de premier recours, les patients qui recevraient des soins pourraient dire, par exemple: «Voici les types de services qu'il nous faut. Vous n'avez pas à nous imposer ce modèle. Voilà ce dont nous avons besoin. Les choses que vous prévoyez ne nous conviennent pas». Un conseil qui compterait des utilisateurs parmi ses membres en arriverait à des décisions différentes. Il existe actuellement des conseils de ce type, mais ils ne sont pas répandus. On en trouve principalement dans des centres de santé communautaires et des hôpitaux. Des statistiques de l'Ontario montrent que, dans les collectivités où les services sont centralisés au sein de la collectivité plutôt qu'à l'hôpital, non pas dans les centres-villes au milieu de gros immeubles mais à proximité des zones où réside la population, les centres permettent l'accès de premier recours, par exemple, à des services de consultation en matière de nutrition, de sexualité, de soins infirmiers ou de médecine, selon la demande. Dans ces collectivités, on note une baisse du nombre d'admissions dans les hôpitaux et une amélioration

[*Text*]

as an example, where people who live in the north end must try to find a way to get their children on the bus to service in the south end of Halifax where almost all of the hospitals are, in order to get any health care. They should be able to go to their own centre and see the people they actually need in that centre.

Ms. Rodger: I just want to return to ways in which to encourage lay participation within the system. As health-care professionals, we do a good job at mystifying our service and at making choices that are always life and death choices. We leave no choice to the lay person, because you have a choice between the people who die from kidney problems or heart problems. From having been chairman of boards of the Canadian Council of Hospital Accreditation and on the boards of directors of hospitals, I know well the dynamics of that. A lay person that sits between nurses and doctors and dietitions has choices that are so enormous that it becomes very difficult to choose. There are a couple of ways of encouraging lay participation that could be useful. Heavy community representation on a board is one, but I think that bringing to them health policies relating to the mission of the institution and the global choice within the community is very important. I am thinking, for example, of just this past weekend. I was at La Sapinière with the board of trustees of an institution looking at policies relating to very basic human services. One of the questions was: Do we serve the elderly population of this area by providing out-patient support or do we make some other choices? The choices were globally connected to the community instead of being connected to the institution itself. I think we should look to the mission that an institution has to play within a global system instead of the individual mission of an institution. If we allow lay people to make real decisions and to set policy, we would certainly encourage the participation of lay people. I think you also need an effort on the part of health professionals to refocus, as our president was saying. The health professionals are very focused toward the illness system, because we have been socialized under it and it has been pushed on to us. The province may put 3 per cent of its budget in the other part of the system, which is prevention and promotion; so you can see that all of the attention is focused there. But I feel that a larger participation and health policies globally within the community would encourage people to participate.

Le sénateur David: Monsieur le président, je voudrais attaquer avec vous le point numéro 2 de la conclusion de l'exposé des témoins, celui de l'entrée des infirmières et infirmiers et autres professionnels de la santé comme point d'entrée dans le système de soins, dans le système d'évaluation, c'est-à-dire l«'assessment» c'est comme ça que je dois le traduire j'imagine, dans les soins, «care» et dans le système de référence. Je voudrais que vous me développiez ce point un petit peu car même

[*Traduction*]

générale de l'état de santé de la population. Voilà le genre de centre de santé communautaire qu'il faudrait établir afin que les gens n'aient pas à s'installer à proximité des services de santé. À Halifax, par exemple, des gens qui vivent dans le nord de la ville doivent, pour aller faire soigner leurs enfants, prendre l'autobus pour se rendre à l'extrémité sud de la capitale, où la plupart des hôpitaux se trouvent. Ils devraient pouvoir, dans leur propre milieu, obtenir des soins de santé et voir les spécialistes qu'ils doivent consulter.

Mme Rodger: J'aimerais revenir sur la façon d'encourager la participation du public au système des soins de santé. En tant que professionnels de la santé, nous mystifions le public et faisons des choix, où il est toujours question de vie ou de mort. Le profane n'a rien à dire quand, par exemple, il faut choisir entre les gens qui meurent de maladies du rein ou de maladies cardiaques. Pour avoir présidé le conseil d'administration du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé et avoir siégé à des conseils d'administration d'hôpitaux, j'en connais bien la dynamique. Un profane qui siège au milieu d'infirmiers, de médecins et de diététiciens doit prendre des décisions très difficiles et très lourdes de conséquences. Il existe quelques moyens utiles d'encourager la participation du public. Une forte participation communautaire à un conseil d'administration en est un mais je pense qu'il est très important de proposer aux administrateurs une politique de santé qui tienne compte non seulement de la mission de l'établissement, mais des besoins de la collectivité dans son ensemble. Par exemple, le week-end dernier, je me trouvais à La Sapinière où le conseil d'administration d'un établissement devait décider de l'orientation à prendre en matière de services essentiels. Il devait notamment décider s'il fallait offrir à la population âgée du secteur des services de soutien externe ou opter pour une autre solution. Les options proposées tenaient généralement compte des besoins de la collectivité plutôt que de ceux de l'établissement. Je pense que les décisions devraient être axées sur la mission que l'établissement a à jouer dans la collectivité, plutôt que sur sa mission particulière. Si l'on veut encourager la participation du public, il faudrait permettre à celui-ci de prendre part à des décisions qui ont une importance réelle ainsi qu'à l'établissement des politiques. Il faudrait aussi que les professionnels de la santé réorientent leurs efforts, comme le disait notre présidente. Les professionnels de la santé sont très axés sur le traitement des maladies, parce que c'est ainsi qu'ils ont été formés et que c'est cela qu'on leur a inculqué. La province ne consacre que 3 p. 100 de son budget à l'autre volet des soins de santé, soit la prévention des maladies et la promotion de la santé. On voit donc bien que toute l'attention porte là-dessus. Cependant, j'estime qu'une participation accrue et une politique de la santé qui tiendrait compte des besoins de la collectivité dans son ensemble inciteraient les gens à participer.

Senator David: Mr. Chairman, I would like to discuss the second point of Mrs. Ritchie's conclusion, namely that nurses and other health care professionals should serve as points of entry to the health care system for assessment, care and referral. I would like you to elaborate for me. Even though you phrased it carefully, you seem to be contesting the medical practioner's privileged role. In our health care system today, he is considered the primary point of entry. I thank you for

[*Text*]

s'il est discrètement mentionné, vous éliminez, contestez ou remettez en question l'exclusivité du médecin qui est considéré actuellement dans notre système comme le point d'entrée principal. Je vous remercie de la délicatesse avec laquelle vous faites cette recommandation mais elle me semble personnellement assez claire. Je voudrais que vous développiez un petit peu vos allégations.

Dr. Ritchie: Again, Ginette remembers the points that I have forgotten, and she picked up the one that I had lost track of. Senator, you are exactly right. The current Canada Health Act makes it possible for the provinces to decide, if they change their legislation, to make other people entry points, but it is discreetly worded even in the Canada Health Act. We believe that that is leading to an unecessary expenditure of funds.

I am sure that all of us in this room have had the problem—unless we have some way of direct access otherwise—where medical care is not really needed, but in order to get referred to the service needed, one must go through the medical system and make an appointment with a physician. That happens over and over again in our emergency rooms.

People who have a problem and need access in another way to a nurse, a social worker, or even to a nutritionist in some cases, have to go through the physician to get the referral or go to a private practioner. In some centres there are physiotherapists in private practice, and if you can afford to pay their fees, then you can go directly to them. But many Canadians cannot afford that, so they have to go through the physician and incur all of the costs, social and economic. So we believe that people ought to be able to make that choice. If they believe they need counselling from a social worker, they should be able to have direct access to that. Physiotherapy is another example.

Le sénateur David: Monsieur le président, est-ce que je peux contester très humblement cette position parce qu'il y a déjà beaucoup de points d'entrée et finalement peu de points de sortie? Le point de sortie étant ou bien vous n'êtes plus malade ou au contraire vous êtes à peu près guéri.

Si vous multipliez les points d'entrée, est-ce que vous ne risquez pas d'avoir à ce moment-là toutes les erreurs possibles de diagnostic et de prognostic qui font que le malade, on l'appelait autrefois le patient mais on l'appelle aujourd'hui le client, ne saura pas s'il est préférable de consulter une infirmière, un physiothérapeute, un chiropraticien, un naturaliste, un psychologue, un visionnaire, une holistique, etc., etc.

Comment pouvez-vous imaginer un système dont la porte d'entrée aurait à peu près une vingtaine d'accès finalement au lieu d'en avoir un? Peut-être que l'exclusivité médicale est un cartel trop prononcé mais peut-être que la multiplication des portes va vous apporter encore plus de problèmes que cette unique porte d'entrée. Je la mets toute petite, je ne veux pas la mettre trop grande.

Mme Rodger: Monsieur le président, si je puis me permettre, il est certain que présentement dans notre système de santé, on a un gardien de la porte, on l'appelle en anglais le «gatekeeper» et c'est le médecin.

[*Traduction*]

phrasing your recommendation carefully, but its meaning seems fairly clear to me. So, I wonder if you might elaborate on these comments for me.

Mme Ritchie: À nouveau, Ginette relève des points que j'ai omis ou oubliés. Sénateur, vous avez parfaitement raison. La Loi canadienne sur la santé autorise les provinces, si elles modifient leur législation, à permettre à d'autres personnes de devenir des intervenants donnant accès aux soins médicaux, mais cela est vaguement formulé, même dans cette loi. Nous estimons qu'il en résulte des dépenses inutiles.

Je suis persuadé qu'à un moment ou l'autre tous ceux qui se trouvent dans cette pièce ont—à moins d'avoir quelque autre accès direct—sans avoir vraiment eu besoin de traitement fait appel au corps médical pour pouvoir s'adresser au service voulu. C'est constamment le cas dans les salles d'urgence.

Les gens qui ont besoin de consulter un infirmier, un travailleur social ou même un nutritionniste doivent d'abord voir un médecin qui les renvoie à ces spécialistes ou s'adresser à un praticien privé. Dans certains centres, des physiothérapeutes exercent en pratique privée; ceux qui peuvent payer leurs honoraires peuvent les consulter directement. Cependant, de nombreux Canadiens ne le peuvent pas et doivent passer par le médecin, avec toutes les dépenses et les coûts sociaux que cela suppose. Nous considérons donc que la population devrait avoir cette possibilité. Les personnes qui estiment avoir besoin de consulter un travailleur social devraient pouvoir le faire directement. La physiothérapie est un autre exemple.

Senator David: Mr. Chairman, I would very humbly like to contest this position, because in the final analysis, are there not many different entry points and exit points, the exit point being that either the patient gets sicker or is cured.

If we multiply the entry points, do we not run the risk of making all kinds of diagnostic and prognostic errors? The patient, who is now referred to as the client, might not know whether it is preferable to consult a nurse, a physiotherapist, a chiropractor, a naturopath, a psychologist, a visionary or a holistic doctor, and the list goes on.

Can you imagine a health care system with about twenty different points of entry instead of just one? Perhaps doctors do form an overly exclusive cartel, so to speak, but increasing the number of access points will only cause more problems.

Mrs. Rodger: With your permission, Mr. Chairman, I would just like to say that in our system, there is a gatekeeper, and that gatekeeper is the doctor.

[*Text*]

La situation évolue dans le domaine de la santé. Le système de santé n'est pas la médecine. La médecine est une faction du système de santé global. Maintenant parce que notre système a été habitué à prodiguer les soins hospitaliers et médicaux, toute l'orientation du système s'est mise sur la médecine. Mais de fait le rôle de la médecine dans le système est le diagnostic et le traitement. Plusieurs autres intervenants ont des rôles différents.

Prenons par exemple le rôle de l'infirmière. Le rôle de l'infirmière n'est pas de faire du diagnostic et du traitement. Le rôle de l'infirmière est de dispenser des soins qui sont bio-psycho-sociaux. Toute l'évolution de la science infirmière démontre comment soigner, comment assurer les soins de confort, l'hygiène, la mobilité, etc. C'est une discipline très différente de la médecine.

Or quand on parle du rôle de l'infirmière comme point d'entrée dans le système, c'est que l'infirmière qui reçoit un client au point d'entrée voit ce client avec ses besoins qui sont de tout ordre, ce que l'infirmière fait déjà dans le système. Si vous regardez dans les salles d'urgence, même dans les hôpitaux tertiaires, qui est au téléphone avec la mère et son enfant qui dit: j'ai tel problème garde, qu'est-ce que je fais? Il s'agit de soins globaux. L'infirmière aide cette personne-là. Cela se fait présentement.

Ce qui arrive, c'est qu'on dit que le système présentement est institutionnalisé. Pour entrer à l'hôpital, il faut la signature d'un médecin en diagnostic et traitement, même lorsque ce n'est pas approprié. Pour en sortir, il faut aussi la signature du médecin, à moins qu'on en sorte les pieds les premiers. Alors ce qu'on dit, c'est que le système devrait permettre l'utilisation d'autres portes d'entrée lorsqu'elles sont appropriées. Et souvent elles le sont.

L'Organisation mondiale de la santé elle-même par la voix de son directeur général le docteur Maller a recommandé que le point d'entrée dans le système de santé dans l'Organisation mondiale à différents programmes soit les infirmières et que la médecine soit un point de référence en ce qui a trait au diagnostic et au traitement. Il n'y a rien de très nouveau là-dedans. Mais quand on regarde les coûts impliqués dans l'application d'un tel système, c'est là que c'est inquiétant. Quand on regarde l'impact sur la qualité des soins donnés au client, cela aussi est inquiétant.

J'aimerais vous donner un petit exemple dans un milieu hospitalier que vous devez connaître très bien dans la région de Montréal où j'ai été longtemps. Il s'agit d'une étude sur les patients diabétiques. On a démontré qu'on ne pouvait pas avoir des cliniques pour des patients diabétiques avec les infirmières, des cliniques qui étaient très appropriées parce qu'il y avait des barrières législatives qui disaient: lorsque vous entrez dans un hôpital, vous devez voir un médecin. Si vous ne le voyez pas, cela n'est pas correct. Il y avait aussi des barrières financières. A ce moment-là cela apportait des coûts qui n'amélioraient pas les soins et qui ne donnaient rien au système. Alors nous disons qu'il faut avoir une meilleure utilisation. Les gens vont toujours choisir d'aller voir les naturopathes s'ils le désirent. Nous avons une population qui évolue et qui est de plus en plus éduquée.

[*Traduction*]

The health care field is changing. Medicine is only one area of the overall health care system. Because our system provides hospital and medical care, the focus is on medicine. However, the role of medicine is to diagnose and treat illness. Other components of the system play different roles.

Take, for example, the role of a nurse. She does not diagnose or treat patients. A nurse dispenses biological, psychological and social care. The nursing profession emphasizes patient care and everything this entails. It differs a great deal from the medical profession.

When we speak of the nurse as being the point of entry to the system, we mean that the nurse is the first person to come into contact with the client and to see to is needs. If you look at hospital emergency rooms and if you look at who is on the telephone trying to deal with a mother's concern about her child, it is clear that nurses provide a range of services.

We contend that the system is institutionalized. A doctor's signature is required before a patient can check into a hospital, even if this is not really necessary. The same is true when a patient checks out of the hospital, unless he checks out feet first. The system should be flexible enough to allow for other points of entry when appropriate, as is often the case.

The Head of the World Health Organization, Doctor Maller, has recommended that nurses be the point of entry to its various health care programs and that the medical profession be a point of reference for the diagnostic and treatment process. This is nothing new. However, when we look at the costs of running such a system, it is indeed cause for concern. When we look how the quality of client services is affected, it is also cause for concern.

I would like to give you one example of a problem that occurred in a hospital in the Montreal region where I worked for many years. A study was conducted on diabetic patients. It revealed that it was not possible to set up diabetic clinics operated by nurses, even though such clinics would have been more than adequate, because there were legislative provisions stating that when a patient enters a hospital, he has to see a doctor. If he is not seen by a doctor, then something is not right. There are also financial barriers to contend with. Additional costs would be incurred without improving in any way the care provided. That's why we are calling for better resource utilization. Some people will always choose to consult a naturopath. Our population is becoming increasingly educated about health care matters.

[*Text*]

Je m'excuse pour la longueur de la réponse mais c'est une question de fond dans le système et il est extrêmement important qu'il soit bien identifié que les infirmières ne désirent pas devenir des petits médecins. Les infirmières désirent pratiquer comme les diététistes et les autres dans un système d'équipe.

Senator Turner: Dr. Ritchie, I know a little bit about nurses. My daughter was a private secretary to three medical doctors, and when her mother was in the hospital last November, she told me that nurses are treated like machines and are expected to do the impossible, especially on the weekend. My wife went into the hospital on a Saturday evening at 6 o'clock. The type of service we got was unbelievable. There seems to be no action on weekends.

Earlier you made a statement to the effect that we must sensitize the public to health care services. I agree. When a person leaves the hospital, I believe he should be given an itemized bill of what it cost for the individual's hospitalization. If I buy a car, I know exactly the various options I am getting on that car. However, I know nothing of what it cost to hospitalize my wife. All I know is that it cost me $20 over and above the fee for the ambulance. You have said that the general public is not aware of what it costs to provide hospital care. The general public believes that after one month in the hospital, the beds, chairs and dressers should be paid for.

Why are hospital costs so high? I think we could eliminate many of our problems if we were honest with the public and gave them an itemized account of the type of service provided and the costs involved. I have never received an itemized bill from the doctor. No one knows what it costs. There is a lot of mystery about the system. Hospital health care is not as good as it was 13 years ago.

Dr. Ritchie: How to sensitize and educate the public about what they are paying for, and what choices they have under the current system—because whether or not we are doing it consciously in an organized way, we are making choices—is a very difficult issue. We must develop a way of providing this education that does not punish the people who happen to be using the system and which allows the range of people who are using the system to understand it. For instance, Nova Scotia hospitals experimented with giving patients an itemized bill as they left the hospital. Many people understood the procedure and recognized what it meant—that they did not have to pay the bill, that it was merely a bill outlining the cost of their care and that they did not have to pay for it. However, many people misunderstood the procedure and felt very threatened at a time when they were already threatened, because they were going home, very often, with continuing care needs. Their anxiety was quickly relieved, but nevertheless it stimulated anxieties that were not necessary. Many people in our society interpret those kinds of lists as an indication that they ought not to have used the service. So, in developing solutions, we have to be very careful about how we put out the message and what the message is actually saying.

I agree that we have to educate the public about what we are really doing here and how much it is costing. I think the

[*Traduction*]

I apologize for my lengthy answer, but this is a fundamental question, as far as the system is concerned and it's extremely important that it be understood clearly that nurses do not want to be doctors. They just want to do their job as dieticians or something else, and be part of a health care team.

Le sénateur Turner: Docteur Ritchie, je connais un peu la profession d'infirmière. Ma fille était secrétaire particulière de trois médecins et, à l'occasion du séjour de sa mère à l'hôpital en novembre dernier, m'a rapporté que les infirmières sont traitées comme des machines et qu'on s'attend à ce qu'elles fassent l'impossible, les fins de semaine en particulier. Mon épouse est entrée à l'hôpital un samedi soir à 18 heures. Nous avons eu peine à croire que si peu de services aient été offerts; rien ne semble se passer les fins de semaine.

Vous avez dit plus tôt que nous devrions sensibiliser le public aux services de santé. Je suis d'accord. A sa sortie d'hôpital, tout patient devrait, à mon avis, se voir remettre une facture détaillée des coûts de son hospitalisation. Lorsque j'achète une voiture, je sais exactement les options que je vais avoir. Par contre, je ne sais absolument pas à quoi s'élèvent les coûts d'hospitalisation de mon épouse. Tout ce que je sais, c'est que cela m'a coûté 20$ de plus pour l'ambulance. Vous dites que le grand public ne sait pas à combien reviennent les soins hospitaliers. Le grand public pense qu'après un mois d'hospitalisation, lits, chaises et armoires doivent être payés.

Pourquoi les coûts d'hospitalisation sont-ils si élevés? Je pense que l'on éliminerait bien des problèmes si l'on faisait preuve d'honnêteté envers le public et si on lui donnait un compte détaillé du type de services offerts et des coûts qu'ils représentent. Je n'ai jamais reçu de facture détaillée du médecin. Personne ne sait combien coûtent les consultations. Tout le système est entouré de mystère. Les soins hospitaliers ne sont pas aussi bons qu'ils l'étaient il y a 13 ans.

Mme Ritchie: Comment sensibiliser et éduquer le public au sujet de ce qu'il paye et des choix dont il dispose en vertu du système actuel—car, que nous le fassions consciemment ou non, nous faisons des choix—c'est là une question très difficile. Il nous faut trouver le moyen de donner cette information, sans pour autant punir ceux qui utilisent le système; cette information devrait également permettre à toute la gamme d'utilisateurs du système de le comprendre. En Nouvelle-Écosse, par exemple, les hôpitaux ont fait l'expérience suivante: ils ont remis une facture détaillée aux patients, à leur sortie de l'hôpital. Beaucoup ont compris le but visé—ils n'avaient pas à payer la facture, il s'agissait simplement d'une facture détaillant les coûts des soins dispensés. Par contre, beaucoup ont mal compris et se sont sentis menacés au moment même où ils avaient déjà ce sentiment, car en rentrant chez eux, ils avaient très souvent, besoin de soins supplémentaires. Même si leur anxiété a été rapidement dissipée, il reste qu'ils en ont souffert inutilement. Nombreux sont ceux pour qui le fait de recevoir un compte de ce genre est en quelque sorte un reproche. En matière de solution donc, nous devons faire très attention à la façon dont nous formulons le message et à son contenu.

Je conviens que nous devons éduquer le public à propos de ce que nous faisons et des coûts que cela entraîne. À mon avis, les

[*Text*]

media is one means. I would prefer a more active approach to that sort of education of the public than billing the people who happen to need the service at the moment.

Senator Turner: If you have an accident in your car, you take the car to the autobody shop. The first thing the body shop asks is, «Are you paying for it or is it covered by insurance?» There are two different prices.

Senator Gigantès: If the insurance company is paying, you get a higher estimate.

Senator Turner: That is correct, and that is the reason why we should get an itemized account. I know many people who think that, while the system is good, it could be better and that nurses do a tremendous job. However, it is difficult to get people to go into the nursing profession today simply because of the way they are treated in the hospitals. They are expected to do the impossible. I am talking here from my experiences while my wife was in the hospital last November. My wife said she would never go back to that particular hospital. I donate to the four hospitals in my city, but she told me not to donate to that one again. I still do, though.

Senator Gigantès: It seems to me that sometimes the business of preventive care and the greater use of the nursing profession to the benefit of the health-care system degenerates a little, in the minds of some people, into a challenge to the medical profession. I do not think it can be seen in that way. I personally would not agree to multiple entry to naturopaths, psychopaths or whatever. It seems to me that the orthodox medical profession, consisting of the doctors at the head and then their associates, subordinates and the nurses, could play a much larger role in health counselling and home care—some sort of triage where the neighbourhood health clinic nurse could say to the mother, «Don't worry. Give the child an aspirin and if he is not better by tomorrow, we will go to the doctor.» In this way we might eliminate situations that are not serious enough to require going to emergency for doctor care. If we had the kind of organization that our witnesses have suggested, under a pyramid system with a doctor in charge, we would have a much better system and one in which patients would feel happier.

I realize that my comments are turning into a speech, but let us take, for example, the aged. My family doctor says that my father-in-law and mother-in-law would be in a hospital taking up long-term care beds if my wife and I were not here. They are no longer able to do certain things for themselves. If we could organize a system that would provide care for them at home, they would be happier and it would be a hell of a lot less expensive. Is that not a little of what you are suggesting, and not so much replacing or challenging the authority of doctors or bipassing them as the entry point to hospitals?

[*Traduction*]

médias permettent ce genre d'éducation. Je serais davantage en faveur d'une façon d'éduquer le public qui soit plus active que la présentation d'une facture à ceux qui ont besoin de services.

Le sénateur Turner: Lorsque vous avez un accident de voiture, vous amenez votre voiture chez le carrossier. La première question que pose le carrossier est la suivante: «Allez-vous payer les réparations ou avez-vous une assurance?» Le prix varie selon le cas.

Le sénateur Gigantès: Si c'est la compagnie d'assurances qui paye, l'estimation est plus élevée.

Le sénateur Turner: C'est exact, et c'est la raison pour laquelle nous devrions recevoir un compte détaillé. Je sais que nombreux sont ceux qui pensent que, même si le système est bon, il pourrait être meilleur; ils savent aussi que les infirmières abattent un énorme travail. Il est cependant difficile d'amener aujourd'hui des gens à la profession des soins infirmiers tout simplement en raison de la façon dont infirmières et infirmiers sont traités dans les hôpitaux. On s'attend à ce qu'ils fassent l'impossible. C'est ce que j'en ai retiré de l'expérience que j'ai vécue lors de l'hospitalisation de mon épouse en novembre dernier. Elle m'a dit qu'elle ne retournerait plus jamais dans cet hôpital. Je fais des dons aux quatre hôpitaux de ma ville, mais elle m'a dit de ne plus rien donner à celui-là. Je continue, malgré tout.

Le sénateur Gigantès: Il me semble parfois que, dans l'esprit de certains, les soins préventifs ainsi que l'utilisation plus étendue des soins infirmiers au bénéfice du système de santé permettent de contester la profession médicale. À mon sens, cela ne devrait pas être le cas. Je n'accepterai pas personnellement un système d'intervenants multiples donnant accès aux naturopathes, aux psychopathes, etc. Selon moi, la profession médicale traditionnelle, qui comprend les médecins au sommet, puis leurs associés et subalternes ainsi que les infirmières, pourrait jourer un rôle beaucoup plus grand au niveau de la consultation sanitaire et des soins à domicile; l'infirmière de la clinique de quartier ferait le tri des patients et pourrait alors dire à une mère de famille, «Ne vous inquiétez pas. Donnez à votre enfant une aspirine et, s'il ne va pas mieux d'ici demain, vous pourrez aller voir le médecin.» De cette ffaçon, nous pourrions éliminer des cas qui ne sont pas trop graves et qui ne nécessitent pas de soins médicaux d'urgence. Si, comme l'ont suggéré nos témoins, nos avions une organisation pyramidale dont le médecin occuperait le sommet, le système serait bien meilleur et les patients plus satisfaits.

Je parle peut-être trop longtemps, mais prenons l'exemple des personnes âgées. D'après mon médecin de famille, mon beau-père et ma belle-mère occuperaient des lits de soins prolongés en hôpital si mon épouse et moi-même n'étions pas là. Ils ne peuvent plus faire certaines choses. Or, il suffirait d'organiser un système prévoyant des soins à domicile pour qu'ils soient plus heureux; en outre, cela coûterait beaucoup moins cher. N'est-ce pas un peu ce que vous suggérez, et non pas tant le fait de remplacer les médecins, de défier leur autorité ou de ne pas les considérer comme les premiers intervenants donnant accès aux hôpitaux?

[*Text*]

Dr. Ritchie: I think you have raised an important point. It is important to clarify that we are not talking about wanting to be mini-doctors. We are talking about the role of the health-care practioner, whether it be a nutritionist or a nurse—I can speak best from the nursing perspective—and being able to assess whether the problem requires advice or interim measures or whether it requires medical diagnosis and medical prescription for treatment. This happens in the current system all the time. It happens in the emergency room, in the coronary care unit and in the long-term care facility. When something happens the nurse makes the decision, but this decision is not taken at the entry point. These people are already in the system. We are saying that we have the education and experience to make an assessment about which way to go. In the current system in the emergency rooms that triaging is done by the nurse. So it is possible, and it would be much less expensive. It would be much less expensive and serve the needs of the community better if the people who needed the service could get it at their doorsteps, without having to go through the more expensive route. We in both medicine and nursing are educated—we are getting better to think that we know best, rather than that we are partners in the system with the people who need the service. The people have the right to make choices, too.

Ms. Rodger: I would say that what we are advocating with regard to the different point of entry into the system is a challenge to the authority of the medical profession, because we have an insurance system in which the physician is at the top of the pyramid you have mentioned. This era in the health care system is passé. However, that does not mean that the physician does not have authority as the expert in the diagnostic and treatment system. No one questions that authority. While there are areas in which, because of the advancement of technology and knowledge, the physician has maintained his authority, his specialization and his ability to provide diagnostic treatment, other disciplines have evolved, as a result of advancements in knowledge and technology, in which the physician is not the expert. I will give you examples of how this is evolving in the health-care system today. We have nurses who have done a lot of research. Our doctors in nursing have 12 years of schooling in nursing, which is more than a GP has in medicine. What do they then do? Do they become «little doctors» or do they learn more about pathology? No, they start doing research on how a human being in the physiological, psychological and social elements acts and interacts and how you combine those elements to face different crises in life related to ill health. How the nurse cares for that patient before major surgery will directly affect a number of complications the patient will have; it will affect the number of drugs the patient will take, the length of stay in hospital, and the length of time he will remain healthy. It also affects how he will follow his regime and its impact on his health.

[*Traduction*]

Mme Ritchie: Vous soulevez, je pense, un point important. Je voudrais cependant être claire: il ne s'agit pas pour nous de devenir de mini-médecins. nous parlons du rôle du praticien de soins de santé, qu'il s'agisse d'un nutritionniste ou d'une infirmière—je suis mieux placée pour parler des sciences infirmières. Il s'agit également de pouvoir décider si un cas particulier exige que l'on demande des conseils ou que des mesures temporaires soient prises ou encore s'il exige un diagnostic et un traitement médicaux. C'est d'ailleurs ce qui se produit constamment dans le système actuel, que ce soit en salle d'urgence, dans l'unité de soins coronariens ou dans l'établissement de soins de longue durée. Confrontée à un problème, l'infirmière prend une décision; cette décision n'est donc pas prise au point d'entrée. Les gens sont déjà dans le système. Nous disons que nous avons la formation et l'expérience nécessaires pour prendre de telles décisions. Dans le système actuel, c'est l'infirmière qui fait le tri dans les salles d'urgence. Cette façon de procéder est donc possible, elle serait d'ailleurs beaucoup moins coûteuse et répondrait mieux aux besoins de la collectivité puisque ceux qui auraient besoin du service l'obtiendraient chez eux, sans avoir à prendre le coûteux chemin de l'hôpital. Médecins et infirmières ont appris—ils font des progrès—à penser qu'eux seuls ont raison; ils n'ont pas encore appris qu'ils sont les partenaires de ceux qui ont besoin du service. Or, les gens ont également le droit de choisir.

Mme Rodger: J'aimerais dire à propos du différent point d'entrée du système, que nous préconisons une contestation de l'autorité de la profession médicale, étant donné que dans notre système d'assurance, le médecin est au sommet de la pyramide dont vous avez parlé. Ce système de soins de santé est dépassé. Cela ne veut toutefois pas dire que le médecin ne détient pas l'autorité et n'est pas expert en matière de diagnostic et de traitement. Personne ne conteste cette autorité. Il y a bien entendu des domaines où, en raison des progrès technologiques et de la connaissance, le médecin a conservé son autorité, sa spécialisation et son aptitude à prescrire un traitement; par contre, il y a d'autres disciplines qui ont aussi évolué pour les mêmes raisons et où le médecin n'est plus l'expert. Je vais vous donner des exemples de la façon dont le système de soins de santé évolue aujourd'hui. Nous avons des infirmières qui ont fait beaucoup de recherche. Nos docteurs en sciences infirmières ont 12 années de formation dans ce domaine, ce qui est plus que les années d'études médicales d'un généraliste. Que font-elles alors? Deviennent-elles de «petits médecins» ou se spécialisent-elles davantage dans le domaine de la pathologie? Non, elles commencent à faire de la recherche sur la façon dont un être humain agit et réagit dans les contextes physiologique, psychologique et social ainsi que sur la façon dont on peut combiner tous ces éléments pour faire face aux diverses crises que provoque une mauvaise santé. La façon dont l'infirmière s'occupe d'un patient avant une importante opération chirurgicale influera directement sur le nombre de complications dont souffrira le patient, le nombre de médicaments qu'il prendra, la durée de son séjour à l'hôpital ainsi que le temps pendant lequel il restera en bonne santé. L'attitude de l'infirmière a également un effet sur la façon dont le patient suivra son régime ainsi que l'impact de ce régime sur sa santé.

[*Text*]

This becomes an expertise in the field of health care. It is not a medical expertise which a physician has not learned. For example, a cardiac surgeon would not operate on an elective patient before a clinical nurse specialist has checked the patient out and cleared the patient for surgery. The nurse and doctor respect each other and the fact that they have different knowledge. They are both required, plus the other members of the team, to produce the best health for Canadians. It is not a matter of one person being a chief and everyone else being a subordinate—the team works with the expertise of everyone. We are saying that the knowledge bases are evolving and the expertise is evolving. We are moving from the hierarchial system in the health system to a team system. In a team there is a coordinator and that coordinator may vary in different settings. In terms of long-term care in the community, the nurse may be the coordinator. In other instances it may be the social worker. From that point of view, we are challenging the system that is in place.

In our discussions with those involved in the Canadian medical system, we are saying that there are things that you cannot do in isolation but that must be done as a team. At the beginning of the 1980s, when we started pushing the World Health Organization model, there was a feeling of threat within the medical profession that nurses wanted to become «little doctors.» I think we have evolved from that, and there is a recognition that team effort is important, and we have to start making the attitudinal shift in society to permit this. I think we are making a major headway in that direction.

Senator Barootes: May I congratulate you on the excellence of your paper and your presentation. I have some very short questions which do not require elaborate answers.

Is there, at the present time, a surplus or shortage of employed clinical practicing nurses in Canada?

Dr. Ritchie: The answer I give will depend on how the question is asked. In terms of the number of nurses, it is far higher than it has ever been before. The number of positions available has escalated. There has been little planning as to how we will get more people available to work in those positions, whether they are nurses who are already working but who are not available, or new students.

Senator Barootes: I did not ask about the number of nurses that have an RN; I was talking about the number of practicing nurses.

Dr. Ritchie: The number practicing and available is higher than it has ever been before. There is no real shortage. The shortage is in the planning.

Senator Barootes: Does the number match the number of positions or are there shortages? That is what I mean by «shortages.»

Dr. Ritchie: It depends on which area of the country you are talking about because it is variable. In Nova Scotia we have unemployed nurses who cannot get jobs. In certain areas of the

[*Traduction*]

Infirmiers et infirmières deviennent des experts des soins de santé. Ce n'est pas une compétence médicale et le médecin n'a pas été formé pour cela. Ainsi, un chirurgien cardiologue ne ferait pas de chirurgie élective avant qu'une infirmière spécialisée n'examine le patient et n'autorise l'opération. L'infirmière et le médecin se respectent mutuellement et savent que leurs connaissances sont différentes. Avec les autres membres de l'équipe, ils servent tous deux à assurer aux Canadiens le meilleur état de santé possible. La question n'est pas de savoir qui est chef et qui ne l'est pas; l'équipe ne peut fonctionner que grâce aux compétences de chacun. Selon nous, connaissances et compétences évoluent. Nous nous éloignons du système hiérarchique pour nous rapprocher d'un système d'équipe. Une équipe a besoin d'un coordonnateur, lequel peut varier suivant les cas. En ce qui concerne les soins prolongés au sein de la collectivité, l'infirmière pourrait jouer ce rôle. Dans d'autres cas, ce serait le travailleur social. C'est de ce point de vue là que nous contestons le système en place.

Dans nos discussions avec les intervenants du système médical canadien, nous disons qu'il y a certaines choses que l'on ne peut pas faire seul, mais en équipe. Au début des années 80, lorsque nous avons fait campagne pour que soit adopté le modèle de l'Organisation mondiale de la santé, la profession médicale, pensant que les infirmières voulaient devenir de «petits médecins», s'est sentie menacée. Je pense que la situation a évolué et que tout le monde est prêt à reconnaître l'importance de l'effort d'équipe. Notre société doit donc commencer à changer d'attitude pour l'accepter. Je crois que nous faisons actuellement des pas de géant dans cette direction.

Le sénateur Barootes: Permettez-moi de vous féliciter pour la qualité de votre document et de votre exposé. J'aimerais vous poser quelques très brèves questions qui n'exigent pas de réponse détaillée.

Y a-t-il, à l'heure actuelle, un surplus ou une pénurie d'infirmières spécialistes au Canada?

Mme Ritchie: Ma réponse dépend de la façon dont la question est posée. Le nombre d'infirmières est beaucoup plus élevé qu'il ne l'a jamais été. Toutefois, le nombre de postes a également augmenté, et on n'a pas vraiment planifié la façon dont on pourrait combler ces postes, soit en engageant des infirmières qui travaillent déjà mais qui ne sont pas disponibles ou en augmentant le nombre de nouveaux étudiants qui se dirigeront vers la profession.

Le sénateur Barootes: Je ne voulais pas savoir combien d'infirmières possèdent un diplôme, je désirais connaître le nombre d'infirmières qui exercent.

Mme Ritchie: Le nombre d'infirmières qui exercent et celui des infirmières qui sont disponibles est plus élevé qu'il ne l'a jamais été. Il n'y a pas vraiment de pénurie. La pénurie existe seulement au niveau de la planification.

Le sénateur Barootes: Le nombre de personnes disponibles correspond-il au nombre de postes, ou manque-t-on d'infirmières? C'est ce que je voulais dire par «pénurie».

Mme Ritchie: Cela dépend de la région du pays dont vous parlez, parce que la situation change d'un endroit à l'autre. Ainsi, en Nouvelle-Écosse, certaines infirmières sont en chô-

[*Text*]

country and in certain areas of practice there are more positions than there are nurses to fill them.

Senator Barootes: I am thinking of the number of hospitals you read and hear about that have closed particular wards for certain periods of time. Is that due to a shortage or is that an administrative matter?

Ms. Rodger: The supply of nurses is healthy. The number of students coming up and the number of people in nursing is growing. The problem is that the number of jobs available is increasing but there is no manpower planning, so we end up with a shortage because there are not enough nurses to cover all the beds that have been opened. For example, in the Toronto area it is estimated that 1,000 beds have been opened, but they have never planned to have more nurses coming out of the schools. They have taken nursing for granted, and that has created a major shortage.

The manpower issue is not a local issue even although there may be a surplus of nurses. We have created a national problem, because we recruit in Nova Scotia or New Brunswick and that creates a problem.

The major problem is lack of manpower planning in terms of opening facilities and not opening the tap to release the pool of people who could go into nursing.

Senator Barootes: If we do go to a system of nurse practitioners, or if entrance to the health circle came through nurses, is there an adequate supply of nurses to do that?

Ms. Rodger: Yes.

Senator Barootes: Do you fear that that might fragment your profession into various elements in that you would have nurse practitioners, bedside nurses, and so on?

Dr. Ritchie: There is that kind of specialization within the profession now.

Senator Barootes: Should a scheme of nurses and other health professionals become a point of entry to the system for assessment, care and referral, do you feel that any further training or development of this kind of personnel will be required or might be required?

Ms. Rodger: At the moment, most of the people we advocate to be the point of entry are clinical nurse specialists. They are people who work in the first line who have additional knowledge as a phenomenon of the specialization within the profession.

Le sénateur David: Est-ce que le titre de la position en français est «une infirmière clinicienne»?

Mme Rodger: C'est exact, monsieur le sénateur.

As you know, within the education of nurses we have in the area of community people who are prepared to do that, and they are mostly prepared to the Bachelor degree level.

[*Traduction*]

mage et n'arrivent pas à trouver un emploi, alors que dans d'autres régions du pays et dans certaines spécialités, il y a plus de postes qu'il n'y a d'infirmières pour les combler.

Le sénateur Barootes: Je pensais aux nombreux hôpitaux dont nous entendons parler dans les médias et qui ont fermé des départements pour un certain temps. Cela est-il dû à une pénurie ou à des raisons purement administratives?

Mme Rodger: La main-d'œuvre est suffisante. Ainsi, le nombre d'étudiants qui se dirigent vers la profession et le nombre d'infirmières autorisées augmentent constamment. Le problème auquel nous devons faire face est le suivant: le nombre d'emplois disponibles augmente alors qu'aucune planification n'est prévue en matière de main-d'œuvre. Nous nous retrouvons donc avec une pénurie parce qu'il n'y a pas assez d'infirmières pour tous les nouveaux lits disponibles. Ainsi, dans la région de Toronto, on estime que 1 000 lits ont été ouverts sans qu'on ait pris les dispositions nécessaires pour qu'il y ait davantage de diplômés. Les responsables ont jugé que le problème se réglerait de lui-même, ce qui a occasionné une grave pénurie.

La question de la main-d'œuvre n'est pas un problème local bien qu'on se retrouve avec un surplus d'infirmières dans certaines régions. Nous avons créé un problème national parce que nous recrutons en Nouvelle-Écosse ou au Nouveau-Brunswick.

L'absence de planification a engendré un problème de taille: il est inutile d'ouvrir de nouveaux lits si l'on ne permet pas à davantage d'étudiants de se diriger vers le secteur hospitalier.

Le sénateur Barootes: Le nombre actuel d'infirmières nous permettrait-il d'adopter un système où celles-ci effectueraient certaines des tâches qui incombrent actuellement aux médecins et où elles seraient les premières intervenantes?

Mme Rodger: Oui.

Le sénateur Barootes: Ne craignez-vous pas que cette façon de procéder ne fragmente votre profession en divers paliers, car vous vous retrouverez avec des infirmières de première ligne, des infirmières soignantes, etc.?

Mme Ritchie: Ce type de spécialisation existe déjà au sein de la profession.

Le sénateur Barootes: Ces infirmières et d'autres professionnels de la santé pourraient-ils devenir les premiers intervenants du système pour évaluer les cas, donner certains soins et renvoyer les patients à des spécialistes? Croyez-vous que ce type d'employé aura ou pourrait avoir besoin d'une formation ou d'un perfectionnement supplémentaire?

Mme Rodger: Pour l'instant, nous préconisons que les infirmières spécialistes deviennent les premières intervenantes. Ces infirmières de première ligne ont effectivement des connaissances plus poussées en raison de la spécialisation de la profession.

Senator David: Is the French title of the position "une infirmière clinicienne"?

Ms. Rodger: Yes, that's correct.

Comme vous le savez, parmi les infirmières qui travaillent dans le secteur communautaire, certaines sont prêtes à le faire et la plupart ont un baccalauréat.

[*Text*]

We have the pool. As far as education is concerned, there will be a natural growth of education required by nurses. However, there is one area of education that needs to be boosted or increased. Even though the programs in nursing are based to a level of almost 50 per cent on health, primary health care has to be emphasized within education. The other part, which is not related to your point but to the evolution of knowledge and nursing, because of the research which has been done, is that we need nurses to be better educated in terms of the basics of nursing, because that is evolving.

Senator Barootes: I take it that even if there were a sudden burst of people entering the nurse practitioner field, or whatever you want to call it, you would be able to handle that; am I correct? Would it mean that we would empty the wards of the hospitals and the community centres of nurses?

Dr. Ritchie: We have to plan that evolution very carefully.

Senator Barootes: Would it be a gradual thing?

Dr. Ritchie: Yes.

Senator Barootes: Is there any concern that the establishment of another layer of health-care worker might create an additional cost in the system, about which you are already concerned?

Dr. Ritchie: Do you mean the layer involving nurses at the entry point?

Senator Barootes: I am talking of another health practitioner or a nurse practitioner. I do not want to use a specific name, but, for the purposes of this question, let us assume that the nurse practitioner is the point of entry. Are you worried that it might create another level of health care that would add to the already burdened costs?

Dr. Ritchie: We see this as the same level. We are not adding a level.

Ms. Rodger: The nurses are already there in the communities. It is the utilization of personnel and better utilization of the resources available.

Dr. Ritchie: We always make these analyses with the assumption that we are going to continue to pour the resources into the illness-care balance of power. When we look at healthy public policy such as seat- belt legislation and drunk-driving laws, we see a decrease in the number of people available to donate organs. That is a double-edged sword, because some of the people who need the organs cannot get them, but it is in fact a major saving to the health-care system. Those are the aspects of prevention we forget about.

Senator Barootes: I have one last question and it is the only one I have that I think is the least bit contentious. You mention in your brief that only 3 to 5 per cent of provincial health expenditure is devoted to health promotion and community health services. Do you think that is really a true reflection of the situation? I am talking about health promotion rather than illness treatment. Do you not think that the nurse, the doctor, the nutritionist in the hospital, the pediatrician advising the mother, inoculating and vaccinating the children, do not pro-

[*Traduction*]

Nous disposons des ressources nécessaires. En ce qui concerne l'éducation, les infirmiers et infirmières devront tout naturellement faire des études plus poussées. Toutefois, un domaine devra vraiment être approfondi: les programmes d'enseignement qui portent presqu'à 50 p. 100 sur la santé devront accorder plus d'importance aux soins primaires. Je désire également souligner un point en ce qui a trait à l'évolution des connaissances et de la profession: les infirmières doivent mieux connaître les domaines essentiels parce que ceux-ci évoluent constamment.

Le sénateur Barootes: Je suppose que, même si un nombre effarant de personnes se dirigeaient soudainement vers les soins de première ligne, vous seriez en mesure de faire face à la demande. Est-ce exact? Cela nous obligerait-il à vider les départements des hôpitaux et les centres communautaires?

Mme Ritchie: Nous devons planifier toutes ces activités très soigneusement.

Le sénateur Barootes: Cela se fera-t-il graduellement?

Mme Ritchie: Oui.

Le sénateur Barootes: Craignez-vous que l'apparition d'un autre palier de travailleurs des soins de santé engendre des coûts supplémentaires pour le système?

Mme Ritchie: Parlez-vous des infirmières qui agiraient comme premières intervenantes?

Le sénateur Barootes: Je parle du personnel spécialisé ou des infirmières de première ligne. Je ne veux pas être très précis, mais, pour les besoins de la cause, supposons que ces infirmières soient les premières intervenantes. Craignez-vous que cela crée un autre niveau de soins de santé qui imposerait un fardeau financier supplémentaire?

Mme Ritchie: À notre avis, ce n'est pas un palier supplémentaire. Nous n'ajoutons aucun palier.

Mme Rodger: Les infirmières sont déjà là. C'est ce qu'on appelle se servir des ressources disponibles à meilleur escient.

Mme Ritchie: Nous effectuons toujours ces analyses en présumant que nous allons continuer à utiliser nos ressources pour soigner les malades. Lorsque nous nous attardons aux politiques qui favorisent la santé, comme celles sur les ceintures de sécurité et la conduite en état d'ébriété, nous constatons une diminution du nombre de donneurs d'organes. C'est une lame à deux tranchants: ces politiques défavorisent certaines personnes qui ont besoin d'organes mais, en même temps, elles permettent au système des soins de santé de réaliser de bonnes économies. Nous oublions souvent ces aspects de la prévention.

Le sénateur Barootes: J'aimerais poser une dernière question, et c'est la seule qui est quelque peu litigieuse. Vous avez mentionné dans votre mémoire que de 3 à 5 p. 100 seulement des dépenses provinciales en matière de santé étaient consacrées à la promotion de la santé et aux services communautaires. Croyez-vous que ces chiffres traduisent vraiment bien la réalité? Je parle surtout de la promotion de la santé et non du traitement des maladies. Ne pensez-vous pas que l'infirmière, le docteur, la nutritionniste ainsi que le pédiatre donnant des

[*Text*]

vide some element of health promotion that is not included in the 3 to 5 per cent that you speak of there?

Dr. Ritchie: I do not think the figure includes that kind of care. There is no doubt that in many offices and hospital units that happens.

Senator Barootes: I have practised medicine. Half of my time was spent trying to advise people about the care of their health after an illness, and my nurses in the hospital did the same thing. I think that in itself is health promotion.

Dr. Ritchie: One must then ask who is the best person to do that kind of health promotion.

Senator Barootes: All of us are.

Dr. Ritchie: Within the hospital system, the current allocation of sources with respect to nursing permits a very limited amount of health promotion because of staffing and working conditions.

Senator Barootes: I agree, but I do not think that figure is totally accurate, if I may say so.

Ms. Rodger: I would add that as we are investigating more and more the area of health promotion, it is believed that the health professionals are not necessarily the key element to health promotion and that some money should be devoted to public education on a large scale—education which has a greater chance to reach not only the sick population that we see in our institutions but the healthy population as well.

Senator Barootes: I agree.

The Chairman: I am in the hands of the committee members, but I note the time. We all have caucus meetings and, unless there is an objection, on behalf of the committee I will thank the witnesses for an excellent presentation. If I may say so, I think we have had a fine meeting this morning.

I wanted to ask one question, however, and perhaps I will quickly put it to the witnesses and they can provide an answer at some later time. They have stated that 30 per cent of acute hospital-care patients could be taken care of in less-costly nursing homes. What would be the estimated saving in doing so? If you do not have a figure now, as I said, you may forward it to the committee clerk.

Dr. Ritchie: Very well, Mr. Chairman.

The committee adjourned.

[*Traduction*]

conseils à la mère et vaccinant l'enfant tentent d'une façon quelconque de promouvoir la santé? Leur participation est-elle incluse dans le pourcentage que vous venez de mentionner?

Mme Ritchie: Je ne crois pas que ce chiffre tienne compte de ce type de soins. Il ne fait évidemment aucun doute que cela se produise dans bon nombre de bureaux et d'hôpitaux.

Le sénateur Barootes: J'ai déjà exercé la médecine. Je consacrais alors la moitié de mon temps à donner des conseils à mes patients et à leur montrer comment prendre soin de leur santé après une maladie; les infirmières de l'hôpital où j'exerçais agissaient de même. À mon avis, cela fait partie de la promotion de la santé.

Mme Ritchie: On doit alors se demander qui est le mieux placé pour faire ce type de promotion.

Le sénateur Barootes: Nous le sommes tous.

Mme Ritchie: Les ressources dont nous disposons actuellement au sein du système hospitalier limitent énormément ce type de promotion. Le nombre d'employés n'est pas suffisant et les conditions de travail ne le permettent pas.

Le sénateur Barootes: Je suis d'accord avec vous, mais, si je puis me permettre, je ne crois pas que ce chiffre soit tout à fait exact.

Mme Rodger: J'ajouterais qu'au fur et à mesure que nous nous intéressons davantage à la promotion de la santé, nous constatons que les professionnels de la santé ne constituent pas nécessairement les éléments clés de celle-ci et qu'une partie des crédits devraient être affectés à l'éducation du public sur une grande échelle. L'information diffusée aurait ainsi une meilleure chance d'atteindre non seulement les malades qui visitent nos établissements mais également les personnes en santé.

Le sénateur Barootes: Je suis d'accord avec vous.

Le président: Je suis à la disposition des membres du Comité, mais je remarque également que le temps passe. Nous devons tous assister à des réunions de caucus et, à moins que quelqu'un n'y voie une objection, j'aimerais, au nom du Comité, remercier les témoins de nous avoir présenté un très bon exposé. Je crois vraiment que nous avons eu une réunion très intéressante ce matin.

Avant de lever la séance, j'aimerais rapidement poser une question aux témoins; elles pourront me répondre plus tard. Selon elles, il serait possible de soigner 30 p. 100 des patients qui nécessitent des soins impératifs dans des foyers de soins infirmiers moins coûteux. À combien évaluez-vous les économies qui pourraient être ainsi réalisées? Vous pourrez transmettre votre réponse plus tard au greffier du Comité.

Mme Ritchie: Très bien, monsieur le président.

La séance est levée.

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Nurses Association:

Dr. Judith Ritchie, President;

Ginette Rodger, Executive Director;

Michel Simard, Manager, Public and Government Relations.

De l'association des infirmières et infirmiers du Canada:

Judith Ritchie, présidente;

Ginette Rodger, directrice générale

Michel Simard, chef des Relations publiques et gouvernementales.

Available from the Canadian Government Publishing Centre, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Second Session
Thirty-third Parliament, 1986-88

SENATE OF CANADA

Special Senate Committee on

Preventive Health Care

Chairman:
The Honourable HAZEN ARGUE

INDEX

OF PROCEEDINGS

(*Issues Nos. 1 to 2 inclusive*)

Deuxième session de la
trente-troisième législature, 1986-1988

SÉNAT DU CANADA

Comité spécial des

Soins de santé préventifs

Président:
L'honorable HAZEN ARGUE

INDEX

DES DÉLIBÉRATIONS

(*Fascicules n°s 1 à 2 inclusivement*)

29460—1

Prepared by

Mary Janet van den Bergh,

Information and Technical Services Branch,

LIBRARY OF PARLIAMENT

Compilé par

Mary Janet van den Bergh,

Direction de l'information et des services techniques,

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

SENATE OF CANADA

Special Committee of the Senate on Preventive Health Care
2nd Session, 33rd Parliament, 1986-88

INDEX

(Issues 1-2 inclusive)

SENAT DU CANADA

Comité spécial du Sénat sur les Soins de santé préventifs
2e session, 33e législature, 1986-1988

INDEX

(Fascicules 1-2 inclusivement)

See following page for list of documents tabled and witnesses.

Voir sur page suivante, liste de documents déposés et de témoins.

Documents tabled

Witnesses

—Coulter, Ian D., Canadian Chiropractic Association; President, Canadian Memorial Chiropractic College
—McLeish, James, Canadian Cystic Fibrosis Foundation
—Norton, Barry, Canadian Chiropractic Association; Chiropractor
—Ritchie, Judith, President, Canadian Nurses Association
—Rodgers, Ginette, Executive Director, Canadian Nurses Association
—Staats, Diane, Canadian Cystic Fibrosis Foundation

For pagination, *see* Index by alphabetical order.

Documents déposés

Témoins

—Coulter, M. Ian D., Association chiropratique canadienne; président, Canadian Memorial Chiropractic College
—McLeish, M. James, Fondation canadienne de la fibrose kystique
—Norton, M. Barry, Association chiropratique canadienne; chiropraticien
—Ritchie, Mme Judith, présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada
—Rodgers, Mme Ginette, directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada
—Staats, Mme Diane, Fondation canadienne de la fibrose kystique

Pour pagination, *voir* index par ordre alphabétique.