

Conversations with

champions



Conversations avec des

of medicare

du régime public d'assurance-maladie

Hon. Monique Bégin
Hon. Allan Blakeney
Kathleen Connors
Shirley Douglas
Tom Kent

Hon. Roy Romanow
Dr. Hugh Scully
Evelyn Shapiro
Sharon Sholzberg-Gray

New Health Professionals Network
Réseau des nouveaux professionnels de la santé

by par

Ann Silversides

Published by • Publié par

CFNU - FCSII

The Canadian Federation of
Nurses Unions
www.cfnu.ca
2841 Riverside Drive
Ottawa, Ontario K1V 8X7
(613) 526-4661

Fédération canadienne des syndicats
d'infirmières/infirmiers
www.cfnu.ca
2841, prom. Riverside
Ottawa (ON) K1V 8X7
(613) 526-4661

© 2007 The Canadian Federation of
Nurses Unions

© 2007 Fédération canadienne des syndicats
d'infirmières/infirmiers

All rights reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system without the permission of the publisher.

Tous droits réservés. Aucune partie de cet ouvrage ne peut être reproduite ou transmise par quelque procédé que ce soit, tant électronique que mécanique, en particulier par photocopie, enregistrement ou par tout système de recherche et d'entreposage documentaire sans l'autorisation de l'éditeur.

Project manager: Linda Silas
Graphic design: Sean Dillon-Fordyce
Additional Research: Paul Curry, Teresa Neuman
Translation: Carole Aspiros

Chef du projet : Linda Silas
Graphisme : Sean Dillon-Fordyce
Recherches additionnelles : Paul Curry, Teresa Neuman
Traduction : Carole Aspiros

First Edition August 2007

Première édition août 2007

ISBN : 978-0-9784098-0-7

ISBN : 978-0-9784098-0-7

Printed and bound in Canada

Imprimé et relié au Canada



Dans ce livre, le genre masculin ou féminin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table of contents**Table des matières**

Medicare Timeline	
L'assurance-maladie au fil des ans	4
Foreword	
Avant Propos	5
Introduction	
Introduction	11
Monique Bégin	17
Allan Blakeney	25
Kathleen Connors	33
Shirley Douglas	41
Tom Kent	49
Roy Romanow	57
Hugh Scully	65
Evelyn Shapiro	73
Sharon Sholzberg-Gray	81
New Health Professionals Network	
Réseau des nouveaux professionnels de la santé	89
Justice Emmett Hall	94
Tommy Douglas	95

- 1947** – Saskatchewan implements public hospital insurance. La Saskatchewan met sur pied la première assurance-hospitalisation au Canada.
- 1957** – St-Laurent federal government passes Hospital Insurance and Diagnostic Services Act. Five provinces participate. Le gouvernement fédéral St-Laurent adopte la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Cinq provinces y adhèrent.
- 1961** – Diefenbaker brings in National Hospital Insurance Plan. All provinces participate. Diefenbaker crée le Régime national d'assurance-hospitalisation. Toutes les provinces adhèrent.
- 1962** – Saskatchewan introduces first public health care program. Doctors strike. La Saskatchewan instaure le premier régime public d'assurance-maladie. Grève des médecins.
- 1965** – The Hall Commission calls for universal, comprehensive national health insurance. La Commission Hall recommande l'établissement d'un régime d'assurance-maladie intégral et universel.
- 1966** – Parliament creates a national Medicare program. Ottawa pays 50% of covered costs. Le Parlement crée un régime national d'assurance-maladie. Ottawa assume 50 % des coûts de santé des provinces.
- 1977** – Trudeau government replaces 50:50 cost-sharing with block funding. Le gouvernement Trudeau remplace le partage à part égale des coûts par un financement global.
- 1979** – Canadian Labour Congress convenes SOS Medicare conference to fight extra-billing. Canadian Health Coalition formed. Le Congrès du travail du Canada organise la conférence S.O.S. Medicare afin de lutter contre la surfacturation. Création de la Coalition canadienne de la santé.
- 1984** – Canada Health Act passed unanimously by Parliament. Extra-billing banned. Adoption à l'unanimité de la Loi canadienne sur la santé par le Parlement. La surfacturation est abolie.
- 1995** – Canada Health and Social Transfer (CHST) introduced, massive cuts to federal health and social transfers. Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) est mis en œuvre. Réduction massive du financement des programmes sociaux et de santé.
- 1997** – National Forum on Health calls for Medicare to include home care, pharmacare and an end to doctors' fees-for-service. Le Forum national sur la santé recommande l'expansion du régime d'assurance-maladie pour qu'il comprenne les soins à domicile, l'assurance-médicaments et la suppression des honoraires à l'acte des médecins.
- 2002** – The Romanow Commission on the Future of Health Care tables final report. La Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé dépose son rapport final.
- 2003** – First Ministers Accord on Health Care Renewal. Health Council of Canada established. Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Création du Conseil canadien de la santé.
- 2004** – First Ministers renew commitment to the tenets of Canadian Health Act and formulate a 10-year plan to strengthen medicare. Nouvel engagement des premiers ministres à respecter les principes de la Loi canadienne sur la santé. Planification décennale pour consolider le système des soins de santé.
- 2005** – Chaoulli decision, grants Québécois right to private insurance for publicly insured health services. Décision Chaoulli : les Québécois peuvent dorénavant acheter une assurance privée pour obtenir des services médicaux et hospitaliers couverts par le régime public.
- 2007** – S.O.S. Medicare 2: Looking Forward, held by the Canadian Centre for Policy Alternatives and the Canadian Health Coalition. Conférence S.O.S. Medicare 2 : Looking Forward, organisée par le Centre canadien de politiques alternatives et la Coalition canadienne de la santé.

Sources : Canadian Health Coalition/Coalition canadienne de la santé, Health Canada: Canada's Health Care System/Santé Canada : Le système de soins de santé au Canada, The Globe and Mail, Library and Archives Canada/Bibliothèque et Archives Canada, Rachlis, M. and/et Kushner, C. (1994), Saskatchewan Council for Archives and Archivists.



Linda Silas, President CFNU
Linda Silas, présidente FCSII

Photo: CFNU-FCSII

“Courage my friends – ‘tis not too late to build a better world.” – Tommy Douglas.

Sometimes I just shake my head in disbelief. Not since its inception over 40 years ago has medicare been so threatened. Roy Romanow’s landmark report is almost a ghost in today’s political debates on health care. We should be talking about

improving Aboriginal health, expanding home care, and implementing a national Pharmacare program and Primary Care services instead of “should we or shouldn’t we” privatize. Evidence and experience has proven that for-profit delivery of health care is regressive, more costly and less effective. Canada already has high private spending, with just over 30% of all health expenditures paid for outside the public health system!

This book, *Conversations with Champions of Medicare*, will serve as a timely reminder of what is at stake. Whether you are a politician, nurse,

« Courage mes amis – il n’est pas trop tard pour bâtir un monde meilleur. » – Tommy Douglas.

Parfois, je hoche la tête tellement je ne peux y croire. Jamais, depuis son adoption il y a plus de 40 ans, le régime public d’assurance-maladie n’a été aussi menacé. Le rapport historique de Roy Romanow n’est plus qu’un fantôme dans les débats politiques actuels sur les soins de santé. Nous devrions parler des façons d’améliorer la santé des Autochtones, d’étendre les soins à domicile et de mettre en œuvre un programme national d’assurance-médicaments ainsi que des services de soins primaires plutôt que se demander « si nous devons ou ne devons pas » privatiser. Les études et l’expérience ont démontré que la prestation à but lucratif des soins de santé est régressive, plus coûteuse et moins efficace. Au Canada, beaucoup des coûts sont déjà assumés par le privé : un peu plus de 30 % de toutes les dépenses en santé ne sont pas financées par le système public !



Conversations avec les champions du régime public d’assurance-maladie est un livre qui arrive à point pour nous rappeler ce qui est en jeu. Qu’importe que l’on soit politicien, infirmière, médecin, artiste, étudiant ou avocat, toute personne faisant preuve de passion et d’énergie peut défendre l’assurance-maladie. Allan Blakeney, Monique

doctor, artist, journalist, lawyer or a student, anyone can champion medicare. I am inspired by and indebted to Allan Blakeney, Monique Bégin, Kathleen Connors, Shirley Douglas, Tom Kent, Roy Romanow, Dr. Hugh

Canadian Federation of Nurses Unions

Protecting the health of patients and our national health system, promoting nurses and being the health care workplace expert at the national level is the job of the Canadian Federation of Nurses Unions. Now 25 years old, the Canadian Federation of Nurses Unions is the largest organization of nurses in Canada, representing the nine largest nurses' unions in the country from Newfoundland and Labrador to British Columbia.

CFNU's mandate is to protect and promote the interests of nurses, patients and Canada's not-for-profit health care system. 135,000 strong, CFNU's members practice in varied sectors, including long-term care, emergency, in the community and at the bedside, delivering care whenever—and wherever—Canadians need it most.

Scully, Evelyn Shapiro and Sharon Sholzberg-Gray. In conversation with journalist Ann Silversides, these great Canadians share why they support medicare and offer their thoughts about its future.

Thanks are due to the New Health Professionals Network for this preview of the future face of medicare. This coalition of doctors, nurses, pharmacists, social workers, physiotherapists, chiropractors and occupational therapists in training prescribes a collaborative approach for medicare's sustainability.

Nursing student Beth Bronson, emergency resident Alim Pardhan and student physiotherapist Kroum Pavlov are not content to passively watch the erosion of Tommy Douglas' vision, preferring to be active partners with all levels in finding and implementing solutions. Bravo and merci!

Someone once said that health care is like hockey – it is team work! Together with our allies in the

Bégin, Kathleen Connors, Shirley Douglas, Tom Kent, Roy Romanow, le Dr Hugh Scully, Evelyn Shapiro et Sharon Sholzberg-Gray sont une source d'inspiration, et je leur dois beaucoup. Lors d'un entretien avec la journaliste Ann Silversides, ces grands Canadiens ont partagé les raisons pour lesquelles ils appuient le régime d'assurance-maladie et comment ils entrevoient l'avenir.

Des mercis vont aussi au Réseau des nouveaux professionnels de la santé pour leur aperçu du visage futur de l'assurance-maladie. Formée de médecins, infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, chiropraticiens et ergothérapeutes en formation, cette coalition propose une approche de collaboration pour assurer la viabilité du régime public d'assurance-maladie. Beth Bronson, étudiante infirmière, Alim Pardhan, résident urgentiste, et Kroum Pavlov, étudiant en physiothérapie, ne veulent pas être des témoins passifs de l'érosion de la vision de Tommy Douglas et préfèrent collaborer activement avec tous les paliers pour trouver et mettre en œuvre des solutions. Bravo et merci !

Quelqu'un a déjà dit que les soins de santé c'était comme le hockey – c'est un travail d'équipe ! La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII), de concert avec la Coalition canadienne de la santé, joue un rôle important pour défendre et étendre le régime d'assurance-maladie.

Les Canadiens de la génération qui nous a précédés ont fait de l'égalité d'accès aux soins de santé une priorité. Grâce à l'assurance-maladie, personne ne se voit refuser des soins en raison de la grosseur de son portefeuille. Nous ne pouvons



Canadian Health Coalition, the Canadian Federation of Nurses Unions is making a difference in the defense and expansion of medicare. A generation ago, Canadians



Photo: Teresa Neuman

Nurses supporting public medicare, August 2004
Infirmières qui appuient le régime public d'assurance-maladie, août 2004

made equal access and equal care a priority. Thanks to medicare, no one will be denied care based on the size of their wallet. We cannot settle for the status quo, it is time to act to implement Tommy Douglas' Second Phase of Medicare, which includes a national Pharmacare program. Nurses are proud to be on medicare's team.

Social determinants of health are more important than wait time guarantees. There is no greater need than a healthy population, particularly among children and Canada's First Nations.

pas nous contenter du statu quo, il est temps d'agir et mettre en œuvre la deuxième étape de l'assurance-maladie prévue par Tommy Douglas, étape qui comprend un programme national d'assurance-médicaments. Les infirmières et les infirmiers sont fiers de faire partie de l'équipe qui défend le régime public d'assurance-maladie.

Les déterminants sociaux de la santé sont plus importants que les garanties en matière de délai d'attente. N'est-il pas crucial d'avoir une population en santé, particulièrement les enfants et les peuples des Premières nations du Canada. Selon le rapport Romanow,

50 % de l'état de santé est attribuable aux déterminants sociaux, dont le logement, l'éducation, les soins de l'enfant et l'alimentation, 25 % vient de

l'accès aux soins de santé, et 15 % est attribuable à l'hérédité. Lorsque des arguments sont mis



Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers

Les organisations membres :

- Le Syndicat des infirmières et des infirmiers de la Colombie-Britannique
- Les Infirmières et infirmiers unis de l'Alberta
- Le Syndicat des infirmières et des infirmiers de la Saskatchewan
- Le Syndicat des infirmières et des infirmiers du Manitoba
- L'Association des infirmières et des infirmiers de l'Ontario
- Le Syndicat des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick
- Le syndicat des infirmières et des infirmiers de la Nouvelle-Écosse
- Le Syndicat des infirmières et des infirmiers de l'Île-du-Prince-Édouard
- Le syndicat des infirmières et des infirmiers de Terre-Neuve et du Labrador

Membre associé:

- L'Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada

Membre du Congrès du travail du Canada

As the Romanow report determined, 50% of our good health is due to social determinants such as housing, education, child care and nutrition, 25% due to access to care, and 15% due to genetics. When arguments for “enhanced” health services are raised, let’s remember that in some areas of Canada children drink up to six cans of pop a day because pop is cheaper than milk! There is no point in pushing the agendas of wait time guarantees or “enhanced” health services when not all Canadians enjoy the same opportunities for good health.

de l’avant pour des services de santé « améliorés », n’oublions surtout pas que, dans certaines régions du Canada, des enfants consomment jusqu’à six canettes de boisson gazeuse par jour parce que ces dernières coûtent moins cher que le lait ! Pourquoi donc exercer des pressions pour obtenir des services de santé « améliorés » ou une garantie en matière de délai d’attente, lorsque nous savons que tous les Canadiens ne jouissent pas des mêmes opportunités lorsqu’il s’agit de se maintenir en bonne santé.

Canadian Federation of Nurses Unions

Member Organizations:

- British Columbia Nurses’ Unions
- United Nurses of Alberta
- Saskatchewan Union of Nurses
- Manitoba Nurses’ Union
- Ontario Nurses’ Association
- New Brunswick Nurses Union
- Prince Edward Island Nurses’ Union
- Nova Scotia Nurses’ Union
- Newfoundland & Labrador Nurses’ Union

Associate member:

- Canadian Nursing Students’ Association

Affiliated to the Canadian Labour Congress

Founded in 1981, the Canadian Federation of

Nurses Unions (CFNU) has been the national voice for nurses for over 25 years. Today, 135,000 CFNU members in nine provinces – by day and night – practice on the street, in Aboriginal communities, in long-term care facilities, with seniors in their homes, with the most advanced high-tech equipment in acute care hospitals, and by offering a comforting touch in palliative care. Our union membership gives us a sense of belonging and of making a difference for our members and for society in general – we are proud to care for Canadians. Nurses, I am

Fondée en 1981, la FCSII se fait la porte-parole nationale des infirmières depuis plus de 25 ans. Aujourd’hui, 135 000 membres de la FCSII, répartis dans neuf provinces, exercent leur profession, jour et nuit, dans la rue, les collectivités autochtones, les établissements de soins de longue durée, les domiciles des personnes âgées; ils utilisent les équipements les plus sophistiqués dans les hôpitaux de soins actifs et offrent une main réconfortante dans le cadre des soins palliatifs. Les syndicats membres nous donnent un sentiment d’appartenance et le sentiment de faire une différence pour nos membres et la société en général.

Nous sommes fiers de prendre soin des Canadiens.

Infirmières et infirmiers, je suis honorée et privilégiée de faire partie de votre groupe. Vous êtes à la fois les gardiens et les champions du régime public d’assurance-maladie pour les générations futures.

Il n’aurait pas été possible de publier *Conversations avec les champions du régime public d’assurance-maladie* sans Ann Silversides qui a su si pertinemment saisir l’esprit et la passion de ces champions de l’assurance-maladie. Je tiens aussi



Conversations with Champions of Medicare

honoured and privileged to be among your ranks. You are both guardians and champions of medicare for the next generations.

Conversations with Champions of Medicare would not have been possible without Ann Silversides who has



Linda Silas with Nova Scotia nurse Lenette Courtney, January 2006
Linda Silas et Lenette Courtney, infirmière de la N.-É., janvier 2006

so ably captured the spirit and drive of these medicare champions. I also thank CFNU's National Executive Board and staff members Sean Dillon-Fordyce, Paul Curry, Oxana Genina and Teresa Neuman for their support and enthusiasm for this project. We are also indebted to the Canadian Health Coalition's Michael McBane for his advice and support.

Conversations with Champions of Medicare is a celebration of the past, present and future of our

Conversations avec des champions du régime public d'assurance-maladie

à remercier le Conseil exécutif national de la FCSII et les membres du personnel Sean Dillon-Fordyce, Paul Curry, Oxana Genina et Teresa Neuman pour leur soutien et leur enthousiasme tout au long de ce projet. Nous sommes aussi redevables à Michael McBane de la Coalition canadienne de la santé pour ses conseils et son soutien.

Conversations avec les champions du régime public d'assurance-maladie est une célébration du passé, du présent et de l'avenir de notre système de soins de santé dispensé et financé par l'État.

Mais ce récit est aussi un avertissement. Ces champions nous ont légué des leçons puissantes, et nous courons des risques si nous les ignorons. Le

climat entourant les soins de santé est très tendu, et c'est pourquoi les mots de Tommy Douglas

résonnent plus que jamais auparavant. Infirmières, politiciens, citoyens, nous devons trouver le

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers

Les principales fonctions de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers sont de protéger la santé des malades et notre régime de santé national, de promouvoir les infirmières et les infirmiers et d'être spécialiste en milieu de travail dans le secteur de la santé au palier national. Après 25 ans d'existence, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers est la plus grande organisation de personnel infirmier au Canada. Elle représente neuf des plus grands syndicats d'infirmières et d'infirmiers au pays, répartis de Terre-Neuve et du Labrador à la Colombie-Britannique.

Le mandat de la FCSII est de protéger et de promouvoir les intérêts des infirmières et des infirmiers, des malades et du régime de soins de santé à but non lucratif du Canada. Les 135 000 membres qui font la force de la FCSII oeuvrent dans des secteurs variés dont les soins prolongés, les services d'urgence, les communautés et les soins généraux, dispensant des soins au moment et à l'endroit où les Canadiennes et les Canadiens en ont le plus besoin.

Photo: Halifax Herald, Tim Krochak



Conversations with Champions of Medicare

publicly-funded, publicly-delivered medicare system. But it is also a cautionary tale. The lessons taught us by these champions are powerful and we ignore them at our peril. In this charged health care climate, Tommy Douglas' words mean more now than ever before. Nurse, politician, citizen – we must all find the courage to make a better world. Political will is the only obstacle to the continued sustainability and expansion of Canada's most cherished – and necessary – social program.

Enjoy!

Linda Silas, RN
President

Conversations avec des champions du régime public d'assurance-maladie

courage de bâtir un monde meilleur. La volonté politique est le seul obstacle à la viabilité soutenue et à l'expansion du programme social le plus précieux, et le plus nécessaire, au Canada.

Bonne lecture !

Linda Silas, I.I.
Présidente





Ann Silversides

Photo: John MacLennan

I scowl every time I see it. The offending object is a poster in a nearby mall: “Grow our own pot? First we should be able to buy our own health care.”

It’s an advertisement for the *National Post* newspaper and the quote is by David Frum — you remember, the Canadian writer who,

when he worked as a speechwriter for U.S. president George W. Bush, was apparently responsible for coining the term “axis of evil” that was used for a key presidential address.

It’s not so much the challenging quote that annoys me. It is easy enough to marshal arguments against private health care. It’s the fact that below the quote are two boxes — “Agree” or “Disagree.”

I know this is “just” an ad, but still it seems emblematic of the lack of meaningful public

Je fronse les sourcils à chaque fois que je la vois. L’objet de ma douleur est une affiche dans un centre commercial près de chez moi : Grow our own pot? First we should be able to buy our own health care [Cultiver notre propre marihuana ? Il faudrait d’abord pouvoir acheter nos propres soins de santé].

C’est une publicité pour le quotidien *National Post*, et la citation est de David Frum, vous vous souvenez ? C’est l’auteur canadien qui rédigeait les discours du président américain George W. Bush et à qui l’on doit, semble-t-il, l’expression « axe du mal » utilisée dans un des discours présidentiels sur l’état de la nation.

Je ne crois pas que ce soit la citation provocante qui me dérange. C’est relativement facile de rassembler des arguments contre les soins de santé privés. C’est plutôt le fait que, sous la citation, on trouve deux cases : « D’accord » ou « En désaccord ».

Je sais qu’il s’agit « seulement » d’une publicité, mais cela me semble symbolique de l’absence de véritable engagement public au Canada. La « participation » est devenue quelque chose de routinier et de superficiel.

Ce livre vous invite à faire appel à votre intelligence, votre imagination et à vos émotions à la lecture des idées,



engagement in Canada — “participation” has been reduced to something perfunctory and superficial.

In this publication, you will be invited to engage your intellect, imagination and emotions as you read the thoughts, arguments and feelings of nine Champions of Medicare.

I have written about health policy — for newspapers, radio, magazines, research institutes, and unions — for most of my working life. When the CFNU asked me to take on this assignment, I was delighted at the prospect of interviewing these important Canadians, most of whom I had reported on, observed in action or met, but had not had the privilege of interviewing for extended periods of time.

I was able to meet several Champions in person: Tom Kent was courteous, patient and organized when I visited him in the bright basement office of the bungalow he shares with his wife, about a 15 minute walk from the Kingston train station. Monique Bégin graciously met with me in her tiny University of Ottawa office — she was in Ottawa briefly, between international engagements. I caught up with Sharon Sholzberg-Gray one late afternoon in the downtown Ottawa boardroom of the Canadian Healthcare Association. This seemingly indefatigable chief executive officer knows all the statistics by heart. She talks quickly and is passionate about her subject. Dr. Hugh Scully was at the Toronto General Hospital. He looked much the same as he did more than 20 years earlier when I met him. I was a *Globe and Mail*

des arguments et des sentiments de neuf champions du régime d'assurance-maladie. Pendant la majeure partie de ma vie professionnelle, j'ai rédigé des textes portant sur les politiques en matière de santé. Je l'ai fait pour les journaux, la radio, les revues, les instituts de recherche, et les syndicats. C'est pourquoi, lorsque la FCSII m'a confié cette tâche, j'étais ravie à l'idée d'interviewer ces Canadiennes et Canadiens importants, dont j'avais déjà parlé pour la plupart, ou que j'avais vus en action ou rencontrés, mais que je n'avais jamais eu le privilège d'interviewer pendant une longue période de temps.

J'ai pu rencontrer plusieurs de ces champions en personne : Tom Kent était courtois, patient et organisé au moment de ma visite à son bureau au sous-sol du bungalow qu'il partage avec sa femme, à environ 15 minutes de marche de la gare de Kinston. Monique Bégin m'a gracieusement accueillie dans son minuscule bureau à l'Université d'Ottawa. Elle faisait un court arrêt à Ottawa entre deux rendez-vous ailleurs dans le monde. J'ai rencontré Sharon Sholzberg-Gray en fin d'après-midi dans une salle de réunion de l'Association canadienne des soins de santé au centre-ville d'Ottawa. Cette présidente-directrice générale qui semble infatigable connaît toutes les statistiques par cœur. Elle parle vite et est passionnée par son sujet. Le docteur Hugh Scully était au Toronto General Hospital. Il a encore l'air de ce qu'il avait l'air lorsque je l'ai rencontré en 1986 alors que j'étais journaliste au *Globe and Mail* et que je couvrais la grève des médecins de l'Ontario. Il est maintenant un homme d'état aguerri sur la scène des politiques en matière de santé. Shirley Douglas est venue à ma maison à Toronto et je suis tombée sous son charme. Actrice et conteuse née, elle m'a captivée par sa passion pour son travail.



reporter then, covering the 1986 Ontario doctors' strike. Now he is very much an elder statesman in medical politics. Shirley Douglas came to my Toronto home for our interview and I fell under her spell. An actor and born storyteller, she captivated me with her passion for the subject.

The others I met over the telephone. Allan Blakeney was gentlemanly and thorough, and I learned much I hadn't known about the early battles and some lesser known trailblazing achievements in Saskatchewan, such as the publicly-funded pharmacare and the children's dental programs that existed there in the 1970s. He mentioned in passing that for his own health care he goes to the community clinic in Saskatoon, and then ventured that perhaps "the day was coming" when more such clinics would be established in Canada. Kathleen Connors, who still spends a few hours every day keeping up to date with health care issues — even though she is retired after a long and dedicated career — sounded relaxed and upbeat in her Pouch Cove home on the island of Newfoundland. Reached in Winnipeg, Evelyn Shapiro filled me in on her family's pre-medicare experiences and shared her frustration with media coverage of health care issues. Roy Romanow spoke with me from his home in Saskatoon. After his report came out in 2002, he spent a lot of time crossing the country to promote its recommendations, supported in part by the Atkinson Foundation. Near the end of our conversation, he said he is pulling back from these appearances. "I can't keep on repeating the same message over and over again, but they [the Canadian public] turn out in large numbers and

J'ai interviewé les autres au téléphone. Allan Blakeney était un gentleman et très méticuleux. J'ai appris des choses que j'ignorais au sujet des premières batailles et certaines choses moins connues, néanmoins innovatrices en Saskatchewan des années 1970, dont l'assurance-médicaments financée par les deniers publics et le programme dentaire destiné aux enfants. Il a mentionné, en passant, qu'il se rendait à la clinique communautaire de Saskatoon pour ses propres soins de santé et à oser dire que, peut-être, « le jour viendrait » où plusieurs autres cliniques du genre seraient mises en place au Canada. Kathleen Connors qui consacre encore quelques heures à chaque jour à se tenir au courant des dossiers relatifs aux soins de santé — même si elle est à la retraite après une longue carrière bien remplie — semblait détendue et énergique dans sa maison de Pouch Cove sur l'île de Terre-Neuve. J'ai rejoint Evelyn Shapiro à Winnipeg, et elle m'a parlé des expériences de sa famille avant l'assurance-maladie. Elle a partagé sa frustration par rapport à la couverture médiatique des problèmes associés aux soins de santé. Roy Romanow m'a parlé à partir de sa maison à Saskatoon. Après la sortie de son rapport en 2002, il a consacré beaucoup de temps à visiter le pays et promouvoir ses recommandations, appuyé, en partie, par la Fondation Atkinson. Vers la fin de notre conversation, il a dit qu'il allait laisser tomber ce genre de choses. « Je ne peux pas continuer à répéter le même message tout le temps, mais ils [les Canadiens] continuent de venir en grand nombre et ils me disent de ne pas lâcher ». Selon lui, une des raisons qui explique ces encouragements est simplement le fait que les gens ont soif de comprendre. « Je soupçonne qu'il y a une toute nouvelle génération qui ne connaît tout simplement pas son histoire, son récit, son récit national. »



tell you to hang in there.” He suggested at least one reason for this encouragement is simply that people are hungry to understand. “I suspect there is a whole new generation out there that simply doesn’t know its history, its narrative, its national narrative.”

I think he is right. Tommy Douglas may have been voted the greatest Canadian of all time in that 2004 CBC TV poll, in which 1.2 million votes were cast. But ask Canadians when medicare was introduced in this country, and my guess is that most would have trouble answering correctly. And as Connors wondered aloud in our interview, “How do you impress on your children’s generation that you can’t assume that this [medicare] will always be there, that you have to be prepared to stand up and fight for what you believe in?”

My work for this book also served as a refresher course for me on the history of medicare. That history reveals what a struggle it was to institute our public health care insurance system. The people I interviewed are not in agreement about just how much threat there is now to Canada’s health care system, how much of a struggle there might be ahead. Some do not anticipate any successful attacks on the system, some are extremely worried about the future and possible dismantlement.

Near the end of a long airplane ride recently, I began chatting with the woman sitting next to me. She looked to be in her 50s, was returning from her second trip outside North America, and told me she worked as a social worker in a

Je crois qu’il a raison. Tommy Douglas a été consacré la plus grande personnalité canadienne de tous les temps dans le cadre du concours 2004 organisé par le réseau de télévision CBC, et 1,2 millions de personnes ont voté, mais si vous demandez aux Canadiens à quel moment l’assurance-maladie a été mise en place au pays, je pense que la plupart auront de la difficulté à répondre correctement. Pendant l’entrevue, Connors se demandait : « Comment faire comprendre à la génération de nos enfants que nous ne pouvons pas penser que cela [l’assurance-maladie] sera toujours en place et qu’il nous faut être prêts à se tenir debout et défendre ce en quoi nous croyons ? »

La rédaction de ce livre a aussi été un cours de recyclage sur l’histoire du régime d’assurance-maladie. Cette histoire révèle toute la lutte qu’il a fallu mener pour mettre en œuvre le système public de soins de santé. Les personnes interviewées ne sont pas toutes d’accord par rapport à la menace qui pèse actuellement sur le système canadien de soins de santé ou par rapport à la lutte qu’il faudra mener. Certains pensent que les attaques au système seront vaines, d’autres sont extrêmement inquiets par rapport à l’avenir et au démantèlement possible.

Récemment, vers la fin d’un long voyage en avion, j’ai commencé à causer avec la femme assise près de moi. Elle était dans la cinquantaine et revenait d’un deuxième voyage à l’extérieur de l’Amérique du Nord. Elle m’a dit qu’elle avait travaillé en qualité de travailleuse sociale dans un hôpital psychiatrique du Colorado. « La médecine est socialisée au Canada, n’est-ce pas ? J’ai entendu dire qu’il y avait de très



psychiatric hospital in Colorado. "You have socialized medicine in Canada, don't you? I have heard there are very long waiting times for medical help, and that you aren't free to see the doctors that you want to see."

Where to start?

I know where her information comes from. The disinformation campaigns about our medical care system launched by U.S. vested interests — primarily health insurance companies eager to set up business here — are relentless. In these propaganda exercises, "socialized medicine" is the bogeyman that denies sick people the care they need and, of course, their "freedom" to buy health care (if they can afford it).

To answer her, I chose on this occasion to skip over the social justice/equity/humanitarian rationale for ensuring that people have access to care, no matter how much or how little money they make. Instead, I patiently gave a brief explanation about financial aspects of our single-payor system, about the savings in administrative costs compared to the United States. She grasped the implications immediately and went on to tell me at some length about the hours and hours that she and others had to spend on the phone dealing with a huge number of different insurance companies and health maintenance organizations. Even after approving a patient's stay, the insurance companies sometimes deny the hospital payment. "When they refuse payment, it's all a game. You have to decide if it is worth your time and effort to challenge them, or easier to

longs délais d'attente avant d'obtenir des soins médicaux et que vous n'êtes pas libre d'aller chez le médecin que vous voulez. »

Par où commencer ?

Je sais où elle prend ces informations. Les campagnes de désinformation au sujet de notre système de soins de santé menées par des groupes américains intéressés — principalement les compagnies d'assurances médicales qui veulent s'établir ici — sont sans relâche. Dans le cadre de ces exercices de propagande, la « médecine socialisée » est la bête noire qui refuse de donner aux gens les soins dont ils ont besoin et, bien sûr, la « liberté » d'acheter des soins de santé (s'ils peuvent se les payer).

En guise de réponse, j'ai choisi à cette occasion de laisser tomber les concepts de justice sociale, d'équité, d'humanitarisme qui assurent un accès aux soins de santé à tous qu'importe le revenu. J'ai plutôt donné, patiemment, une brève explication des aspects financiers de notre système à payeur unique, des économies en coûts administratifs en comparaison avec les États-Unis.

Elle a saisi immédiatement les répercussions et à commencer à me parler longuement des heures et des heures qu'elle et d'autres personnes avaient dû passer au téléphone avec un nombre impressionnant de compagnies d'assurances et d'organisations de soins de santé intégrés. Même après avoir approuvé l'admission d'un patient, les compagnies d'assurances refusent parfois de payer les frais d'hôpitaux. « Lorsqu'elles refusent de payer, c'est tout un jeu qui commence. Vous devez alors décider s'il vaut la peine de consacrer temps et efforts



write off the loss.” And she told me about the huge overhead costs faced by doctors and the hospital because of this tangled web of payment plans.

I recount this incident not as a simple “feel good” story about our health care system. It is relatively easy to look good compared to the most expensive and probably the least equitable health care system in the developed world. And there certainly are major gaps and problems in our fairer, less expensive system.

But the incident reminded me how easy it is to deceive people and to plant doubts. Mr. Frum, for example, claims to have the answer: he can easily afford to pay for the health care he needs, when he needs it, and wants the “freedom” to do this. As for those with less money? Connect the dots. Read the interviews in this book. Learn or refresh your memory about why we have medicare in Canada.

Ann Silversides

à vous opposer ou s'il est plus facile de tout simplement défrayer le coût. » Et elle m'a parlé des énormes coûts indirects auxquels font face les médecins et les hôpitaux en raison de cet imbroglio des régimes de paiement.

Je raconte cet incident non pas dans le simple but d'ajouter une histoire réconfortante au sujet du système de soins de santé. C'est relativement facile de bien paraître comparativement au système de santé le plus dispendieux et probablement le moins équitable parmi les pays développés. Et il y a certainement des écarts et des problèmes majeurs dans notre propre système, même s'il est plus équitable et moins coûteux.

Mais cet incident m'a rappelé combien il est facile de décevoir les gens et de semer le doute. M. Frum, par exemple, prétend avoir la réponse : il peut facilement se payer les soins de santé dont il a besoin, au moment où il en a besoin, et il veut la « liberté » de le faire. Mais qu'en est-il de ceux et celles qui ont moins d'argent ? Faites les liens. Lisez les entrevues présentées dans ce livre. Sachez pourquoi nous avons le régime d'assurance-maladie au Canada ou rafraîchissez votre mémoire.

Ann Silversides





Photo: Monique Bégin

Monique Bégin

Mention the Canada Health Act and the name Monique Bégin will undoubtedly come to mind. Bégin was the federal Minister of National Health and Welfare who championed the 1984 legislation designed to stop the erosion of medicare. She faced considerable challenges and personal attacks as she advocated for the legislation, trying to

get all Canadian governments and political parties onside. In the end, the Act was passed unanimously by Parliament. Now a member of the World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health, Bégin, who has a PhD, was first elected as a federal Liberal Member of Parliament in 1972. She was Minister of National Health and Welfare from 1977 to 1979 and again from 1980 to 1984. In 1986, she joined the University of Ottawa and Carleton University as Chair of their joint Women's Studies program and from 1990 to 1997 she was Dean of the Faculty of Health Sciences at the University of Ottawa. She is the author of *Medicare, Canada's Right to Health*.

Mentionnez la Loi canadienne sur la santé, et le nom de Monique Bégin vous vient sans doute à l'esprit. Alors qu'elle est ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Monique Bégin défend la législation de 1984 visant à stopper l'érosion du régime d'assurance-maladie. Elle doit faire face à de nombreux défis et attaques personnelles pendant qu'elle tente de gagner la faveur des gouvernements et des partis politiques des provinces. Finalement, la loi est adoptée à l'unanimité par le Parlement. Monique Bégin, titulaire d'un doctorat, est maintenant membre de la Commission de l'Organisation mondiale de la Santé sur les déterminants sociaux de la santé. En 1972, elle est élue pour la première fois à la Chambre des Communes sous la bannière libérale. De 1977 à 1984, elle est ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, à l'époque de l'adoption de la Loi canadienne sur la santé. Détentrice de la Chaire conjointe Ottawa-Carleton en études des femmes en 1986, elle est doyenne de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa de 1990 à 1997. Elle est l'auteure de *L'assurance-santé : plaidoyer pour le modèle canadien*.



A — L'adoption de la Loi canadienne sur la santé remonte déjà à 23 ans. On ne se souvient presque plus de la surfacturation et des tickets modérateurs. Qu'est-ce qui vous a incité à vous battre pour l'assurance-maladie ?

A — It has already been 23 years since the Canada Health Act. Extra billing and user fees have almost faded from memory. What made you fight for medicare?

M — I have no exotic good answer to that, but I will say that I understood very rapidly when I was still a new

minister that we were entering bad economic times, and my dream of creating the Guaranteed Annual Income for Canadians became an impossibility. I would be lucky if I could save the best programs of the past.



Photo: Monique Bégin

Monique Bégin speaking to the media
Monique Bégin parle aux médias

A — Why was that?

M — The greatest risk to medicare at the time was both the neo-conservative economic ideology and Canadian organized medicine. I would say all elites in Canada bought into what would become known as Reaganomics. The first attacks were against universality of family allowances and universality

M — Je n'ai pas de réponse originale ou percutante à cette question mais je peux vous dire que, lorsque j'étais encore une jeune ministre, j'ai très vite compris que nous allions traverser une mauvaise période économique et que mon rêve de créer un revenu annuel garanti pour les Canadiens ne pourrait se réaliser. Je serais chanceuse si je pouvais sauvegarder les meilleurs programmes établis par le passé.

A — Et pourquoi ?

M — À cette époque, la médecine organisée canadienne et l'idéologie des néoconservateurs en matière d'économie représentaient le plus gros risque à l'assurance-maladie. Je dirais que toute l'élite canadienne adhérerait à ce qui deviendrait connu sous le nom d'économie à la Reagan. Ils se sont attaqués d'abord à l'universalité des allocations familiales et des pensions. Puis, tout à coup, l'assurance-maladie était attaquée, non pas en proposant des concepts comme le ciblage plutôt que l'universalité mais en utilisant la surfacturation et les tickets modérateurs – deux faits nouveaux pour lesquels mon ministère [Santé nationale et Bien-être social] n'avait absolument aucune information.

A — Dans votre livre, vous dites que les trois joueurs clés dans la crise de l'assurance-maladie étaient les provinces, le gouvernement fédéral et la médecine organisée.

M — C'est vrai. À l'époque de la soi-disant crise de l'assurance-maladie, au début des années 80, le public ne faisait pas partie de la scène. Selon les politologues, les années 70 au Canada étaient



of pensions. Then suddenly it was medicare that was attacked, not via concepts like targeting instead of universality, but via extra billing and user fees — two developments that my department [National Health and Welfare] had no information about whatsoever.

A — In your book you say the three main players in the medicare crisis were the provinces, the federal government and organized medicine.

M — That's right. Way back in the so-called medicare crisis of the early 80s, the public was not in the picture. Canada in the 70s has been dubbed by political scientists as the decade of provincial autonomy... and at the time the Canadian Medical Association (CMA) was a dinosaur, I am sorry to say. The CMA joined the modern world in the late 80s. They have not become pro-medicare activists — I wouldn't call them that — although I think that the vast majority of Canadian physicians, as opposed to organized medicine, want to keep medicare with no hesitation.

A — Just for the record it is astounding the level of personal attack that you came under in the period leading up to the Canada Health Act.

M — Oh yes. I was a woman, I was a French Canadian and I am very sorry but I think in some instances, with individual provincial ministers of health, that played against me. We had so many meetings it is unreal, and I went and met every one of them in their capital cities so often, but some individuals really despised me. And then you have the incredible political game in which some ministers of health were saying privately, "Monique, we are completely in

la décennie de l'autonomie des provinces... et, à cette époque, je dois malheureusement avouer que l'Association médicale canadienne (AMC) était un dinosaure. L'AMC s'est jointe au monde moderne à la fin des années 80. Ils ne sont pas devenus des militants en faveur de l'assurance-maladie — je ne les appellerai pas ainsi — mais je pense que la grande majorité des médecins canadiens veulent, sans hésiter, maintenir l'assurance-maladie par opposition à la médecine organisée.

A — Il faut mentionner le nombre ahurissant d'attaques personnelles à votre endroit pendant la période précédant l'adoption de la Loi canadienne sur la santé.

M — Oh oui. J'étais une femme, j'étais Canadienne française et, malheureusement, je crois que dans certains cas, cela a joué contre moi lors de mes contacts avec les ministres provinciaux de la santé. Vous ne pouvez imaginer le nombre de rencontres avec eux, c'est incroyable. Je me suis rendue tellement souvent dans chacune de leur capitale pour les rencontrer, mais certains me méprisaient vraiment. Et puis il faut mentionner cet incroyable jeu

Les cinq principes de l'assurance-maladie

1. **Gestion publique**
Gestion par une autorité publique sans but lucratif, relevant du gouvernement provincial ou territorial.
2. **Intégralité**
Couverture de tous les services médicalement nécessaires.
3. **Universalité**
Couverture pour tous selon des modalités uniformes.
4. **Transférabilité**
Couverture assurée dans toutes les provinces.
5. **Accessibilité**
Accès satisfaisant, selon des modalités uniformes et sans aucun obstacle, dont les tickets modérateurs.



agreement, but we can't say it publicly." Their ministers of intergovernmental affairs were sitting in the room as well and would tell them what to say and what not to say.

politique : certains ministres de la santé disaient en privé : « Monique, nous sommes entièrement d'accord mais nous ne pouvons le dire publiquement. » Leurs ministres des affaires intergouvernementales étaient aussi présents et on leur signifiait ce qu'il fallait dire et ne pas dire.

The Five Principles of Medicare

1. **Public Administration**
On a non-profit basis accountable to the provincial or territorial government.
2. **Comprehensiveness**
All medically necessary services covered.
3. **Universality**
Coverage for all on uniform terms and conditions.
4. **Portability**
Coverage provided in all provinces.
5. **Accessibility**
Access must be reasonable, uniform and free of barriers, including user fees.

A — The Canada Health Act enshrined the 5 principles of medicare — public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility — and banned the practice of extra billing by doctors and charging user fees for insured services. Your accomplishment was to push back the erosion.

A — La Loi canadienne sur la santé consacrait les cinq (5) principes de l'assurance-maladie : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Elle bannissait la pratique de surfacturation par les médecins ou les tickets modérateurs perçus pour des services assurés. Votre accomplissement a été de retarder l'érosion.

M — We thought we were saving medicare.

M — Nous pensions que nous étions en train de sauver l'assurance-maladie.

A — Mais, dans votre livre, vous dites que certaines personnes étaient déçues de ne pas vous voir aller plus loin avec cette loi.

A — But in your book, you mention that some people were disappointed that you couldn't go further with the Act.

M — I wanted very badly to open up the federal funding to players other than only doctors. But the times were so right wing that I thought that if I opened up more fronts, using the military analogy, I could lose everything. I kind of just fixed what was wrong. One small thing I did, pushed by nursing, was to change the expression "medical practitioners" to "health care professionals."

M — Je voulais tellement donner accès au financement fédéral à des intervenants autres que les médecins. Mais c'était une époque de la droite, et je pensais que si j'ouvrais d'autres fronts pour utiliser une analogie militaire, je pourrais tout perdre. J'ai, en quelque sorte, réparé les pots cassés. J'ai toutefois fait une petite chose, grâce à la pression des intervenants en soins infirmiers. J'ai remplacé l'expression « praticien » par « professionnel des soins de santé ».

A — Pensez-vous que le climat est meilleur aujourd'hui pour étendre le système ?



A — Is the climate any better for expansion of the system today?

M — Well, at least in my years in politics, elites in this country — political and others — discussed values.



Photo: Monique Bégin

Monique Bégin receiving Justice Emmett Hall's report on medicare, 1981. Le juge Emmett Hall remet son rapport à Monique Bégin, 1981

Today, and for the last 20 years, nobody, whatever the political party, discusses values, values like solidarity. So that is one big wall in the way of reform. Then there is the very pervasive philosophy from the United States that brainwashes us Canadians, because we are next door, that the private sector is more efficient. It is false, but many people have bought that. And then the third, I would use the title of one of Galbraith's books, *The Culture of Contentment*: we really are so individualistic, it is so much the culture of contentment. And last but not least, we have eroded the welfare state in Canada enormously. I used to brag saying "Canada is the Sweden of the Americas,"

M — Je dois dire que, du moins pendant mes années en politique, l'élite de ce pays, l'élite politique et les autres parlaient de valeurs. Aujourd'hui, et au cours des 20 dernières années, personne, qu'importe le parti politique, ne parle de valeurs, des valeurs comme la solidarité. C'est un gros obstacle à la réforme. Il faut aussi mentionner la philosophie américaine très puissante selon laquelle le secteur privé serait plus efficace. Cette politique agit comme un lavage de cerveau chez les Canadiens car nous vivons juste à côté. C'est faux, mais plusieurs y croient. Et, troisièmement, je vais utiliser le titre d'un livre de Galbraith et parler de la culture du contentement : nous sommes tellement individualistes, c'est vraiment la culture du contentement. Finalement, nous avons énormément compromis la situation du bien-être social au Canada. J'avais l'habitude de vanter le Canada en disant que c'était la Suède des Amériques. Je le croyais vraiment mais maintenant je sais que nous étions, et que nous sommes, un des pires du monde occidental, juste après les États-Unis, en ce qui a trait au financement public des programmes sociaux.

A — Qu'est-ce que vous aimeriez voir se faire au Canada ?

M — Même si elle est imparfaite, je ne remettrais pas en question la Loi canadienne sur la santé, ce serait trop dangereux. Toutefois, je confirmerais qu'elle comprenne les services diagnostiques et j'élaborerais une nouvelle loi distincte qui tiendrait compte des soins à domicile, toutes les formes nécessaires de soins à domicile, non seulement ceux associés à des problèmes de santé. Je le ferais en prévoyant des conditions qui correspondent autant que possible



and I truly believed it, and I now know we were and are one of the worst in the western world, just before the United States, for public spending on social programs.

A – What would you like to see done in Canada?

M – I would not reopen the Canada Health Act, although imperfect, just because it is too dangerous. I would confirm that it does include diagnostic services, and would create a separate new act to address home care, all the forms of home care needed, not just medically-related, and I would do this with conditions as parallel as possible to the CHA. And rehab, now that we have delisted rehab. Also, I would like to see far more so-called seamless integration of services from hospitals to the spectrum of services outside hospitals. This certainly wouldn't take millions. It takes the will, the attitude. It would improve the system a lot and it would show all that is missing in terms of services in the community, so it would push the case.

A – Anything else?

M – Something we have never, never discussed with Canadians and it is this: for me a very important measure of equity is the public/private ratio of total spending on health services, total health expenditures of Canada. Most of the industrialized world has a ratio of roughly 80 to more than 90 percent public funding of all health expenditures including drugs, rehabilitation, chronic care, you name it, with the balance being private. In Canada the ratio is 70 public to 30 private.

A – What is the problem with this?

à la Loi canadienne sur la santé. Et la réadaptation, maintenant que cette dernière a été rayée de la liste. J'aimerais aussi qu'il y ait beaucoup plus d'intégration transparente entre les services dispensés dans les hôpitaux et l'éventail de services dispensés hors de l'hôpital. Cela ne nécessiterait certainement pas des millions. Il suffit de volonté, d'une bonne attitude. J'améliorerais le système de beaucoup et on verrait alors tout ce qui manque en matière de services dans la collectivité. Cela ferait avancer la cause.

A – Autre chose ?

M – Il y a quelque chose dont nous n'avons jamais discuté avec les Canadiens et il s'agit de ceci : selon moi, une mesure importante de l'équité est le ratio public-privé relativement aux dépenses totales en services de santé, les dépenses totales en matière de santé au Canada. La plupart des pays industrialisés ont un ratio d'environ 80 à plus de 90 pour cent de financement public de toutes les dépenses de la santé, y compris les médicaments, la réadaptation, les soins chroniques, etc. Le reste appartient au privé. Au Canada, nous avons un ratio de 70 public et 30 privé.

A – Qu'est-ce qui ne va pas avec ce chiffre ?

M – Selon moi, c'est un manque d'équité, car 30 pour cent des coûts est assumé par les individus qui doivent trouver une source de financement. Certains ont des assurances fournies par l'employeur, mais les régimes diffèrent beaucoup et plusieurs n'ont pas ces assurances. Cette situation est régressive, et les pauvres sont pris au piège. Or, pendant la crise



M — Well, that for me is a lack of equity in the sense that 30 percent of costs are left with the individual who has to find a source of funding. Some have insurance through their employers, though plans differ greatly, and many don't have this insurance. This is a regressive situation, and



Photo: Monique Bégin

Monique Bégin giving blood.
Monique Bégin qui donne du sang.

the poorer are stuck. By the way, during the medicare crisis and for two more years after, we reached 76 percent of public funding. Whenever I have the occasion, I'm prudently, and

it is not easy for public discourse in Canada because of our historical context, I am prudently explaining that having some user fees, not extra billing by physicians which is wrong by definition, but having some form of user fees or co-payment or whatever, the way they do in Europe where they have 80 to 90 percent public funding, is not necessarily a sin, in as much as the coverage of services is greatly extended to include, for example, pharmacare and home care. On the total it is more progressive and equitable a form of out-of-pocket payment than here where 30 percent of health expenditures is private.

A — So if we could “grow” the public proportion, achieve public funding for 80 to 90 percent

de l'assurance-maladie et pendant les deux années et plus qui ont suivi, nous avons atteint 76 pour cent de financement public. À chaque fois que l'occasion se présente, je suis prudente, – car il n'est pas facile de parler de cela publiquement au Canada en raison de notre contexte historique – je suis prudente lorsque j'explique que ce n'est pas nécessairement un péché d'avoir certains tickets modérateurs en autant que beaucoup d'autres services soient aussi couverts, par exemple les médicaments et les soins à domicile. Je ne parle pas ici de surfacturation par les médecins car cela n'est pas correct. Je parle plutôt d'une forme quelconque de ticket modérateur, de quote-part ou autre, un peu comme ils le font en Europe où ils ont 80 à 90 pour cent de financement public. En gros, c'est une forme plus progressive et équitable de paiement directement de la poche que ce que nous avons ici où 30 pour cent des dépenses associées à la santé est assumé par le privé.

A — Ainsi, si nous pouvions augmenter la proportion publique et arriver à un financement public de 80 à 90 pour cent des dépenses totales en soins de santé, certains tickets modérateurs seraient acceptables ? Mais, comme vous dites, cela n'est pas exactement...



M — ... sur l'écran radar. Non. Mais vous voyez des milliards de dollars de surplus sur la scène fédérale depuis des années et des années. Où mettons-nous cet argent ?

A — Ces derniers temps, qu'est-ce qui a surtout contribué à la détérioration de l'assurance-maladie ?

total health care funding, some user fees would be acceptable? But as you say this isn't exactly ...

M — ... on the radar screen. No. But you see billions of dollars surplus on the federal scene for years and years now. Where do we put the money?

A — What is the main erosion that you have seen take place in medicare lately?

M — The lack of clear rules for physicians' participation either in or out of medicare. At the time of the Canada Health Act, doctors everywhere in Canada could be in private practice, but they had to be entirely in private practice, and neither them nor their patients could get reimbursed by the provinces. That is a very clear rule of the game which is no longer the situation. It has been greatly eroded, with the Chaoulli judgment being the latest serious challenge. I say physicians because even if we speak of private clinics, like MRI or emergency ones, it is doctors who are the operational element, the gatekeepers.

A — Do you get discouraged?

M — Once in a while, but I am certainly not discouraged these years about the future of medicare. Medicare goes on. And in every part of the country we have people watching, monitoring, individuals, small groups, but vocal, like the Friends of Medicare, and the larger, Canadian Health Coalition, and they do a fabulous job. And we have come through various crises. It is the public who will keep and save medicare. It is crystal clear for me.

M — L'absence de règles claires relativement à la participation des médecins que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du régime d'assurance-maladie. À l'époque de la Loi canadienne sur la santé, les médecins canadiens pouvaient être en pratique privée, mais ils devaient être entièrement en pratique privée, et ni eux, ni leurs patients ne pouvaient se faire rembourser par les provinces. La règle du jeu était très claire, mais ce n'est plus comme cela maintenant. Il y a eu beaucoup de détérioration, et le jugement de Chaoulli représente le dernier coup de masse. Je mentionne les médecins car, même si nous parlons de cliniques privées, comme les cliniques d'urgence ou d'IRM, ce sont les médecins qui les exploitent et qui en sont les gardiens.

A — Êtes-vous parfois découragée ?

M — Parfois, mais je ne suis certainement pas découragée aujourd'hui lorsque je pense à l'avenir de l'assurance-maladie. L'assurance-maladie continue. Et, dans chaque coin du pays, il y a des gens qui sont vigilants et qui surveillent. Ce sont des individus, des petits groupes. Ils s'expriment comme, par exemple, les Amis de l'assurance-maladie et la Coalition canadienne de la santé. Ils font un travail extraordinaire. Et nous avons traversé différentes crises. Le public va maintenir et sauvegarder l'assurance-maladie. Pour moi, c'est clair comme du cristal.



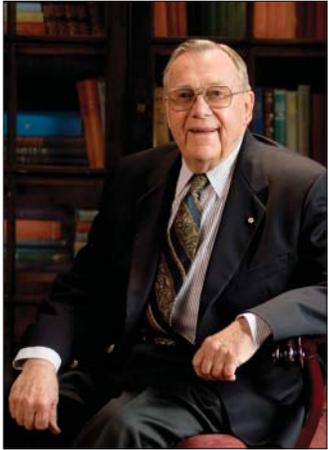


Photo: Barry Hoffmeister, Sharpshooter Photography

Allan Blakeney

Allan Blakeney is one of the fathers of medicare. He was first elected to provincial parliament in Saskatchewan in 1960, the year that medicare was the key issue in the election campaign. As provincial treasurer, Blakeney was part of the inner cabinet when the province's medicare act was introduced in 1961, as well as during the tumultuous 1962 doctors' strike. He then became Minister

Allan Blakeney est l'un des pères du régime d'assurance-maladie. Il est élu pour la première fois au gouvernement provincial en 1960, année où l'assurance-maladie est l'enjeu clé de la campagne électorale. À titre de trésorier principal, Blakeney fait partie du Cabinet principal au moment de l'adoption de la Loi canadienne sur la santé en 1961 et pendant la grève tumultueuse des médecins qui a suivi en 1962. Il devient ensuite ministre de la Santé responsable de la mise en place du premier programme d'assurance-maladie. De 1971 à 1982, il est premier ministre de la Saskatchewan et en 1987, il quitte son poste de chef du Nouveau Parti démocratique provincial. Avocat de formation, il est boursier Rhodes et, de 1950 à 1958, il est haut fonctionnaire en Saskatchewan. Il est nommé Officier de l'Ordre du Canada en 1992.

of Health, responsible for implementing Canada's first medicare program. Blakeney went on to serve as premier of Saskatchewan from 1971 to 1982. He stepped down as leader of the provincial New Democratic Party in 1987. A lawyer by training, he was a Rhodes scholar and from 1950 to 1958 he served as a senior civil servant in Saskatchewan. He was made an officer of the Order of Canada in 1992.

A — Dites-moi comment vous en êtes venu à vous intéresser à l'assurance-maladie.

B — Disons que plusieurs événements importants sont survenus au début de mon histoire. J'ai vécu en Grande-Bretagne de 1947 à 1949 et j'ai vu comment fonctionnait le système national de santé. En 1950, je suis venu en Saskatchewan et, avant mon arrivée, [le premier ministre Tommy] Douglas avait mis en place l'assurance-hospitalisation qui, à l'époque, était la composante la plus coûteuse d'un régime d'assurance-maladie.

A — Tell me about your involvement with medicare.



B — Well, a lot of the drama of my story is at the very beginning. I lived in Britain from 1947 to 1949 and I saw

the national health system in operation. In 1950, I came to Saskatchewan and before I got there [Premier Tommy] Douglas had set up the hospital plan, which was then the most expensive component of a medicare plan.

A — He always wanted to set up a public insurance plan to cover other medical costs, didn't he?

B — Yes. He was going to do it as soon as he had the money. He certainly didn't have the money because a great deal of the hospital plan in Saskatchewan was relatively primitive and had to be rebuilt. But then in 1958, Mr. [Prime Minister John] Diefenbaker said that he would pay half the costs of hospital care to any province that provided a hospital plan that met the federal guidelines — and that was no difficulty because they

A — Je crois qu'il avait toujours voulu mettre en place un régime public d'assurance qui couvrirait d'autres frais médicaux, n'est-ce pas ?

B — Oui. Il allait le faire dès qu'il aurait les fonds. Il n'avait certainement pas l'argent parce qu'une grande partie de l'assurance-hospitalisation en Saskatchewan était plutôt primitive et devait être rebâtie. Mais, en 1958, M. Diefenbaker [premier ministre John] acceptait de payer la moitié des coûts associés aux soins hospitaliers à toute province qui présenterait un régime d'hospitalisation qui satisfaisait les lignes directrices fédérales — et cela n'était pas difficile car ils avaient utilisé l'exemple de la Saskatchewan pour élaborer les lignes directrices. À peu près au même moment où nous avons reçu le premier dollar, Douglas a annoncé qu'il allait proposer l'assurance-maladie.

A — Et vous avez grandement participé à toute cette lutte car vous faisiez partie de l'équipe du Cabinet qui a fait face à la crise survenue après l'adoption de la Medical Care Insurance Act de la Saskatchewan et la grève des médecins qui a commencé le 1er juillet 1962 et a duré 23 jours.

B — Je crois que nous pouvons dire que j'étais, en effet, grandement engagé.

A — En qualité de politicien au cœur de cette crise et essayant de régler la grève et la crise, qu'avez-vous appris de plus important au sujet de la politique et de l'assurance-maladie ?

B — Les principales leçons sont les suivantes : lorsque des intérêts majeurs sont en jeu, on ne peut s'attendre



Photo: Saskatchewan Archives Board, R-B 2.871

Premier Douglas hands out Saskatchewan's first provincial health card, 1946.

Le premier ministre Douglas remet la première carte santé provinciale de la Saskatchewan, 1946.

Life Before Medicare

“My father was a physician practicing from 1922 until his death in 1970. The care of the sick was his first priority, and in the Depression years often there was no pay. In many instances pay was in kind: a quarter of beef, half a pig, hay, oats, stove and furnace wood, etc. I can think of many instances where in stormy, cold winters, long trips were made to the sick who were penniless.” (p. 23)

Source: Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.



used Saskatchewan's example for the guidelines. Just about the time the first dollar hit, Douglas announced that he was going to propose to introduce medical care.



Photo: Saskatchewan Archives Board, RA-12109-4

Protest against medicare during doctors' strike, 1962.

Protestation contre le régime d'assurance-maladie pendant la grève des médecins, 1962.

A — And you were deeply involved in that whole struggle as part of an inner Cabinet team dealing with the crisis after the Saskatchewan Medical Care Insurance Act was introduced, and the 23-day doctors' strike began on July 1, 1962.

B — I think it is fair to say I was deeply involved.

A — As a politician in the middle of it, trying to stickhandle the strike and the crisis, what would you say your major learnings were about politics and medicare?

B — The major learning was that when serious interests are at stake, one cannot expect that any normal rules

au respect des règles normales de conduite. Je pensais que le genre de campagne menée par les médecins était répréhensible et ignoble et je sentais que plusieurs médecins que je connaissais n'étaient pas à l'aise avec cela. Or, lorsque des intérêts importants étaient en jeu, l'affaire passait alors aux mains de leurs conseillers, experts-conseils en organisation de campagnes, et personnes des relations publiques. J'en suis venu à la conclusion que l'on ne pouvait pas compter sur la bonne volonté des bonnes gens – et cela comprend un bon nombre de médecins – pour que la campagne soit menée d'une façon qui fait honneur à la politique et à la fonction publique. Pour une leçon, c'était certainement une leçon – et cela peut sembler dur de dire cela mais j'étais entré en politique avec une bonne dose d'idéalisme.

A — Pensez-vous que, pour les médecins, il s'agissait simplement d'intérêts financiers ?

B — Certains croyaient vraiment que cela ferait obstacle à leur façon de traiter leurs patients. De plus, c'était plus difficile à faire accepter ici car nous avions des médecins municipaux qui étaient en place depuis des années. Et, en 1948, un régime complet d'assurance-maladie avait été mis en place pour environ 50 000 personnes

La vie avant l'assurance-maladie

« Mon père a exercé la médecine de 1922 jusqu'à sa mort en 1970. Prendre soin des malades était sa priorité et, pendant la dépression des années 30, souvent il n'était pas payé ou il était payé en nature : un quartier de bœuf, un demi porc, du foin, de l'orge, du bois de chauffage, etc. Je me rappelle que, en plusieurs occasions, il a parcouru de longues distances pendant des tempêtes et de grands froids d'hiver pour se rendre auprès de malades qui étaient sans le sou. » (p.23)

Source : Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.



of conduct will be observed. I thought that the type of campaign that the doctors ran was reprehensible and despicable, and I felt that a good number of the doctors that I knew were uncomfortable with it. But when serious interests were at stake, the matter was turned over to their advisors, campaign advisors, their PR people, and I reached the conclusion that one could not rely on the essential good will of some pretty good people, and this includes a great number of the doctors, to assure yourself that the campaign would be conducted in a way which is a credit to politics and public service.

So, as a learning experience, it was certainly that — and that sounds harsh, but I had entered politics with a fair degree of idealism.

A — Do you think it was just financial interests on the part of the doctors?

B — Some genuinely believed there would be interference with the way they were able to treat their patients. But it was a harder sell here, since we had municipal doctors who had been around for years. And in 1948, a comprehensive medicare plan had been set up for about 50,000 people around Swift Current, and doctors there had not reported that there had been any interference.

autour de Swift Current, et les médecins de cet endroit n'avaient pas mentionné d'ingérence.

A — L'entente n'a pas aidé certaines des cliniques médicales communautaires de la province.

B — Je pense que c'est vrai. L'entente de Saskatoon ne s'est pas soldée par l'abolition des cliniques communautaires, mais l'entente représentait un réel compromis, et les médecins n'allaient pas s'organiser pour s'opposer à la mise en place d'une assurance-maladie financée par les deniers publics. Nous, gouvernement de la Saskatchewan, n'allions pas essayer de changer radicalement la manière dont les médecins dispensaient les soins médicaux. Cela n'a jamais été dit, mais c'était le compromis. Nous devons nous souvenir que c'était une époque difficile. Nous ne savions pas jusqu'à quel point l'opinion publique était de notre côté. Dans les derniers 10 jours, on sentait clairement une augmentation, mais la province vivait dans la dissension, et le plus important était d'arriver à une entente. Selon nous, il était important de changer l'image de l'assurance médicale. Changer la façon de pratiquer la médecine était vraiment l'étape 2, et ce n'était pas quelque chose que nous allions régler à ce point-ci.

A — À ce moment-là, Douglas avait quitté la politique provinciale pour la politique fédérale, n'est-ce pas ?

B — Oui, des élections fédérales ont eu lieu en juin. Tout Regina était représenté à l'échelle provinciale par la CCF [Fédération du commonwealth coopératif], et T. C. Douglas qui était pratiquement une vedette à ce moment-là n'a obtenu que 29 pour cent du vote fédéral à Regina. Avant la dispute



Tommy Douglas, NDP leader 1961-1971.
Tommy Douglas, chef du NPD 1961-1971.

Photo: NDP/NPD



A — The settlement did not help some of the community health clinics that had existed in the province.

B — I think that is true. The Saskatoon agreement did not lead to the abolition of the community clinics, but



Post card, Swift Current Hospital.
Carte postale, Hôpital de Swift Current.

Photo: University of Saskatchewan Special Collections.
Collection spéciale de l'Université de la Saskatchewan

the agreement was a real compromise so that the doctors were not going to organizationally oppose the establishment of publicly-funded medical care insurance. We as the government of Saskatchewan were not going to try to change in a radical way the manner in which medical care was delivered by physicians. This was never articulated, but this was the compromise. And remember, this was a very difficult time. We had no idea the extent to which we had public opinion with us; at the beginning of the strike we assuredly did not have public opinion with us. In the last 10 days, it was clearly picking up, but the province was wracked with dissension and the important thing was to get a settlement. In our opinion, changing the face of medical insurance was important. Changing the way

autour de l'assurance-maladie, il aurait obtenu 59 pour cent. Ce n'était pas une époque facile. Et puis nous avons dû financer nous-mêmes les soins médicaux jusqu'en 1968. Pearson a adopté l'assurance-maladie pour le pays en entier en 1966. Ottawa payait la moitié des coûts, mais le paiement aux provinces était reporté à 1968.

A — Dites-moi ce que vous avez été en mesure de faire dans les années 70 alors que vous avez été élu premier ministre avec le New Deal for People.

B — Lors de notre défaite de 1964, j'ai eu peur d'avoir tout perdu, j'ai eu peur que [Ross] Thatcher démantèle le système et le remplace par un système qui financerait les primes pour les indigents médicaux, définis je ne sais comment, et que nous aurions un régime d'assurance privée. Mais Thatcher ne l'a pas fait. Qui sait, le régime était devenu assez populaire auprès du public et d'un bon nombre de médecins ruraux qui recevaient leur argent.

La vie avant l'assurance-maladie

« À la fin des années 1940 et au début des années 1950, nous (fermiers) livrions, chaque samedi, trois poulets prêts à cuire à la maison du médecin... Ce n'est que plusieurs années plus tard que j'ai appris que ces livraisons servaient à payer ma chirurgie subie en 1948. (p. 61)

Source : Heeney, Helen (1995). *Life Before Medicare: Canadian Experiences*. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.

A — Et vous avez mis en place une assurance dentaire pour les enfants et un régime universel d'assurance-médicaments.

B — Oui, c'était le premier régime complet d'assurance-médicaments. C'était un régime de première classe, et le doyen de la Faculté de pharmacie à l'université



that medicine was practised was really Stage 2, which we weren't going to solve in this round.

A – At this point, Douglas had left provincial politics for federal politics, correct?

B – Yes, we had the federal election in June. All of Regina was represented provincially by the CCF, and T.C. Douglas, who is almost an icon by this time, gets 29 percent of the federal vote in Regina. Before the medicare dispute, he would have got 59 percent. It was tough times. And then we had to finance the medical care ourselves until 1968. Pearson adopted medical care insurance for the entire country in 1966, with Ottawa paying half the costs, but payment to the provinces was delayed until 1968.

Life Before Medicare

“In the late 1940s and early 1950s we (farmers) delivered three chickens ready to cook to his [the doctor’s] house each Saturday... I found out only years later that these deliveries were to pay for a surgery I had had in 1948. (p61)

Source: Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.

A – Tell me about what you were able to do in the 70s, when you were elected Premier with the New Deal for People.

B – I was afraid when we were defeated in 1964 that we might have lost it all, that [Ross] Thatcher [Premier of Saskatchewan 1964-1971] would dismantle the

system and put in one where they would subsidize the premiums of medical indigents, however defined, and that we would have a system of private insurance. But Thatcher didn't do it. Perhaps the plan had become sufficiently popular with the public and a fair number of the rural doctors, who were getting their money.

était vraiment en faveur. En 1972, les écoles formaient les infirmières dentaires et, à chaque année, nous pouvions assumer deux autres années de formation. C'était un magnifique programme et il fonctionnait comme un charme en Saskatchewan car nous pouvions offrir, de façon efficace, des soins dentaires aux enfants vivant dans des zones où ces soins étaient absents.

A – Lors du changement de gouvernement, Grant Devine a éliminé ces innovations. Comment arrivez-vous à accepter de grands progrès puis des reculs ?

B – J'étais vraiment déçu parce que beaucoup d'efforts avaient été consacrés à changer les choses – efforts administratifs, efforts conceptuels – puis à faire accepter le tout par le public. Je suis certain que les compagnies pharmaceutiques ont exercé beaucoup de pression à tous les paliers du gouvernement mais on s'attend à cela de leur part. Mais j'étais plutôt déçu lorsque les dentistes ont formé une alliance avec le gouvernement Devine pour bannir le programme dentaire destiné aux enfants.

A – Que prescrivez-vous pour l'avenir ?

B – Je crois que nous devons augmenter le niveau d'honnêteté lorsque nous traitons avec le public.

A – Pensez-vous à quelque chose en particulier ?

B – Tous les soins médicaux doivent être rationnés. La quantité de soins pour lesquels nous pouvons payer est restreinte, et c'est pourquoi nous devons rationner. Il faut rationner en se basant sur la capacité de payer de l'individu, comme aux É.-U., ou en limitant



A – And you brought in a dental program for children and a universal drug plan.

B – Yes, this was the first comprehensive drug insurance plan. It was a first-class one and the dean of pharmacy at the university was very much on board. And in 1972, we got the schools to train dental nurses, and every year we could handle two more years in school. It was a great program, worked like a charm for Saskatchewan because we were effectively bringing dentistry for children to an area where there was effectively no dentistry.

A – When the government changed, Grant Devine [Premier of Saskatchewan 1982-1991] took away these innovations. How do you reconcile yourself to great advances and then setbacks?

B – I was really disappointed because you put a lot of effort into getting changes done, both administrative effort, conceptual effort and making it acceptable to the public. I'm sure the drug companies put lots of pressure on all governments but one expects that of drug companies. But I was a little disappointed to see the dentists form an alliance with the Devine government to torpedo the children's dentistry program.

A – What is your prescription for the future?

B – I think we must increase the level of honesty in dealing with the public.

A – What are you thinking about in particular?

B – All medical care has to be rationed. The amount that

les établissements – que ce soit le nombre de lits ou le nombre de fournisseurs de soins. C'est plutôt élémentaire, mais cela ne fait pas l'objet de discussions. Il faut se demander si nous fixons la limite au bon endroit, est-ce que nous dépensons trop d'argent pour les lits d'hôpitaux et pas assez pour les problèmes associés au diabète ou au syndrome d'alcoolisation fœtale ou autres problèmes de santé communautaire.

A – Autre chose à prescrire ?

B – Étendre le régime pour qu'il comprenne les médicaments d'ordonnance parce que ces derniers font de plus en plus partie du système de santé et nous risquons de dépenser trop par rapport aux personnes qui ont une assurance et pas assez par rapport à celles qui n'en ont pas. J'aimerais quelque chose comme le régime que nous avons en Saskatchewan et qui couvrait les médicaments de base. Aujourd'hui, il faudrait ajouter un petit régime parallèle pour les médicaments coûteux.

J'aimerais aussi que l'on commence à examiner la méthode utilisée pour dispenser les soins médicaux. Je crois que nous faisons du bon travail en ce qui concerne les hôpitaux mais nous devrions changer la nature des soins primaires – changer la méthode de rémunération (honoraires pour un service) à une autre méthode, que ce soit un salaire ou la capitation, et prévoir un grand volet prévention ou gestion.



SOS Medicare II: Moving Forward, 2007.

Photo: Canadian Health Coalition
Coalition canadienne de la santé



can be paid for is finite and therefore has to be rationed, and you ration it on the basis of whether you as an individual can pay for it or not, as in the U.S., or by the limitation of facilities — be they beds or number of providers. That is a reasonably elementary point but I don't hear that being discussed. The issue is, are we drawing the line in the right place, are we spending too much money on hospital beds and not enough on dealing with diabetes or fetal alcohol syndrome or some of the other community health problems.

A — Anything else in your prescription?

B — Expanding the system to include prescription drugs because, as prescription drugs become more and more a part of the system, we are in danger of spending too much on the insured persons and not enough money on the uninsured persons. I'd like something like the system that we had in Saskatchewan, which covered the core drugs, and today we'd have to have another little side system for very expensive drugs. I would also like to see us begin to tackle the method in which medical care is delivered. I think we do a pretty good job with hospitals, but we should change the nature of primary care — change the method of remuneration from fee for service to some other method, either salary or capitation, and induce a very large element of prevention or management in it.

A — Is our proximity to the United States a problem?

B — We are at substantially more risk in Canada because an alternative system is put forward in its rosiest manifestation by beliefs that high quality medical care is readily available south of the border — and it is put forward by people who have the financial resources to put forward a very strong case.



A — Est-ce un problème de vivre à proximité des États-Unis ?

B — Nous sommes beaucoup plus à risque au Canada parce qu'un système alternatif nous est présenté de façon rosée et nous porte à croire que des soins médicaux de haute qualité sont rapidement disponibles au sud de la frontière — et ceux qui nous présentent ce système ont les ressources financières pour vraiment faire valoir leur cause.



Kathleen Connors, 2007

Photo: Darryl Hoffmeister, Sharpshooter Photography

Since 1991, Kathleen Connors, in her role as the voluntary chairperson of the Canadian Health Coalition (CHC), has thrown her considerable energies behind defending medicare. For most of her CHC tenure, her “day job” was as the elected President of the Canadian Federation of Nurses Unions. In that position — she was President for 20 years,

Depuis 1991, alors qu’elle assume le rôle de présidente bénévole de la Coalition canadienne de la santé, Kathleen Connors déploie une énergie considérable à défendre le régime d’assurance-maladie. Pendant la majeure partie de son mandat à la Coalition, son « travail de jour » est la présidence de la Fédération canadienne des syndicats d’infirmières et d’infirmiers, poste qu’elle a occupé pendant 20 ans, soit de 1983 à 2003. Elle se taille alors la réputation d’être parmi les meilleurs dirigeants syndicaux dans l’histoire du Canada. La Coalition canadienne de la santé, fondée en 1979, regroupe des organismes représentant les aînés, les femmes, les églises, les infirmières, les travailleurs de la santé et les militants contre la pauvreté. Maintenant à la retraite, Connors consacre trois à quatre heures par jour aux dossiers de la Coalition canadienne de la santé à partir de sa maison à Pouch Cove (T.-N.) et elle mentionne qu’elle est maintenant (avec un peu de retard) compétente pour utiliser l’internet.

from 1983 to 2003 — she gained a reputation as one of the most successful labour leaders in Canadian history. The CHC, founded in 1979, includes organizations representing seniors, women, churches, nurses, health care workers and anti-poverty activists. Now retired from the CFNU, Connors spends three to four hours each day on Health Coalition business from her Pouch Cove Newfoundland home. She reports that she has (belatedly) become proficient at using the internet.

A — Can you identify early experiences that led you to support medicare?



A — Quelles expériences passées vous ont amenée à appuyer l’assurance-maladie ?

K — D’abord, je me souviens très bien de mon appendicectomie à l’âge de 12 ans et du fait que mon père et ma mère n’étaient pas préoccupés à savoir comment ils allaient payer la chirurgie. Je me souviens que mon père a dit : « Lorsque je me suis

K — Well, certainly I remember having my appendix out as a 12-year-old and my dad and mum not being concerned about how they would pay for the surgery.

Life Before Medicare

“Often my grandfather would be paid with fish, lobster, meat, fruits and vegetables.” (p.61)

Source: Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.

hospital.” So there were those kinds of experiences, reminders that people had to pay out of their pocket or give up certain aspects of life in order to get health

I remember my dad saying: “When I had my appendix out, my dad didn’t know what he was going to have to sell in order to pay the doctor and for being in the

care. Also, I grew up 17 miles from the North Dakota border, and you were aware that people from North Dakota did come across, the women came to have their babies because it was cheaper in Canada. My Dad’s family background was pure farming, and you know farmers are individualistic individuals, but there

was also in those days, in the 50s and 60s, a real sense of community — the philosophy of collectivity,

fait enlever l’appendice, mon père ne savait pas ce qu’il devrait vendre afin de payer le médecin et le séjour à l’hôpital.» Il y a donc ces expériences qui nous rappellent que les gens devaient payer de leur poche ou se départir de certaines choses s’ils voulaient recevoir des soins de santé. De plus, j’ai grandi à 17 milles de la frontière du Dakota du Nord et nous savions que, effectivement, des personnes du Dakota du Nord traversaient la frontière. Des femmes venaient accoucher ici parce que c’était moins dispendieux au Canada. Dans la famille de mon père ils étaient de purs fermiers et vous savez que les fermiers, sont des personnes individualistes. Il y avait aussi, dans les années 50 et 60, un véritable esprit communautaire – la philosophie de la collectivité, travailler ensemble pour améliorer le sort des individus et de leur famille.

A — Est-ce que cette philosophie a été renforcée par vos premières expériences de travail en qualité d’infirmière ?

K — En fait, j’ai travaillé dans le nord du Manitoba, une grande circonscription hospitalière desservant environ 20 000 Autochtones, et j’ai été témoin de la situation économique de certains. De plus, je travaillais dans une ville où la Compagnie internationale de nickel était très présente, et il y avait des cadres supérieurs très en vue et très bien payés. Je travaillais à la maternité. Lorsqu’il s’agissait de donner naissance, il importait peu que l’on soit une femme autochtone de South Indian Lake ou la femme d’un jeune gestionnaire de Inco transféré à Thompson après avoir travaillé à Toronto. Toutes deux devaient donner naissance dans cette région éloignée et étaient très soucieuses



Nursing in the North during the 1960s.
Soins infirmiers dans le Nord pendant les années 1960.

Photo: Fleming/NWT Archives/N1979-050.1368



working together to make things better for individuals and their families.

A – Was this philosophy reinforced in your early work experiences as a nurse?

K – I actually worked in Northern Manitoba, a huge catchment area of about 20,000 Aboriginal people, and I certainly saw some of the economic situations from which they came, as well as working in a town where the International Nickel Company was very prominent, and there were some very high profile, highly paid mining executives. I worked maternity, so for the women having their babies it didn't matter if you were an Aboriginal woman from South Indian Lake or a young Inco executive's wife who had been transferred to Thompson from Toronto, facing her delivery in this remote rural area and being very concerned about quality of care. There was a recognition that both of them got the same kind of care, and remarkably I remember one young Inco wife saying "Oh my god, the care I got there was superior to the care I got in Toronto." So similar quality and safety – you kind of take those things for granted. And never once did we have to ask, "who are you and let's see your bank balance" before we provided care.

A – You were President of the Canadian Federation of Nurses Unions from 1983 to 2003. What were your early experiences with medicare in that job?

K – The Federation had been founded in 1981 and decided to grow slowly. Nurses were really in the infancy of embracing collective bargaining, beginning to realize that it wasn't just the provincial

de la qualité des soins. On savait que les deux recevraient le même type de soins, et je me souviens de l'épouse d'un employé de Inco disant : « Les soins reçus ici sont supérieurs à ceux que j'ai reçus à Toronto. » Donc, qualité et sécurité similaires – nous avons tendance à tenir ces choses pour acquis. Jamais nous n'avions à demander « qui êtes-vous et pouvez-vous me montrer votre solde bancaire » avant de dispenser des soins.

A – Vous avez été présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers de 1983 à 2003. Quelles ont été vos premières expériences de l'assurance-maladie pendant que vous occupiez ce poste ?

K – La Fédération a été fondée en 1981 et voulait que sa croissance se fasse lentement. Les infirmières en étaient à leurs premiers pas en matière de négociation collective et commençaient à se rendre compte que non seulement le palier provincial avait un impact sur elles mais le fédéral aussi. Ce n'est qu'en 1987 que nous avons établi nos bureaux à Ottawa. Je crois qu'une des périodes vraiment marquantes est celle de l'adoption de la Loi canadienne sur la santé. Je me souviens que Monique Bégin avait fait une présentation à notre congrès au printemps de 1983.

A – Sa conférence était galvanisante ?

La vie avant l'assurance-maladie

« Souvent mon grand-père était payé en se faisant offrir du poisson, du homard, de la viande, des fruits et des légumes. » (p.61)

Source: Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.



level that had an impact on nurses, it was also the federal. But it wasn't until 1987 that we established offices in

Canada's Nurses

- Average age: 44.7.
- 17% of nurses are age 50-54.
- On average, nurses retire around age 56.
- For every nurse under the age of 35, there are two over age 50.

The Nursing Shortage

- 67% of nurses felt they had too much work for one person.
- Nurses who work full time had a rate of absence due to illness or injury 58% higher than the rate of the overall full-time work force.
- Canada is expected to have a shortfall of 78,000 nurses by 2011, which will grow to 113,000 by 2016 (Ryten, 2002).
- One half of nurses regularly work unpaid overtime, averaging four hours per week.
- More than 3 nurses in 10 had experienced pain serious enough to prevent them from carrying out their normal daily activities.

Source: Statistics Canada (2006). 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses. Catalogue no-83-003-XIE.

Ottawa. I think one of the really significant markers was the whole time around the Canada Health Act. I remember Monique Bégin speaking at our convention in the spring of 1983.

A – Her talk was galvanizing?

K – Yes, this was a politician who had a commitment, and she wasn't afraid to speak her mind, and she had a vision of

what needed to be done, and she was taking on all of the players. She had the courage of her convictions and was doing it in a so-called man's world.

K – Oui, c'était une politicienne qui avait une mission et elle n'avait pas peur de dire ce qu'elle pensait. Elle avait une vision de ce qui devrait se faire et elle s'est attaquée à tous les joueurs clés. Elle avait le courage de ses convictions et elle le faisait dans un monde d'hommes.

A – Un peu plus tard, je crois que vous avez fait des présentations devant le gouvernement ?

K – Une des choses encore considérée comme élément marquant est la présentation de la fédération devant le comité chargé d'examiner la Loi canadienne sur la santé. C'était la toute première présentation devant un comité du gouvernement fédéral, et je l'avais rédigée à la table de la cuisine. Me voilà donc, une femme qui est née et a grandi sur une ferme des Prairies et qui s'en va à Ottawa et se retrouve dans une salle de réunion ornementée, devant des députés de tous les partis, à faire valoir ce que devrait être la vision des soins de santé. J'étais nerveuse à l'idée de le faire et je me demandais ce que je pouvais offrir de nouveau à ces personnes. Et, soudainement, je me suis rendue compte que ces personnes ne sauront jamais tout ce que nous savions au sujet des soins de santé. Nous représentons les infirmières qui sont là tous les jours 24 heures sur 24. À la fin de la présentation, les membres du comité nous ont applaudis chaleureusement et nous nous sommes rendu compte que, bien sûr, nous pouvons jouer sur leur terrain. Nous sommes égaux dans ce dossier, nous le comprenons vraiment et, pour moi et les membres de notre conseil, ce fut un de ces moments où la lumière jaillit. Ce moment à confirmer qu'il fallait faire ce genre de chose davantage, qu'il fallait s'engager à fond parce que nous pouvions et devons faire une différence.



A – Later, I think you made presentations to government?

K – One of the things that continues to be a high point was our federation's presentation to the committee that was looking at the Canada Health Act. It was the first presentation we had ever done to a federal government committee, and I had written it at the kitchen table. Here I was, someone born and raised on a Prairie farm and going to Ottawa, into quite an ornate committee room, and appearing before MPs from all the parties to pitch what our vision of health care should be. I was a little anxious about doing it, thinking what can we offer that these people don't know? And then suddenly this realization: We know a heck of a lot more about health care than these guys ever will. We represent nurses who are there 24/7. At the end of the presentation, the committee gave us a really warm round of applause, and there was the realization that of course we can play in their field. We are equals in this, we really do understand it, and it was a bit of a light going on kind of moment for me and the members of our board. It validated that we had to do more of this and we had to be engaged in this because we could and should make a difference.

A – You were in Ottawa during some of the tough times.

K – The [Prime Minister Brian] Mulroney years and the stuff around free trade and what the implications would be to our health care system, the whole issue that we were harmonizing down to the American system. And just the pitched, the absolute pitched battles around patent protection for

A – Vous étiez à Ottawa pendant certaines de ces périodes difficiles, n'est-ce pas ?

K – Les années Mulroney [premier ministre Brian], tout ce qui tournait autour du libre-échange, les répercussions sur notre système de soins de santé et le fait que nous étions en train de se rapprocher du système américain. En fait, toutes ces batailles rangées autour de la protection des brevets pharmaceutiques – être assise dans des salles de réunion à écouter les présentations et se rendre compte du pouvoir absolu des compagnies pharmaceutiques multinationales. C'était plutôt fascinant de voir ces lobbyistes rondement payés, téléphone en main, fournissant les questions aux membres. Il y a eu l'énorme capitulation du gouvernement de Mulroney [donnant aux compagnies pharmaceutiques la protection conférée par leurs brevets] et puis, aucun changement lorsque le



Personnel infirmier au Canada

- Âge moyen : 44,7 ans.
- 17 % des infirmières ont entre 50 et 54 ans.
- En général, les infirmières prennent leur retraite vers l'âge de 56 ans.
- Il y a deux infirmières de plus de 50 ans pour chaque infirmières de moins de 35 ans.

La pénurie de personnel infirmier

- 67 % des infirmières ont l'impression d'avoir trop de travail pour une personne.
- Le taux d'absentéisme en raison de maladie ou de blessure est 58 % plus élevé chez les infirmières à temps plein que chez la main-d'œuvre à temps plein en général.
- Au Canada, on prévoit une pénurie de 78 000 infirmières en 2011, chiffre qui passera à 113 000 en 2016 (Ryten, 2002).
- La moitié des infirmières font régulièrement des heures supplémentaires non payées, quatre heures par semaine en moyenne.
- Plus de trois sur dix avaient ressenti une douleur assez grave pour ne pas être en mesure d'accomplir leurs tâches normales quotidiennes.

Source : Statistiques Canada (2006). Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005. Catalogue N° 83-003-XP.

pharmaceuticals — sitting in committee rooms watching the presentations and seeing the absolute lobbying power of the multinational drug companies. It was quite fascinating to see the high-paid lobbyists with their phones and feeding the questions to members. There was the huge capitulation on the part of the Mulroney government [extending patent protection to

pharmaceuticals] and then absolutely no change in pace when the Liberals were elected. And as a country we are bearing the direct results of those decisions. And today the federal government is missing in action on a national pharmaceutical strategy. It is supposed to be a federal provincial territorial initiative, but the federal Health Minister doesn't even attend the tabling of the report.

A — Where are we now in terms of hope and peril?

K — I think we are on a bit of a tight wire right

now. During the period of the National Forum on Health, I was a bit of a doubting Thomas, but they came out and they validated the need for public funding and public delivery. And they articulated that we have to move beyond what we have got, and it can only be better for the people

Parti libéral a été élu. En tant que pays, nous subissons les effets directs de ces décisions. Et, aujourd'hui, le gouvernement fédéral est disparu au combat par rapport à une stratégie pharmaceutique nationale. C'est censé être une initiative fédérale, provinciale et territoriale, mais le ministre fédéral de la Santé n'assiste même pas au dépôt du rapport.

A — Où en sommes-nous maintenant par rapport aux espoirs et aux dangers ?

K — Je crois que nous marchons sur une corde raide en ce moment. Pendant la période du Forum national sur la santé, je doutais un peu comme Thomas, mais ils en sont sortis en reconnaissant le besoin d'un système financé et dispensé par l'État. Ils ont exprimé le besoin d'aller au-delà de ce que nous avons et que ce ne serait que meilleur pour les gens — médicaments, technologie de l'information et soins à domicile. On sentait que les choses allaient enfin bouger au pays, qu'on allait s'occuper de ces dossiers et que cela se ferait parce que des groupes étaient tombés d'accord stratégiquement, groupes qui n'avaient probablement jamais travaillé ensemble auparavant. Puis, le ballon s'est dégonflé.

Les choses ont chauffé politiquement puis la chaleur s'est dissipée. L'hystérie du déficit s'est installée. Et, aujourd'hui, il y a un tel manque d'engagement à l'échelle fédérale. Bientôt, tout ce qu'ils feront sera d'émettre des chèques et de payer pour les troupes.

A — Êtes-vous parfois découragée ?

K — J'ai toujours été optimiste plutôt que pessimiste, mais il y a des moments où c'est décourageant.



National Forum on Health

The 1984 National Forum on Health was formed to “involve and inform Canadians and to advise the federal government on innovative ways to improve our health system and the health of Canada’s people.”

The Forum recommended the following must be preserved and protected:
 - public funding for medically necessary services;
 - the “single-payer” model;
 - the five principles of the Canada Health Act; and
 - a strong federal/provincial/territorial partnership.

Source: Health Canada:
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/nfh-fns/index_e.html

— pharmaceuticals, information technology and home care. There was a sense of momentum in this country that we were going to move these agendas along, and it was because of the strategic coming together of groups that maybe hadn't worked together before. And then the air went out of the balloon. There was some real political heat, and it dissipated. Deficit hysteria struck. And today there is such a lack of commitment at the federal level. Soon all they will be doing is issuing cheques and paying for the troops.

A — Do you get discouraged?

K — I have always been an optimist rather than a pessimist, but there are times when it is discouraging. You look at the time and effort that you, or the organization you work with, put into addressing an issue and you think, oh my god we are standing still. That can be discouraging, or you can come to the realization that we've kept the system without it being eroded, and ultimately that is a victory in itself, so you have to take solace in that. But having been in the belly of the beast and understanding some of these issues, it can be discouraging, because you think people could well be sleepwalking to the extinction of the health care system, because the public assumes it will always be there. The public assumes that governments will make the decisions that are based on the best interests of the citizens, when we know that they will respond to who creates the biggest political heat for them.

A — What is your prescription for the future?

K — Well, one big piece is we need a national health

Vous regardez le temps et les efforts que vous, ou l'organisation pour laquelle vous travaillez, avez consacrés à ce dossier et vous vous dites : oh mon dieu nous ne bougeons pas. Cela peut être décourageant ou vous pouvez arriver à la conclusion que vous avez préservé le système et l'avez empêché de se détériorer et, en fin de compte, c'est une victoire en soi et vous devez y trouver un réconfort. Mais ayant été dans le ventre de la bête et comprenant certains de ces problèmes, cela peut être décourageant parce que vous sentez que certaines personnes pourraient ne pas se rendre compte que le système de soins de santé est en train de disparaître parce qu'elles croient qu'il est là pour rester. Le public pense que les gouvernements prendront des décisions dans l'intérêt véritable des citoyens alors que nous savons qu'ils réagiront à ceux qui exercent la plus grande pression politique sur eux.

A — Que prescrivez-vous pour l'avenir ?

K — Un élément important est le fait que nous avons besoin d'une stratégie nationale en matière

Forum national sur la santé

En 1984, un forum national sur la santé a été créé dans le but « d'informer et de sonder la population, puis d'aviser le gouvernement fédéral quant à des façons novatrices d'améliorer le système de santé et l'état de santé de la population canadienne. »

Le Forum recommande de sauvegarder et de protéger:

- le financement public des soins médicalement nécessaires;
- le modèle du « payeur unique »;
- les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé; et
- un solide partenariat entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires.

Source: Santé Canada
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/nfh-fns/index_f.html



human resource strategy. It isn't enough for provinces or territories to develop their human resource strategies

de ressources humaines en santé. Il ne suffit pas aux provinces ou aux territoires d'élaborer leur propre stratégie en matière de ressources humaines, parce que cela signifie simplement que nous allons puiser les uns des autres ou prendre les ressources des pays en développement et ainsi, leur voler une de leur ressource les plus importantes. Je crois fermement que les Canadiens ont un bijou qu'ils n'apprécient pas à sa juste valeur. Le régime d'assurance-maladie n'est pas parfait, mais j'ai assisté à des réunions internationales au cours desquelles des ministres de la santé ont dit : « Pourquoi venez-vous dans notre pays pour étudier notre système de soins de santé ? Le vôtre est celui qui devrait servir de modèle. »

because all that is going to do is we are going to poach from each other, and we are going to poach from developing countries robbing them of one of their most important resources. I truly do believe that Canadians have a crown jewel that they don't appreciate to the extent that they need to. Medicare isn't perfect, but I have sat at international meetings

where health ministers have said, "Why are you coming to our country to study our health care system, yours is the model that we should be emulating?"



Photo: Canadian Health Coalition
Coalition canadienne de la santé

Connors presenting to the Romanow Commission
Connors fait une présentation devant la Commission Romanow





Shirley Douglas, 2007

Photo: Canadian Health Coalition
Coalition canadienne de la santé

In the past decade, Shirley Douglas has emerged as key activist for those who want to save and improve medicare in Canada. She has been a spokesperson for the Canadian Health Coalition and has been dubbed “Tommy’s torchbearer” and “the Voice of Tommy” for her role in furthering the work begun by her father, Tommy Douglas, the man who introduced medicare to Canada when he was premier of Saskatchewan. An accomplished actress with many TV, stage and film credits and awards to her name, Shirley Douglas captivates audiences when she speaks at conferences, rallies and protests about the need to defend medicare in Canada.

Au cours de la dernière décennie, Shirley Douglas est devenue une militante importante pour ceux et celles qui veulent sauvegarder et améliorer le régime d’assurance-maladie au Canada. Elle a été porte-parole de la Coalition canadienne de la santé et a été décrite comme la « porteuse de flambeau de Tommy » et la « voix de Tommy » en raison du rôle qu’elle joue pour continuer le travail initié par son père Tommy Douglas, celui qui a fait présenter l’assurance-maladie au Canada alors qu’il était Premier ministre de la Saskatchewan. Actrice accomplie, elle s’est produite à la télé, sur scène et au cinéma et à remporter de nombreux prix. Que ce soit dans le cadre de congrès, rallyes ou protestations, Shirley Douglas captive l’auditoire lorsqu’elle parle de la nécessité de défendre l’assurance-maladie au Canada.

A — Your involvement with medicare goes back a long way, doesn’t it?

S — When I was a child out campaigning, I heard all

A — Votre participation à l’assurance-maladie remonte à très longtemps, n’est-ce pas ?

S — Lorsque je participais à des campagnes alors que j’étais encore une enfant, j’ai entendu parler de la vision de soins de santé accessibles à tous. En 1946, j’ai été témoin du régime d’assurance qui couvrait les soins hospitaliers en Saskatchewan. Le régime prévoyait 5 \$ par personne, 15 \$ par famille et couvrait tout à partir de l’admission à l’hôpital jusqu’à votre sortie, sauf les frais médicaux. Je crois que tout le monde





Photo: Tommy Douglas Research Institute
Institut de recherche Tommy Douglas

The Douglas Family at Home: Tommy, Shirley, Irma.
La famille Douglas à leur domicile : Tommy, Shirley, Irma.

about a vision for universal health care. In 1946, I saw hospital coverage come to Saskatchewan. The plan was \$5 per person, \$15 per family and covered everything from the moment you went into hospital until you came out, with the exception of the doctor. I think it surprised everybody that people could get in an uproar about the government getting into health care.

a été surpris de voir des gens déclencher un tumulte parce que le gouvernement s'occupait des soins de santé.

A – Que voulez-vous dire par tumulte ?

S – Les compagnies américaines et canadiennes d'assurances et les associations médicales savaient que cela pourrait devenir le modèle à la base des soins de santé accessibles à tous au Canada et aux États-Unis. Ces personnes étaient déterminées à empêcher que cela ne s'étende. Elles sont venues en masse dans la province. L'argent qu'elles ont pu investir dans leur campagne ! Et elles sont venues dans la province. Elles ont envahi l'Hôtel Saskatchewan. Personne n'avait jamais vu autant d'argent et de ressources utilisés de cette façon. Le département de la propagande de Washington a fait une descente.

A – Au cours des 10 dernières années, vous avez joué un rôle important dans la défense de l'assurance-maladie. Pouvez-vous m'en parler ?

S – J'ai été à l'extérieur du Canada pendant longtemps et je pensais que tout allait bien, particulièrement en comparaison à la Californie où je vivais. Ce n'est qu'à mon retour en 1977 et au moment où j'ai entendu mon père – et j'ai été surprise lorsqu'il a dit que nous étions en train d'assister à une strangulation lente des soins de santé au Canada – que j'ai commencé à me demander ce qui se passait réellement. Je travaillais au théâtre et je ne restais jamais longtemps à la même place mais je commençais à entendre des petites histoires.

A – Pouvez-vous me donner un exemple ?

A – What do you mean by uproar?

S – The American and Canadian insurance companies and medical associations knew that this could become the model for universal health care in Canada and the USA. And they were determined to stop it from spreading. They just swarmed the province. The money they put in to the campaign! And they came to the province. They took over the Saskatchewan hotel. No one had ever seen this kind of money and these kind of resources. The propaganda department from Washington descended.

A – In the past 10 years you have taken a high-profile role in the fight to defend medicare. Can you tell me about that?



Photo: Saskatchewan Archives Board, R-B3980-2

Protest against medicare during the Saskatchewan doctors' strike of 1962.
Protestation contre le régime d'assurance-maladie pendant la grève des médecins, 1962.



S — I was gone a long time from Canada and I gathered everything was fine, certainly compared to California where I was living. It wasn't until I moved back here in 1977 and



Douglas, 1960 televised panel on the Medical Care Insurance Act.
Douglas lors d'un débat télévisé portant sur le Medical Care Insurance Act, 1960

Photo: Saskatchewan Archives Board, R-B 2, 871

heard my father speak — and was surprised when he said you are watching the slow strangulation of health care in Canada — that I started to wonder exactly what was happening. I was working in the theatre and I never stayed in one place very long, but I started to hear little stories.

A — Can you give me an example?

S — Once, I was in Alberta and there was a sign in our green room in the theatre saying there was a nurse who was doing massage therapy. I phoned her because I was looking for a massage therapist. She had come to Alberta to work in a hospital, big salary, and then the cuts started. She had to sit by the phone every morning to see if she was going to



S — Un jour, je jouais au théâtre en Alberta, et il y avait une petite affiche dans la salle des artistes sur laquelle une infirmière offrait des services de massothérapie. Je lui ai téléphoné parce que je cherchais un massothérapeute. Elle était venue en Alberta pour travailler dans un hôpital, à gros salaire, puis les compressions budgétaires ont commencé. À chaque matin, elle devait s'asseoir près du téléphone afin de savoir si elle allait travailler cette journée-là. C'était la première fois que j'entendais que des infirmières étaient traitées de cette façon. Cela me rappelait l'époque de mon grand-père alors qu'ils devaient tous se rendre à la ferronnerie pour savoir qui allait travailler cette journée-là et, s'il n'y avait pas de travail, il n'y avait pas de salaire. L'infirmière avait mis cette affiche en désespoir de cause afin de gagner assez d'argent pour retourner chez elle. C'est la première chose concrète dont j'ai été témoin et qui m'a fait comprendre ce que voulait dire la strangulation lente.

A — Quand avez-vous commencé à en parler publiquement ?

S — Aux alentours de 1998, Mike [Michael] McBane de la Coalition canadienne de la santé m'a téléphoné et m'a demandé si j'accepterais de venir à Ottawa faire une présentation lors du congrès. C'est là que j'ai commencé à prendre connaissance de ce qui se passait. C'était incroyable et je n'étais pas au courant de l'ampleur des compressions budgétaires fédérales et provinciales aux soins de santé. Et, voilà, que des gens de partout au Canada venaient dire combien l'impact était désastreux. Les gouvernements étaient ravis de voir qu'ils pouvaient se permettre de faire n'importe quoi en

be working that day. I had never heard of Canadian nurses being treated that way. It sounded like in my grandfather's

Dark Times for Medicare

- 1960 — The Canadian Medical Association opposes all publicly-funded health care.
- 1977 — Trudeau Government retreats from 50:50 cost sharing and replaces it with block funding.
- 1978 — Doctors begin "extra-billing" to raise their incomes.
- 1993 — Mulroney government grants 20-year patent protection to brand-name drugs.
- 1995 — Canada Health and Social Transfer (CHST) introduced cuts in transfer payments to health and social programs.
- 2000 — Ralph Klein introduces legislation to allow private hospitals.
- 2005 — The Supreme Court of Québec releases the Chaoulli decision, granting Québécois the right to obtain private insurance for hospital and medical services covered by public health insurance.
- 2006 — The False Creek Surgical Centre in Vancouver begins admitting patients to its urgent-care unit on a fee-per-service basis, paid directly to the hospital.

Source: The Canadian Health Coalition, The Globe and Mail

day when they would all go down to the iron works and see who would get work that day — if there was no work, no pay. She had put up that sign in sheer desperation, to make enough money to get back home. That was the first real concrete thing I saw that made me understand what he meant about the slow strangulation.

A — When did you begin to speak out publicly?

S — In about 1998, Mike [Michael] McBane of the Canadian Health Coalition called me and asked if I would come to Ottawa to speak at a conference. There I started to hear what was going on. It was unbelievable, and I was unaware of how severe the federal and provincial government

cuts to health care were. And I was now hearing from people from across Canada how serious the impact was. Governments were pleased with

toute impunité. Ce que Mike Harris [premier ministre de l'Ontario de 1995 à 2002] faisait me révoltait parce que j'avais vu [Ronald] Reagan, alors qu'il était gouverneur de la Californie, détruire ce qui avait été le meilleur système d'éducation aux É.-U., fermer les établissements de santé mentale et éliminer les programmes sociaux. Le slogan de Harris « Révolution du bon sens » vient de Reagan.

A — Qu'avez-vous découvert lorsque vous vous êtes adressée au public canadien et avez parlé des compressions budgétaires et des changements relatifs à l'assurance-maladie ?

S — Je participais à des émissions-débats à la radio, et les gens téléphonaient et disaient : « Shirley, j'ai 72 ans et j'essaie de ne pas aller chez le médecin. » Je demandais alors : « Pourquoi essayez-vous de ne pas aller chez le médecin ? Vous avez contribué au régime d'assurance santé depuis plus longtemps que toute autre personne. » Le concept selon lequel il s'agissait de leur système de soins de santé, qu'ils l'avaient payé, que c'était un régime d'assurance, semblait avoir été perdu. C'était comme si les gens se sentaient impuissants. Il n'y avait aucune autre raison. Certaines personnes étaient inquiètes par rapport au manque de financement, d'autres pensaient qu'il était trop difficile de régler les problèmes que nous avions.

A — Pourquoi pensez-vous que c'était comme ça ?

S — Le système de soins de santé a été un énorme succès. Ce fut un tel succès que, pour plusieurs années, le peuple et les politiciens n'ont rien voulu changer. Les problèmes associés aux soins de santé ne faisaient pas l'objet des campagnes politiques,



what they were getting away with. I hated what I saw Mike Harris [Ontario Premier 1995-2002] doing, because



Photo: NIDP/NPD

Shirley Douglas in support of medicare, 2006.
Shirley Douglas appuie le régime d'assurance-maladie, 2006.

I had watched [Ronald] Reagan as governor of California destroy what had been the best public education system in the United States, close mental health facilities and cut social programs. Harris's slogan, the "common sense revolution," came from Reagan.

A – What did you discover when you spoke to the Canadian public about the cuts and changes to medicare ?

S – I would do radio talk shows, and people would call in and said, "Oh Shirley, I am 72 years old and I am trying not to go to the doctor," and I would say, why

et on ne s'en occupait pas. Le problème fondamental était l'absence de leadership. Nous nous sommes rendu compte qu'il fallait tenir un sommet national sur les soins de santé afin de réunir les gouvernements fédéral et provinciaux, les personnes dispensant des soins de santé, plus particulièrement les infirmières, les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé, afin qu'ils puissent faire les changements qui s'imposaient. Ce n'est pas vraiment ce que nous avons eu mais, aujourd'hui, les gens sont davantage au fait des problèmes et sont davantage disposés à lutter.

A – Par exemple ?

S – Le grand événement a été celui du printemps 2002 lorsque Heather Smith, de concert avec les Infirmières unies de l'Alberta et les Amis de l'assurance-maladie de l'Alberta, ont défait Klein relativement au projet de loi 11 selon lequel les cliniques à but lucratif pourraient maintenant faire concurrence aux



Années sombres de l'assurance-maladie

- 1960 – L'Association médicale canadienne s'oppose aux soins de santé financés par l'État.
- 1977 – Le gouvernement Trudeau remplace le partage égal des coûts par un financement global.
- 1978 – Les médecins adoptent la « surfacturation » pour augmenter leur revenu.
- 1993 – Le gouvernement Mulroney accorde une protection de 20 ans, conférée par brevet, aux médicaments de marque déposée.
- 1995 – Mise en œuvre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Réduction des paiements de transfert relatifs aux programmes sociaux et de santé.
- 2000 – Ralph Klein présente un projet de loi qui ouvre la porte aux hôpitaux privés.
- 2005 – La Cour suprême du Québec publie la décision Chaoulli; les Québécois pourront dorénavant acheter une assurance privée pour obtenir des services médicaux et hospitaliers couverts par le régime public.
- 2006 – Le False Creek Surgical Centre de Vancouver admet des patients à l'unité des soins d'urgence sur la base d'un frais pour service perçu directement du patient.

Source : Coalition canadienne de la santé, *The Globe and Mail*.

are you trying not to go to the doctors? You have been paying into this health insurance plan longer than anyone! The concept that it was their health system, that they had

paid for it, that it is an insurance scheme — this seemed to have been lost. People seemed to feel powerless. There were other reactions. Some people were worried about lack of funding, others felt it was too difficult to fix problems that we had.

hôpitaux publics. Ils l'ont tout simplement réduit en pièces. Il avait envoyé un exemplaire du projet de loi à chaque famille de l'Alberta. Lorsque les gens l'ont lu et ne l'ont pas compris, ils ont commencé à tenir des réunions. Des conférenciers ont été invités. Il y a eu des protestations et des rallyes que je n'oublierai jamais, surtout celui d'Edmonton. À Calgary, 2 500 personnes ont participé, ce qui est gros pour Calgary mais, à Edmonton, ils étaient 10 000. L'Alberta est la province la mieux sensibilisée en raison du projet de loi 11.

**Healthcare Spending in Canada Over the Years
Total Health Expenditures Summary**

Year	Total (in constant 1997 dollars) (\$' 000, 000)	Per Capita (\$)	% of GDP	Private Sector as % of GDP	Public Sector as % of GDP
1975	39,691.4	1,715.0	7.0	23.8	76.2
1980	46,682.1	1,904.1	7.1	24.5	75.5
1985	57,472.9	2,223.9	8.2	24.5	75.5
1990	69,789.6	2,519.7	9.0	25.5	74.5
1995	75,522.1	2,577.3	9.1	28.7	71.3
2000	91,685.1	2,987.6	9.1	29.5	70.5
2005f	116,025.0	3,595.4	10.2	29.9	70.1
2006f	120,273.9	3,695.3	10.3	30.1	69.9

Source:
http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/national_health_expenditure_trends_1975_2006_e.pdf

A — Why do you think that was?

S — The health care system was a tremendous success. It was such a success that for many years people and politicians didn't want to make any changes. Political campaigns were not run on health care issues, and problems were not being addressed. The overriding problem was there was no leadership. And we realized we needed to call for a national health care summit where federal and provincial governments and the people involved in delivering care, especially nurses, doctors and

A — Et ailleurs ?

S — Parfois, je suis stupéfaite de voir que nous avons encore l'assurance-maladie. Croire que l'assurance-maladie ne pouvait jamais être perdue était l'une de nos croyances erronées.

A — Quel est la plus grande menace à l'assurance-maladie ?

S — Les médecins qui veulent ouvrir des cliniques privées à but lucratif, les compagnies d'assurances et les autres qui croient que l'accès aux soins de santé devrait être fondé sur la capacité à payer.

A — Êtes-vous découragée ?

S — J'étais davantage découragée il y a un an que je le suis maintenant. Nous avons été témoin de l'émergence de Médecins canadiens pour le régime public, d'un fort leadership de la part des syndicats d'infirmières et d'infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador à la C.-B. et certains gouvernements s'occupent



other health care providers, would come together and make the necessary changes. We didn't really get that, although people today are much more aware of the problems and more willing to fight back.

A – For example?

S – The great performance was in the spring of 2000 when Heather Smith with the United Nurses of Alberta and the Alberta Friends of Medicare beat Klein over Bill 11, the plan to allow for-profit clinics to compete with public hospitals. They just beat him to pieces. He sent a copy of the Bill to every house in Alberta. When people read the bill and didn't understand it, they started to have meetings. Speakers were brought in. There were protests and rallies that I will never forget – the big one was in Edmonton. We had 2500 in Calgary, which was big for Calgary, but we had 10,000 in Edmonton. Alberta is the best educated province because of Bill 11.

A – And elsewhere?

S – Sometimes I am amazed that we still have medicare. One of our false beliefs was that medicare could never be lost.

A – What is the biggest threat to medicare?

S – Doctors who want to open private for-profit clinics, health insurance companies and others who believe that access to care should be based on ability to pay.

A – Are you discouraged?

S – A year ago I was more discouraged than I am now.

constructivement des problèmes courants associés au système de soins de santé. De plus, je viens tout juste de visionner le film SiCKO de Michael Moore et j'encourage tout le monde à aller le voir.

A – Pourquoi défendre l'assurance-maladie ?

S – Je ne pense pas que les Canadiens veulent perdre l'accès universel aux soins de santé. Prendre soin les uns des autres fait partie de nos croyances. Et nous comprenons ce qu'à dit Martin Luther King Jr. : « Parmi toutes les injustices, l'inégalité des soins de santé est la plus honteuse et la plus inhumaine. »

A – Que voudriez-vous que les premiers ministres fassent par rapport à l'assurance-maladie ?

S – Qu'ils la défendent et mettent les succès à profit. Les premiers ministres provinciaux ne doivent pas permettre au premier ministre fédéral de dire

Dépenses de santé au Canada au cours des ans
Résumé des dépenses totales de santé

Année	Total (en dollars constants de 1997)		% du PIB	Secteur privé (%)	Secteur public (%)
	(' 000 000 \$)	Par habitant (\$)			
1975	39,691.4	1,715.0	7.0	23.8	76.2
1980	46,682.1	1,904.1	7.1	24.5	75.5
1985	57,472.9	2,223.9	8.2	24.5	75.5
1990	69,789.6	2,519.7	9.0	25.5	74.5
1995	75,522.1	2,577.3	9.1	28.7	71.3
2000	91,685.1	2,987.6	9.1	29.5	70.5
2005p	116,025.0	3,595.4	10.2	29.9	70.1
2006p	120,273.9	3,695.3	10.3	30.1	69.9

p=prévision

Source:
http://secure.chi.ca/chiweb/products/tendances_des_depenses_nationales_de_sante_1975_2006_f.pdf



We have seen the emergence of Canadian Doctors for Medicare, strong leadership from the nurses unions from Newfoundland to B.C., and we are seeing some governments constructively addressing the everyday

problems within the health system. And I've just seen Michael Moore's SiCKO, which I urge everyone to see.

Can you afford this?

Intensive care room: \$8,000 to \$12,000 per day

Angioplasty: \$6,000 to \$7,000

ECG: \$280 to \$360

Coronary heart bypass surgery with cardiac catheterization: \$40,278 to \$63,558

Defibrillator implant: \$27,000 to \$35,000

Average annual insurance premium for family coverage: \$11,480

(Range of prices from US hospital price lists in US dollars)

Source: The Canadian Health Coalition, 2006 brochure

Half of all personal bankruptcies are caused by illness or medical bills. The number of medical bankruptcies has increased by 2200% since 1981 (Health Affairs, February 2005).

Source: California Nurses Association - www.guarenteedhealthcare.org

A – Why defend medicare?

S – I don't believe the people of Canada want to lose universal health care. We believe in looking after each other. And we understand as Martin Luther King Jr. said: "Of all the injustices, inequality in health care is the most shameful and inhumane."

A – What would you want the premiers to do about medicare?

S – Defend it and build on its success. The premiers must not allow the Prime Minister to say health care is exclusively a provincial jurisdiction. And Ottawa must secure long-term funding. National standards must be respected by provinces and territories and enforced by the federal government.



que les soins de santé sont uniquement de compétence provinciale. Ottawa doit aussi assurer le financement à long terme. Les normes nationales doivent être respectées par les provinces et les territoires et appliquées par le gouvernement fédéral.

En avez-vous les moyens ?

Chambre aux soins intensifs : 8 000 \$ à 12 000 \$ par jour

Angioplastie : 6 000 \$ à 7 000 \$

ECG : 280 \$ à 360 \$

Pontage coronarien et cathétérisme coronarien : 40 278 \$ à 63 558 \$

Défibrillateur- stimulateur cardiaque : 27 000 \$ à 35 000 \$

Prime moyenne annuelle d'assurance pour une famille : 11 480 \$

(Prix tirés d'une liste de prix relative aux hôpitaux américains en dollars US)

Source : Coalition canadienne de la santé, brochure 2006

La maladie et les factures médicales sont responsables de la moitié des faillites personnelles. Le nombre de faillites associées à la maladie ont augmenté de 2200 % depuis 1981 (Health Affairs, février 2005).

Source : California Nurses Association - www.guarenteedhealthcare.org



Tom Kent, 2007

Photo: Jack Chiang

Tom Kent was instrumental in bringing medicare to Canada. In his capacity as policy secretary to Prime Minister Lester Pearson, he helped draw up the blueprint for the national medicare

program, as well as for the Canada Pension Plan. Since then, he has been a watchdog for the system. In 2004, he took then Prime Minister Paul Martin to task, accusing him of “Sugar Daddy Federalism” for the no-strings-attached funding that the Prime Minister provided to provinces under the 2004 Health Accord. Kent served in wartime intelligence, entered journalism in Britain, and became editor of the Winnipeg Free press in 1954. By 1963, he was coordinator of government programming and policy secretary to Prime Minister Pearson. He went on to be deputy minister of two federal departments, president of two Crown corporations, and chair of the Royal Commission on Newspapers. He was subsequently Dean of Administrative Studies at Dalhousie University. Kent is the author of several books, founding editor Policy Options magazine, and a companion of the Order of Canada.

Tom Kent a joué un rôle-clé dans la mise en place du régime d’assurance-maladie au Canada. En qualité de secrétaire pour l’orientation politique dans le Cabinet Pearson, il participe à la rédaction du document provisoire du programme national d’assurance-maladie ainsi que celui du régime de pensions du Canada. Depuis, il ne cesse de suivre le système de très près. En 1994, il prend à parti Paul Martin, alors premier ministre, et l’accuse d’être le « papa-gâteau du fédéralisme » en raison du financement sans conditions qu’il a alloué aux provinces dans le cadre de l’Accord 2004 sur la santé. Kent a servi au sein de l’unité des renseignements en temps de guerre pour ensuite devenir journaliste en Grande-Bretagne. En 1954, il est rédacteur en chef de la Winnipeg Free Press. En 1963, il est coordonnateur des programmes gouvernementaux et secrétaire pour l’orientation politique dans le Cabinet Pearson. Il est ensuite sous-ministre de deux ministères fédéraux, président de deux sociétés d’État et président de la Commission royale sur les quotidiens. Par la suite, il est doyen des études administratives à l’Université Dalhousie. Kent est l’auteur de plusieurs livres, fondateur et rédacteur en chef de Policy Options Politiques et Compagnon de l’Ordre du Canada.



A — Pourquoi défendre l’assurance-maladie ?

A – Why defend medicare?

T – I can't remember when I wasn't in favour of medicare. I see no reason that something as important as health should be denied to some people because they don't have the money for it.

CHST changes

- Beginning in 1996-1997, the Canada Health and Social Transfer, CHST replaced the Established Programs Financing (EPF), which transferred money to the provinces for health and post-secondary education services, and the Canada Assistance Plan (CAP) which provided funding for social assistance and social services.
- The CHST is transferred as a block fund, meaning that transfer amounts are not determined by provincial spending decisions.
- Provinces will no longer be subject to rules stipulating which expenditures are eligible for cost sharing or not.

Sources: Finance Canada, Budget 1995, Fact Sheet 10 (http://www.fin.gc.ca/budget95/fact/FACT_10e.html) see also: <http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/hise.html> for a CHST timeline, including recent changes to formulations etc.

A – When did your involvement begin?

T – It was the federal hospital insurance legislation of 1956. I think everybody agreed that you couldn't move into full medicare in one stage, at least it would be difficult, given federal provincial difficulties, and Saskatchewan had chosen hospital insurance as the way to start. Hospitals were the biggest

expense for most individuals but not necessarily so. I was writing editorials in the Winnipeg Free Press. I argued against hospital insurance as the way to start because it seemed to me it was unfair since it did nothing for people with other heavy medical expenses. And to concentrate on hospitals, essentially treating people when they are sick, is not really in itself a health policy. I suggested the simplest way to start was to say the federal government will reimburse you for all medical

T – D'autant que je me souviens, j'ai toujours été en faveur de l'assurance-maladie. Je ne vois rien qui puisse justifier que des personnes se fassent refuser une chose aussi importante que la santé simplement parce qu'elles n'ont pas les moyens de payer.

A – Quand avez-vous commencé à vous investir dans cette cause ?

T – C'est à l'époque de la législation fédérale sur l'assurance-hospitalisation en 1956. Je crois que tout le monde était d'accord pour dire que nous ne pouvions passer à l'assurance-maladie complète en une seule étape, du moins ce serait difficile étant donné les difficultés provinciales fédérales. C'est pourquoi la Saskatchewan a choisi l'assurance-hospitalisation comme point de départ. Pour la plupart des gens, les frais hospitaliers représentaient la plus grosse dépense mais ce n'était pas nécessairement le cas. Je rédigeais des éditoriaux pour la Winnipeg Free Press. Je présentais des arguments contre l'assurance-hospitalisation comme point de départ. Cela me semblait injuste car cela n'aidait pas les gens qui devaient assumer d'autres gros frais médicaux. Se concentrer sur les hôpitaux et traiter les gens principalement lorsqu'ils sont malades n'est pas, en soi, une politique de la santé. J'ai alors suggéré qu'il serait plus simple de commencer par dire que le gouvernement rembourserait les frais médicaux qui dépassent trois (3) pour cent du revenu et cela aurait été beaucoup plus égalitaire. Ainsi, on aurait évité la concentration sur les hôpitaux qui, à mon avis, a fait un grand tort.

A – Parce que les gens sont devenus attachés aux hôpitaux ?



expenses over 3 percent of income, which would have been much more egalitarian. And it would have avoided the concentration on hospitals, which I think subsequently did a great deal of harm.

A – Because people became attached to hospitals?

T – Quite, and hospitals were “free,” and there was great concentration on hospitals for many years and in a very real sense, I think it set health policy off on a wrong path.

A – You were editor of the Winnipeg Free Press until 1959, were you not?

T – Yes, and essentially out of friendship for Mike [Lester Pearson] I became actively involved from 1957/8 onwards with him and with Liberal policy. My first involvement was playing quite a role in drafting the policy resolutions of the 1958 Liberal convention. One of the things I argued for strongly was to get a fairly vague but still definite commitment to health insurance against major medical, dental and surgical expenses, so that no Canadian will be financially crippled by illness. Then of course the next stage was my paper at the 1960 Kingston conference, and there I put medicare as the first item. There is no logic behind hospital insurance that doesn't apply to medical insurance.

A – The Kingston conference had quite an impact, didn't it?

T – It led to the January 1961 policy rally of the Liberal party, which was very much a grassroots occasion. Over 2,000 people came to it. I was

T – Tout à fait, et les hôpitaux étaient « gratuits » et on s'est beaucoup concentré sur les hôpitaux pendant plusieurs années et, vraiment, je crois que cela a mis la politique en matière de santé sur la mauvaise voie.

A – Vous avez été rédacteur en chef de la Winnipeg Free Press jusqu'à 1959, n'est-ce pas ?

T – Oui, essentiellement en raison de mon amitié pour Mike [Lester Pearson]. À partir de 1957-1958, j'ai participé activement, à ses côtés, à la politique des Libéraux. J'ai commencé par jouer un rôle important dans la rédaction des résolutions en matière de politiques pour le congrès 1958 du Parti libéral. Je me suis beaucoup battu pour obtenir un engagement, relativement vague mais tout de même définitif, envers une assurance santé couvrant les dépenses médicales, dentaires et chirurgicales importantes afin qu'aucun Canadien ne soit handicapé financièrement par la maladie. Et, bien sûr, la prochaine étape a été mon texte présenté lors du congrès de Kingston en 1960 et dans lequel je mettais l'assurance-maladie en tête de liste. Toute logique qui soutient l'assurance-hospitalisation s'applique aussi à l'assurance-maladie.

Changements au TCSPS

- En 1996-1997, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) a remplacé le Financement des programmes établis (FPE) et le Régime d'assistance publique du Canada (RCAP). Le FPE transférait aux provinces les fonds pour l'éducation post-secondaire et les services de santé tandis que le RACP finançait l'aide sociale et les services sociaux.
- Le TCSPS est un financement global, i.e. les sommes transférées ne sont pas déterminées par les décisions provinciales en matière de dépenses.
- Les provinces ne seront plus assujetties à des règles déterminant quelles dépenses sont admissibles ou non au partage des coûts.

Source : Finances Canada, Budget 1995, Feuille de renseignements 10 (http://www.fin.gc.ca/budget95/fact/FACT_10e.html) voir aussi: <http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/hisf.html> pour les faits saillants relatifs au TCSPS ainsi que les modifications apportées à la formule de calcul, etc.



involved in drawing up the very firm policy resolutions that established medicare as the major concern of the Liberal party membership. But that was not the end of the battle. There was a lot of resistance within the more right wing parts of the party, bolstered by business opinion, which had to be fought down before the Pearson government eventually legislated medicare.

Pearson Accomplishments

Lester B. Pearson (1897-1972) was elected Prime Minister of two back-to-back minority governments between 1963 and 1968, enabling an ambitious agenda:

- Nobel Peace Prize for creation of United Nations peacekeeping force during the 1956 Suez crisis - 1957
- Royal Commission on Bilingualism and Biculturalism - 1963
- Canada Pension Plan - 1965
- Canada-United States Automotive Agreement (Auto Pact) - 1965
- New National Flag - 1965
- Universal medicare - 1966
- Student loans program
- The world's first race-free immigration policy
- The establishment of the Royal Commission on Women

Sources: CBC: The Greatest Canadian – Lester B. Pearson, Library and Archives Canada, The Right Honourable Lester B. Pearson.

A – What about getting the provinces on side?

T – Well, that of course was the great achievement. People don't realize we owe medicare to Quebec to a considerable extent. We would never have swung the provinces but for Quebec, the [Jean] Lesage government. The Lesage government was socially progressive and wanted health care, but wanted to do it in a way not dominated by the federal government. So whereas hospital insurance had been introduced by laying down fairly precisely in federal legislation, what the provinces had to do in order

to get their 50 percent reimbursement that was no longer possible. So with Quebec's agreement, what

A – Le congrès de Kingston a eu tout un impact, n'est-ce pas ?

T – Il a mené au ralliement politique du Parti libéral de janvier 1961, et c'était vraiment un événement à l'échelle de la collectivité. Plus de 2 000 personnes y ont participé. Mon rôle a été de rédiger des résolutions très fermes en matière de politiques, résolutions qui faisaient de l'assurance-maladie la préoccupation principale des membres du Parti libéral. Toutefois, ce n'était pas la fin de la bataille. Il y avait beaucoup de résistance au sein du Parti libéral de la part des membres qui étaient davantage de la droite et qui avaient l'appui des entreprises. Il a fallu régler cela afin que le gouvernement Pearson puisse éventuellement adopter l'assurance-maladie.

A – Comment avez-vous obtenu l'appui des provinces ?

T – C'est, bien sûr, le grand accomplissement. Les gens ne se rendent pas compte que, en très grande partie, nous devons l'assurance-maladie au Québec. Nous n'aurions jamais obtenu l'appui des provinces si ce n'était du Québec et du gouvernement Lesage [Jean]. Le gouvernement Lesage était social progressif et voulait les soins de santé. Mais il le voulait sans que ce soit dominé par le gouvernement fédéral. L'assurance-hospitalisation avait été adoptée en énonçant plutôt précisément, dans le cadre de la législation fédérale, ce que les provinces devaient faire pour obtenir le remboursement de 50 pour cent. Or, cela n'était plus possible. Ainsi, avec l'accord du Québec, la législation fédérale a défini les fameux principes de l'assurance-maladie, je ne donnerai pas les détails, et lorsque cela a été fait, le Québec nous appuyait totalement. Bien sûr, l'Alberta





Photo: Collections Canada/PA-165516.jpg

Prime Minister Lester B. Pearson.
L'Honorable Lester B. Pearson,
premier ministre.

the federal legislation did was to define the famous principles of medicare, not to lay down the details, and when we did that we got Quebec fully on side. Alberta of course was strongly against it. [Alberta Premier Ernest] Manning, at the federal provincial conference at which we announced the proposal for medicare, his line was: "You'll be proposing grocery care next." He was ideologically entirely

opposed, and there was other provincial dissent. Some things, such as eyes, drugs and teeth, were sacrificed for legislation confined to medical and surgical expenses.

A – I see that dental care was in your original plan.

T – Oh yes, as always there was compromise. I optimistically thought it wouldn't be long until we got the rest, but it was introduced in that partial way. A lot of the problems of medicare sprung in very large degree from the compromises that had to be made to get it started. The great compromise of course was Saskatchewan's — after the doctors' strike, to maintain reimbursement by fee for service. That entrenched the doctors' position. It meant that to this day, to a remarkable extent, the health industry is a cottage industry. Fee for service which essentially maintained the doctors in little units by themselves,



s'y opposait fortement. Lors de la Conférence fédérale provinciale, au cours de laquelle nous avons annoncé la proposition relative à l'assurance-maladie, Manning [Ernest, premier ministre de l'Alberta] a dit ceci : « Vous allez bientôt proposer de payer aussi l'épicerie ». Idéologiquement, il était complètement opposé à l'idée, et il y avait aussi d'autres dissidents dans la province. Certaines choses, dont les médicaments, les soins dentaires, les soins des yeux ont été sacrifiées, et la législation prévoyait seulement les dépenses médicales et chirurgicales.

A – Les soins dentaires faisaient partie de votre plan original.

T – Oh oui. Comme toujours, il fallait faire un compromis. Je pensais, avec optimisme, que nous aurions le reste en peu de temps, mais l'assurance-maladie a été adoptée de cette façon partielle. Beaucoup de problèmes ont été engendrés par les compromis que nous avons dû faire pour lancer l'assurance-maladie. Le grand compromis, bien sûr, a été la Saskatchewan, i.e. maintenir, après la grève

Pearson : les accomplissements

Lester B. Pearson (1897-1972) est élu premier ministre et, en dirigeant deux gouvernements minoritaires consécutifs de 1963 et 1968, il réussit à mettre en oeuvre un programme audacieux :

- Prix Nobel de la Paix pour la création de la force des Nations Unies chargée du maintien de la paix pendant la crise du Canal de Suez - 1957
- Commission royale d'enquête sur le bilinguisme et le biculturalisme - 1963
- Régime de pensions du Canada - 1965
- Accord canado-américain sur les produits de l'industrie automobile (Pacte de l'automobile) - 1965
- Nouveau drapeau national - 1965
- Régime national d'assurance-maladie - 1966
- Programme de prêts aux étudiants
- La première politique au monde en matière d'immigration sans aucune discrimination fondée sur la race
- Création de la Commission royale d'enquête sur le statut de la femme

Sources : CBC: The Greatest Canadian – Lester B. Pearson, Bibliothèque et archives, Le très honorable Lester Bowles Pearson.

very slow to cede anything to the nurses who could do a great deal of what doctors now do in primary care, better done in most cases. The information technology and clinics and group practice have all been painfully, painfully slow to develop.

des médecins, le remboursement des honoraires à l'acte. Cela à renforcer la position des médecins. Cela signifie que, jusqu'à ce jour, l'industrie de la santé est, en grande partie, une industrie artisanale. Les honoraires à l'acte ont, essentiellement, maintenu les médecins en petites unités séparées, et ils étaient lents à céder quoi que ce soit aux infirmières qui pouvaient faire une grande partie de ce qu'ils faisaient en matière de soins primaires et, souvent, elles pouvaient le faire beaucoup mieux. La technologie de l'information, les cliniques et la médecine de groupe ont mis un temps fou à se développer.



Tom Kent at SOS Medicare II: Looking Forward, 2007
Tom Kent lors de la conférence SOS Medicare II: Looking Forward, 2007

Photo: Canadian Health Coalition
Coalition canadienne de la santé

A — But the federal/provincial difficulties haven't helped, have they?

T — Of course what above all undermined medicare was the gradual, progressive and eventually complete renegeing of the federal government on its commitment to pay a fixed share of provincial costs, culminating in 1995 in the removal of all commitment,

just the CHST [Canada Health and Social Transfer] as the amount of money the federal government would pay from time to time. And that of course has destroyed the basis for really firm program planning by the provinces and created a blame game. Medicare has been progressively a blame game between the federal and provincial governments.

A — Mais les difficultés fédérales provinciales n'ont pas aidé, n'est-ce pas ?

T — En fait, l'obstacle majeur à l'assurance-maladie a été le gouvernement fédéral qui a manqué à sa promesse de payer une partie fixe des coûts des provinces et qui, en 1995, a retiré tous ses engagements, sauf le TCSPS [Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux] qui était une somme d'argent qu'il allait payer de temps en temps. Cela, bien sûr, a détruit la base nécessaire à la planification de programmes pour les provinces, et chacun a alors rejeté le blâme sur l'autre. L'assurance-maladie est devenue progressivement une campagne de blâme entre le fédéral et les gouvernements provinciaux.

A — Do you see other particular threats or danger points?

T — Well, the federal renegeing on the fixed finance created the environment where everybody could be very concerned about the long wait times, inadequate service, etc. etc. This



A — Est-ce que vous entrevoyez d'autres menaces particulières ou dangers potentiels ?

T — Lorsque le fédéral n'a pas tenu sa promesse quant au financement fixe, il a créé un environnement tel que chaque personne

provided the background for pressures for privatization and so on. Medicare got off to a good start to a considerable degree because it was beneficial to the middle class. And if it is now deficient in its service to the middle class, then more and more there will be acceptance of the argument that we should have some privatization. They are phoney arguments, but they are getting, and will continue to get, more acceptance and more credibility with an awful lot of people because of the deficiencies of the present system.

A – What is your view on the role of private delivery?

T – Well, we're not going to put doctors on salary in the short run, so it is nonsense to say we can't have a degree of private delivery. What we can't have is private pay, and this is the crucial distinction. How clinics are organized isn't the crucial question; the crucial point is that the clinics are financed by taxation, not by the patients. There is no question, the last thing we want is privatization. But the key issue is who pays. How the thing is then organized is issue number two, not issue number one.

A – So what is to be done?

T – I think the political momentum could be built for a rejuvenation of medicare. Defence is never enough. You have got to rejuvenate when a thing is in trouble and medicare is in trouble, there is no escape from that. Heavens you never get anywhere if you just concentrate on what is immediately possible. You have to have a purpose.



s'inquiétait des longs délais d'attente, des services inadéquats, etc., et ainsi, il fournissait un contexte alimentant le désir de faire pression pour obtenir la privatisation et ainsi de suite. Jusqu'à un certain point, l'assurance-maladie avait bien commencé car la classe moyenne bénéficiait. Maintenant, si les services offerts à la classe moyenne sont insuffisants, il y aura de plus en plus de personnes qui accepteront les arguments en faveur d'une certaine forme de privatisation. Ces arguments sont faux, mais ils sont acceptés de plus en plus et on leur accorde de plus en plus de crédibilité en raison des failles dans le système actuel.

A – Comment entrevoyez-vous le rôle de la prestation privée de soins ?

T – Disons que nous n'allons pas, à court terme, imposer un salaire aux médecins. Donc, c'est ridicule de dire que nous ne pouvons pas avoir un certain niveau de prestation privée. Ce qu'il faut éviter c'est le paiement privé et c'est, d'ailleurs, la principale distinction. La façon dont les cliniques sont organisées ne représente pas le problème principal; l'élément crucial est que les cliniques soient financées par les impôts et non pas par les patients. Il est clair que la privatisation est la dernière chose dont nous voulons. Le problème clé est de savoir qui va payer. Comment la chose sera organisée est le problème numéro deux et non pas le problème numéro un.

A – Que devrions-nous faire alors ?

T – Je crois que nous pourrions générer un élan politique pour rajeunir l'assurance-maladie. La défense ne suffit jamais. Il faut rajeunir lorsque

A — You have a proposal?

T — Yes, that federal government take a new initiative and pay the full costs of fully comprehensive health care for children — including dental, drugs, vaccinations — with an emphasis on preventive care. The federal government would pick up the whole tab of this expanded service provided it is complete comprehensive service. The provinces still deliver the services unless they don't want to. In my view, public opinion could respond very readily. Children are our scarcest asset, our most important asset. It would be, for children, what medicare and health policy was originally intended eventually to be. If we had it for the kids, a good politician could sell that as the driving wedge of a progressive policy.

A — That is a visionary plan.

T — The public is in my view a lot more responsive to real needs than the politicians seem to be. The important thing is medicare won't be saved, if people just think in terms of defending it as it is. Medicare will be saved, if we find means to give it a new rejuvenation.

A — Avez-vous une proposition ?

T — Oui, que le gouvernement fédéral prenne une nouvelle initiative et paie le coût total d'un régime complet de soins de santé pour les enfants, y compris soins dentaires, médicaments, vaccins, et que ce régime mette l'accent sur la prévention. Le gouvernement fédéral assumerait la facture totale de ce service en autant que ce dernier soit un service complet. Les provinces continueraient de dispenser les services sauf si elles ne veulent pas le faire. À mon avis, l'opinion publique serait facilement en faveur. Les enfants sont notre plus important actif et le plus rare. Pour les enfants, ce serait ce pourquoi l'assurance-maladie avait été créée à l'origine. Si nous avions cela pour les enfants, un bon politicien pourrait s'en servir comme moteur d'une politique progressive.

A — Ce plan est visionnaire.

T — À mon avis, le public est beaucoup plus réceptif aux besoins réels que les politiciens ne semblent l'être. Il est important de comprendre que l'assurance-maladie ne pourra être sauvegardée si on pense seulement en fonction de la défendre telle qu'elle est maintenant. L'assurance-maladie sera sauvée si nous trouvons les moyens de la rajeunir.





Roy Romanow, 2007

Photo: Darryl Hoffmeister, Sharpshooter Photography

In recent years, Roy Romanow's name has become closely identified with the task of revitalizing medicare in Canada because of his important report, the 2002 federal Commission report *Building on Values, The Future of Health Care in Canada*. In addition to consulting widely with Canadians while preparing the report, he later travelled the country explaining his findings. But the former

Saskatchewan Premier was involved in explaining and defending medicare many years earlier, beginning when he was a law student in Saskatchewan. Romanow was born in Saskatoon, became a lawyer, and was first elected to Saskatchewan's parliament in 1967. He was deeply involved in the constitutional talks from 1978 to 1982, when he served as Attorney General under Premier Allan Blakeney. When he was outside government (from 1982 to 1986), he spent one year on a task force for the Canadian Medical Association. Romanow was re-elected in Saskatchewan in 1986 and served as premier of that province from 1991 to 2001.

Au cours des dernières années, le nom de Roy Romanow a été étroitement associé à l'amélioration des soins de santé au Canada en raison de l'important Rapport 2002 de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada intitulé *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. Lors de la préparation de son rapport final, Roy Romanow participe à de nombreuses consultations publiques et traverse ensuite le pays pour expliquer les résultats. Or, cet ancien premier ministre de la Saskatchewan expliquait et défendait déjà le régime d'assurance-maladie alors qu'il était étudiant en droit en Saskatchewan. Né à Saskatoon, Roy Romanow fait des études en droit et, en 1967, il est élu pour la première fois à l'Assemblée législative de la Saskatchewan. De 1978 à 1982, il participe activement aux pourparlers constitutionnels alors qu'il est procureur général au sein du gouvernement d'Allan Blakeney. De 1982 à 1986, alors qu'il ne fait plus partie du gouvernement, il consacre une année au Groupe de travail de l'Association médicale canadienne. Réélu en Saskatchewan en 1986, il sera premier ministre de la province de 1991 à 2001.



A — Parlez-moi un peu du moment où vous avez commencé à vous investir par rapport à l'assurance-maladie ?

R — À la fin des années 50 et au début des années

A — Could you tell me a bit about your early involvement with medicare?

R — In the late 50s and early 60s I was a student at the University of Saskatchewan and active in student politics, but not partisan politics. However once the medicare issue arose in the 1960 general election, the province quickly polarized. After the medicare legislation was introduced, followed by the doctors' strike and the bitterness and animosity that flowed therefrom, there was absolutely no room for anybody to sit on the fence, even if you wanted to. I did not want to. I was in favour of medicare as the best method of delivering health care and the best public policy for our society ideologically, philosophically and, from what I could determine, practically.

A — So you went to Regina?

R — Yes. In the summer of that strike, I drove down to Regina in an old Volkswagen with a colleague from the college of law. We wanted to do what we could. I got a taste of the tremendous sense of urgency and the importance of the event, and even the sense of danger that was around, because the opponents of medicare were vocal, and some of the language used was rather inflammatory. Any doubt I had about the worthwhile nature of this great social program was certainly eliminated by going through this great experience.

A — You were elected to provincial parliament in 1967, when Woodrow Lloyd was Premier, and then served as Attorney General and house leader in the government of Allan Blakeney after he became Premier in 1971.

60, j'étais étudiant à l'Université de la Saskatchewan et participais activement à la politique étudiante mais non à la politique partisane. Toutefois, lorsque la question de l'assurance-maladie a été soulevée lors des élections générales de 1960, la province est rapidement devenue polarisée. Après l'adoption de la législation en matière de soins de santé, la grève des médecins qui s'ensuit et toute l'amertume et l'animosité engendrées, nous ne pouvions plus refuser de nous engager même si nous le voulions. Je ne le voulais pas. J'étais en faveur de l'assurance-maladie. C'était la meilleure façon de dispenser des soins de santé et la meilleure politique publique pour notre société et cela idéologiquement, philosophiquement et, jusqu'à ce que je pouvais voir, pratiquement.

A — Alors vous êtes allé à Regina ?

R — Oui, à l'été de cette grève, je me suis rendu, à bord d'une vieille Volkswagen, à Regina avec un collègue de l'École de droit. Nous voulions faire ce que nous pouvions. J'ai senti l'immense sentiment d'urgence et l'importance de l'événement, je sentais même le danger qui nous entourait car les opposants à l'assurance-maladie s'exprimaient très fort et utilisaient parfois un langage inflammatoire. Tout doute au sujet de l'importance de ce magnifique programme social a certainement été éliminé lorsque j'ai vécu cette expérience.

A — Vous avez été élu à l'Assemblée législative provinciale en 1967, époque où Woodrow Lloyd était premier ministre, et vous avez ensuite été procureur général et leader parlementaire au sein du gouvernement d'Allan Blakeney après qu'il soit élu premier ministre en 1971.





Romanow, Blakeney celebrate NDP victory, October 21, 1991 in Saskatoon. Romanow et Blakeney célèbrent la victoire du NPD le 21 octobre 1991 à Saskatoon.

Photo: CP/Dave Bouston

R — Yes, and I do want to bring Blakeney into this. In the 1970s we saw in the Blakeney period a burgeoning of new innovative and publicly-funded health care programs in Saskatchewan. We had universal pharmacare, we had the beginning of dental care for children — up to a certain age and every year expanded — and there was considerable expansion to first-rate hospitals.

A — But when you became Premier in 1991, after the Conservatives had been in power for almost a decade, you faced huge financial challenges, did you not?



R — Oui, et je tiens à parler de Blakeney à cette étape-ci. Dans les années 1970, nous avons été témoins en Saskatchewan, pendant la période Blakeney, de la naissance de nouveaux programmes de santé innovateurs et financés par l'État. Nous avons une assurance-médicaments accessible à tous, nous commençons à offrir les soins dentaires aux enfants — jusqu'à un certain âge, et le programme prenait de l'expansion à chaque année — et il y avait de plus en plus d'hôpitaux de qualité.

A — Mais lorsque vous avez été élu premier ministre en 1991, après que les Conservateurs aient été au pouvoir pendant presque une décennie, vous deviez faire face à d'énormes défis financiers, n'est-ce pas ?

R — J'étais devant une situation de faillite. En dépit de la crise fiscale et du fait qu'il fallait agir, il me semblait que ce nuage noir avait ses bons côtés et je pensais que nous pouvions tirer profit de cette crise. Je ne parle pas péjorativement, je veux dire essayer de restructurer notre système pour qu'il soit plus productif et plus efficace et, peut-être, initier le long parcours et arriver à la façon dont les services pouvaient être offerts.

A — Qu'est-ce que vous voulez dire ?

R — Le message de Tommy Douglas m'avait toujours impressionné, et je l'avais souvent entendu le répéter. Je me souviens clairement qu'en 1983, lors du Congrès national et peu de temps avant son décès, il est monté sur une table et, sans aucune note, il a prononcé un discours passionné. Il a dit qu'ils avaient toujours imaginé l'assurance-maladie en deux étapes. La première

R — I was facing a bankrupt situation. But with the fiscal crisis and the fact that something had to be done, it seemed to me that this black cloud had a bit of a silver lining. I thought that we could use the crisis, I don't mean in a pejorative sense, to try to refashion our system in a more productive and more efficient way and perhaps begin the long march to the way the services could be delivered.

A — What do you mean?

R — I had always been impressed by Tommy Douglas' message, which I heard him repeat over and over. Most vividly, I remember in 1983, at the national convention just a while before he passed away, when he got up on a table and without notes gave a stirring speech. He said that he had always thought of medicare as being two stages. The first stage was the removal of dollars as an impediment between those who require the care and those who give the care, and that was basically solved. But he thought the second phase was even more important, and that was the structural reorganization of the system into a more seamless delivery of care, involving nurses in a more fulsome way, and a variety of reforms that were spoken of at that time and in some ways we are proposing again today.

A — So when you say “silver lining,” are you referring to the fact that you introduced regionalization — dividing the province into regions for delivering health care?

R — Yes, and it was the first in the country. So we had here a convergence of necessity with the idealism of Douglas with trying to implement Phase 2. But it

étape était d'éliminer l'argent en tant qu'obstacle entre ceux qui ont besoin de soins et ceux qui dispensent des soins, et que cela était en grande partie accompli. Mais, selon lui, la deuxième étape était encore plus importante. Il s'agissait de la réorganisation structurelle du système pour que la prestation des soins se fasse sans coupure et que les infirmières participent de façon plus complète, et une variété de réformes dont on parlait à l'époque et, d'une certaine façon, nous proposons encore la même chose aujourd'hui.

A — Alors, lorsque vous dites « les bons côtés » [du nuage noir], faites-vous référence au fait que vous avez présenté la régionalisation — soit la division des provinces en régions pour la prestation des soins de santé ?

R — Oui, et c'était la première fois au pays. En essayant de mettre en œuvre l'étape 2, nous devons faire converger à la fois l'idéalisme de Douglas et les besoins. Mais ce fut difficile. Les gens ne voyaient que la fermeture des hôpitaux locaux. Et nous ne pouvions pas remettre en place le programme de soins dentaires pour les enfants. Ce programme avait été démantelé par le gouvernement précédent, et cela m'a brisé le cœur.

A — J'aimerais devancer un peu. Le premier ministre Jean Chrétien était reconnu pour sa prudence et sa méfiance à l'égard des commissions royales et, malgré cela, il vous a nommé pour présider la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Qu'est-ce qui l'a fait changer d'avis ?





Photo: Canadian Health Coalition
Coalition canadienne de la santé

Health Commissioner Roy Romanow
Le commissaire Roy Romanow

was tough. People just saw the local hospitals being closed. And we couldn't reinstitute the dental plan for children, which had been dismantled by the previous government, and it just broke my heart.

A — I'd like to skip ahead. Former Prime Minister Jean Chrétien was known to be wary and distrustful of royal commissions, and yet he appointed you to the Commission on the Future of Health Care In Canada. What changed his mind?

R — I don't know. I have to ask him some day — I think he was tired and fed up and angered by the very acrimonious federal provincial Premiers' meetings with the prime minister. If the public got a partial glimpse behind some of those debates, Canadians would know how close we were — and how close we are still — to losing medicare. For my part, I wanted

R — Je ne sais pas. Il faudrait que je lui demande un de ces jours — Je pense qu'il était fatigué, en colère et qu'il en avait marre des réunions très acrimonieuses entre les ministres fédéraux et provinciaux et le premier ministre. Si le public avait pu être témoin de ce qui se passait lors de ces débats, les Canadiens sauraient jusqu'à quel point nous sommes passés près — et jusqu'à quel point nous sommes encore près — de perdre l'assurance-maladie. De mon côté, je voulais ce travail pour mettre mes propres croyances à l'épreuve et voir si elles étaient encore pertinentes — je voulais voir si les valeurs auxquelles je croyais en 1960 étaient encore celles des Canadiens. Cette période a été la plus excitante de ma vie probablement parce qu'elle m'a vidée en raison du délai de 18 mois et j'ai réussi à respecter le temps alloué et le budget.

A — J'ai lu une évaluation de votre rapport, et on le disait pragmatique et faisable.

R — Le plus gros problème à résoudre venait du fait que le financement historique traditionnel des soins de santé, selon lequel Ottawa payait 50 cents sur chaque dollar, avait été très réduit à cette période où nous tous, dans les provinces, devions éponger des déficits. En réalité, il fallait mettre en place, plutôt rapidement, une solution pragmatique qui mettraient les premiers ministres, ou la plupart d'entre eux, de notre côté.

Je pense aussi que le document était très visionnaire car il proposait, entre autres, un Conseil canadien de la santé et la mise en place d'un pacte, un nouvel engagement envers la santé de la part des soignants, des patients et des gouvernements, un financement



Highlights from the Romanow Report

- Establish a new Health Council of Canada to foster collaboration among governments, providers, citizens and healthcare stakeholders.
- Achieve adequate, stable and predictable funding by:
 - Setting a federal adequate funding floor of 25% of the cost of insured health services under the Canada Health Act by 2005/2006, putting federal funding \$6.5 billion above previously forecasted levels.
 - Establishing a dedicated, cash-only, multi-year Canada Health Transfer with a built-in escalator provision.
 - The creation of five new targeted funds to address pressing priorities until the federal funding threshold is attained:
 - 1) A Rural and Remote Access Fund for timely access to care in rural and remote areas.
 - 2) A Diagnostic Services Fund to improve wait times for diagnostic services.
 - 3) A Primary Health Care Transfer in order to remove obstacles to renewing primary care delivery.
 - 4) A Home Care Transfer to provide a foundation for an eventual national homecare strategy.
 - 5) A Catastrophic Drug Transfer to protect Canadians in instances where they require expensive drug therapies to remain healthy.
- Integrate priority home care services within the Canada Health Act as well as improving coverage for prescription drugs.

Source: Health Canada website, Commission on the Future of Health Care in Canada press release, November 2002
<http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/hcc0403.html>

to do the job to test my own biases, to see if they are still relevant — to see if the values that I believed way back in 1960 are still the values of Canadians. It was the most exciting period of my life, probably, but it took it out of me, because I had an 18-month deadline and I met it on time and on budget.

A — I read an evaluation that called your report pragmatic and doable.

R — The biggest problem to solve was that the traditional historic funding for health care of 50 cents on the dollar from Ottawa had been dramatically reduced at a time when all of us in the provinces were battling deficits. The reality was that we needed a reasonably quick beginning to a pragmatic solution that would get the premiers, or most of them, on side. But I also think it was a very

transparent que nous pourrions aussi prévoir afin d'éliminer les hauts et les bas, ainsi que les grands mouvements de balancier.

A — Presque cinq ans se sont écoulés depuis la publication de votre rapport. Y aura-t-il un suivi ?

R — Une énorme somme d'argent a été allouée en 2004. La bonne nouvelle est la remise en place du 50/50 pour 10 ans et je pense que les provinces ne peuvent plus dire que le financement est insuffisant. Or, tout mon rapport sur le financement démontrait que le financement n'était qu'un revers de la médaille et que l'autre revers devait être une forme quelconque de normes nationales par rapport à différentes choses, dont un programme musclé en matière de médicaments, les soins à domicile, les soins de santé primaires, autrement dit, changer la nature du système de prestation des soins, l'étape 2 de Douglas si vous voulez. Cela ne s'est pas fait lors de l'accord de 2004. En fait, l'accord de 2004 a littéralement ouvert la porte à un fédéralisme asymétrique relativement aux soins de santé. Je ne peux concevoir que, étant donné qu'il s'agissait d'un programme national, le gouvernement fédéral n'a pas cherché à établir des lignes directrices.

A — J'ai lu une de vos citations dans laquelle vous dites quelque chose à l'effet que nous avons l'information par rapport à ce que nous devons faire mais que le courage manque.

R — Il y a eu 15 à 16 rapports sur les soins de santé et, pratiquement, tous disent fondamentalement la même chose, sauf le rapport Mazinkowski de



visionary document for several reasons, including the call for a Health Council of Canada and the establishment of a covenant, a recommitment to health care amongst the caregivers, the patients and governments, and the transparent funding which was predictable to in order to eliminate these ups and downs and wild swings.

A — It has been almost 5 years since your report was released. What about the follow up?

R — A huge amount of money that was given in 2004. The good news is they restored the 50/50 balance for 10 years, and I think the provinces can no longer argue that there is insufficient funding. But my whole report on funding was that funding was one side of the coin, and the other side had to be some form of national standards with respect to, you name it, a catastrophic drug plan, home care, primary health care, changing the nature of the delivery system, phase 2 of Douglas if you want to put it that way. And that wasn't done in the 2004 accord. If anything the 2004 accord actually literally allowed asymmetrical federalism with respect to health care take place. It is just inconceivable to me that, as a national program, the national government wouldn't seek to have some guidelines.

A — I saw a quote in which you said something like the information is available about what to do, but the courage may be lacking.

R — We have had about 15 or 16 reports on health care, virtually all of them in their fundamentals being the same with the exception of the Mazinkowski report from Alberta, and at least Don was honest

l'Alberta. Don, au moins, a été assez honnête pour dire qu'il appuyait un modèle privé. L'information est là. Je ne suis même pas certain que le courage manque. En fait, je pense qu'un certain nombre d'administrations provinciales ne croient pas au modèle actuel de prestation des soins de santé mais elles n'ont pas le courage de venir dire qu'elles sont en faveur de la privatisation et qu'elles vont privatiser. Alors elles le font à la dérobée.

A — Êtes-vous découragé ?

R — Je crois que l'assurance-maladie, les soins de santé publics, c'est comme le canari dans la mine de charbon. Nous aurons la réponse à la question : pouvons-nous relever



Points saillants du rapport Romanow

- Créer un Conseil de la santé du Canada pour faciliter la collaboration entre gouvernements, prestataires de soins, citoyens et intervenants dans le domaine de la santé.
- Assurer un financement suffisant, stable et prévisible :
 - En établissant un seuil minimum de financement fédéral correspondant à 25 % des coûts des services de santé assurés aux termes de la Loi canadienne sur la santé au plus tard en 2005-2006. Ainsi, le financement fédéral au titre des soins de santé excéderait les niveaux actuellement prévus de 6,5 milliards de \$.
 - En créant un Transfert canadien pluriannuel dont les fonds seraient affectés uniquement aux soins de santé, constitué exclusivement de paiements en espèces et assujetti à un indice d'augmentation intégré.
 - En créant cinq nouveaux fonds ciblés destinés aux priorités immédiates jusqu'à ce que le seuil minimum de financement fédéral soit atteint :
 - 1) Un Fonds d'accès pour les régions rurales et éloignées pour améliorer l'accès, en temps opportun, aux soins dans les régions rurales et éloignées.
 - 2) Un Fonds de services diagnostiques pour réduire les périodes d'attente pour les services diagnostiques.
 - 3) Un Transfert au titre des soins de santé primaires pour supprimer les obstacles au renouvellement de la prestation des soins primaires.
 - 4) Un Transfert au titre des soins à domicile pour poser les fondements d'une stratégie nationale de soins à domicile.
 - 5) Un Transfert au titre de l'impact catastrophique des médicaments pour protéger les Canadiens dans les situations où, pour demeurer en santé, ils doivent recourir à des thérapies coûteuses axées sur des médicaments.
- En intégrant les services prioritaires de soins à domicile à la Loi canadienne sur la santé et en améliorant la couverture des médicaments sous ordonnance.

Source: Site Web de Santé Canada, Communiqué sur la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002
<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/hcc0086.html>

enough to say that he supported a private model. The information is there. But I am not even sure it is that courage is lacking. I actually think that a number of the jurisdictions don't believe in the health care model that we have, but they don't have the courage to come out and say we are for privatization and we are going to do it. So they do it by stealth.

A — Are you discouraged?

R — I think medicare, public health care, is like the canary in the coal mine. It will answer this question: can we solve the challenges facing our public health care system, arguably one of our most important social programs, in a way which is true to Canadians values? If we can, it will only strengthen the bonds of Canadian unity. If we can't, then I fear that we are sliding into an even more decentralized kind of a country. Leadership at the national level — and I don't mean only Ottawa but provincially, too, where Premiers think provincially but also think nationally — seems to have dissipated. Unless and until there is a set of men and women who come forward with a strong vision of what this country is all about, and of the programs which identify and keep it, we are going to be in difficulty.



Health Commissioner Roy Romanow
Le commissaire Roy Romanow

Photo: Canadian Health Coalition
Coalition canadienne de la santé

les défis auquel fait face le système public de soins de santé – sans doute le plus important de nos programmes sociaux – de manière qui

respecte les valeurs des Canadiens ? Si nous réussissons, cela va renforcer les liens de l'unité canadienne. Si nous échouons, j'ai peur que nous soyons en train de glisser vers un pays encore plus décentralisé. Le leadership à l'échelle nationale semble s'être dissipé – je ne parle pas seulement d'Ottawa mais je parle aussi à l'échelle provinciale où les premiers ministres pensent à l'échelle de la province mais pensent aussi de façon nationale. Il va falloir que des hommes et des femmes présentent une vision ferme de ce que ce pays représente et des programmes qui l'identifient et le maintiennent, sinon nous allons être en difficulté.





Photo: University Health Network

Dr. Hugh Scully

Cardiac surgeon Dr. Hugh Scully has defended medicare throughout most of his career in medical politics. Most recently, he opposed Dr. Brian Day, a proponent of private-for-profit service delivery, in Day's successful bid to head up the Canadian Medical Association (CMA). Scully has been president of both the Ontario Medical Association and the Canadian Medical Association, was a

long time board member of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, and currently serves on its health and public policy committee. He has served on many public committees and task forces, including the Ontario Health Review Panel and the Ontario Premier's Council on Health, and has also served with a number of international groups, including the World Medical Association. Dr. Scully is the senior staff surgeon at the Toronto General Hospital.

Chirurgien cardiaque, le docteur Hugh Scully défend le régime d'assurance-maladie pendant la majeure partie de sa carrière en politique médicale. Récemment, il s'oppose au nouveau président élu de l'Association médicale canadienne car ce dernier est en faveur de la prestation des soins par le secteur privé. Au cours des ans, le docteur Scully a été président de la Ontario Medical Association puis de l'Association médicale canadienne. Longtemps membre du conseil d'administration du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, il fait présentement partie de son comité sur les politiques en matière de santé et de sécurité. Il fait partie de nombreux comités et groupes de travail, dont le Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario et le Conseil du Premier ministre sur les soins de santé pour la province de l'Ontario. Il fait aussi partie de nombreux groupes internationaux, dont l'Association médicale mondiale. Le docteur Scully est chirurgien principal au Toronto General Hospital.



A — Vous avez reçu votre diplôme en médecine en 1965, avant l'adoption de l'assurance-maladie à l'échelle nationale. Est-ce que vos professeurs en parlaient ?

H — Pas beaucoup. Généralement, les étudiants en médecine parlent peu de la pratique, mais je suivais cela dans les journaux. Par ailleurs, le premier ministre Lester Pearson avait été un grand ami de mes grands-parents,



Dr. Hugh Scully and nurses
Dr Hugh Scully et des infirmières

Photo: Rob Thompson, University Health Network

A — You graduated in medicine in 1965, before medicare was introduced nationally. Were your professors talking about it?

Life Before Medicare

“When Medicare came, he was delighted. He said the amount of money he received would be somewhat higher, but what particularly pleased him was that he would no longer have to chase anyone who didn’t pay.” (p.65)

Source: Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.

H — Not very much, there wasn’t much discussion with medical students about what practice is like, but I was following the issue in the newspaper. And the other aspect of it was that the Prime Minister, Lester Pearson,

had been a great friend of my grandparents, so I knew about him and his political career and aspirations.



donc j’en avais entendu parler ainsi que de sa carrière politique et de ses aspirations.

A — Ainsi, lorsque vous avez commencé à pratiquer, l’assurance-maladie était à ses débuts ?

H — J’ai poursuivi des études de cycle supérieur pendant un long moment, et ce n’est qu’en 1974 que j’ai commencé à pratiquer en qualité de médecin indépendant. Toutefois, lors de mes études à la Massachusetts General à Harvard, j’ai travaillé à temps partiel dans des hôpitaux communautaires en banlieue de Boston. Je me souviens combien j’étais triste de voir des personnes se faire refuser des soins parce qu’elles n’avaient pas d’assurance privée – une personne qui se présente un vendredi soir avec les symptômes d’une crise cardiaque et se fait renvoyer parce qu’elle ne peut payer les frais d’hôpital. C’était complètement inacceptable, et c’est encore mon avis. Je crois que les gens devraient recevoir des soins sur la base de leur besoin et non pas de leur capacité à payer. J’ai exprimé cette position lorsque j’étais président de la Ontario Medical Association, lorsque j’étais président de l’Association médicale canadienne et lorsque j’étais président de la Société canadienne de cardiologie. C’est la meilleure façon d’offrir des soins au public et c’est aussi la plus équitable.

A — J’ai lu que vous avez appuyé le médecin qui s’est présenté contre le docteur Brian Day au poste de président élu de l’Association médicale canadienne. Dois-je conclure que vous étiez inquiet de l’orientation future l’AMC ?

H — Disons d’abord que Brian Day est une personne très compétente et un excellent professionnel. Or,

A — So when you began practice, it was early in medicare?

H — Well, I was in postgraduate training for a long time so I didn't go into practice as an independent physician until 1974. But when I was training at the Massachusetts General in Harvard before that, I did some moonlighting in some community hospitals just outside Boston. I remember seeing people turned away at the door because they didn't have private insurance — someone presenting with a heart attack on a Friday night, being turned away because they couldn't pay for the hospital. That was completely unacceptable and still is from my point of view. I believe that people should be treated on the basis of what they need, not what they can afford to pay. I articulated that position when I was president of the Ontario Medical Association, when I was president of the Canadian Medical Association and when I was president of the Canadian Cardiovascular Society. It is the fairest and best way to deliver care to the public.

A — I read that you supported the doctor who challenged Dr. Brian Day for the position of president-elect of the Canadian Medical Association. Can I assume this is out of concern about the direction the CMA might take?

H — Well, Brian Day is a very capable individual, a very good professional. I personally, though, am not supportive of the CMA being seen to take a strong position in support of private medicine. When I was the chair of the Council of Health Policy and Economics prior to the presidency [of the CMA], I headed up a working group looking at the future of

personnellement, je n'aime pas le fait que l'AMC prenne une position ferme en appui à la médecine privée. Lorsque j'étais président du Conseil des politiques et de l'économie de la santé, avant d'assumer la présidence [de l'AMC], j'ai piloté un groupe de travail chargé d'examiner l'avenir du financement des soins de santé au Canada. Nous étions unanimes pour dire que le financement public des services nécessaires était la meilleure voie. Y avait-il des dissidents ? Oui, il y en avait. Il y a beaucoup de médecins qui croient réellement dans le volet entreprise privée de la pratique. Pas moi.

A — Vous inquiétez-vous des membres de l'AMC en général ?

H — Je dirais que l'écart entre les membres, et c'est mon opinion personnelle, vient du fait que la plupart des médecins croient encore que l'accès aux soins doit être fondé sur le besoin et non sur la capacité à payer.

A — Pensez-vous que, dans les temps qui courent, la pression exercée pour obtenir le financement et la prestation par le secteur privé représente une menace à l'assurance-maladie ?

H — Cela nous amène à nous demander si les cliniques privées vont diminuer le nombre de personnes sur les listes d'attente. Cela s'avère faux si

La vie avant l'assurance-maladie

« Lorsque le régime public d'assurance-maladie a été mis sur pied, il était ravi. Il a dit qu'il recevrait sans doute plus d'argent mais il était particulièrement ravi du fait qu'il n'aurait plus à courir après les gens pour les faire payer. » (p. 65)

Source: Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.



health care funding in Canada. Our strong consensus was that public funding for necessary services was the best way to go. Are there dissenters? Yes, there are. There are

Life Before Medicare

“Our second son was born October 21, 1959. Several months later, when I was visiting my doctor, I found out I owed him \$125 for the pregnancy which was not covered because my husband was not on the Blue Cross plan, and that I owed \$500 for the gall bladder operation. The operation was not covered after all because it was a pre-existing condition.

We were just devastated and did not have the funds to pay. I offered to borrow the money, but our doctor was good enough to allow us to pay him \$10 per month. It took us five years to pay off that debt. It was quite a financial burden. That debt was more than we paid for a used car. It was twenty-five percent of the value of the house we purchased for \$300 down and \$25 a month in 1954.” (p. 69)

Source: Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.

many physicians out there who really believe in the private enterprise side of practice. I don't.

A – Do you have concerns about the general membership of the CMA?

H – I would say the split in the membership, this is my opinion alone, is that most physicians still believe in access to care as needed not as affordable.

A – Do you think the push for private funding and delivery is a threat to medicare these days?

H – The discussion that comes up is if private clinics are going to decrease the

public waiting list. That is not supported in evidence from Australia or the UK. It just doesn't stand up. If you look at what happened in Australia where the private side was developed and actively encouraged by government, quality and access in the public side deteriorated. The same is true in England, although the quality is still very good in the teaching hospitals. If you look at Roy

on se base sur l'exemple de l'Australie et du Royaume-Uni. On n'y arrive pas. Si vous regardez ce qui s'est passé en Australie où le volet privé a été développé et activement encouragé par le gouvernement, la qualité et l'accès se sont détériorés du côté public. C'est aussi le cas en Angleterre, bien que la qualité soit toujours très bonne dans les hôpitaux d'enseignement. Si vous prenez le rapport Romanow, je crois qu'il présente une abondance de preuves selon lesquelles le public canadien veut avoir accès, en temps opportun, à de bons soins dans le cadre d'un système public.

A – Avez-vous d'autres inquiétudes par rapport à la prestation des soins par le secteur privé ?

H – Je travaille présentement avec un groupe du Collège royal des médecins et chirurgiens à Ottawa. Nous examinons la qualité des études de cycle supérieur en médecine et chirurgie. Ce qui nous inquiète est ceci : si les cliniques privées se développent comme au R.-U., aux É.-U. et en Australie, l'accès à l'éducation et à la formation va être grandement compromis pour les étudiants de premier et deuxième cycles, si ces programmes [privés] ne prévoient pas un volet enseignement – et, de façon générale, ils n'en prévoient pas. Ainsi, les étudiants en médecine pourraient être exposés à un grand nombre de cas complexes, par exemple dans un hôpital comme celui-ci [Toronto General Hospital], mais, dans l'avenir, ils pourraient être perdants s'ils ne sont pas exposés aux choses ordinaires qui affectent la plupart des Canadiens. Il y a donc un problème véritable.

A – Avez-vous déjà eu des périodes de découragement ?



Romanov's report, I think the evidence is overwhelming that the Canadian public wants to have access in a timely fashion to good care through the public system.

A – Do you have any other concerns about private delivery?

H – I am presently working with a group at the Royal College of Physicians and Surgeons in Ottawa looking at the quality of postgraduate medical and surgical education. One of our concerns is that if the private clinics develop as they have in the UK, in the US and certainly in Australia, the access of post-graduate students and undergraduate students to education and training will be severely compromised if those [private] programs are not involved in teaching – and by and large they are not. So medical students may get exposed to a lot of the complex cases that may be here in a hospital like this [The Toronto General Hospital], but may lose out in the future in terms of exposure to the ordinary things that affect most Canadians. So there is a real problem.

A – Have you ever been discouraged?

H – Oh, often. You move 2 steps forward and then a step back. Most of the discouragement has come when there has been a group with very good intentions, with no vested personal interest at the end of the day in terms of what it means to them, do work, do put together a report, and then the report gets buried. And that has happened several times.

A – What would you like to see in the future?

H – Souvent. Vous avancez de deux pas et vous faites un pas en arrière. En général, lorsqu'un groupe a de bonnes intentions et, en fin de compte, n'a aucun intérêt personnel ou matériel par rapport à ce que cela pourrait signifier pour eux, et que ce groupe prépare un rapport, et que ce rapport reste sur les tablettes, alors le découragement s'installe. Et cela est arrivé plusieurs fois.

A – Qu'est-ce que vous aimeriez voir dans l'avenir ?

H – Une de mes préoccupations demeure cette relation houleuse entre ce qui se passe à Ottawa et ce qui se passe dans les provinces. Je parle non seulement en qualité de médecin mais aussi en tant que personne qui paie beaucoup d'impôts. J'aimerais vraiment voir ces personnes travailler ensemble. Je sais ce qui peut arriver quand les personnes collaborent. Nous l'avons démontré lorsque nous avons réuni les gens du secteur de la santé et les fonctionnaires compétents. Je crois que nous pourrions faire une grande différence.

La vie avant l'assurance-maladie

« Notre deuxième fils est né le 21 octobre 1959. Plusieurs mois plus tard, au moment d'une visite chez mon médecin, j'ai découvert que je lui devais 125 \$ pour la grossesse. Elle n'était pas couverte parce que mon mari n'avait pas d'assurances de la Croix-Bleue. Je devais aussi 500 \$ pour la chirurgie à la vésicule biliaire. Cette chirurgie n'était pas couverte parce qu'il s'agissait d'une condition préexistante.

Nous étions dévastés et n'avions pas l'argent nécessaire. J'ai dit que j'allais emprunter l'argent mais le médecin a bien voulu que nous lui payons 10 \$ par mois. Quel fardeau financier ! Cette dette représentait une somme supérieure à celle déboursée pour une auto usagée. C'était vingt-cinq pour cent de la valeur de la maison que nous avions achetée en 1954 avec un versement initial de 300 \$ et 25 \$ par mois par la suite. » (p. 69)

Source: Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.



H — One of the great concerns that I continue to have is this fractious relationship between what happens in Ottawa and what happens in the provinces. I am speaking not just as a physician but also as someone who pays a lot of taxes. I'd sure like to see those people working together. I know what can happen when people do work together. We have demonstrated that when we get the health professions together with the right people in government. I think we could make a big difference.

Life Before Medicare

“As I recall, the same John used to come to our place, often with a load of wood on his sleigh or a few bags of oats or a roast of beef. Never did I hear anything said, but I expect over time the \$ 100 was all paid.” (p. 23)

Source: Heeny, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations, Canada.

A — I think you have said there is some role for private money in the system.

H — There is a role for private financing, we already have that. For example, the Krembil Neuroscience Centre over here at the Toronto Western Hospital. We have neurosurgeons,

neurologists, oncologists, together with other disciplines, and have created an approach where the patient comes in, is integrated in the system, and goes all the way through. It is very expensive technology in terms of the imaging required, and there was a very concerted effort to go into the private sector and raise the dollars for the equipment. The deal with government was to fund the program where private funding secured the equipment. This arrangement costs much less than the previous arrangement where government paid for Ontario patients to go to American centres

A — Je crois que vous avez dit qu'il y avait une place pour l'argent du privé dans le système.

H — Le financement privé a sa place, et nous l'avons déjà. Prenez, par exemple, le Centre de neurosciences Krembil, ici à l'Hôpital Western de Toronto, et vous verrez des neurochirurgiens, des neurologues, des oncologues collaborant avec d'autres disciplines. Ils ont développé une approche selon laquelle le patient est admis, intégré dans le système et suivi jusqu'au bout. C'est une technologie très coûteuse par rapport à l'imagerie requise, et il y a eu un effort concerté pour aller vers le secteur privé et recueillir les fonds pour l'équipement. Leur entente avec le gouvernement consistait à ce que ce dernier finance le programme et que le secteur privé finance l'équipement. Ainsi, il en coûte beaucoup moins qu'auparavant alors que le gouvernement payait pour les Ontariens qui devaient se rendre aux États-Unis pour recevoir ce traitement. Grâce au financement public et à cette approche d'équipe complexe, le centre est maintenant reconnu comme étant l'un des trois centres majeurs en neurosciences au monde et, bien sûr, de plus en plus de patients sont référés par des médecins des États-Unis et d'ailleurs en raison de la qualité de ce programme. Le partenariat a réuni les dollars du privé pour les briques, le mortier et l'équipement, et les deniers publics pour les patients et les personnes qui contribuent au succès de ce programme. Il s'agit d'un partenariat très constructif et efficace si l'on parle de coûts.

A — Y a-t-il d'autres succès de ce genre ?

H — Comme vous le savez, je suis parmi les personnes qui ont fondé ce qui s'appelle le réseau des soins



for this treatment. With public funding of this complex team approach, the program has become recognized as one of the top three neurosciences centres in the world. Indeed, there are increasing referrals from the U.S. and from other countries because of the quality of this program. The partnership between private money for the bricks and mortar and equipment and public funding for patients and the professionals running the program is very constructive and cost-efficient.

A – Other successes?

H – As you know, I was one of the founders of what is called the Cardiac Care Network (CCN) of Ontario in the late 1980s and early 1990s. At the time there were great concerns about access to coronary bypass surgery. A group of cardiac specialists, hospital leaders, government decision makers, representatives from community, nursing and family practice worked collaboratively with the expert researchers to develop principles and guidelines for all patients and practitioners in Ontario. All of this was publicly funded. Waiting lists were reduced across the province, as were peri-operative mortality and complication rates. The good news for Ontario residents is that the risk of dying or suffering complications from coronary artery surgery is as low, or lower, than anywhere else in the world. The CCN is a constructive partnership, publicly funded, which is good for patients, good for health professionals, good for government, and less expensive.

A – Has this been adopted elsewhere?

H – The group in Halifax did the same thing, there is active cooperation in Atlantic Canada, leaders in

cardiaques à la fin des années 1980 et début des années 1990. À cette époque, on se préoccupait beaucoup de l'accès aux pontages coronariens. Un groupe composé de spécialistes en cardiologie, de dirigeants d'hôpitaux, de décideurs au gouvernement, de représentants des soins communautaires, des soins infirmiers et de la médecine familiale ont travaillé en collaboration avec les chercheurs-experts afin d'élaborer les principes et les lignes directrices relatives à tous les patients et à tous les praticiens de l'Ontario. Tout était financé par l'État. Les listes d'attente ont été réduites dans toute la province ainsi que les taux de mortalité péri-opératoire et de complications. La bonne nouvelle pour les gens de l'Ontario est que le risque de mourir ou d'avoir des complications à la suite d'une chirurgie des artères coronariennes est aussi bas, sinon plus bas que partout au monde. Le réseau des soins cardiaques est un partenariat constructif, financé par l'État qui s'avère avantageux pour les patients, les professionnels de la santé, le gouvernement et se traduit en coûts moindres.

A – Cette approche a-t-elle été adoptée ailleurs ?

H – Le groupe d'Halifax a fait la même chose. Il y a une collaboration active au Canada Atlantique. Les leaders de l'Alberta ont fait la même chose, et ce programme est utilisé en C.-B., en Alberta et en

La vie avant l'assurance-maladie

« Si je me souviens bien, le même John avait l'habitude de venir chez-nous, souvent avec du bois sur son traîneau ou quelques sacs d'avoine ou un rôti de bœuf. Jamais a-t-on mentionné quoi que ce soit, mais je présume, qu'avec le temps, le 100 \$ était complètement payé. » (p. 23)

Source: Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.



Alberta did the same thing, and that program is used in B.C., Alberta and Saskatchewan. Manitoba has a kind of hybrid program.

A – What do you think are the pressing issues today?

H – Wait times in emergency rooms, the absence of appropriate mental health services generally and for children in particular, the whole issue of what kind of support there is in the community for continued rehab supportive services, so that people can stay healthy and stay out of institutions. Huge issues. But if we can begin by demonstrating that teams of people can work together by demonstrating success in one area, there is no reason that we can't broaden that and take it further. Notwithstanding the difficulties that we have in the Canadian system, overall, in my opinion, the access the public has to good quality medical services is still the best in the world. I think it would be a tragedy to lose that.

Saskatchewan. Le Manitoba a un genre de programme hybride.

A – Selon vous, quels sont les questions les plus urgentes aujourd'hui ?

H – Les délais d'attente des salles d'urgence, l'absence de services adéquats en santé mentale en général et particulièrement pour les enfants. Toute la question du genre de soutien que l'on retrouve dans la collectivité en matière de services de réadaptation continue afin que les gens puissent demeurer en santé et hors des établissements. Ce sont des problèmes énormes. Mais, si nous pouvons démontrer, grâce au succès réalisé dans un secteur particulier, que des équipes de personnes peuvent travailler ensemble, il n'y a aucune raison qui nous empêche d'élargir cela et d'aller plus loin. Malgré les difficultés engendrées par le système canadien dans son ensemble, je pense que le public a accès à des services médicaux de bonne qualité et que c'est encore ce qu'il y a de mieux au monde. Ce serait tragique de perdre cela.





Photo: Ian McCausland

Evelyn Shapiro, 2007

Evelyn Shapiro is a leading international expert on home care and has been referred to as the “mother” of Manitoba’s home care system. Her work speaks directly to the second stage of medicare, as envisioned by medicare founder Tommy Douglas. Douglas’s vision was for a second stage that would focus on community-based care and prevention of illness — the two key hallmarks of homecare in Dr. Shapiro’s vision. A professor and senior scholar at the University of Manitoba’s Department of Community Sciences, her groundbreaking research on elder care is cited internationally, and she has received many important awards during her career. Dr. Shapiro, who earned her M.A. in political science and economics from McGill in 1947, was awarded an honorary Doctor of Laws by the University of Manitoba in 2000 and the Order of Canada in 2007.

A – Was there anything in your background that inclined you towards promoting medicare?

Spécialiste à l’échelle internationale et chef de file en matière de soins à domicile, Evelyn Shapiro est souvent décrite comme la « mère » du système de soins à domicile au Manitoba. Son travail s’inscrit directement dans le cadre de la deuxième étape du régime d’assurance-maladie, tel que conçu par Tommy Douglas, le père de l’assurance-maladie. La vision de Douglas prévoyait une deuxième étape mettant l’accent sur les soins communautaires et la prévention des maladies, soit les deux points saillants de la vision des soins à domicile d’Evelyn Shapiro. Professeure et chercheuse principale au département des sciences communautaires de l’Université du Manitoba, la recherche pionnière de Shapiro sur les soins aux aînés est citée à l’échelle internationale. Titulaire de nombreux prix durant sa carrière, Evelyn Shapiro complète une maîtrise en sciences politiques et en économie à l’Université McGill en 1947. En 2002, l’Université du Manitoba lui confère un doctorat honorifique en droit et, en 2007, elle est nommée membre de l’Ordre du Canada.

A – Y a-t-il quelque chose en particulier dans votre passé qui vous a incité à promouvoir l’assurance-maladie ?

E – J’ai quitté la Lituanie avec mes parents en janvier 1930, année où la dépression était à son pire niveau, et il était alors difficile pour les gens de voir un



E — I came with my parents from Lithuania in January 1930, which was the depth of the depression, and it was hard to get to see a doctor because there was just no money around. So my mother who had been a teacher in Lithuania and had taken a public health course became the local consultant on whether our neighbours should go to the doctor or not — whether it was something minor or something serious.

médecin parce qu'ils n'avaient tout simplement pas assez d'argent pour payer. Ma mère qui avait été enseignante en Lituanie et avait suivi un cours en santé publique est devenue la conseillère locale et déterminait si nos voisins devaient aller chez le médecin ou non — s'il s'agissait d'un problème mineur ou majeur.

Life Before Medicare

“They took x-rays, found she had a fractured pelvis among other injuries, and left her in the hallway. It was only after 5:00 pm that day that they told her friends she could have a bed if they paid \$100 up front. They went scrambling around for money. My aunt told me that the banks were closed at 3:00 pm in those days, and that was a lot of money to have in the house, so she went from door to door gathering up the money. My mother did have a doctor who was reached and arranged for her transfer to another hospital. The insurance card hadn't helped to admit her; she was left in the corridor, filthy dirty, as she says, all day long after a serious accident. So serious that she was in the hospital for weeks after that.” (p. 45)

Source: Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.

A — She triaged for the community?

E — That's right. We lived in a very poor area in the east end of Montreal, and people came to see her to find out if she thought there was something serious enough for them to go to the doctor, since that would cost money they didn't have. I don't really know how much she knew. And then, in 1945, she and a group of others who came from the same small town in Lithuania decided to band together, pool their resources and hire

A — Elle faisait le triage pour la collectivité ?

E — Exactement. On vivait dans un secteur très pauvre de l'est de Montréal, et tout le monde venait la voir afin de déterminer si leur problème de santé était assez grave pour justifier d'aller chez le médecin car cela coûtait des sous et ils n'avaient pas d'argent. Je ne sais pas vraiment l'envergure de ses connaissances. Ensuite, en 1945, elle et un groupe de personnes de la même petite ville de Lituanie ont décidé de se regrouper, de mettre leurs ressources en commun et d'engager leur propre médecin. Ils ont embauché un médecin à temps partiel et, ainsi, nous n'avons jamais eu de problème. C'était vraiment quelque chose de très exceptionnel à cette époque, et j'ai conclu que c'était une sacrée bonne idée d'avoir un médecin disponible au moment où vous en aviez besoin, surtout lorsque que vous pouviez partager la facture.

A — Peu de temps après, en 1959, le gouvernement fédéral a mis en place un régime d'assurance-hospitalisation à frais partagés, n'est-ce pas ?

their own doctor. They hired a half-time doctor, and so we never had a problem. That was something quite exceptional for that time, and it made me think it was a damn good idea to have a doctor available to you when you needed one by sharing the cost.



E — Oui, c'était super, mais nous aurions dû avoir une assurance pour les soins médicaux d'abord. J'imagine que, d'un certain point de vue, cela semblait une bonne idée car les soins hospitaliers étaient coûteux et appauvrieraient les gens. Mais, en

A — Shortly after that, in 1959, the federal government introduced a cost-shared hospital insurance plan, didn't it?

E — Yes, it was terrific but we should have insured medical care first. I guess from many perspectives it seemed like a sensible idea because hospital care was expensive and it was pauperizing. But in the end it proved to be a mistake because people got used to the idea that they had to go to the hospital to get care. And doctors would keep people in the hospital for a little longer if they needed the care, because it didn't cost them anything.

A — Did you say pauperizing? Made into paupers?

E — That's right. Because hospitals were expensive. But insuring hospital care first made people feel that hospitals were the guarantor of health, and it concentrated services there, which is really expensive. I guess one can be smart after the fact.

A — And how did you start working in this field?

E — I got into health by accident. I was executive director of the Age and Opportunity Centre in Winnipeg and after I left, in 1972, the Health Minister called and asked me to serve on the Manitoba Health Services Commission. Several years later, I also chaired that commission. That really put me into the position of becoming quite knowledgeable, because the commission funded everything, hospitals, nursing homes, and medical care.

A — You were pivotal in setting up Manitoba's acclaimed home care system.

bout de ligne, ce fut une grave erreur parce que les gens se sont habitués à l'idée qu'ils devaient se rendre à l'hôpital pour recevoir des soins. Et, bien sûr, les médecins gardaient les gens à l'hôpital un peu plus longtemps si ces derniers avaient besoin de soins car cela ne leur coûtait rien.

A — Avez-vous dit appauvrir ? Rendre les gens pauvres ?

E — C'est ça. Parce que les hôpitaux coûtaient cher. Mais, en assurant les soins hospitaliers en premier, les gens pensaient que les hôpitaux étaient une garantie de santé, et cela entraînait une concentration de services dans les hôpitaux, et cela est vraiment dispendieux. J'imagine qu'il est plus facile de faire preuve d'intelligence après les faits.

A — Comment en êtes-vous venue à travailler dans ce domaine ?

E — Je suis venue à la santé par accident. J'étais directrice exécutive du Age and Opportunity Centre à Winnipeg et, après mon départ en 1972, le ministre de

La vie avant l'assurance-maladie

« Ils ont fait des radiographiques et découvert que, entre autres, elle avait le bassin fracturé puis ils l'ont laissée dans le couloir. Ce n'est qu'après 17 h, cette même journée, qu'ils ont dit à ses amis qu'elle pourrait avoir un lit s'ils payaient 100 \$ immédiatement. Ils ont essayé de trouver l'argent. Ma tante m'a dit que, dans ces années-là, les banques fermaient à 15 h et qu'une telle somme ne se trouvait pas dans les maisons. Alors, elle a fait du porte à porte pour amasser l'argent. Ma mère avait toutefois un médecin avec qui on a communiqué et il a organisé son transfert à un autre hôpital. La carte d'assurance n'avait pas aidé lors de l'admission; elle avait été laissée dans le corridor, sale et répugnante, comme elle dit, pendant toute la journée après un si grave accident. Tellement grave qu'elle est restée à l'hôpital pendant des semaines. » (p. 45)

Source: Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.



E — I had been saying publicly for some time that Manitoba needs a home care program. For example, I had a phone call from a landlady who rented an apartment to a woman who was 92 years old. She had been in hospital to have a cancer operation and had been sent home. The landlady visited and found that she hadn't eaten for 10 days. So we called the hospital and said, how could you send someone home like this? And we were told, well, the doctor thought she was doing very well and she could go home. Nobody thought to check to see if there was anybody at home. So when the Deputy Minister called me and said, are you ready to put your money where your mouth is, I went to work with the province for 2 years. I committed myself for only 2 years because I wanted to back to my university department.

la Santé m'a téléphoné et m'a demandé si j'accepterais de faire partie de la Commission sur les services de santé du Manitoba. Plusieurs années plus tard, j'ai aussi été présidente de cette commission. Cela m'a permis d'acquérir un vaste éventail de connaissances car la commission finançait tout, les hôpitaux, les foyers de soins, et les soins médicaux.

Determinants of Health

- A wealth of evidence from Canada and other countries supports the notion that the socio-economic circumstances of individuals and groups are equally or more important to health status than medical care and personal health behaviours, such as smoking and eating patterns.
- In 2002, 400 social and health policy experts, community representatives and health researchers convened at York University in Toronto for a conference entitled "Social Determinants of Health across the Life-Span." An overview of the conference, published in collaboration with Health Canada, highlights nine important social determinants of health in Canada:
 - income inequality
 - social inclusion and exclusion
 - employment and job security
 - working conditions
 - contribution of the social economy
 - early childhood care
 - education
 - food security
 - housing

Sources: Evans et al., 1994; Frank, 1995; Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, 1999) http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/overview_implications/01_overview.html

A — Vous avez joué un rôle charnière dans la mise en œuvre du système de soins à domicile au Manitoba.

E — Depuis un bon moment, je disais publiquement que le Manitoba avait besoin d'un programme de soins à domicile. Un jour, je reçois un appel d'une propriétaire qui louait un appartement à une femme de 92 ans qui était allée à l'hôpital, avait été opérée pour un cancer et avait reçu son congé de l'hôpital. La propriétaire lui avait rendu visite et s'était aperçue qu'elle n'avait pas mangé depuis 10 jours parce qu'elle ne pouvait pas prendre soin d'elle-même. Nous avons alors téléphoné à l'hôpital et nous leur avons demandé comment ils avaient pu renvoyer à la maison une personne dans un tel état. On nous a répondu que le docteur pensait qu'elle allait très bien et qu'elle pouvait retourner à la maison. Personne n'a pensé vérifier s'il y avait quelqu'un d'autre à la maison. Alors, lorsque le sous-ministre m'a téléphoné et m'a demandé si j'étais prête à joindre l'acte à la parole, je suis allée travailler pour la province pour deux ans. Je me suis seulement engagée pour deux ans parce que je voulais retourner à mon département à l'université.

A — So you went back?

A — Et vous êtes retournée ?

E — Oui, et c'est à ce moment que j'ai commencé à mener des recherches sur les soins à domicile parce



E — Yes. That's when I started doing research on home care, because there was very little literature available on the subject. In journal after journal, it was hard to find anything on the topic.



Evelyn Shapiro with friends
Evelyn Shapiro et des amies

Photo: Evelyn Shapiro

A — Of course, home care isn't under medicare in Canada. It varies from province to province.

E — I really don't think it should be under medicare. Medicare only covers what is called medically-necessary care, nursing or rehab, and people could get that, maybe for a while, if they come home from hospital. But I would say about 75 percent of people who need home care need what is primarily home support. Keeping people healthy, keeping the house sanitary and safe, that is what keeps people

que la littérature se faisait rare à ce sujet. Il était très difficile de trouver quoi que ce soit à ce sujet dans les revues scientifiques.

A — Bien sûr, les soins à domicile ne font pas partie de l'assurance-maladie au Canada. Cela varie d'une province à l'autre.

E — Je pense vraiment que cela ne devrait pas être couvert par l'assurance-maladie. L'assurance-maladie couvre seulement les « soins médicalement nécessaires », les soins infirmiers ou la réadaptation et, à leur sortie de l'hôpital, les gens pouvaient recevoir ces soins, du moins pour un certain temps. Toutefois, je dirais qu'environ 75 pour cent des gens qui ont besoin de soins à domicile ont surtout besoin de soutien à domicile.

Maintenir les gens en santé, assurer l'hygiène et la sécurité de la maison, voilà comment on peut éviter aux gens d'aller à l'hôpital. Cela fait aussi une grande différence par rapport aux admissions à l'hôpital.

Les déterminants de la santé

- Une foule de données en provenance du Canada et d'autres pays soutiennent la notion selon laquelle la situation socio-économique des personnes et des groupes est aussi importante, sinon plus, pour l'état de santé que les soins médicaux et les comportements personnels tels que le fait de fumer et les habitudes alimentaires.
- En 2002, 400 spécialistes en politique sociale et en matière de santé, des représentants des collectivités et des chercheurs médicaux se sont réunis à l'Université York de Toronto dans le cadre d'une conférence sur les déterminants de la santé au cours de toute une vie. Un aperçu de la conférence, publié en collaboration avec Santé Canada, met en lumière neuf importants déterminants sociaux de la santé au Canada :
 - l'inégalité des revenus
 - l'inclusion et l'exclusion sociales
 - la sécurité d'emploi
 - les conditions de travail
 - la contribution de l'économie sociale
 - les services de garde de la petite enfance
 - l'éducation
 - la sécurité alimentaire
 - le logement

Sources : Evans et coll., 1994; Frank, 1995; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999) http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/apercu_repercussions/01_apercu.html

out of hospital. It also makes a big difference in terms of hospital admissions.

A — I know you are not in favour of tendering systems for companies that provide home care.

E — Most provinces have some kind of home care, but, in some of them, it has limits, costs, and wait lists. It would be great to have the same standards across Canada, but in some places now care varies even within provinces because of regionalization. At least in Manitoba we know that home care is the same and delivered, if needed, without service charges throughout the province. But tendering — that is really the worst you can possibly imagine. There have been studies done elsewhere and in Ontario, where there is tendering, and you just don't get continuity of care. If you get people who are permanently incapacitated like the paraplegics, you could have different home care workers coming through and have to show them how you need very personal things done for you over and over.

A — There was some risk to home care in Manitoba, wasn't there?

E — The government wanted to parcel the services out to for-profit companies, and that led to a strike of personal care workers. Crazy as it sounds, the caregivers of people on homecare — the wives and husbands, the relatives, the unpaid caregivers — they were the people who really come out in force to support the strikers. You wouldn't think they'd be able to, but they did. The strike ended when the government agreed to confine the privatization agreement

A — Je sais que vous n'êtes pas en faveur des systèmes de soumissions pour les compagnies offrant des soins à domicile.

E — La plupart des provinces ont une forme de soins à domicile mais, dans certaines provinces, ces soins sont limités, il y a des coûts et des listes d'attente. Ce serait superbe si nous avions les mêmes normes partout au Canada mais, à certains endroits, les soins varient même au sein des provinces en raison de la régionalisation. Au Manitoba, au moins, nous savons que les soins à domicile sont les mêmes partout dans la province et que ces soins sont dispensés lorsqu'ils sont nécessaires sans qu'il y ait de frais. Quant aux soumissions, c'est probablement le pire que vous puissiez imaginer. Des études ont été menées ailleurs et, en Ontario, où il y a un système de soumissions, ils n'arrivent pas à assurer une continuité des soins. Dans le cas des personnes handicapées pour la vie, par exemple les paraplégiques, différents travailleurs en soins personnels viennent à la maison, et il faut, à chaque fois, leur expliquer comment vous voulez que les choses se fassent, et nous parlons ici de soins très personnels.

A — Les soins à domicile au Manitoba ont couru un certain danger, n'est-ce pas ?

E — Le gouvernement voulait diviser les services pour que certains soient dispensés par des compagnies à but lucratif, mais cela s'est soldé par une grève des travailleurs en soins personnels. Vous ne me croirez pas, mais les soignants qui s'occupaient des personnes à domicile — les épouses, les maris, la parenté, i.e. les soignants ne recevant aucun salaire — ont été les personnes qui sont vraiment sorties en force pour



to one area of Winnipeg and for only one year. In the end, all those receiving home care went back into the government program.

A – Are there times when you get discouraged about medicare?

E – Every time I read the paper. I’m not joking. It gets you down, because I feel I am being constantly barraged by articles that complain about medicare, that ask why can’t people just pay for their own doctor if they want to, and that really bugs me.

A – How optimistic are you about the future?

E – I know Canadians strongly support medicare, but I am worried. I am very worried for two reasons. First of all, those of us who predate medicare – those of us who fought really hard to get universally-insured health care and to whom it meant a lot to be a community together, sharing risks – are aging or dying. The son of a friend, who is not only a fan but a strong proponent of medicare, he said to me, “Listen, I haven’t got time. I am a lawyer and time is money. I’ll pay an extra amount just to see a doctor if he will see me faster.” I couldn’t believe it! I said, “Are you really saying that?” And he says, “Well, I haven’t got time.” You see there is a whole different attitude, and these are influential people, some of whom may even become policy makers. They want to buy priority. That is really scary.

A – So you see a gap between what most of the population might experience, and even want, and the policy makers, and how they see things?



appuyer les grévistes. On pourrait penser qu’ils n’en seraient pas capables mais ils l’ont fait. La grève a pris fin lorsque le gouvernement a consenti à limiter l’entente relative à la privatisation à un secteur de Winnipeg et seulement pour un an. En bout de ligne, toutes les personnes qui recevaient des soins à domicile ont été réintégrées dans le programme gouvernemental.

A –Y a-t-il des périodes où vous êtes découragée par rapport à l’assurance-maladie ?

E – À chaque fois que je lis les journaux ou presque. Je ne blague pas. C’est décourageant parce que je sens que je suis constamment bombardée par des articles dans lesquels on se plaint de l’assurance-maladie et dans lesquels on demande pourquoi il n’est pas possible de payer pour son propre médecin si on le désire. Cela m’agace vraiment.

A – Êtes-vous optimiste par rapport à l’avenir?

E – Je sais que les Canadiens appuient fortement le régime d’assurance-maladie, mais je suis inquiète. Je suis vraiment inquiète pour deux raisons. Premièrement, ceux d’entre nous qui sommes plus anciens que l’assurance-maladie sommes en train de vieillir ou de mourir. Je parle de ceux et celles qui se sont battus vraiment fort pour obtenir un régime universel de soins de santé et pour qui le concept d’une collectivité partageant ensemble les risques était important. Le fils d’un ami, qui est non seulement un partisan mais aussi un promoteur de l’assurance-maladie, m’a dit : « Écoutez, je n’ai pas le temps. Je suis avocat et le temps c’est de l’argent. Je vais payer une somme

E — Exactly, exactly. It is a constant worry, because insurance companies and pharmaceutical companies have almost unlimited resources to fund a barrage of propaganda against medicare and to lobby our governments to privatize health care. The amount they spend! But the reasons for medicare are no different now than they were when it started — it is really important for a society to share the costs and benefits of universally-insured health care.

A — What is your prescription for the future?

E — I think the thing we need to do is understand and continue to support medicare. But we also have to improve the ways in which we organize and deliver health services to the population. What's wrong needs to be fixed, and that's not easy. But we have to make sure that we remain true to the principles of medicare.

supplémentaire si cela veut dire que je peux voir le médecin plus rapidement. » Je ne pouvais le croire ! J'ai dit : « Est-ce vraiment cela que tu es en train de dire ? » Il a répondu : « Que voulez-vous, je n'ai pas le temps ». Bref, il y a une attitude tout à fait différente chez ces personnes, et il s'agit de personnes très influentes qui pourraient être les décideurs de demain. Ils veulent acheter la priorité, et cela fait vraiment peur.

A — Vous voyez donc un écart entre ce que la majeure partie de la population pourrait obtenir, et même vouloir, et les décideurs et leur façon de voir les choses ?

E — Exactement, exactement. C'est une source constante d'inquiétude parce que les compagnies pharmaceutiques et d'assurances ont des ressources presque illimitées et peuvent financer une propagande contre l'assurance-maladie et faire pression auprès du gouvernement pour qu'il privatise les soins de santé. Si vous saviez les sommes que ces compagnies dépensent ! Or, les raisons justifiant l'assurance-maladie ne sont pas différentes de ce qu'elles étaient au tout début — c'est vraiment important qu'une société partage les coûts et les avantages d'un régime universel de soins de santé.

A — Que prescrivez-vous pour l'avenir ?

E — Nous devons comprendre l'assurance-maladie et continuer à l'appuyer. Nous devons mieux organiser les services de santé et améliorer la façon dont nous les offrons à la population. Nous devons régler les problèmes, et ce n'est pas facile. Mais nous devons nous assurer de demeurer fidèles aux principes de l'assurance-maladie.





Sharon Sholzberg-Gray

Photo: Canadian Healthcare Association / Association canadienne des soins de santé

Sharon Sholzberg-Gray has been an articulate and respected advocate for Canada’s publicly funded medicare program through much of her career. She was co-chair for seven years of the Health Action Lobby, a coalition of national organizations aimed at strengthening medicare, and also defended medicare in her role as president and chief executive officer of

Pendant la majeure partie de sa carrière, Sharon Sholzberg-Gray s’attire le respect lorsqu’elle défend, avec éloquence, le régime des soins de santé canadien financé par les deniers publics. Pendant sept ans, elle est co-présidente du Groupe d’intervention action santé, une coalition regroupant des organismes nationaux dont le but est de renforcer le système de soins de santé. Elle défend aussi le régime d’assurance-maladie lorsqu’elle est présidente-directrice générale de l’Association canadienne des soins de santé. Cette association dont elle est la présidente depuis 1998 est une fédération d’hôpitaux et d’organismes de santé provinciaux et territoriaux comptant parmi ses membres les régies régionales de la santé et les hôpitaux (L’ancien nom de cette association était Association canadienne des hôpitaux). Sharon Sholzberg-Gray est aussi l’ancienne directrice exécutive de l’Association canadienne des soins à long terme et l’ancienne directrice exécutive de l’Association canadienne de soins et services communautaires.

the Canadian Healthcare Association. The association, which she has headed up since 1998, is a federation of provincial and territorial health and hospital organizations whose members include regional health authorities and hospitals. (It was formerly known as the Canadian Hospital Association.) Sholzberg-Gray was formerly executive director of the Canadian Long-Term Care Association and executive director of the Canadian Association for Community Care.



A – Pourquoi défendez-vous l’assurance-maladie ?

S – J’ai toujours été une personne pour qui l’accès aux programmes sociaux et l’égalité d’accès à ces programmes étaient importants. N’oubliez pas que, dans notre pays, l’assurance-maladie est un programme qui crée l’équité par rapport à l’accès aux services. Je

A – Why do you defend medicare?

S – I have always been somebody who cared about accessibility to social programs and equity of access to

health services. Remember medicare is a program that creates equity in our country regarding access to services. I consider it to be a great redistributive program. We are all in this together and have a collective responsibility to provide health services for all Canadians, and I think that is really important. I also feel strongly that if the public system is only there for those who are poor, that is, if we had a totally two-tier system, inevitably there would be one system

for the poor, of low quality, and one for the wealthy, high quality.

A – I take it your organization shares these views.

S – Our board favours a vision where Canadians have access to a continuum of comparable health services wherever they live in this country irrespective of ability to pay. If you have a government that doesn't care about pan-Canadian objectives and the national principles of medicare and the importance of



S – Certaines personnes semblent y voir la solution magique. Ce n'est pas notre cas. Nos membres croient en l'utilisation efficace de l'argent des contribuables pour dispenser des services, et voilà le véritable problème. Idéologiquement, nous ne sommes pas contre la prestation des soins par le secteur privé. Nous disons simplement que, preuves à l'appui, cela ne fait pas économiser d'argent et

Two-Tier Health Care

Two-tier health care siphons scarce doctors and health professionals out of the public system to serve wealthy queue-jumpers, limiting access and increasing wait times for the rest.

There is no evidence *anywhere* that a two-tier system shortens waiting lists.

In the US, private insurance premiums have almost doubled since 2000, rising by 87%. In the same period, wages rose only 2% after inflation. Half of personal bankruptcies are due to medical bills.

Source: Canadian Health Coalition.

considère qu'il s'agit d'un magnifique programme en matière de redistribution. Nous sommes tous dans le bain et nous avons la responsabilité collective d'offrir des services de soins de santé à tous les Canadiens, et je pense que c'est vraiment important. Or, si le système public était seulement en place pour les pauvres, i.e. si nous avions un système entièrement à deux vitesses, il y aurait inévitablement un système pour les pauvres, de piètre qualité, et un pour les riches, de grande qualité.

A – Je présume que votre organisation partage ces opinions.

S – Notre conseil d'administration privilégie une vision selon laquelle les Canadiens ont accès à un éventail de services de santé comparables, qu'importe l'endroit où ils vivent au pays et indépendamment de leur capacité à payer. Si vous avez un gouvernement qui ne se soucie pas des objectifs pancanadiens ou des principes nationaux associés à l'assurance-maladie ou de l'importance de les mettre en valeur, comme ce fut le cas de temps en temps, la situation sera encore plus difficile, parce que nous croyons que les services sont comparables dans tout le pays.

A – Que pensez-vous de la prestation des soins de santé par le secteur privé ?

asserting them, which we have from time to time, that is going to make the situation more difficult, because we believe in this comparability of services across the country.

A — What about private delivery of care?

S — Some people seem to think this is a magic solution. We don't. Our members are biased towards the efficient use of tax dollars in delivering services, and that is the real issue. We are not ideologically biased against private delivery. However, the evidence shows it doesn't save money and doesn't do anything to enhance quality of care. CHA takes an evidence-based approach. That is our position which seems to me a very defensible position, and don't forget our board represents the entire political spectrum. They come representing their provincial and territorial organizations, and some of them have been appointed by their respective governments to their provincial boards.

A — It can get confusing, distinguishing between private for-profit and private not-for-profit.

S — Isn't it complex? Well, the hospitals of Ontario, for instance, are really private entities — they are just private not-for-profit. We certainly think public funding is really important for the essential parts of health care, so people won't have barriers put in front of them between health services and their needs. On the private delivery side, we would always look at the evidence. When it comes to clinical services, we start to get a little concerned, to say the least, because of cherry picking, because of cream

ne fait rien pour améliorer la qualité des soins. L'Association canadienne des soins de santé (ACS) adopte une approche fondée sur des preuves. C'est notre position, et cette position me semble facile à défendre. Il ne faut pas oublier que notre conseil d'administration représente tout l'éventail politique. Ils viennent pour représenter leur association provinciale ou leur organisme territorial, et certains d'entre eux ont été nommés à leur conseil d'administration provincial par leur gouvernement respectif.

A — C'est un peu mêlant de faire la distinction entre privé à but lucratif et privé à but non lucratif.

S — C'est complexe, n'est-ce pas ? Les hôpitaux de l'Ontario, par exemple, sont vraiment des entités privées – ils sont seulement privés, sans but lucratif.

Bien sûr, nous pensons que le financement public des volets essentiels des soins de santé est vraiment important afin qu'aucune barrière ne soit érigée entre les services de santé et les besoins des gens. Du côté de la prestation par le privé, nous allons toujours tenir compte des études. Toutefois, lorsqu'il s'agit de services cliniques, nous commençons à être un peu inquiets, c'est le moins qu'on puisse dire, en raison de la pratique de la

Les soins de santé à deux vitesses

Les soins de santé à deux vitesses agissent comme un siphon. Les médecins et les professionnels de la santé, déjà en quantité limitée, quittent le système public pour s'occuper des gens bien nantis qui passent alors avant leur tour, limitant ainsi l'accès aux moins nantis et augmentant les délais d'attente.

Il n'existe, *nulle part au monde*, de preuve selon laquelle un système à deux vitesses diminue les listes d'attente.

Depuis 2000, les primes d'assurances privées ont presque doublé aux É.-U.; elles ont augmenté de 87 %. Au cours de la même période, les salaires ont augmenté de 2 % seulement si l'on tient compte de l'inflation. La moitié des faillites personnelles sont attribuables aux factures médicales.

Source : Coalition canadienne de la santé.



skimming — there is a lot of money to be made from doing simple things over and over and over — and we note that if money is going to be scooped up for profits, it is not going to be there for care. I keep going back to the experiences of our American friends. The American Hospital Association is very concerned about small private clinics that do easy things and send the complex

things to the doors of their full service hospitals which are mostly community-based. Eighty percent of American hospitals are not-for-profit.

A — Some people would say that if the public could pay more out of pocket or through user fees, we could save money.

S — Well I don't know who would be saving the money. Somebody has to pay, you either pay through your taxes and you have a more equitable system and equitable access, or you pay out of pocket personally, and most people can't pay out of pocket except for minor things.

A — I think the argument is that people could get private insurance.

S — No insurers insure people who are already sick, as we know, and if the solution is to buy insurance when you need care, well, there isn't an insurer who is going to sell me insurance for

sélection et de l'écumoire – on peut faire beaucoup d'argent en faisant des choses simples à répétition. Or, si l'argent est alloué seulement dans le but de faire des profits, il n'y en plus qui reste pour les soins. Je reviens toujours à ce qu'ont vécu nos amis américains. La American Hospital Association est inquiète par rapport aux petites cliniques privées qui font les choses faciles et acheminent les choses compliquées à la porte des hôpitaux qui offrent tous les services, hôpitaux communautaires pour la plupart, et 80 pour cent des hôpitaux américains sont à but non lucratif.

A — Certains pourraient dire que si le public payait davantage de sa poche, ou s'il y avait des tickets modérateurs, nous pourrions économiser de l'argent.

S — Je ne sais pas au juste qui économiserait de l'argent. Quelqu'un doit payer la facture, et vous payez soit par l'entremise des impôts et vous avez alors un système plus équitable et un accès plus équitable, ou vous payez personnellement de votre poche, et la plupart des gens ne peuvent pas payer de leur poche, sauf pour les choses mineures.

A — Je crois que l'on pourrait argumenter en disant que les personnes pourraient souscrire à une assurance privée.

S — Aucune compagnie d'assurances n'accepte d'assurer une personne qui est déjà malade, vous le savez. Si la solution consiste à souscrire à une assurance lorsque vous avez besoin de soins, eh bien, aucune compagnie d'assurances n'acceptera de me vendre une assurance pour une chirurgie au genou parce que j'ai de l'arthrite dans les deux genoux. Personne ne vous vend de

Life Before Medicare

“An ambulance came and took my father, writhing on a stretcher, to the Ottawa Civic Hospital. On arrival, they demanded that my father give a cheque and he had to fill one out, writhing, on the spot, before they admitted him.” (p. 45)

Source: Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.



knee surgery, because I have osteoarthritis in both knees. No one sells you insurance for anything you are going to need, or need now, or that is based on a pre-existing condition. What is really going to happen is cost-shifting to employers who provide health insurance benefits, and I am not sure why people think there is cost savings to be gleaned from employers paying twice as much for health insurance for each worker. All it is going to do is drive us out of business in Canada, because we won't be economically competitive.

A — Do you think that most Canadians think of medicare as something rather broader than the strict definition?

S — I think they think of medicare as a whole health system, an integrated health system. Most Canadians don't even realize it is a physician and hospital-based service and that all of the other services that they may be entitled to are really dependent on where they live, because some provinces are more comprehensive about what they provide. The Canada Health Act provides for a physician and hospital-based system.

A — Canada is unique with its 100 percent funding of physicians and hospitals, isn't it?

S — What Europeans do have is more comprehensive coverage than we have, but more partial coverage. In other words, they cover hospitals, doctors, pharmaceuticals, home care, long-term care, and everything, but not at 100 percent as we cover doctors and hospitals. But it seems to me that our medicare base is a



l'assurance pour quelque chose dont vous avez besoin maintenant ou aurez besoin dans l'avenir ou pour un problème relié à une condition préexistante. Ce qui va arriver c'est que le coût va être refilé aux employeurs qui offrent des prestations d'assurance-maladie, et je ne sais pas pourquoi les gens pensent qu'il y a une économie en coûts si les employeurs paient deux fois plus pour assurer chaque travailleur. Le résultat sera la fermeture de nos entreprises car nous ne serons plus concurrentiels sur le plan économique.

A — Pensez-vous que la plupart des Canadiens pensent que l'assurance-maladie comprend davantage que ce qui est compris dans sa définition la plus stricte ?

S — Je pense qu'ils considèrent l'assurance-maladie comme un système de santé complet, un système de santé intégré. La plupart des Canadiens ne se rendent même pas compte qu'il s'agit des services médicaux et hospitaliers, et que tous les autres services auxquels ils pourraient avoir droit dépendent vraiment de l'endroit où ils vivent car certaines provinces offrent des services plus complets. La Loi canadienne sur la santé prévoit un système fondé sur les frais de médecin et d'hôpital.

A — Le Canada est unique avec son financement à 100 pour cent des services médicaux et hospitaliers, n'est-ce pas ?

La vie avant l'assurance-maladie

« Une ambulance est venue chercher mon père. Il se tordait de douleur sur la civière et on l'a conduit à l'Hôpital civique d'Ottawa. À son arrivée, ils lui ont demandé de rédiger un chèque et il a dû en faire un, malgré sa douleur atroce, avant qu'il soit admis. » (p. 45)

Source: Heeney, Helen (1995). Life Before Medicare: Canadian Experiences. The Stories Project. Ontario Coalition of Senior Citizen Organizations. Canada.

good base. There is a good argument for having 100 percent coverage for physician and hospital services, and then there is another group of services that can be funded with some co-payments, provided access is protected.

Preventive Care

In its broadest sense, clinical prevention can be defined as a clinician/patient interaction that promotes health and prevents illness or injuries. Clinical prevention includes an array of procedures ranging from counselling, screening, and immunization to chemoprophylaxis in asymptomatic individuals.

In Canada, the primary care setting offers an excellent opportunity for implementing prevention. Over 50 percent of physicians are either general practitioners or family physicians. They can play a pivotal role in prevention.

Source: Public Health Agency of Canada.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinique-clinique/pdf/guide.pdf>

A — You have referred to the federal government as the guardian of medicare.

S — The federal government was a guardian of medicare, because it introduced it nationally in the first place. Putting dollars to those principles was important. So probably our low-water mark was the federal budget cuts in the mid-1990s. I think we at the Canadian Healthcare Association played a big

role in helping to convince the federal government to pay its fair share of medicare and to be committed to national medicare and to making sure the provinces deliver certain outcomes, which culminated in the 2004 Health Accord. Some governments don't care about the use of the federal spending power to achieve pan-Canadian objectives, but it seems to me the only reason you want to spend money on medicare, if you are the federal government is to achieve



S — En fait, les Européens sont couverts davantage que nous, mais c'est une couverture plus partielle. En d'autres mots, services hospitaliers, médecins, médicaments, soins à domicile, soins de longue durée, et tout sont couverts mais non pas à 100 pour cent comme c'est le cas ici par rapport aux médecins et services hospitaliers. Toutefois, il me semble que la base de notre assurance-maladie est une bonne base. C'est un bon argument pour justifier une couverture de 100 pour cent des services médicaux et hospitaliers, et il y a un autre groupe de services qui pourraient être financés par une forme quelconque de quote-part en autant que l'accès aux soins soit protégé.

A — Vous avez fait référence au gouvernement fédéral en tant que gardien de l'assurance-maladie.

S — Le gouvernement fédéral a été un gardien de l'assurance-maladie parce que, premièrement, il l'a adoptée à l'échelle nationale. Il était important d'allouer de l'argent pour appuyer ces principes. Si notre réservoir est à un bas niveau, c'est probablement en raison des compressions budgétaires fédérales du milieu des années 1990. À l'Association canadienne des soins de santé, je crois que nous avons joué un rôle important pour convaincre le gouvernement fédéral de tout faire pour payer sa juste part de l'assurance-maladie et s'engager par rapport à l'assurance-maladie nationale et s'assurer que les provinces atteignent certains résultats. Le point culminant de tout cela a été l'Accord de 2004 sur la santé. Certains gouvernements se soucient peu d'utiliser leur pouvoir de dépenser pour atteindre les objectifs canadiens, mais il me semble que, si vous êtes le gouvernement fédéral, la seule raison de vouloir

objectives: compliance with the Canada Health Act is one, results or outcomes based on the Health Accord is another. I mean you want to get something of benefit for all Canadians from spending this money.

A – What would you like to see happen in the future?

S – I do think it is going to be important to have integrated approaches to health system spending. In a sense there are two separate solitudes – on the one hand, there is the health system budget, and on the other, there is a physicians’ budget negotiated separately. Yet it is doctors who order all the tests and prescribe the drugs that the health system – ultimately the government – pays for. That is a challenge for the future.

A – What is another?

S – Well, I consider public/private issues to be crucial. Notice I didn’t even mention wait times, the reason being that I think the wait times issue is a symptom of broader issues than long waits themselves. I think Canadians absolutely deserve timely access to care, but they are wrong if they think they need next day care for elective surgery. The real issue is to keep people well. For example, if people with a chronic diseases like diabetes could either keep their diabetes under control or better still never get it, there wouldn’t be as much need for diabetes-related foot amputations, or treatment for heart problems. So you have to work on the demand side by keeping people well, managing chronic diseases and having a good

dépenser de l’argent pour l’assurance-maladie est si vous voulez atteindre les objectifs : le respect de la Loi canadienne sur la santé en est un, les résultats fondés sur l’Accord sur la santé en sont un autre. Ce que je veux dire c’est que cet argent dépensé doit faire en sorte que tous les Canadiens en retirent quelque chose.

A – Qu’est-ce que vous aimeriez voir dans l’avenir ?

S – Je crois qu’il est vraiment important d’avoir des approches intégrées par rapport aux dépenses associées au système de soins de santé. D’une certaine manière, il y a deux solitudes distinctes. D’un côté, vous avez le budget du système des soins de santé et, de l’autre, un budget pour les médecins qui est négocié séparément. Or, ce sont les médecins qui prescrivent les tests et les médicaments payés par le système de soins de santé – ultimement le gouvernement. C’est le défi de l’avenir.

A – Y en a-t-il un autre ?

S – Les questions de type secteur privé-secteur public sont cruciales. Comme vous pouvez le constater, je n’ai même pas parlé des délais d’attente, parce que je pense

Soins préventifs

Dans son acception la plus large, la prévention clinique peut être définie comme une interaction clinicien-patient qui favorise la santé et qui prévient les maladies ou les blessures. Elle englobe toute une gamme d’interventions, qui vont du counselling à la chimioprophylaxie auprès des sujets asymptomatiques, en passant par le dépistage et l’immunisation.

Au Canada, le réseau des services de première ligne est particulièrement approprié à l’intégration des pratiques préventives. Plus de 50 % des médecins sont omnipraticiens ou médecins de famille, d’où le rôle capital qu’ils peuvent jouer en prévention.

Source : Agence de la santé publique du Canada.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/pdf/guidf.pdf>



primary care system. That, together with integrated lists and appropriate management pathways, would help resolve wait times problems. Also the issue is one of appropriateness and quality of services, not just quantity.

A — Are you hopeful?

S — I am feeling a ray of hope. Canadians really get good value for their taxes in terms of the health services they get. We are very efficient in terms of the amount we spend — contrary to all the myths. But one thing I am thinking about is that the shortage of health human resources isn't going to make it easy to do a lot of these things we need to do, and I think there are varying levels of commitment on the part of various governments in this country to the vision of medicare, or equity of access. Some of them wish they could take the load off their shoulders somehow, but that is because they are not thinking of the alternative, which is not to have competitive businesses in their regions through shifting costs to employers or to have people who do without care.

que les délais d'attente sont davantage un symptôme d'un problème bien plus grave. Je crois que les Canadiens méritent vraiment d'avoir accès, en temps opportun, à des soins, mais ils font erreur s'ils pensent qu'ils ont besoin de soins dès le lendemain lorsqu'il s'agit de chirurgie électorive. Le véritable problème est d'arriver à maintenir les gens en santé. Par exemple, si les gens qui ont une maladie chronique comme le diabète pouvaient contrôler leur diabète ou, mieux encore, ne jamais développer le diabète, il n'y aurait pas autant d'amputations du pied ou de traitements des problèmes cardiaques. Tout cela combiné aux listes intégrées et à une gestion appropriée pourrait aider à résoudre le problème des délais d'attente. Il s'agit d'une question de pertinence et de qualité de services, et non pas seulement de quantité.

A — Avez-vous de l'espoir ?

S — Je sens un rayon d'espoir. Les deniers publics sont bien gérés, et les Canadiens bénéficient vraiment de services de santé de qualité. Nous sommes efficaces par rapport à la somme d'argent dépensée – contrairement à tous les mythes. Toutefois, en raison de la pénurie de ressources humaines en santé, ce ne sera pas facile de faire plusieurs de ces choses que nous voulons faire, et je pense que les différents gouvernements au pays ne souscrivent pas, au même niveau, à la vision de l'assurance-maladie ou à l'équité d'accès. Certains aimeraient se départir de la responsabilité d'une façon quelconque, mais c'est parce qu'ils ne considèrent pas l'alternative qui est l'absence de concurrence économique dans leurs régions si les coûts sont refilés aux employeurs ou ils oublient les personnes qui devront se passer de soins.





Beth Bronson, 2007

Photo: Erick Walsh

Beth Bronson was not aware of the history of medicare in Canada until she started thinking about going into nursing. "I knew we had it, but that's about all." She learned a lot, quickly.

Today, the University of Ottawa nursing student is president of the Canadian Nursing Students' Association and

co-chair of the New Health Professionals Network (NHPN). The network was established in 2004 to advocate for strengthening medicare and to highlight the need for interdisciplinary team-based health care. It is a coalition representing 25,000 students, interns and residents in seven health professions — nursing, medicine, pharmacy, social work, physiotherapy, occupational therapy and

Jusqu'à ce qu'elle pense à faire carrière en soins infirmiers, Beth Bronson ne connaissait pas l'histoire du régime d'assurance-maladie au Canada. « Je savais que nous l'avions, mais c'est à peu près tout. » Elle a appris beaucoup et rapidement.

Aujourd'hui, elle est étudiante en soins infirmiers à l'Université d'Ottawa et présidente de l'Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada et co-présidente du Réseau des nouveaux professionnels de la santé (RNPS). Le réseau a été créé en 2004 dans le but de renforcer le système public de soins de santé et mettre en lumière l'importance des équipes interdisciplinaires dans le système de soins de santé. Il s'agit d'une coalition représentant 25 000 étudiants, internes et résidents et sept professions de la santé, soit les soins infirmiers, la médecine, la pharmacie, le travail social, la physiothérapie, l'ergothérapie et la chiropratique. Il est tout à fait approprié que le site Web du RNPS soit www.futurefaceofmedicare.ca. [Le visage humain de soins de santé de demain]. Créées en 2005, les Bourses



Tommy Douglas pour commémorer l'assurance-maladie sont l'une des initiatives prestigieuses initiées dans le but de reconnaître les projets interdisciplinaires innovateurs mis sur pied par des groupes de professionnels de la santé qui collaborent, dans le cadre du régime d'assurance-maladie, pour offrir des soins de classe mondiale.

chiropractic. Appropriately enough, the NHPN website is www.futurefaceofmedicare.ca. One of the more high profile initiatives of the NHPN is the Tommy Douglas Celebration of Medicare Awards, launched in 2005, to recognize innovative interdisciplinary projects in

New Health Professionals Network

Founding mandate

“As the next generation of health professionals, we will be caring for patients in the healthcare system over the next five decades. We have grown up with Medicare, and are committed to working and caring for our patients in a publicly-funded, single-tier system.”

Source: New Health Professionals Network, Statement of Purpose <http://www.futurefaceofmedicare.ca>

which groups of health care professionals work together, within medicare, to provide world class care.

Armed with the knowledge she has acquired in the past few years, Bronson now finds herself explaining and often defending medicare to acquaintances and family friends when she returns to her Alberta hometown

of St. Albert, a community just outside Edmonton. These exchanges can sometimes be “quite challenging.” But Bronson believes it is very important for Canadians to be talking amongst themselves about these issues. “As much as I hate to hear the opposite side, debate and discussion about medicare is just so important,” she emphasized. (The “opposite side” she is referring to is those who advocate for privatized or two-tier medicine, so that those who can afford it can get care privately, faster.)

Emergency medicine resident Dr. Alim Pardhan is treasurer for the Professional Association of Internes and Residents of Ontario (PAIRO) and recently represented the NHPN at a Canadian Nurses

Grâce aux connaissances acquises au cours des dernières années, Bronson se retrouve maintenant à défendre l'assurance-maladie ou à l'expliquer à des personnes qu'elle connaît ou à des amis lorsqu'elle se rend dans sa ville natale

de St. Albert (Alberta) située près d'Edmonton. Ces discussions peuvent parfois être « très intenses ». À son avis, il est important que les Canadiens parlent, entre eux, des problèmes. « Autant je déteste entendre le côté opposé, il n'en demeure pas moins que le débat et les discussions au sujet de l'assurance-maladie sont vraiment très importants », souligne-t-elle. (Lorsqu'elle parle du « côté opposé », elle fait référence aux personnes qui luttent pour la médecine privée ou à deux vitesses permettant à ceux qui ont de l'argent de recevoir des soins privés, plus rapidement).

Le docteur Alim Pardhan, résident urgentiste, est trésorier de l'Association professionnelle des internes et des résidents de l'Ontario (Professional Association



Dr. Alim Pardhan, 2007

Photo: Alim Pardhan



Association meeting. "Our members are among the providers who will actually be responsible for delivering care over the next 40 years," he reminded his audience. In Pardhan's view, Canadians have "more doubts about medicare now than ever before. PAIRO's members are the future doctors of medicare, and I'm convinced that the public will be able to get the care they need within the public system rather than having to turn elsewhere." From his perspective as an emergency room resident physician, the argument against two-tier medicine is very clear. Already emergency rooms end up providing a lot of primary – not emergency – care to patients who lack ready access to family doctors. More privatized medicine would mean fewer health professionals in the public system, and that would bring even more patients who can't afford to pay for private care to emergency wards for basic health care. Health care, says Pardhan, is a "team sport": "We understand that the future of the health care system is in multidisciplinary health care teams." Such teams improve patient care, and health care practitioners are also "stronger when we align ourselves with one another in practice, principles and advocacy."

Kroum Pavlov, an NHPN co-chair who will be entering the third year of his physiotherapy degree at the University of Ottawa, says that knowing what other health professionals do "makes a vital differenceWe've always worked a lot with nurses, but now with direct access to physiotherapists, our relations with doctors are even more important," he explained. Most provinces now allow direct access, whereby patients do not need a doctor's referral in order to make an appointment with a physiotherapist. But physiotherapists still need doctors, for example,

of Internes and Residents of Ontario - PAIRO). Récemment, il a représenté le RNPS lors de la rencontre de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. « Nos membres font partie des fournisseurs qui seront, en fait, responsables de la prestation des soins au cours des 40 prochaines années », précise-t-il à l'auditoire. Selon Pardhan, les Canadiens ont « présentement plus de doutes que jamais auparavant au sujet de l'assurance-maladie. Les membres de PAIRO sont les futurs médecins de l'assurance-maladie, et je suis convaincu que le public pourra obtenir les soins dont il a besoin dans le cadre du système public plutôt que s'adresser ailleurs ». Du point de vue de ce résident urgentiste, l'argument contre une médecine à deux vitesses est très clair.

Déjà, les salles d'urgence se retrouvent à dispenser beaucoup de soins primaires, non pas des soins d'urgence, aux patients qui n'ont pas de médecin de famille. Une médecine privatisée signifierait qu'il y aurait moins de professionnels de la santé dans le système public et, par le fait même, davantage de patients, ceux qui ne peuvent se payer des soins privés se rendraient à l'urgence pour des soins de santé primaires. Selon Pardhan, les soins



Réseau des nouveaux professionnels de la santé

Mandat

« En tant que représentants de la future génération de professionnels de la santé, nous soignerons les patients dans le cadre du système de soins de santé au cours des cinq prochaines décennies. Nous avons grandi avec le régime public de soins de santé et nous sommes engagés à travailler et à prendre soin de nos patients dans un régime public de soins de santé à une vitesse. »

Source : Réseau des nouveaux professionnels de la santé, Nos objectifs. <http://www.futurefaceofmedicare.ca>.

Pan-Canadian Health Human Resource Strategy

The people who deliver care, Canada's Health Human Resources (HHR), are at heart of any health care system. Canada faces a number of HHR challenges in terms of supply, mix, distribution, retention, recruitment and training.

The 2004 Health Accord, signed by all the first ministers, sets a health-renewal agenda based on a broad consensus with Canadians including the Romanow Commission.

The Government of Canada committed \$85 million in 2003 with \$20 million allocated for annual funding to address pan-Canadian HHR needs.

Snapshot: the History of the Pan-Canadian Health Human Resource Strategy:

September 2000 – Accord 2000: First Ministers identify HHR as a Provincial/Territorial priority

February 2003 – Accord 2003: First Ministers reaffirm HHR as a Federal/Provincial/Territorial priority and the federal government allocates \$85M to HHR renewal. On-going fundraising of \$20M annually for Strategy

September 2004 – Accord 2004: First Ministers commit \$5.5B over 10 years to wait times reduction, including ongoing collaborative work on HHR

February 2005 – Budget 2005: Provided \$75M in funding over 5 years for the Internationally Educated Health Professionals Initiative

Source: Pan-Canadian Health Human Resource Strategy: 2005-2006 Annual Report, Health Canada 2006. ISBN: 0-662-44014-5 (PDF Version) Cat. No.: H1-9/19-2006E

when they want a particular test such as a Magnetic Resonance Imaging (MRI) performed for a patient. "It is important for doctors to know about us as colleagues who are out there," says Pavlov who is external affairs representative for the National Students' Assembly of the Canadian Physiotherapy Association.

The principles that the NHPN espouses include a need to protect the wellness of the health care workforce and to ensure that the diversity

de santé sont un « sport d'équipe ». « Nous comprenons que l'avenir du système de soins de santé repose sur les équipes multidisciplinaires en soins de santé. » De telles équipes améliorent les soins dispensés aux patients et les professionnels de la santé sont plus « forts » lorsqu'ils harmonisent leurs efforts que ce soit dans leur pratique, par rapport aux principes ou en matière de défense des intérêts.

Kroum Pavlov, un des co-présidents du RNPS, en est à sa troisième année en physiothérapie à l'Université d'Ottawa et il souligne que le fait de savoir ce que font les autres professionnels de la santé « fait vraiment une différence... Nous avons toujours travaillé avec beaucoup d'infirmières mais, maintenant, avec l'accès direct à la physiothérapie, nos relations avec les médecins sont encore plus importantes », précise-t-il. La plupart des provinces permettent maintenant l'accès direct, i.e. les patients n'ont pas besoin d'être référés par un médecin pour prendre rendez-vous avec un physiothérapeute. Mais les physiothérapeutes ont encore besoin des médecins lorsque, par exemple, ils ont besoin d'un test d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour un patient. « Il est important que les médecins sachent que nous sommes des collègues », mentionne Pavlov qui est le représentant des affaires extérieures pour l'Assemblée nationale des étudiants de l'Association canadienne de physiothérapie.

Un des principes auquel adhère le RNPS est la nécessité de protéger le bien-être des travailleurs de la santé et faire en sorte que la diversité de la population canadienne soit reflétée parmi les fournisseurs de soins de santé. Cela sous-entend :



of the Canadian population be reflected in healthcare providers, which implies that education be financially accessible to all.

But maintaining and improving medicare is a paramount concern. "We are not prepared to stand idly by and witness the erosion of the principle of equal access for all citizens to quality healthcare as a result of an increasingly fragmented and privatized health care system," Pardhan told the nursing meeting. "Let us work with you to fix this system that we are so proud to be a part of."

éducation financièrement accessible à tous. Toutefois, le maintien et l'amélioration du système public de soins de santé est une préoccupation majeure. « Nous ne sommes pas prêts à être des témoins passifs de l'érosion du principe d'accès égal à des soins de qualité pour tous les citoyens en raison d'un système de soins de santé de plus en plus fragmenté et privatisé », précise Pardhan lors de la rencontre avec les infirmières. « Laissez-nous travailler avec vous pour régler les problèmes d'un système dont nous sommes si fiers de faire partie. »



Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé

Les personnes qui assurent la prestation des soins, i.e. les ressources humaines en santé (RHS), sont au cœur de tout système de soins de santé. Le Canada doit relever de nombreux défis par rapport aux RHS sur le plan de l'approvisionnement, de la composition, de la répartition, du maintien en poste, du recrutement et de la formation.

L'Accord sur la santé de 2004, signé par tous les premiers ministres, énonce les mesures prioritaires pour le renouvellement de soins de santé et se fonde sur un vaste consensus à la suite des consultations auprès des Canadiens, y compris la Commission Romanow.

Le gouvernement du Canada s'est engagé à consacrer 85 millions de dollars en 2003, dont 20 millions de dollars alloués en financement annuel pour répondre aux besoins des RHS pancanadiennes.

Aperçu : Historique de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé.

Septembre 2000 – Accord de 2000 : les premiers ministres établissent les RHS comme une priorité provinciale et territoriale.

Février 2003 – Accord de 2003 : les premiers ministres confirment les RHS comme une priorité fédérale, provinciale et territoriale et le gouvernement fédéral attribue 85 millions de dollars au renouvellement des RHS. Financement continu annuel de 20 millions pour la Stratégie.

Septembre 2004 – Accord de 2004 : les premiers ministres allouent 5,5 milliards de dollars répartis sur 10 ans pour la réduction du temps d'attente, y compris le travail de collaboration continue sur les RHS.

Février 2005 – Budget 2005 : prévoit un fonds de 75 millions de dollars sur 5 ans pour l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger.

Source : Rapport annuel 2005-2006 : Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé, Santé Canada 2006. ISBN: 0-662-72478-X (Version PDF) Cat : H1-9/19-2006F.

**Justice Emmett Hall
1898-1994**

In 1957, John Diefenbaker's Conservatives won enough seats and formed a federal minority government. In January 1961, Diefenbaker asked Justice Emmett Hall to lead a Royal Commission into healthcare. Hall's assignment was timely, given the charged health care climate in Saskatchewan due to then-premier Tommy Douglas' plans to bring in legislation covering doctors similar to the 1947 hospital care legislation.

Hall brought his legal training and judicial bearing to the work, assembling the evidence and closely questioning hundreds of witnesses to appear before him in public hearings. He was struck by the obvious gaps in the health care system, the inequitable access to services, and the generally poor health of many Canadians.

Hall stunned the country with his report in 1964 by proposing a publicly-financed and administered health plan similar to the one in Saskatchewan, not only for medical and hospital care but also for a wide range of other health services, including prescription drugs and dental care for children. The Liberal government of Lester Pearson, after some indecision, passed enabling legislation in 1966, and Hall became known as a father of medicare.

Source: University of Regina, Encyclopedia of Saskatchewan

**Justice Emmett Hall
1898-1994**

En 1957, les conservateurs de John Diefenbaker remportent suffisamment de sièges pour former un gouvernement fédéral minoritaire. En janvier 1961, Diefenbaker demande au juge Emmett Hall de présider une Commission royale sur les soins de santé. Le mandat de Hall tombe à point étant donné le climat tendu qui entoure les soins de santé en Saskatchewan à la suite

des intentions de Tommy Douglas, alors premier ministre de cette province, d'adopter une loi sur les soins médicaux similaire à la loi de 1947 sur les soins hospitaliers. Hall s'appuie alors sur sa formation en droit et son expérience judiciaire pour faire ce travail. Il rassemble les preuves et entend des centaines de témoins dans le cadre de consultations publiques. Il est étonné des lacunes évidentes du système de soins de santé, de l'accès inéquitable aux services, et de la piètre santé de plusieurs Canadiens.

En 1964, le rapport soumis par Hall stupéfie le pays. Il y propose un régime de santé financé et géré par l'État, similaire à celui de la Saskatchewan, et couvrant non seulement les soins médicaux et hospitaliers mais aussi un grand éventail de services de santé, dont les médicaments d'ordonnance et les soins dentaires pour les enfants. Le gouvernement libéral de Lester Pearson, après quelques hésitations, adopte les mesures législatives nécessaires en 1966, et Hall devient connu comme l'un des pères du régime d'assurance-maladie.

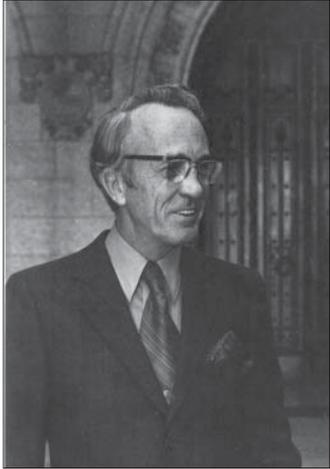
Source : Université de Regina, Encyclopedia of Saskatchewan



Tommy Douglas and Justice Emmett Hall at SOS Medicare, 1979
Tommy Douglas et le juge Emmett Hall à la conférence SOS Medicare, 1979

**T.C. "Tommy" Douglas
1904-1986**

In 2004, nearly twenty years after his death, Tommy Douglas was voted "The Greatest Canadian" in a national CBC Television contest. Among the nominees who Douglas edged out for the title were Lester Pearson, Pierre Trudeau and Terry Fox.



Tommy Douglas on Parliament Hill
Tommy Douglas sur la Colline du Parlement

Photo: Canadian Centre for Policy Alternatives
Centre canadien de politiques alternatives

Tommy Douglas was born on October 20, 1904, in Falkirk, Scotland. His family emigrated to Canada in 1910, settling in Winnipeg. They returned to Glasgow during the first world war, and once again moved to Winnipeg when Douglas was 14.

In 1934, Douglas, a Baptist Church Minister in Weyburn, made his first venture into electoral politics by running unsuccessfully as a provincial candidate for the Farmer-Labour Party in Saskatchewan.

While he was deliberating over the next move, the superintendent of the Baptist Church in Western Canada told him he had to choose between politics or the church – he couldn't have both.

That ultimatum did not prevent Douglas from running again in the 1935 federal election as the CCF candidate in the federal constituency of Weyburn, when he became one of the first CCF members to sit in the House of Commons. He would serve as an MP for nine years.

In 1941, he was elected President of the Saskatchewan provincial party and became provincial leader when George Williams went overseas during the Second World War. With

**T.C. « Tommy » Douglas
1904-1986**

En 2004, presque vingt ans après sa mort, Tommy Douglas a été élu « Le plus grand Canadien » dans un concours national télévisé de CBC. Parmi les candidats que Douglas a dépassé pour le titre, on retrouve Lester Pearson, Pierre Trudeau et Terry Fox.

Tommy Douglas est né le 20 octobre 1904, à Falkirk, en Écosse. Sa famille a ensuite émigré au Canada en 1910 pour s'installer à Winnipeg. Ils sont retournés ensuite à Glasgow durant la première guerre mondiale pour revenir à Winnipeg lorsque Tommy avait 14 ans.

En 1934, Douglas, ministre de l'église baptiste de Weyburn, s'est lancé pour la première fois en politique en se présentant sans succès comme candidat provincial pour le parti Farmer-Labour de Saskatchewan.

Tandis qu'il se demandait ce qu'il ferait par la suite, le surintendant de l'église Baptiste de l'Ouest du Canada lui a dit qu'il devait choisir entre la politique ou l'église et qu'il ne pouvait pas avoir les deux.

Cet ultimatum n'a pas empêché Douglas de se présenter à nouveau en 1935, lors de l'élection fédérale, à titre de candidat de la CCF dans le comté fédéral de Weyburn. Il est alors devenu le premier membre de la CCF à siéger à la Chambre des Communes. Il y serait pendant neuf ans.

En 1941, il fut élu Président du parti provincial de la Saskatchewan et chef provincial lorsque George Williams est parti outre-mer durant la Deuxième Guerre Mondiale. Avec l'approche d'une élection en 1942, Douglas a activé un cabinet fantôme des comités du parti et a organisé les députés sous C.M. Fines.

Douglas a démissionné de son siège fédéral pour diriger la CCF de Saskatchewan et, dans une élection mémorable du 15 juin 1944, il a dirigé le parti à une victoire massive, gagnant 47 de 53 sièges.

À l'âge de 39 ans, il est devenu chef du premier gouvernement socialiste démocratique d'Amérique du Nord.

À titre de premier ministre de la Saskatchewan, il a présidé à la naissance de l'assurance-hospitalisation publique et de l'assurance-maladie. Après cinq mandats à titre de premier ministre, Douglas a mené des réformes qui ont fait de la société de Saskatchewan un groupe progressiste et prospère.



an election seeming imminent by 1942, Douglas activated a shadow cabinet of party committees and organized sitting MLAs under C.M. Fines.

Douglas resigned his federal seat to lead the Saskatchewan CCF and, in the memorable election of June 15, 1944, he led the party to a massive victory, winning 47 of 53 seats. At the age of 39, he became head of the first democratic socialist government in North America.

As Premier of Saskatchewan he presided over the birth of public hospitalization and medicare. Through his five terms as Premier, Douglas pioneered reforms which made Saskatchewan society both progressive and prosperous.

In 1944, pensioners were granted free medical, hospital and dental services, and the treatment of diseases such as cancer, tuberculosis, mental illnesses and venereal diseases was made free for all.

In 1947, Douglas introduced universal hospitalization at a fee of \$5 per year per person. "It is paid out of the treasury. Instead of the burden of those hospital bills falling on sick people, it is spread over all the people," Douglas said. In 1959, twelve years later, when the province's finances seemed to him to be strong enough, Douglas announced the coming of the medicare plan. It would be universal, pre-paid, publicly-administered, provide high quality care, including preventive care, and be accepted by both providers and receivers of the medical service.

Building on the 1944 campaign slogan of Humanity First, the first CCF budget devoted 70 percent of its expenditures to health, welfare and education. School districts were enlarged to a more efficient size; teachers' salaries were raised; the University of Saskatchewan was expanded to include a medical college.

Tommy Douglas political achievements included his most memorable, North America's first government-run medical care insurance plan; also public automobile insurance, rural electrification, and a host of other innovative social programs.

When he died on February 24, 1986, at the age of 81, Douglas was heralded as "a man who did good deeds in a naughty world."

Source: Douglas-Coldwell Foundation
www.dcf.ca/en/tommy_douglas.htm

En 1944, les pensionnés ont obtenu des services médicaux, d'hospitalisation et dentaires gratuits en plus du traitement gratuit pour des maladies telles que le cancer, la tuberculose, les maladies mentales et les maladies transmissibles sexuellement pour l'ensemble de la population.

En 1947, Douglas a présenté l'hospitalisation universelle à 5 \$ par année par personne. « Ces frais sont payés par la trésorerie. Les malades n'ont pas à absorber le fardeau des frais médicaux, ils sont répartis pour tout le monde », a expliqué Douglas. En 1959, douze ans plus tard, lorsque les finances de la province semblaient assez solides, Douglas a annoncé l'entrée en vigueur d'un régime d'assurance-maladie. Ce régime serait universel, prépayé, sous l'administration publique, offrant des soins de haute qualité (y compris les soins préventifs) et serait accepté par les fournisseurs et les récepteurs de services médicaux.

Le premier budget de la CCF était dans la foulée du slogan de campagne de 1944 soit « L'humanité d'abord » et il consacrait 70 pour cent des dépenses à la santé, au bien-être et à l'éducation. Les districts scolaires ont augmenté pour atteindre une taille efficiente, les salaires des professeurs ont augmenté, l'université de Saskatchewan a pris de l'expansion pour inclure un collège médical.

Les réussites politiques de Tommy Douglas ont inclus sa réussite la plus mémorable, soit le premier régime d'assurance-maladie gouvernemental, en plus de l'assurance automobile publique, l'électrification rurale et de nombreux autres programmes sociaux innovateurs.

À sa mort le 24 février 1986, à l'âge de 81 ans, Tommy Douglas était considéré comme « un homme qui a fait du bon travail dans un monde méchant ».

Source: Fondation Douglas Coldwell
www.dcf.ca/fr/tommy_douglas_fr.htm

