



First Session
Thirty-ninth Parliament, 2006-07

SENATE OF CANADA

*Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology*

Proceedings of the Subcommittee on

Population Health

Chair:

The Honourable WILBERT J. KEON

Wednesday, February 21, 2007
Thursday, February 22, 2007
Wednesday, February 28, 2007

Issue No. 1

Organization meeting

and

First and second meetings on:

The impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's populations—known collectively as the social determinants of health

NOTE:

For the report to the Senate on the Budget 2007-08 of the Subcommittee on Population Health refer to Issue No. 19 of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-neuvième législature, 2006-2007

SÉNAT DU CANADA

*Comité sénatorial permanent des
Affaires sociales, des sciences et de la technologie*

Délibérations du Sous-comité sur la

Santé des populations

Président :

L'honorable WILBERT J. KEON

Le mercredi 21 février 2007
Le jeudi 22 février 2007
Le mercredi 28 février 2007

Fascicule n° 1

Réunion d'organisation

et

Première et deuxième réunions concernant :

Les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé

NOTA :

Pour le rapport au Sénat sur le budget 2007-2008 du sous-comité sur la santé des populations, voir le fascicule n° 19 du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck Cook	Cochrane Fairbairn, P.C.
------------------	-----------------------------

(Quorum 3)

Change in membership of the committee:

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

The name of the Honourable Senator Munson was substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*February 21, 2007*).

The name of the Honourable Senator Trenholme Counsell was substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn, P.C. (*February 21, 2007*).

The name of the Honourable Senator Eggleton, P.C. was substituted for that of the Honourable Senator Cook (*February 21, 2007*).

The name of the Honourable Senator Fairbairn, P.C. was substituted for that of the Honourable Senator Trenholme Counsell (*February 22, 2007*).

The name of the Honourable Senator Cook was substituted for that of the Honourable Senator Eggleton, P.C. (*February 22, 2007*).

The name of the Honourable Senator Eggleton, P.C. was substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn, P.C. (*February 22, 2007*).

The name of the Honourable Senator Callbeck was substituted for that of the Honourable Senator Munson (*February 22, 2007*).

The name of the Honourable Senator Fairbairn, P.C. was substituted for that of the Honourable Senator Eggleton, P.C. (*February 22, 2007*).

LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Callbeck Cook	Cochrane Fairbairn, C.P.
------------------	-----------------------------

(Quorum 3)

Modifications de la composition du comité :

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

Le nom de l'honorable sénateur Munson est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 21 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Trenholme Counsell est substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn, C.P. (*le 21 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Eggleton, C.P. est substitué à celui de l'honorable sénateur Cook (*le 21 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn, C.P. est substitué à celui de l'honorable sénateur Trenholme Counsell (*le 22 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Cook est substitué à celui de l'honorable sénateur Eggleton, C.P. (*le 22 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Eggleton, C.P. est substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn, C.P. (*le 22 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Munson (*le 22 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn, C.P. est substitué à celui de l'honorable sénateur Eggleton, C.P. (*le 22 février 2007*).

ORDER OF REFERENCE

Extract form the *Journals of the Senate* of Tuesday, November 28, 2006:

The Honourable Senator Keon moved, seconded by the Honourable Senator Segal:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health — including the effects of these determinants on the disparities and inequities in health outcomes that continue to be experienced by identifiable groups or categories of people within the Canadian population;

That the Committee examine government policies, programs and practices that regulate or influence the impact of the social determinants of health on health outcomes across the different segments of the Canadian population, and that the Committee investigate ways in which governments could better coordinate their activities in order to improve these health outcomes, whether these activities involve the different levels of government or various departments and agencies within a single level of government;

That the Committee be authorized to study international examples of population health initiatives undertaken either by individual countries, or by multilateral international bodies such as (but not limited to) the World Health Organization; and

That the Committee submit its final report to the Senate no later than June 30, 2009 and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until December 31, 2009.

After debate,

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

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

Extract of the *Minutes of Proceedings* of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology of Wednesday, February 21, 2007:

It was moved by the Honourable Senator Keon:

That a subcommittee on Population Health be established;

That the subcommittee consist of six (6) members, three (3) of whom shall constitute a quorum;

That the initial membership of the subcommittee be as follows: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon and Pépin;

ORDRES DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 28 novembre 2006 :

L'honorable sénateur Keon propose, appuyé par l'honorable sénateur Segal :

Que le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, entres autres les effets de ces déterminants sur les disparités et les inégalités sur le plan des résultats en santé auxquels sont exposés des groupes identifiables ou des catégories de personnes au Canada;

Que le Comité examine les politiques, les programmes et les pratiques du gouvernement qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé et les résultats en santé dans les différents segments de la population canadienne, et qu'il s'informe des moyens que les gouvernements pourraient prendre pour mieux concerter leurs activités en vue d'améliorer les résultats en santé, que ces activités mettent à contribution les différents ordres de gouvernement ou divers ministères et services au sein d'un seul ordre de gouvernement;

Que le Comité soit autorisé à étudier des exemples internationaux d'initiatives en matière de santé de la population prises par des pays en particulier ou par des organismes internationaux multilatéraux tels l'Organisation mondiale de la santé, sans toutefois s'y limiter;

Que le Comité présente son rapport final au Sénat au plus tard le 30 juin 2009, et qu'il converse jusqu'au 31 décembre 2009 tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions.

Après débat,

La motion mise aux voix, est adoptée.

Extrait du *Procès-verbal* de la réunion du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie du mercredi 21 février 2007 :

L'honorable sénateur Keon propose :

Qu'un Sous-comité sur la santé des populations soit formé;

Que le sous-comité soit composé de six (6) membres, dont trois (3) constitueront le quorum;

Que le sous-comité soit composé des membres suivants : les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin;

That the subcommittee be authorized to send for persons, papers and records, whenever required, and to print from day to day such papers and evidence as may be ordered by it;

That, pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, the committee's authority to commit funds be conferred on the subcommittee;

That, pursuant to section 34 of the Financial Administration Act and Guideline 3:05 of Appendix II of the *Rules of the Senate*, the committee's authority for certifying accounts payable be conferred on the subcommittee;

That the committee's power to permit coverage by electronic media of meeting be conferred on the subcommittee; and

That the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 28, 2006 regarding the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population- known collectively as the social determinants of health, be referred to the subcommittee.

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

Que le sous-comité soit autorisé à convoquer des témoins, à faire produire des documents et des dossiers, et à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages qu'il juge à propos;

Que, conformément à l'article 32 de la Loi sur la gestion des finances publiques, l'autorisation d'engager les fonds du comité soit conférée au sous-comité; et

Que, conformément à l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques et à la directive 3:05 de l'annexe II du *Règlement du Sénat*, l'autorisation d'approuver les comptes à payer au nom du comité soit conférée au sous-comité;

Que le pouvoir du comité d'autoriser la diffusion des délibérations publiques par les médias d'information électronique soit conféré au sous-comité; et

Que l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 28 novembre 2006 au sujet des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, soit référé au sous-comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, February 21, 2007
(1)

[English]

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 4:55 p.m., this day, in room 705, of the Victoria Building, for the purpose of holding its organization meeting, pursuant to rule 88.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Cochrane, Eggleton, P.C., Keon, Munson, Pépin and Trenholme Counsell (6).

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

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Science and Technology Division; Odette Madore, Research Analyst, Economics Division

Also present: The official reporters of the Senate.

The subcommittee proceeded to organize, pursuant to rule 88.

The clerk of the subcommittee presided over the election of the chair.

It was moved by the Honourable Senator Cochrane that the Honourable Senator Keon be chair of this subcommittee.

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

The Honourable Senator Keon took the chair.

It was moved by the Honourable Senator Cochrane that the Honourable Senator Pépin be deputy chair of this subcommittee.

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

It was moved by the Honourable Senator Cochrane that the Chair and Deputy Chair be empowered to make decisions on behalf of the subcommittee with respect to its agenda, to invite witnesses, and to schedule hearings.

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

It was moved by the Honourable Senator Pépin that the subcommittee print its proceedings; and

That the Chair be authorized to set the number to meet demand.

It was agreed that, pursuant to rule 89, the Chair be authorized to hold meetings, to receive and authorize the printing of evidence when a quorum is not present, provided that a member of the subcommittee from both the government and the opposition be present.

It was agreed, that the subcommittee ask the Library of Parliament to assign research staff to the subcommittee;

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 21 février 2007
(1)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 55, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, pour tenir sa séance d'organisation, conformément à l'article 88 du Règlement.

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Eggleton, C.P., Keon, Munson, Pépin et Trenholme Counsell (6).

Autre sénateur présente : L'honorable sénateur Cook (1).

Également présents : De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste, Division des sciences et de la technologie; et Odette Madore, analyste, Division de l'économie.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Le sous-comité procède à l'organisation de ses travaux, conformément à l'article 88 du Règlement.

La greffière du sous-comité préside à l'élection à la présidence.

Il est proposé par l'honorable sénateur Cochrane que l'honorable sénateur Keon soit élu président du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Keon occupe le fauteuil.

Il est proposé par l'honorable sénateur Cochrane que l'honorable sénateur Pépin soit élue vice-présidente du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par l'honorable sénateur Cochrane que le président et la vice-présidente soient autorisés à prendre des décisions au nom du sous-comité relativement au programme, à inviter les témoins et à établir l'horaire des audiences.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par l'honorable sénateur Pépin que le sous-comité fasse imprimer ses délibérations; et

Que le président soit autorisé à déterminer le nombre d'exemplaires à imprimer pour répondre à la demande.

Il est convenu que, conformément à l'article 89 du Règlement, le président soit autorisé à tenir des réunions pour entendre des témoignages et à en permettre la publication en l'absence de quorum, pourvu qu'un représentant du gouvernement et un représentant de l'opposition soient présents.

Il est convenu que le sous-comité demande à la Bibliothèque du Parlement d'affecter des attachés de recherche au sous-comité;

It was agreed, that the subcommittee be authorized to retain services of such experts as may be required by the work of the subcommittee; and

That the Chair, on behalf of the subcommittee, direct the research staff in the preparation of studies, analyses, summaries, and draft reports.

It was moved by the Honourable Senator Keon, that pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, authority to commit funds be conferred individually on the Chair, the Deputy Chair, and the Clerk of the subcommittee; and

That, pursuant to section 34 of the Financial Administration Act, and Guideline 3:05 of Appendix II of the *Rules of the Senate*, authority for certifying accounts payable by the subcommittee be conferred individually on the Chair, the Deputy Chair, and the Clerk of the subcommittee.

It was moved by the Honourable Senator Pépin, that the subcommittee empower the Chair and Deputy Chair, as required, one or more members of the subcommittee and/or such staff as may be necessary to travel on assignment on behalf of the subcommittee.

It was moved by the Honourable Senator Munson, that the Chair and Deputy Chair be authorized to:

(1) determine whether any member of the subcommittee is on “official business” for the purposes of paragraph 8(3)(a) of the Senators Attendance Policy, published in the *Journals of the Senate* on Wednesday, June 3, 1998; and

(2) consider any member of the subcommittee to be on “official business” if that member is: (a) attending a function, event or meeting related to the work of the subcommittee; or (b) making a presentation related to the work of the subcommittee.

It was moved by the Honourable Senator Cochrane, that, pursuant to the Senate guidelines for witness expenses, the subcommittee may reimburse reasonable travelling and living expenses for one witness from any one organization and payment will take place upon application, but that the Chair be authorized to approve expenses for a second witness should there be exceptional circumstances.

At 4:59 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, February 22, 2007

(2)

[English]

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee of Social Affairs, Science and Technology met at 10:46 a.m. this day, in room 9 of the Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon presiding.

Il est convenu que le sous-comité soit autorisé à faire appel aux services des experts-conseils dont il peut avoir besoin dans le cadre de ses travaux; et

Que le président, au nom du sous-comité, dirige le personnel de recherche dans la préparation d'études, d'analyses, de résumés et de projets de rapports.

Il est proposé par l'honorable sénateur Keon que, conformément à l'article 32 de la Loi sur la gestion des finances publiques, l'autorisation d'engager des fonds soit conférée individuellement au président, à la vice-présidente et à la greffière du sous-comité; et

Que, conformément à l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques et à la directive 3:05 de l'annexe II du *Règlement du Sénat*, l'autorisation d'approuver les comptes créditeurs au nom du sous-comité soit conférée individuellement au président, à la vice-présidente et à la greffière du sous-comité.

Il est proposé par l'honorable sénateur Pépin, que le sous-comité autorise le président et la vice-présidente, au besoin, et un ou plusieurs membres du sous-comité, de même que le personnel nécessaire, à se déplacer au nom du sous-comité.

Il est proposé par l'honorable sénateur Munson que le président et la vice-présidente soient autorisés à :

1) déterminer si un membre du sous-comité remplit un « engagement public » au sens de l'alinéa 8(3)a) de la politique relative à la présence des sénateurs, publiée dans les *Journaux du Sénat* du mercredi 3 juin 1998; et

2) considérer qu'un membre du sous-comité remplit un « engagement public » si ce membre : a) assiste à une réception, à une activité ou à une réunion se rapportant aux travaux du comité; ou b) fait un exposé ayant trait aux travaux du comité.

Il est proposé par l'honorable sénateur Cochrane que, conformément aux lignes directrices concernant les frais de déplacement des témoins, le sous-comité rembourse les dépenses raisonnables de voyage et d'hébergement à un témoin par organisme, après qu'une demande de remboursement a été présentée, mais que le président soit autorisé à permettre le remboursement de dépenses à un deuxième témoin de ce même organisme en cas de circonstances exceptionnelles.

À 16 h 59, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 22 février 2007

(2)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 46, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Eggleton, P.C., Keon, Pépin and Trenholme Counsell (4).

Other senators present: The Honourable Senators Nancy Ruth and Munson (2).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Tim Riordan Raaflaub, Research Analyst, Political and Social Affairs Division, Howard Chodos, Research Analyst, Science and Technology Division; Odette Madore, Research Analyst, Economics Division

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 21, 2007, the committee began its study on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

WITNESSES:

World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health:

The Honourable Monique Bégin, Commissioner.

The Honourable Monique Bégin made a statement and answered questions.

At 12:16 p.m., pursuant to rule 92(2)(e) the subcommittee proceeded in camera for the purpose of examining a draft future agenda.

It was agreed that staff be permitted to stay in the room.

At 12:40 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, February 28, 2007
(3)

[English]

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 4:12 p.m. this day, in room 160-S, Centre Block, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, and Pépin (5).

Other senators present: The Honourable Senators Eggleton, P.C. and Trenholme Counsell (2).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Science and Technology Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cook, Eggleton, C.P., Keon, Pépin et Trenholme Counsell (4).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Nancy Ruth et Munson (2).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Tim Riordan Raaflaub, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des sciences et de la technologie; Odette Madore, analyste de la recherche, Division de l'économie.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 21 février 2007, le comité entreprend son étude des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

TÉMOINS :

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé :

L'honorable Monique Bégin, C.P., commissaire.

L'honorable Monique Bégin fait une déclaration puis répond aux questions.

À 12 h 16, conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement, le comité poursuit la séance à huis clos afin d'examiner une ébauche de programme pour ses futures réunions.

Il est convenu que le personnel soit autorisé à rester dans la salle.

À 12 h 40, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 28 février 2007
(3)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 12, dans la salle 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (5).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Eggleton, C.P., et Trenholme Counsell (2).

Également présent : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des sciences et de la technologie.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 21, 2007, the subcommittee began its study on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

WITNESSES:

Institute of Population Health:

Ronald Labonté, Canada Research Chair in Globalization and Health Equity.

School of Health Policy and Management, York University:

Dennis Raphael, Professor.

Provincial Health Services Authority, British-Columbia.:

Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control.

John Millar, Dennis Raphael and Ronald Labonté each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 6:02 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 21 février 2007, le comité entreprend son étude des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

TÉMOINS :

Institut de recherche sur la santé des populations :

Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé.

School of Health Policy and Management, Université York :

Dennis Raphael, professeur.

Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique :

Dr John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies.

John Millar, Dennis Raphael et Ronald Labonté font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

À 18 h 2, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Subcommittee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, February 21, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:55 p.m. to organize the activities of the subcommittee.

[English]

Josée Thérien, Clerk of the Committee: Honourable senators, we will start with the Subcommittee on Population Health.

As clerk of your committee, it is my duty to preside over the election of the chair. I am ready to receive a motion to that effect.

Senator Cochrane: I move that Senator Keon be chair of the subcommittee.

Ms. Thérien: It was moved by the Honourable Senator Cochrane that the Honourable Senator Keon do take the chair of this committee. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

Ms. Thérien: I declare the motion carried. I invite the Honourable Senator Keon to take the chair.

Senator Wilbert J. Keon (Chairman) in the chair.

The Chairman: We now need a motion for election of a deputy chair.

Senator Cook: I nominate Senator Lucie Pépin.

The Chairman: It has been moved that the Honourable Senator Pépin be deputy chair of the Subcommittee on Population Health. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt this motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We need a motion to approve that the Chair and Deputy Chair be empowered to make decisions on behalf of the subcommittee with respect to its agenda, to invite witnesses and to schedule hearings. May we have such a motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We need a motion.

Senator Cochrane: I so move.

The Chairman: Senator Cochrane. All in favour of this motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We need a motion that the subcommittee print its proceedings and that the Chair be authorized to set the number of meetings to meet demand.

Senator Pépin: I so move.

The Chairman: Thank you, Senator Pépin.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 21 février 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 55 pour organiser ses travaux.

[Traduction]

Josée Thérien, greffière du comité : Honorables sénateurs, nous commencerons la séance par les travaux du Sous-comité sur la santé des populations.

Il m'appartient en qualité de greffière du comité de présider à l'élection à la présidence. Je suis prête à recevoir une motion à cet effet.

Le sénateur Cochrane : Je propose que le sénateur Keon soit élu président du sous-comité.

Mme Thérien : Il est proposé par l'honorable sénateur Cochrane que l'honorable sénateur Keon assume la présidence du comité. Plaît-il au comité d'adopter la motion?

Des voix : D'accord.

Mme Thérien : Je déclare la motion adoptée. J'invite l'honorable sénateur Keon à occuper le fauteuil.

Le sénateur Wilbert J. Keon (président) occupe le fauteuil.

Le président : Nous devons maintenant recevoir une motion pour élire un vice-président.

Le sénateur Cook : Je propose la candidature du sénateur Lucie Pépin.

Le président : Il est proposé que l'honorable sénateur Pépin assure la vice-présidence du Sous-comité sur la santé des populations. Plaît-il au comité d'adopter la motion?

Des voix : D'accord.

Le président : Il nous faut une motion pour autoriser le président et la vice-présidente à prendre des décisions au nom du sous-comité relativement au programme, à inviter les témoins et à établir l'horaire des audiences. Plaît-il aux membres qu'une telle motion soit déposée?

Des voix : D'accord.

Le président : Une motion doit être proposée.

Le sénateur Cochrane : Je le propose.

Le président : Êtes-vous tous en faveur de la motion proposée par le sénateur Cochrane?

Des voix : D'accord.

Le président : Nous devons maintenant adopter une motion visant à autoriser le sous-comité à imprimer ses délibérations et le président à fixer le nombre de séances en fonction des besoins.

Le sénateur Pépin : Je le propose.

Le président : Merci, sénateur Pépin.

We need a motion that, pursuant to rule 89, the Chair be authorized to hold meetings and to receive and authorize the printing of the evidence when a quorum is not present, provided a member of the subcommittee from both the government and the opposition are present.

Senator Cook: I so move.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Would senators agree to motion 6, which is before them? We need a motion.

Senator Pépin: I so move.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Would senators agree to motion 7 that they have before them? We need a mover.

Senator Cook: I so move.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Would senators agree to motion 8? We need a mover.

Senator Pépin: So moved.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Would senators agree to motion 9? Senator Cook?

Senator Cook: I so move.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Would senators agree to motion 10? We need a mover. Senator Cochrane.

Senator Cochrane: I so move.

The Chairman: Before you we have a draft budget. For those of you who have questioned the budget, for this financial year the expenses of the witnesses will be paid for by the main committee so we do not have to budget for that. Our chairman has a budget, which he has agreed to share. Before you is a budget for \$3,700 for other expenses, for professional services, working meals and miscellaneous.

Senator Pépin: So moved.

Senator Cook: For clarification, Mr. Chairman, these monies come out of the current 2006-07 budget, which finishes March 31. Is that correct?

The Chairman: That is correct.

I believe that completes the business of our subcommittee, unless anyone has other business. We will adjourn now.

The subcommittee adjourned.

Nous devons adopter une motion qui, conformément à l'article 89 du Règlement, autorise le président à tenir des réunions pour entendre des témoignages et à en permettre la publication en l'absence de quorum, pourvu qu'un représentant du gouvernement et un représentant de l'opposition soient présents.

Le sénateur Cook : Je le propose.

Des voix : D'accord.

Le président : Êtes-vous tous en faveur de la motion n° 6? Nous devons adopter la motion.

Le sénateur Pépin : Je le propose.

Des voix : D'accord.

Le président : Êtes-vous tous en faveur de la motion n° 7? Nous avons besoin que quelqu'un propose la motion.

Le sénateur Cook : Je le propose.

Des voix : D'accord.

Le président : Êtes-vous tous en faveur de la motion n° 8? Nous avons besoin que quelqu'un propose la motion.

Le sénateur Pépin : Je le propose.

Des voix : D'accord.

Le président : Êtes-vous tous en faveur de la motion n° 9? Madame le sénateur Cook, voulez-vous la proposer?

Le sénateur Cook : Je le propose.

Des voix : D'accord.

Le président : Êtes-vous tous en faveur de la motion n° 10? Nous avons besoin que quelqu'un propose la motion. Madame le sénateur Cochrane, voulez-vous la proposer?

Le sénateur Cochrane : Je le propose.

Le président : Vous avez devant vous un budget préliminaire. Pour ceux et celles d'entre vous qui remettent en question le budget, le comité principal assumera les dépenses des témoins pour l'exercice en cours. Nous n'avons donc pas à prévoir des crédits pour cela. Notre président dispose d'un budget, qu'il a consenti de partager avec nous. Vous avez sous les yeux un budget de 3 700 \$ pour les autres dépenses liées aux services professionnels, aux repas de travail et aux frais divers.

Le sénateur Pépin : Je le propose.

Le sénateur Cook : Je crois comprendre, monsieur le président, que ces crédits proviennent du budget de 2006-2007 de l'exercice se terminant le 31 mars, n'est-ce pas?

Le président : C'est exact.

À moins que quelqu'un n'ait quelque chose à ajouter, nous pouvons interrompre les travaux du sous-comité.

La séance est levée.

OTTAWA, Thursday, February 22, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:46 a.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: There are a few senators still to come, but the time of our witness is extremely valuable. We want to get as much as we can in, so we will start now. We are deeply honoured to have the Honourable Monique Bégin here this morning, who is the Canadian Commissioner at World Health Organization. She has been involved in health for as long as I can remember, and has contributed so much to our country, including the Canada Health Act.

Ms. Bégin, please begin.

Hon. Monique Bégin, P.C., Commissioner, World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health: Thank you very much for your generous introduction, Mr. Chairman.

I was going to say “colleagues,” but I have never reached the level of the Senate. Members of the committee, I thought that for my first presentation on the topic I would use PowerPoint. I understand you have copies, and I will go more rapidly through some slides than others. There are 41 slides in total, but I will skip some of them.

I want to present the first scientific observations that led to the theory or the conceptual framework of the phrase we now use a lot, namely, “social determinants of health”: where it comes from, its creation, and then the work of the World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health, of which I am the only Canadian commissioner.

I made my presentation in English, but is it practical if I speak French at times? Mr. Chairman, please direct me. I have no problem if people interrupt and want to ask questions during my presentation, or is it preferable to do so at the end? What do you suggest?

The Chairman: As far as possible, we will try to let you make your presentation uninterrupted. However, if someone wishes to pinpoint something, they are certainly free to do so. We will reserve questions for the end as far as possible.

Ms. Bégin: As I could not figure out through your Internet site exactly what you were, I copied the mandate the way I found it on Google. This is the way I want to start.

OTTAWA, le jeudi 22 février 2007

Le Sous-comité de la santé de la population du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 10 h 46 afin d'examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

[*Traduction*]

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

Le président : Tous les sénateurs ne sont pas encore arrivés, mais, comme le temps de notre témoin est extrêmement précieux, nous allons commencer immédiatement, d'autant plus que nous voulons tirer le maximum de sa présence. C'est un grand honneur pour nous de recevoir ce matin Mme Monique Bégin, commissaire canadienne de l'Organisation mondiale de la santé. Elle s'intéresse à la santé depuis aussi longtemps que je me souviens et a beaucoup apporté à notre pays. Elle a parrainé notamment la Loi canadienne sur la santé.

Madame Bégin, la parole est à vous.

L'honorable Monique Bégin, C.P., commissaire, Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé : Merci beaucoup, monsieur le président, pour cette présentation élogieuse.

J'allais vous appeler « chers collègues », mais cela aurait été une erreur, puisque je n'ai jamais été nommée au Sénat. Mesdames et messieurs les membres du comité, pour mon premier exposé sur le sujet, j'ai pensé me servir du logiciel PowerPoint. Je crois que vous avez des imprimés de ma présentation. Il y a 41 diapositives au total, mais je commenterai certaines plus rapidement que d'autres et j'en sauterai quelques-unes.

Je veux vous présenter les premières observations scientifiques qui ont donné naissance à la théorie ou au cadre conceptuel qui est à l'origine de la notion de « déterminants sociaux de la santé », une expression que l'on utilise désormais beaucoup : son origine, sa création et ensuite les travaux de la Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé, dont je suis le seul commissaire canadien.

J'ai rédigé mon exposé en anglais, mais je pourrai également m'exprimer en français de temps à autre, si cela ne pose pas de problème sur le plan pratique. Monsieur le président, dites-moi, s'il vous plaît ce que je dois faire. Par ailleurs, les membres du comité peuvent m'interrompre s'ils le veulent pour me poser des questions au cours de mon exposé, mais peut-être préférez-vous réserver les questions pour la fin? Que me proposez-vous?

Le président : Si possible, nous allons essayer d'éviter de vous interrompre. Cependant, on pourra vous interrompre pour demander des précisions, mais dans la mesure du possible, nous allons garder les questions pour la fin.

Mme Bégin : Étant donné que je n'ai pas pu trouver de renseignements exacts sur votre site Internet, j'ai copié votre mandat directement tel que je l'ai trouvé sur Google. Voici comment j'aimerais commencer.

I entitled this slide, “The “Classless” Society?” because all of us in North America think we are egalitarian — Canadians maybe even more than others. We hate the notion that we have social classes. I am a sociologist by training and I know that every society in the world has social classes. When I was Minister of National Health and Welfare, we would never speak of “poor people”; we would say “low income” or “socio-economic status.” We masked the words to make them neutral and easier to digest so that they would not move us.

The British acknowledge that their society is a well-entrenched class system. They have a long tradition of research into this system. Two famous British studies — and some of your witnesses will mention them in passing, as if everyone was born knowing their names — are the Black study and the Whitehall study. Sir Douglas Black was a physician with a great and important role in Great Britain. He did not interview people or follow individuals. He used existing statistical and other documents, and tracked patterns of inequalities of health across Britain. He made a recommendation and his report concluded that, despite the National Health Service, big inequalities still existed in Great Britain. It was so shocking to the then government that Mrs. Thatcher tried to suppress the report. It was not permitted to be published. It was finally published only in 1992, which is surprising in today's world.

The existing publication, which we can find easily, has an added section written by Margaret Whitehead in a book entitled *The Great Divide*. Margaret Whitehead was a great researcher into social determinants of health. Almost parallel to that, the chair of my international commission, Sir Michael Marmot, started a study called Whitehall, which is far better known than the Black report. Mr. Marmot studied a great number of civil servants. Whitehall is the name of the street and the buildings where they work. He divided them into social class groups or social professional groups and studied them. I will come back to that study in a minute.

The Black report stated that during the first 35 years of the National Health Service, there was definite improvement in health, but a correlation still existed between social class and infant mortality rates, life expectancies and inequalities in the use of medical services. Sir Douglas Black concluded that if the mortality rate of the wealthiest social classes had been applied throughout the population of Great Britain during 1970-72, 74,000 lives of people under age 75 would not have been lost. We have difficulty believing that, but it is a fact that I hope will be taken into account in the work of your committee.

Why should we use the Whitehall study? As I said, that study was undertaken separately. In the slide, the yellow text is for those of us who are laypersons. In terms of non-medical training, the

J'ai intitulé cette diapositive « Une société “ sans classe ”? » Parce que nous autres les Nord-Américains, nous pensons que nous sommes très égalitaires — et les Canadiens peut-être encore plus que les autres. Nous rejetons l'idée qu'il puisse y avoir des classes sociales chez nous. Je suis sociologue de formation et je sais que les classes sociales existent dans toutes les sociétés du monde. Lorsque j'étais ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, on ne parlait jamais de « pauvres », on parlait de « faible revenu » ou « situation socioéconomique ». On transformait les mots pour les rendre plus neutres et plus acceptables afin de ne pas nous laisser émouvoir par eux.

Les Britanniques reconnaissent que leur société repose sur un système de classes bien établi. Ils ont une longue tradition de recherches sur ce système de classes. Les études de Black et de Whitehall sont deux recherches britanniques célèbres. Certains de vos témoins les mentionneront sans doute dans le cadre de leur présentation comme des grands classiques que tout le monde doit connaître. Sir Douglas Black était un médecin qui a exercé un rôle immense et important en Grande-Bretagne. Pour réaliser son étude, il n'a pas interrogé des gens ni observé des individus. Il s'est servi des statistiques existantes ainsi que d'autres documents pour étudier les modèles d'inégalité en matière de santé en Grande-Bretagne. Il a présenté une recommandation et conclu dans son rapport qu'en dépit du Service national de la santé, il existait de grandes disparités en Grande-Bretagne. Les conclusions du rapport étaient si choquantes que le gouvernement dirigé à l'époque par Mme Thatcher avait tenté de faire disparaître ce rapport et refusa d'en autoriser la publication. Finalement, le rapport ne fut publié qu'en 1992, ce qui paraît étonnant à notre époque.

La publication existante, que l'on peut se procurer facilement, a été mise à jour par Margaret Whitehead dans un ouvrage intitulé *The Great Divide*. Margaret Whitehead est une éminente universitaire qui s'est spécialisée dans la recherche sur les déterminants sociaux de la santé. Presque parallèlement, le président de ma commission internationale, sir Michael Marmot, avait commencé une étude intitulée Whitehall, qui est beaucoup plus connue que le rapport de Black. M. Marmot a étudié un grand nombre de fonctionnaires. Whitehall est le nom de la rue et des immeubles où travaillent ces fonctionnaires. Il les a répartis en plusieurs groupes selon leur classe sociale ou leur catégorie socioprofessionnelle et les a étudiés. Je reviendrai à cette étude dans une minute.

Le rapport de Black avait constaté une amélioration de la santé au cours des 35 premières années du Service national de la santé mais observé qu'il y avait une corrélation entre les classes sociales, les taux de mortalité infantile, l'espérance de vie et les inégalités par rapport à l'utilisation des services de santé. Sir Douglas Black avait conclu que si le taux de mortalité des classes sociales les plus riches s'était appliqué à la population de Grande-Bretagne entre 1970 et 1972, 74 000 personnes de moins de 75 ans auraient pu être sauvées. C'est difficile à croire, mais j'espère que votre comité tiendra compte de cette constatation dans ses travaux.

Pourquoi devrions-nous nous référer à l'étude de Whitehall? Comme je l'ai dit, cette étude a été réalisée indépendamment. Dans la diapositive, le texte en jaune est destiné aux profanes

general assumption, even today in the minds of many people, is that people with big jobs and big responsibilities have heart attacks. I say that in front of Dr. Keon, but that cliché is believed to be true by a great number of people in the population. That was the starting point of the study. If you read the Black reports you begin to wonder if that is true. That doubt was the starting hypothetical situation of Michael Marmot and his team.

We are not talking about soft science; we are talking about cardiovascular functions, smoking, and then some socio-economic data, for example, car ownership, angina, leisure, diabetes, et cetera. The study was a mix of solid economic indicators as well as solid health indicators.

Whitehall II is an ongoing longitudinal study that tracks a number of civil servants. The first conclusions of Whitehall II confirm conclusions in Whitehall I. That is, people at the bottom of the hierarchy have a higher risk of heart attacks, and the lower they are in the hierarchy, the higher the risk. The same applied to all the major causes of death, and I listed them in the slide. This shocking reality is backed by statistics — not only in the U.K. but also in Canada, where research shows the same thing.

Whitehall also observed that men and women with low job control have a higher risk. The importance of the psychosocial work environment — job stress, lack of skill utilization, tension, lack of clarity in tasks, household income and factors such as a socially cohesive neighbourhood or the opposite — are both positive and negative factors.

The next graph shows, “Long Spells of Sickness Absence by Grade.” We see, age adjusted or fully adjusted, how people in low social professional jobs, people in lower positions, have a much higher absenteeism than people in the top category of employment.

Do socio-economic differences in mortality persist after retirement? That question was studied in a 25-year follow-up of civil servants from the first Whitehall study. Relative differences in mortality between low and high employment grades are less after retirement, suggesting the importance of work in generating inequalities in health.

On the lighter side, but still scientifically demonstrated, people with Ph.D.s live longer than those with a master's degree; those with master's live longer than those with bachelor degrees;

comme moi. Beaucoup de gens qui ne sont pas spécialistes du domaine médical pensent, même encore de nos jours, que les personnes qui occupent des emplois importants et qui ont de grosses responsabilités sont plus enclins aux accidents cardiaques. Je le dis ici en présence du Dr Keon, mais c'est un cliché qui est très courant dans la population. Telle était l'hypothèse générale de l'étude. Quand on lit le rapport de Black, on commence à se demander si c'est vrai. C'est ce doute qui fut à l'origine de l'hypothèse posée par Michael Marmot et son équipe de chercheurs.

Il ne s'agissait pas de recherches en sciences humaines, mais de recherches portant sur des données telles que les fonctions cardiovasculaires, le tabagisme ainsi que des données socioéconomiques telles que la possession d'une automobile, l'angine de poitrine, les loisirs, les passe-temps, le diabète, et cetera. L'étude se penchait donc sur un certain nombre d'indicateurs économiques valables ainsi que sur des indicateurs fiables de la santé.

La deuxième étude de Whitehall est une étude longitudinale continue qui a suivi un certain nombre de fonctionnaires. Les premières conclusions de Whitehall II ont confirmé celles de Whitehall I, à savoir que les gens au bas de la hiérarchie courent davantage de risques de souffrir de crises cardiaques. Plus on est au bas de la hiérarchie et plus le risque est élevé. Le même phénomène s'applique à toutes les causes principales de décès que j'ai énumérées dans la diapositive. Cette réalité choquante est confirmée par les statistiques — non seulement au Royaume-Uni, mais également au Canada, où les recherches sont parvenues aux mêmes résultats.

Whitehall souligne également que les hommes et les femmes qui ont peu de contrôle sur leur emploi courent un risque plus élevé. Le milieu de travail psychosocial est important — stress lié à l'emploi, non-utilisation des compétences, tension, manque de clarté dans les tâches, revenu du ménage, cohésion sociale ou son absence — sont des facteurs qui ont une incidence à la fois positive et négative.

Le graphique suivant est intitulé « De longues périodes d'absence liées à la maladie, selon la classe d'emploi ». Ce graphique ajusté selon l'âge ou globalement, nous montre que les personnes qui occupent des emplois socioprofessionnels inférieurs, affichent un taux d'absentéisme beaucoup plus élevé que les personnes qui ont un emploi d'une catégorie supérieure.

Les différences socioéconomiques relatives à la mortalité persistent-elles après la retraite? Les chercheurs se sont penchés sur cette question au cours d'une étude suivie réalisée pendant 25 ans auprès des fonctionnaires de la première étude de Whitehall. Les différences relatives sur le plan de la mortalité entre les classes d'emploi basses et élevées s'atténuent après la retraite, ce qui suggère l'importance que le travail peut avoir par rapport à la création d'inégalités en matière de santé.

Vous serez amusés d'apprendre qu'il est scientifiquement prouvé que les gens qui ont un doctorat vivent plus longtemps que ceux qui ont une maîtrise; ces derniers vivent plus longtemps

and, going down the scale, those with bachelor's degrees live longer than those who left school early. Of course, there are always exceptions.

Similarly, actors who have won an Oscar will live on average three years longer than those who were nominated but missed out.

I have nothing about politicians and the results of electoral victories.

Senator Eggleton: Senators will definitely live longer.

Ms. Bégin: That is because senators have a clarity of task.

Sir Michael Marmot says that our health and longevity are influenced to a high degree on our social standing. Status, it seems, is more important than genetics. If we ask the question, the first basic question, of why some people live longer than others or are in better health than others, the vast majority of the population would have said genetics and biological endowment. Fundamentally, genetics is only one determinant of many other determinants: The sum total of the others is far more important. Status is more important than genetics, smoking or even money. Position in the hierarchy relates to how much control we have over our lives, and not just to have control but to perceive to have control. This means that if a clerical employee in a relatively modest job in an office — and that person will be a woman most of the time — has a clear definition of what she is expected to do, and has a good boss, good colleagues and a good working environment, that person will have a much better health score than one in a bad environment who does not know what is expected of her.

It is unbelievable how life around us influences our health, which has nothing to do with genetics.

I wish to speak now to inequality. Wilkinson, one of the great names in research on social determinants, argues that what matters most is not whether people have a smaller or larger home, or better or lesser care, but what these differences mean socially. I used life in an office as an example, but life in one's society is also fundamental, and what society makes people feel about themselves and the world around them.

The British have completed a lot of work in this field and this slide gives a chronological list of studies. I have extracted two concepts from those studies that I think are fundamental.

The gradient theory states that we know now that social classes or socio-economic status predict health status. One of your witnesses, Dr. Louise Lemyre of Institute of Population Health, has doctoral students who recently finished their Ph.D. theses on Canadian samples of people. The research confirms the theory of the five gradients, from the 20 per cent at the top of our social

que ceux qui ont un autre diplôme universitaire et ceux-ci vivent plus longtemps que ceux qui ont quitté l'école très jeunes. Bien sûr, il y a toujours des exceptions.

De la même façon, les acteurs qui ont un reçu un Oscar vivront en moyenne trois ans de plus que ceux qui ont été mis en nomination mais qui n'ont pas gagné.

Je n'ai aucune donnée sur les politiciens qui ont gagné leurs élections.

Le sénateur Eggleton : Les sénateurs vivront certainement plus vieux.

Mme Bégin : C'est sans doute parce que la tâche des sénateurs est plus claire.

Sir Michael Marmot affirme que notre statut social influence grandement notre santé et notre longévité. Il semblerait que notre statut ait plus grande influence que la génétique. Pourquoi certaines personnes vivent-elles plus longtemps que d'autres ou sont-elles en meilleure santé que les autres? À cette première question fondamentale, la grande majorité des gens répondent que c'est une question de génétique ou de constitution physique. Or, la génétique n'est qu'un des nombreux déterminants : tous les autres déterminants réunis sont beaucoup plus importants que le déterminant génétique lui-même. Le statut est beaucoup plus important que la génétique, que le tabagisme ou même que l'argent. La position dans la hiérarchie est très liée au contrôle que chacun exerce sur sa vie et pas seulement au contrôle, mais à la perception que l'on a de ce contrôle. Cela signifie qu'une personne qui occupe un emploi de commis, un emploi administratif relativement modeste et que cette personne — une femme la plupart du temps — sait clairement ce que l'on attend d'elle, a un bon patron, de bons collègues et un bon milieu de travail, cette personne jouira d'une meilleure santé qu'une autre personne travaillant dans un environnement négatif et ne sachant pas ce que l'on attend d'elle.

Il est étonnant de constater combien le monde qui nous entoure influence notre santé et que cela n'a rien à voir avec la génétique.

Je vais maintenant parler de l'inégalité. Wilkinson, un des grands noms de la recherche sur les déterminants sociaux, affirme que ce qui importe le plus n'est pas d'avoir une petite ou une grosse maison ou de meilleurs soins, mais ce que ces différences signifient sur le plan social. J'ai pris l'exemple d'une employée de bureau, mais notre place dans la société est également fondamentale, ainsi que l'image que la société nous renvoie de nous-même et la perception du monde qui nous entoure.

Les Britanniques ont réalisé de nombreuses études dans ce domaine et cette diapositive vous présente une liste chronologique de ces études. J'ai prélevé dans ces études deux concepts qui me paraissent fondamentaux.

Grâce à la théorie de la gradation, nous savons maintenant que les classes sociales ou les statuts socioéconomiques sont des indicateurs de l'état de santé. Un de vos témoins, Louise Lemyre, de l'Institut de recherche sur la santé des populations, a des étudiants qui ont récemment terminé leur thèse de doctorat sur des échantillons canadiens. Leurs recherches confirment la théorie

classes to the 20 per cent at the bottom and the three classes in between. At every different gradient we have a difference of quality of life and of health.

The conceptual framework itself, the social determinants of health, is the reason d'être of your work.

I want to add a personal observation. All the years I was in health and welfare, I remember signing and protecting the budget of many projects on — at the time, a subject called health promotion and disease prevention — basically health promotion. I liked those community-based projects that delivered good things different from what the health care system delivered.

However, I always worried how all of that work fit together with the health care system. At the time, we did not have a conceptual framework explaining it. From health promotion, it seemed to me that slowly we moved to population health, using epidemiology to inform us. From population health we moved to the social determinants of health. For the first time, from the work to put together these various socio-economic factors and some health indicators, I could see where these health promotion projects were supposed to fit.

I will keep slide 37 for later.

I will give more history, but Canadian history this time. In Canada, when did we start talking of social determinants? I never heard the words “social determinants” in the eight years I was in the Ministry of National Health and Welfare, and today I still see many people who do not understand what the words mean. “Determinants” is not as clear as “factors,” for example.

We can trace “ancestor” to the so-called Lalonde report in 1974, which was known worldwide. I still hear about the report regularly, which was not written by Marc Lalonde but by others: I want civil servants to be recognized when they do great work.

The report started putting things together. However, if you have Sholom Glouberman or Dennis Raphael as witnesses, they will both tell you how bad that framework was, because in today's knowledge we see that what was extracted from the Lalonde report was the box called lifestyle. We had all those health promotion projects, but lifestyle, which is do not smoke, engage in physical activity, eat well, et cetera, are all individual behaviours. They mask societal and collective behaviours. Social determinants tell us that besides lifestyle and individual behaviour that must be “corrected,” far more determinants are societal in nature and do not have much to do directly with the ministry of health. Although the word “environment” appears

des cinq gradients, des 20 p. 100 de personnes situées au sommet de nos classes sociales aux 20 p. 100 de celles qui occupent le bas de l'échelle et des trois classes sociales intermédiaires. La qualité de vie et la santé sont toutes différentes dans les diverses catégories.

Le cadre conceptuel lui-même, en l'occurrence les déterminants sociaux de la santé, est la raison d'être de vos travaux.

Permettez-moi d'ajouter un commentaire personnel. J'ai œuvré pendant de nombreuses années dans le domaine de la santé et du bien-être social et je me souviens d'avoir signé et protégé le budget de nombreux projets sur ce que l'on appelait à l'époque la promotion de la santé et la prévention des maladies — ce qui correspond essentiellement à la promotion de la santé. J'aimais ces projets communautaires qui produisaient de bons résultats, différents de ceux que pouvait offrir le régime de soins de santé.

Cependant, je me suis toujours soucée de la façon dont ces travaux pouvaient s'harmoniser avec le régime de soins de santé. À l'époque, nous ne disposions pas d'un cadre conceptuel pour l'expliquer. Il me semble que nous sommes passés progressivement de la promotion de la santé à la santé des populations en nous appuyant sur nos connaissances épidémiologiques. De la santé des populations, nous sommes passés aux déterminants sociaux de la santé. Pour la première fois, à partir des travaux de définition des divers facteurs socioéconomiques et de certains indicateurs de la santé, je pouvais entrevoir la place qu'occupaient ces projets de promotion de la santé.

Je reviendrai à la diapositive 37 plus tard.

Je vais encore faire un peu d'histoire, mais cette fois, nous allons rester au Canada. Quand avons-nous commencé à parler de déterminants sociaux au Canada? Je ne me souviens pas d'avoir entendu l'expression « déterminants sociaux » au cours des huit années que j'ai passées au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et, aujourd'hui encore, je constate que beaucoup de personnes ne comprennent pas ce que cela signifie. « Déterminant » n'est pas un terme aussi clair que « facteur », par exemple.

Nous pouvons remonter à un « ancêtre », un document paru en 1974, connu dans le monde entier, sous le nom de rapport Lalonde. J'entends encore régulièrement parler de ce rapport qui ne fut pas écrit par Marc Lalonde, mais par d'autres auteurs : il faut reconnaître les fonctionnaires quand ils font du bon travail.

Les auteurs de ce rapport avaient commencé une certaine ébauche. Pourtant, si Sholom Glouberman ou Dennis Raphael viennent témoigner, ils ne manqueront pas tous les deux de décrire le cadre défini dans le rapport, parce que nous savons aujourd'hui que le cadre ébauché dans le rapport Lalonde se rapportait à ce que nous appelons aujourd'hui le style de vie. Nous avions tous ces programmes de promotion de la santé, mais le style de vie reflète les comportements individuels, c'est-à-dire ne pas fumer, faire de l'activité physique, bien manger, et cetera. Ces habitudes de vie masquent les comportements sociétaux et collectifs. Les déterminants sociaux nous enseignent qu'au-delà du style de vie et du comportement individuel qu'il convient de « corriger », il

in the box, at the time we did not pay much attention to it. In fact, it took almost 25 years to see some movement on societal factors.

Jake Epp succeeded me in health and welfare. He was the minister when the Ottawa Charter for Health Promotion was launched. Perhaps the people at the Public Health Agency of Canada can give you the exact reference; I discovered it too late to put it in my presentation.

Jake Epp's report is a milestone as well. The report entitled *Achieving Health for All* was launched at the same time as the Ottawa charter. I thought they were one and the same but they are not. The Epp report is their way of expressing the social determinants of health. It is interesting to see how the report moves on from the Lalonde report. It adds things such as creating supportive environments, reorienting health services and developing personal skills. We can see a beginning of the model.

Dr. Fraser Mustard, a great Canadian, then conceptualized the social determinants — and I was on the same committee when he presented it — in about 1989-90. Again, factors include not only the biological endowment and individual responses but also the social environment. The framework is still not complete but we are getting there.

Then there is Margaret Whitehead. She came to Canada to present last year, and I had the great pleasure of hearing her. There is also Dr. Gören Dahlgren, who I do not know. I use the model developed by Dahlgren and Whitehead a lot because it is a simple one. It goes by layers and is not from one individual but from several. It explains how inequalities are the result of various layers.

There are numerous other models. Dr. Louise Bouchard of the Institute of Population Health of the University of Ottawa is an expert on all the conceptual frameworks that have been developed. I like the Dahlgren and Whitehead model because I have spoken of Great Britain up to now, but what about between countries or within countries? I took this example. If one catches the train in downtown Washington to a suburb in Maryland, life expectancy is 57 years if one lives in downtown Washington at the beginning of the journey. At the end of the journey in the suburbs, life expectancy is 77 years. That is a 20-year difference between the poor, predominantly African-Americans of downtown Washington and the predominantly wealthy suburbs around the capital of the United States.

The next slide from down south indicates the probability of survival from age 15 to 65 years among U.S. Black and White males. The light green and the yellow represent the total

existe beaucoup d'autres déterminants qui sont de nature sociétale et qui ne relèvent pas directement du ministère de la Santé. Bien que le terme « environnement » apparaisse dans le cadre, nous n'y avons pas prêté grande attention à l'époque. De fait, il a fallu attendre près de 25 ans pour que l'on commence à s'intéresser aux facteurs sociaux.

Jake Epp m'a succédé à Santé nationale et Bien-être social Canada. Il était ministre lorsque fut lancée la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Le personnel de l'Association canadienne de santé publique pourra vous donner la référence exacte; je l'ai découverte trop tard pour l'inclure dans ma présentation.

Le rapport de Jake Epp représente lui aussi un jalon. Intitulé *La santé pour tous*, son rapport fut publié à la même époque que la Charte d'Ottawa. Je pensais qu'il s'agissait d'un seul et même document, mais en réalité ce n'est pas le cas. Le rapport Epp définit en quelque sorte les déterminants sociaux de la santé. Il est intéressant de voir le chemin parcouru depuis le rapport Lalonde. Le rapport Epp propose de créer des milieux favorables, de réorienter les services de santé et de développer les compétences personnelles. Le modèle commence à se dessiner.

Fraser Mustard, un grand Canadien, a conceptualisé par la suite les déterminants sociaux — et j'étais membre du même comité que lui lorsqu'il a présenté son modèle — vers 1989-1990. Parmi les facteurs, il cite lui aussi non seulement le capital biologique et les réactions de chacun, mais également l'environnement social. Le cadre n'est pas encore complet, mais il se dessine de façon de plus en plus précise.

Et puis, il y a Margaret Whitehead. Elle est venue au Canada l'an dernier et j'ai eu le grand plaisir d'aller l'entendre. Il y a aussi Gören Dahlgren, que je ne connais pas. J'utilise beaucoup, en raison de sa simplicité, le modèle mis au point par Dahlgren et Whitehead. Il procède par couche de facteurs qui ne s'appliquent pas à un seul individu, mais à plusieurs. Le modèle explique que les inégalités en matière de santé sont le résultat de différentes couches de facteurs.

Il existe beaucoup d'autres modèles. Louise Bouchard, de l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa, est spécialisée dans les différents cadres conceptuels qui ont été mis au point. J'aime le modèle de Dahlgren et Whitehead, puisque j'ai parlé jusqu'à présent de la Grande-Bretagne, mais existe-t-il des inégalités en matière de santé entre les pays et à l'intérieur même des autres pays? Je vous propose l'exemple suivant. Si vous prenez le métro au centre-ville de Washington DC vers votre banlieue au Maryland, votre espérance de vie est de 57 ans au début de votre voyage. À la fin de votre trajet, elle est de 77 ans. Cela veut dire qu'il y a une différence de 20 ans entre l'espérance de vie des pauvres, surtout celle des Afro-Américains du centre-ville de Washington et celle des habitants des banlieues riches de la capitale des États-Unis.

La diapositive suivante concernant les États-Unis nous indique les probabilités de survie chez les Blancs et les Noirs américains de l'âge de 15 à 65 ans. Les colonnes vert clair et jaune représentent

population of White males or Black males, and the poor are represented by the two other darker boxes.

This next slide shows trends after the implosion of the USSR. Immediately following the implosion of the USSR, the society was differentiated into social classes in a special way — not that there were no elites of people before, but now socio-economic classes are far more differentiated. With a university degree, we see immediately how the trend towards longer life expectancy rises in comparison to those with only an elementary education.

Differences also exist between countries: this slide shows the probability of dying between age 15 and 60 in different countries. Look at Lesotho and Russia. Russia should have indicators as good as our country but it does not. It is damaged. Look at Sri Lanka. It is not a particularly rich country, but it has a relatively good marker. The father of independence and the first President of Sri Lanka immediately made education mandatory for all, including girls, with no user fees. In Africa, user fees for the elementary school level exist for many schools today and are a deterrent, even if we speak of relatively little money. The great success of Sri Lanka, in comparison to India, which is far richer today but has much worse indicators, is attributed to universal education that is mandatory for all. Things follow education such as much better family planning control, et cetera.

Another indicator is the “Under 5 Mortality Rate per 1,000 Live Births.” The slide shows Sierra Leone, one of the poorest countries in the world; Sri Lanka again with a good indicator; and Iceland at the top. This information comes from UNICEF and it is based on the UNICEF administrative regions. It has a story to tell. The story is that inequities between countries are growing. In blue, we have 15 years ago; in red, we have five years ago. Yes, there is a decline in those 10 years. The size of the decline, however, is shocking. The poorest countries, namely Sub-Saharan Africa followed by parts of South Asia, have a smaller reduction than the industrialized world — that is, Europe, North America, Japan and Australia: the Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, countries, basically — where the difference is 32 per cent. This situation is the opposite of what we should aim for. The change for the poorest countries appears to be peanuts when compared to other countries.

I will now talk about the commission, of which I am a member. It was created in March 2005. We should finish our work by April or May 2008. The commission is independent from the

l'ensemble de la population des hommes blancs et des hommes noirs, tandis que les deux autres colonnes plus foncées représentent les pauvres.

La diapositive suivante fait état des tendances notées après l'implosion de l'URSS. Immédiatement après la chute du régime soviétique, on a assisté à une différenciation spéciale des classes sociales — non pas qu'il n'existait pas une certaine élite auparavant, mais désormais, les classes socioéconomiques étaient beaucoup plus différenciées. On peut constater immédiatement que les personnes qui possèdent un diplôme universitaire ont une espérance de vie beaucoup plus longue que celles qui ont seulement fait des études élémentaires.

Les inégalités en matière de santé existent également entre les pays : cette diapositive nous montre les probabilités de décès entre l'âge de 15 ans et 60 ans dans différents pays. Prenez le cas du Lesotho et de la Russie. La Russie devrait avoir des indicateurs aussi bons que les nôtres, mais ce n'est pourtant pas le cas. Ce pays a été bouleversé. Prenez le cas du Sri Lanka. Ce n'est pas un pays particulièrement riche, mais il présente des indicateurs relativement bons. Une des premières décisions du père de l'indépendance et premier président du Sri Lanka fut de rendre l'éducation obligatoire et gratuite pour tous, y compris les filles. En Afrique, l'école élémentaire est souvent payante, ce qui constitue un élément dissuasif, même si les frais ne sont pas très élevés. Le grand succès du Sri Lanka, par comparaison à l'Inde qui est aujourd'hui beaucoup plus riche mais qui affiche des indicateurs nettement moins bons, est attribué à l'éducation universelle et obligatoire pour tous. L'éducation entraîne beaucoup d'autres choses par exemple une meilleure planification familiale, et cetera.

Un autre indicateur est le « taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans par 1 000 naissances vivantes ». La diapositive suivante fait état de la Sierra Leone, un des pays les plus pauvres du monde; encore une fois, le Sri Lanka affiche un bon indicateur; et l'Islande est au sommet. Ces informations proviennent de l'UNICEF et s'appuient sur les régions administratives de l'UNICEF. Ce graphique nous révèle que les iniquités entre les pays sont à la hausse. La colonne bleue fait état de la situation il y a 15 ans; la colonne rouge représente la situation il y a cinq ans. Au cours de ces dix années, il y a eu un déclin. L'importance de ce déclin, toutefois, est particulièrement choquante. Les pays les plus pauvres, à savoir l'Afrique subsaharienne ainsi que certaines régions de l'Asie du Sud, affichent une réduction plus faible que ceux des pays du monde industrialisés — à savoir l'Europe, l'Amérique du Nord, le Japon et l'Australie : les pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économique, l'OCDE, essentiellement — où la différence est de 32 p. 100. C'est exactement le contraire de l'objectif que l'on devrait viser. Les améliorations constatées dans les pays les plus pauvres paraissent négligeables par rapport à celles observées dans les autres pays.

Je vais maintenant vous parler de la commission dont je suis membre. La commission a été créée en mars 2005. Nous devrions terminer nos travaux en avril ou mai 2008. La commission est

World Health Organization. We are supported by WHO to an extent, and by contributions of some countries, additional to their annual contribution as members of WHO.

We have 19 members now. We have a small secretariat in Geneva and smaller scientific team in London with Michael Marmot. We meet in person about three or four times a year. The next meeting of the commission is in Vancouver on June 7, 8 and 9. We usually meet outside of Geneva, with the theory that social change takes work both from the bottom up and from the top down. We need the two elements for change to occur, so we usually meet with top government people, for example, presidents, prime ministers, some ministers, and so on. We do some field observation. For example, in July we stayed almost a day in one of the worst urban slums of the world, Kibera in downtown in Nairobi.

With respect to the four pillars of our work, for the first time, the world commission has included civil society. They come to our meetings, they have regional consultations and they report their viewpoint on how to bring about social change. Their viewpoint is important, a viewpoint which is far from being captured by all official statistics and reports from everywhere.

We have the civil society. We have started to engage other countries into adopting social determinants of health. You will explore that more with the Canadian government.

The big international players are another one of our pillars. How do we move the World Bank, if their policies are not acceptable? They inflicted great damage on health and education all over the developed world, but they seem to have moved away from that approach of the 1990s.

With respect to value, the commission uses an official description of what we are supposed to do. We are also supposed to discuss health inequality and health inequity, which are two different concepts. I adapted those definitions from several different readings. Health inequality is something nobody should question because it comes from an observable and often measurable difference in health status among individuals and among subgroups or groups in society, whatever its cause.

I call health inequity a “moral category” because it has to do with choice. One can observe health inequality and put it on the shelf. Then one can decide, after having observed health inequality, to move and do something. That is the role of any government, and that is why I described it as a choice. It is a moral category rooted in social stratification that is

indépendante de l'Organisation mondiale de la santé. Elle reçoit une partie de son appui de l'OMS et de certains pays qui lui consacrent une contribution spéciale en plus de leur cotisation annuelle à titre de membres de l'OMS.

Nous comptons actuellement 19 membres. Nous disposons d'un petit secrétariat à Genève et d'une plus petite équipe scientifique entourant Michael Marmot, à Londres. Nous nous rencontrons en personne trois ou quatre fois par année. La prochaine réunion aura lieu à Vancouver, les 7, 8 et 9 juin. Nous nous rencontrons généralement à l'extérieur de Genève, fidèles à la théorie voulant que le changement social nécessite une action de bas en haut aussi bien que de haut en bas. Étant donné que nous voulons faire agir les deux facteurs de changement, nous rencontrons généralement les grands dirigeants gouvernementaux, par exemple des présidents, des premiers ministres, certains ministres, et cetera. Nous faisons également de l'observation sur le terrain. Par exemple, en juillet, nous avons passé presque une journée complète à Kibera, au centre-ville de Nairobi, un des pires bidonvilles de la planète.

Quant aux quatre piliers de notre travail, ils incluent la société civile, pour la première fois dans une commission mondiale. Les représentants de la société civile participent à nos réunions, organisent des consultations régionales et donnent leur point de vue sur les mesures à prendre pour obtenir des changements sociaux. Leur point de vue est important car il est grandement ignoré par les statistiques et rapports officiels qui nous viennent de tous les horizons.

Nous accueillons donc les représentants de la société civile. Nous avons commencé à inviter d'autres pays à adopter les déterminants sociaux de la santé. Vous pourrez approfondir cette question avec le gouvernement canadien.

Les grands partenaires internationaux constituent un autre de nos piliers. Comment infléchir les politiques de la Banque mondiale lorsqu'elles ne sont pas acceptables? Elles ont causé de grands dommages dans les domaines de la santé et de l'éducation dans tout le monde développé, mais la Banque mondiale semble s'être éloignée de cette approche des années 1990.

Quant aux valeurs, la commission s'appuie sur une description officielle des objectifs que nous sommes censés atteindre. Nous sommes également censés examiner l'inégalité et l'iniquité en matière de santé. Ce sont deux concepts différents. J'ai adapté les définitions suivantes à partir de diverses études. L'inégalité en matière de santé est un facteur que personne ne devrait contester, puisqu'il s'agit de la différence observable, souvent mesurable, par rapport à l'état de santé entre des individus et entre des groupes ou sous-groupes de la société, peu importe la cause.

Je qualifie l'iniquité en matière de santé de « catégorie morale », parce que c'est un choix. On peut observer l'inégalité en matière de santé et ne rien faire pour y remédier. En revanche, on peut décider, après constaté l'inégalité sur le plan de la santé, de prendre des mesures afin d'y remédier. C'est le rôle de tout gouvernement et voilà pourquoi je considère que c'est un

embedded in political reality and the negotiations of social power relations. There is no way we can hide from that.

I like the definition of “health equity” as “the absence of unfair or unavoidable or remediable differences in health among populations or groups defined socially, economically, demographically or geographically.”

Our knowledge networks are teams of researchers who competed at the beginning of the commission to be included. The commissioners had nothing to do with choosing these teams. It was a bureaucratic process of the WHO secretariat, and advertisement was directed at whoever wanted to take on research for the commission. Eight knowledge networks were chosen. They are academic, and unfortunately, they are from countries in the north, which is normal, but the teams were required to add people from countries of the south, including people from civil society.

One of the knowledge networks is entitled “Social Exclusion.” From discussions with some First Nations in Canada, I quickly realized that our own Aboriginal population refused to be lumped together into the category of social exclusion. They say the roots of their marginalization are unique, and they have a point. However, you will certainly want to explore that because if there is one pocket of Canadian society that experiences inequality of health status, it is the Aboriginal people.

I worked on that issue as much as I could. With my colleague from Australia, who did a tremendous job, we organized a first meeting last September and an important conference at the end of this April for people who have similarities in context, history and so forth, namely, Aboriginals of Canada, Australia and New Zealand. I want to undo the polarization in Canadian society as much as we can. I am struck by the strong adversarial relationship between Aboriginals and the Canadian population in general, with many misunderstandings on both sides.

Aboriginal people in Canada will have a chance to form alliances with others who live in similar situations. Although neither the situation in South America nor that of the Aboriginals in India is the same, there are many similarities between the Aboriginals of those three countries, Canada, New Zealand and Australia. The conference will be in Adelaide, Australia, at the end of April, and a few Aboriginals, will join probably from the United States, where contacts have been made, and South America. The group is relatively small budget-wise, and the job I gave my own friends in Canada is, if you are not comfortable with being labelled “cases of social exclusion,” tell us why.

choix. Il s'agit d'une catégorie morale qui prend racine dans la stratification sociale, qui est incrustée dans la réalité politique et dans la négociation des relations de pouvoir social. On ne peut pas y échapper.

J'aime la définition suivante de l'équité en matière de santé : « absence de différences injustes, inévitables ou auxquelles on peut remédier en ce qui concerne la santé à l'intérieur d'une population ou de groupes définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement. »

Nos réseaux de savoirs sont composés d'équipes de chercheurs qui ont été recrutés dans le cadre d'un processus de sélection lorsque la commission a été formée. Les commissaires n'ont pas eu à participer à la sélection de ces équipes. Le secrétariat de l'OMS avait enclenché un processus administratif et fait parvenir la documentation à toutes les personnes susceptibles de vouloir faire de la recherche pour la commission. Huit réseaux de savoirs ont été choisis. Ce sont des réseaux universitaires et, malheureusement, leurs représentants proviennent de pays du Nord, ce qui est n'est pas étonnant, mais les équipes ont été tenues d'ajouter des représentants des pays du Sud, y compris des membres de la société civile.

Un des réseaux de savoirs porte sur l'exclusion sociale. À la suite d'entretiens avec certaines Premières nations du Canada, j'ai vite compris que notre propre population autochtone refusait d'être classée dans la catégorie de l'exclusion sociale. Les Autochtones affirment en effet que les sources de leur marginalisation sont particulières et je dois dire qu'ils ont raison. Cependant, vous souhaitez certainement vous pencher sur cette question car les peuples autochtones représentent bel et bien un secteur de la société canadienne qui est victime d'inégalité en matière de santé.

J'ai poussé nos travaux dans ce domaine autant que j'ai pu. Avec mon collègue d'Australie qui a fait un travail extraordinaire, nous avons organisé en septembre dernier une première réunion et une importante conférence à la fin du mois d'avril prochain pour les personnes qui ont vécu des situations similaires en raison de leur contexte, de l'histoire, et cetera, en l'occurrence les Autochtones du Canada, d'Australie et de Nouvelle-Zélande. Je veux éliminer le plus possible la polarisation de la société canadienne. Je suis frappée par la relation d'opposition entre les Autochtones et la population canadienne en général et par les nombreux malentendus de part et d'autre.

Les Autochtones du Canada auront ainsi l'occasion de conclure des alliances avec d'autres groupes qui vivent des situations similaires. La situation en Amérique du Sud ou celle des Autochtones de l'Inde ne sont pas les mêmes, mais il y a de nombreuses similitudes entre les Autochtones des trois pays que sont le Canada, la Nouvelle-Zélande et l'Australie. La conférence aura lieu à Adélaïde, en Australie, à la fin du mois d'avril et accueillera sans doute quelques Autochtones des États-Unis où nous avons établi certains contacts, et d'Amérique du Sud. Le groupe dispose d'un budget relativement réduit et la tâche que j'ai confiée à mes amis du Canada consiste à nous expliquer pourquoi

Of course, the answer is self-determination, and I say, “Self-determination is a political word, and it is loaded. Tell me what the roots are behind the need for it.”

Of course, when we say “self-determination” in Canada, we go crazy because we think of Quebec, and the word does not mean that at all for the Aboriginals. What is behind their quest is enough identity to feel good and be of the best health, if I can sum it up that way.

Then I want to ensure that our commission does not suffer what Alma-Ata did, which is a great milestone in WHO history. In 1978, Joyce Fairbairn was the one giving permission in the Prime Minister’s office, and she forbade me to go to the conference where the Declaration of Alma-Ata was adopted. She is not here today because I am still a bit angry. Alma-Ata is a major milestone where the idea of health for all by the year 2000 was launched, which, of course, has never been reached. Basically, the conference emphasized primary health care. The northern countries ganged up behind the scenes after the Alma-Ata conference and decided that they had a high-tech medical health care system and did not need primary health care because it was for the poor. Primary health care should not be for the poor, it should be for all of us. I do not want that division to happen. I want to ensure that our report speaks equally to both northern and southern countries, although the situation in the southern countries is shocking in terms of poor social determinants of health.

I entitled a presentation I gave last June in Vancouver, “Canada is the country of pilot projects.” I briefly touched on that topic earlier. Over the years — in fact, to this day — we have signed approvals and budgets for so many pilot projects on social determinants of health that it is unreal. Some projects have been evaluated; some have not. They have never been translated into policies and programs. The projects are a one-shot affair. I do not think I am being unfair here, because I hesitated, and waited many years, to say that. Since I have said it, people have stopped me in public health meetings to tell me that it is true. There is something wrong there. I speak about other things, too, for example, gender.

At the first meeting of the commission in Santiago, Chile, there was no knowledge network on women, so we forced one. I still remember the face of our Chair, Sir Michael Marmot. It was his first meeting and he had never been in groups other than academic, scientific or medical ones. He said, “You mean gender.” I shouted, “No, I mean women.” The official title, however, is gender.

ils ne souhaitent pas être placés dans la catégorie de l’exclusion sociale. Bien entendu, la réponse est l’autodétermination mais selon moi, l’autodétermination est un terme politique qui recouvre une réalité beaucoup plus complexe. J’aimerais savoir quelles sont les sources de ce besoin d’autodétermination.

Bien entendu, quand on parle d’autodétermination au Canada, on commence à s’affoler, parce qu’on pense au Québec. Pourtant, ce terme n’a pas du tout la même signification pour les Autochtones. Je pourrais résumer en disant que pour eux, c’est une façon de retrouver leur identité afin d’accéder à un mieux-être et une meilleure santé.

Ensuite, je ne veux pas que notre commission connaisse le même sort que la conférence d’Alma-Ata qui fut un grand jalon dans l’histoire de l’OMS. En 1978, c’était Joyce Fairbairn qui prenait les décisions au bureau du premier ministre et elle m’avait interdit de me rendre à la conférence où fut adoptée la Déclaration d’Alma-Ata. Elle n’est pas ici aujourd’hui, parce que je suis encore un peu fâchée contre elle. Alma-Ata représente un jalon important, puisque c’est au cours de cette conférence que fut lancée l’idée de la santé pour tous en l’an 2000. Évidemment, cet objectif n’a jamais été atteint. La conférence avait essentiellement mis l’accent sur les soins de santé primaires. Après la conférence, les pays du Nord se sont retrouvés et ont affirmé qu’avec leurs régimes de soins médicaux de pointe, ils n’avaient pas besoin de soins de santé primaires qu’ils considéraient comme une médecine de pauvre. Or, les soins de santé primaires ne devraient pas être pour les pauvres, mais pour chacun d’entre nous. Je refuse cette séparation. Je veux que notre rapport s’adresse autant aux pays du Nord qu’aux pays du Sud, même si la situation dans les pays du Sud est choquante tant les déterminants sociaux de la santé sont médiocres.

En juin dernier, j’ai présenté à Vancouver un exposé que j’avais intitulé « Le Canada, pays des projets pilotes ». J’en ai brièvement parlé un peu plus tôt. Au fil des années — et aujourd’hui encore — nous avons autorisé la réalisation et financé de si nombreux projets pilotes sur les déterminants sociaux de la santé, que l’on a du mal à y croire. Certains travaux ont été évalués; d’autres ne l’ont pas été. Ils n’ont jamais donné naissance à des politiques et des programmes. Ces projets de recherche sont exclusivement ponctuels. Je ne crois pas exagérer en disant cela, car j’ai hésité pendant de nombreuses années avant d’en parler. Depuis que je me suis exprimée, des gens m’interpellent au cours des réunions sur la santé publique pour me dire que c’est tout à fait vrai. Il y a quelque chose d’anormal. Je soulève également d’autres sujets, par exemple les rapports sociaux entre les sexes.

Lors de la première réunion de la commission à Santiago du Chili, il n’y avait aucun réseau de savoirs consacré aux femmes. Aussi, nous avons exigé la création d’un réseau. Je me souviens encore du visage de notre président, sir Michael Marmot. C’était sa première réunion et il n’avait fréquenté jusque-là que des groupes universitaires, scientifiques ou médicaux. « Vous voulez parler du sexe », m’a-t-il demandé. Je lui ai répondu vivement « Non, je veux parler des femmes ». Cependant, le titre officiel est « Égalité des sexes ».

This slide shows the knowledge networks, and their goal in the middle. The one in green represents the knowledge network. The knowledge networks are not undertaking new research as there is neither the money nor the time for that. They collect all evidence-based and quality-based research, including qualitative research work. They analyze and synthesize it and then give us recommendations. They will publish a lot in the coming months. Their final reports to us are due this March or April. They will be a source that you may want to explore.

Our medicare system, for example, is only one social determinant of health in Canada. Globalization and how it affects health, employment conditions, social exclusion and urban settings — that is, not only the existence of urban slums but also the growth of urban slums, which is absolutely unbelievable — are other determinants. I do not know what kind of recommendation we will make, but I will give you an example of what happened in Nairobi. We spent three hours with their young Minister of Finance. Not lacking in self-esteem, he told us not only that Kenya would continue to grow but also that as soon as it reached 7 per cent growth in GDP in two years, there would be no poverty left in Kenya. I do not know where he lives, but that theory is the trickle-down effect of the World Bank. The trickle-down never reached the poor. It created a middle class but it never reached the poor, who are much more numerous. Their finance minister wants to demolish completely that urban slum of 600,000 people and relocate them far away in new suburbs and provide them with public housing. However, that slum is only one of at least three in Nairobi.

Senator Pépin, you are also from Montreal. Montreal tried to do that with its downtown slums some decades ago and it was a complete failure. We know that public housing is never offered in the quantity needed. It is never ready when the demolition takes place and then we have broken the social fabric of these people. Even if it looks awful, it is obvious that there is a social organization. The modest but remarkable projects we witnessed in Ahmrabad, the city of Ghandi north of Mumbai, in India, when we had our meeting there, are projects under something called the Self Employed Women's Association, SEWA. I thought we would see some small family businesses, but we saw associations of women rag pickers, women street vendors, and so on, who were organized and received their training at the Coady International Institute at St. Francis Xavier University. It is wonderful to hear the good that association does.

We are talking about the most vulnerable and the poorest of the poor, who are living in incredible slums, and villages that are a little better but not much. True co-op concepts, union concepts

Cette diapositive présente un diagramme des réseaux de savoirs dont l'objectif est indiqué au milieu. Le cercle vert représente le réseau de savoirs. Les réseaux de savoirs n'entreprennent pas de nouvelles recherches étant donné que nous ne disposons ni des fonds, ni du temps nécessaire pour cela. Ils réunissent des recherches fondées sur l'expérience et sur la qualité, y compris des recherches qualitatives. Ils les analysent et les synthétisent puis nous présentent des recommandations. Les réseaux feront paraître beaucoup de publications au cours des prochains mois. Ils nous présenteront leurs rapports finals en mars ou avril. Ce seront des documents sur lesquels vous souhaiterez peut-être vous pencher.

Notre régime d'assurance-maladie, par exemple, représente seulement un seul déterminant social de la santé au Canada. La mondialisation et son incidence sur la santé, les conditions de travail, l'exclusion sociale et les milieux urbains — c'est-à-dire pas seulement l'existence des quartiers défavorisés, mais également leur incroyable prolifération — sont d'autres déterminants. J'ignore le type de recommandations que nous ferons, mais je peux vous donner un exemple de ce qui s'est produit à Nairobi. Nous avons passé trois heures en compagnie du jeune ministre des Finances du Kenya. Il nous avait affirmé, avec beaucoup d'assurance, que le Kenya poursuivrait sa croissance et que la pauvreté serait totalement éliminée dès que le pays aurait atteint une croissance de 7 p. 100 de son PIB, dans deux ans. Je ne sais pas où il vit, mais il venait de nous citer la théorie des effets de retombées de la Banque mondiale. Or, les pauvres n'ont jamais bénéficié des retombées. Elles ont donné naissance à une classe moyenne mais n'ont jamais atteint les pauvres qui sont beaucoup plus nombreux. Le ministre des Finances veut démolir complètement un bidonville urbain qui abrite 600 000 personnes et déplacer ces dernières dans une nouvelle banlieue où on leur construira des logements sociaux. Cependant, il y a au moins deux autres bidonvilles comme celui-là à Nairobi.

Sénateur Pépin, vous êtes vous aussi de Montréal. Il y a quelques décennies, Montréal avait essayé en vain de se débarrasser des quartiers délabrés du centre-ville. Nous savons qu'il n'y a jamais assez de logements sociaux. Ils ne sont jamais prêts au moment de la démolition, si bien que les habitants de ces quartiers perdent leur tissu social. En effet, même si ces quartiers ont l'air affreux, ils offrent une certaine organisation sociale. Les programmes de logements modestes mais remarquables que nous avons visités à Ahmrabad, la ville de Ghandi, au nord de Mumbai, en Inde, lors de notre réunion là-bas, sont des programmes entrepris par une association qui s'intitule Self Employed Women's Association, SEWA. Je m'attendais à découvrir des petites entreprises familiales, mais nous avons vu plutôt des associations de chiffonniers, de vendeuses ambulantes, et cetera, qui s'étaient constituées et qui avaient obtenu leur formation au Coady international Institute de l'Université St. Francis Xavier. C'était merveilleux de découvrir les résultats qu'obtient cette association.

La population dont je vous parle est la plus vulnérable, la plus pauvre parmi les pauvres, qui vit dans des bidonvilles effroyables ou dans des villages qui ne sont pas beaucoup mieux. Les adeptes

and Ghandi principles have a bottom-up approach that tries to change their lot. They do succeed. There are things to do, but they must mobilize locally. It is extraordinary to see that.

Three knowledge networks are funded by Canada. Two of them are Canadian networks. Early Childhood Development is managed by Dr. Clyde Hertzman — I suppose he will be one of your witnesses; Globalization and Health is the responsibility of Dr. Ron Labonte here in Ottawa at the Institute of Population Health; and the health systems are guided by a South Africa team of researchers with others, of course, but it is funded through the International Development Research Centre, IDRC.

I will finish by borrowing a statement from Professor David Gordon, University of Bristol in the U.K. Roy Romanow was accused that his report spoke only of medicare and not of anything else, especially social determinants. Mr. Romanow then did his homework and adapted this list from David Gordon's work. I think he makes his statement in a way that speaks easily to people: Pick your parents; do not be poor; get a good start in life; graduate from high school; get a job; pick your community; live in quality housing; and look after yourself.

I will finish with this slide. I have many pictures of the slums that I saw but the commission is about this: Social determinants, for any country or any province, is about "What good does it do to treat people's illnesses" — at which we are becoming better by the day, at a huge cost — "then send them back to the conditions that made them sick?"

The Chairman: Thank you very much indeed for enlightening us with this tremendous presentation.

As we move through our hearings, we want to establish what we have on the ground in Canada and then compare successes and failures with other countries of the world. Before I throw the discussion open to the committee, from your observations so far, what examples do you think we could use? Sweden seems successful, as usual, and, of course, there are dismal failures in Sub-Saharan Africa.

Ms. Bégin: I will share with you some personal thoughts on this topic. For all the years I was in National Health and Welfare Canada, Sweden was the perfect country and I was a bit annoyed by it. However, since working in this commission I have realized that all the indicators of the almost ideal situation are present in the Nordic countries, not only Sweden, as a block with some minor variations.

de l'esprit coopératif véritable, des concepts de solidarité et des principes de Ghandi adoptent une démarche ascendante pour tenter d'améliorer leur sort. Et ils y parviennent. Il y a beaucoup de choses à faire, mais ils doivent se mobiliser sur le plan local. C'est extraordinaire de découvrir cela.

Trois réseaux de savoirs sont financés par le Canada. Deux d'entre eux sont des réseaux canadiens. Clyde Hertzman dirige le réseau sur le développement du jeune enfant. Je suppose qu'il viendra témoigner devant vous; le réseau sur la mondialisation et l'égalité en santé relève de la responsabilité de Ron Labonté de l'Institut de recherche sur la santé des populations, ici à Ottawa; et il y a un réseau sur les systèmes de santé animé par une équipe de chercheurs d'Afrique du Sud et d'autres également, bien sûr, mais financés par l'intermédiaire du CRDI, le Centre de recherches pour le développement international.

Je terminerai en citant le professeur David Gordon de l'Université de Bristol, au Royaume-Uni. On a reproché à Roy Romanow de n'avoir abordé dans son rapport que le régime d'assurance-maladie, et rien d'autre, en particulier les déterminants sociaux. M. Romanow a refait son travail et a adapté la liste suivante à partir des recherches de David Gordon. Je pense qu'il s'exprime de manière très claire et facile à comprendre : choisissez vos parents; ne soyez pas pauvres; prenez un bon départ dans la vie; obtenez votre diplôme d'études secondaires; trouvez-vous un emploi; choisissez votre milieu de vie; vivez dans un logement de qualité; prenez soin de vous.

Je terminerai avec cette diapositive. J'ai pris beaucoup de photos de bidonvilles, mais celle-ci illustre bien l'objectif de la commission : dans n'importe quel pays ou province, les déterminants sociaux nous amènent à nous demander « À quoi bon traiter les maladies des gens — chose à laquelle nous excellons de mieux en mieux, moyennant des dépenses exorbitantes — si c'est pour les renvoyer dans la situation qui les a rendus malades? »

Le président : Merci beaucoup de nous avoir présenté cet exposé extraordinaire et très pertinent.

A mesure que progresseront nos audiences, nous souhaitons faire le bilan de la situation au Canada et comparer ensuite nos succès et nos échecs aux résultats obtenus dans d'autres pays du monde. Avant d'ouvrir le débat à tous les membres du comité, j'aimerais vous demander quels seraient, selon vous et les observations que vous avez faites jusqu'à maintenant, les modèles que nous devrions suivre? Comme d'habitude, la Suède semble avoir obtenu de bons résultats et nous connaissons tous, bien entendu, les terribles échecs des pays de l'Afrique subsaharienne.

Mme Bégin : Je vais vous donner mes impressions personnelles sur le sujet. Pendant toutes les années que j'ai passées à Santé nationale et Bien-être social Canada, la Suède était le modèle parfait et cela m'agaçait un peu. Cependant, depuis que je travaille à la commission, j'ai compris que tous les indicateurs révélateurs d'une situation quasi idéale sont présents, pas seulement en Suède, mais dans tous les pays nordiques, avec quelques légères variations.

For years, when speaking in the United States about medicare or the health care system, I would start by saying, “Canada is the Sweden of the Americas.” I was sure of myself because I had always heard when I was minister how great we were. I remember working with Senator Callbeck when she was Minister of Social Affairs of P.E.I. I was also minister of welfare so I knew social security as well. We always speak of our safety net. I said that in honesty. Recently, I checked the April 2006 report of OECD on the percentage of total expenditures on what can be called social security in countries of the North, including in the first column what we would call social welfare — social assistance and social services. There we have unemployment, education, training, and one or two more categories. Health is not in that report.

Health Canada for years has found itself in the five countries at the top of the pack in the percentage of total expenditures on health, private and public. We are below or around ten per cent of GDP. One year, we may be second or third. These countries are France, Switzerland, Sweden, Germany and then us. Everyone accepts the United States at 15 per cent, and it does not have a health system; it has a patchwork.

That is our situation. I assumed we would be in the same kind of ranking when it comes to social spending or social security in the broad sense. When studying these columns of figures, I decided not to use education or unemployment insurance because every country is average, so I concentrated on the social security system, meaning social services and welfare assistance, what we call social security usually. To my shock, Canada is just above the United States as the worst of all the western world countries. I did not know we were that cheap.

What triggered my personal research was a text I discovered from Dr. Carolyn Tuohy, the Vice-President of Research at the University of Toronto, a political scientist of great reputation. One of her books from at least ten years ago, which I discovered recently, asks a key question: Why has Canada been so generous towards its health care system, et cetera, and so cheap and mean historically vis-à-vis social security? I thought she did not know what she was talking about. I was insulted. However, I realized that she knew what she was talking about and I did not.

I know that the term “welfare state” has become almost a dirty word for the past 25 years in terms of ideologies. I know that programs did not deliver what was expected. In general, welfare programs were cut dramatically in many countries, including ours. However, I learned through the commission of recent new research taking place right now that is looking at a correlation between good workable so-called welfare programs and the best health outcomes. I think welfare is going in that direction. I am answering your question in terms of where my personal quest is

Pendant des années, lorsque je parlais aux États-Unis de notre régime d'assurance-maladie ou de notre système de soins de santé, je commençais par dire « Le Canada est la Suède de l'Amérique ». J'étais convaincue de ce que je disais, puisque lorsque j'étais ministre, j'avais toujours entendu vanter nos réalisations. Je me souviens d'avoir collaboré avec le sénateur Callbeck lorsqu'elle était ministre des Affaires sociales de l'Île-du-Prince-Édouard. Étant moi-même ministre du Bien-être social, je savais ce qu'était la sécurité sociale. Nous parlons toujours de nos mesures de protection sociale. Je m'exprimais en toute sincérité. Récemment, j'ai vérifié le rapport publié par l'OCDE en avril 2006 faisant état du pourcentage des dépenses totales en matière de sécurité sociale dans les pays du Nord. La première colonne est consacrée à ce que nous appelons le bien-être social — assistance sociale et services sociaux. Ces services regroupent l'assurance-chômage, l'éducation, la formation et une ou deux autres catégories. La santé n'est pas incluse dans ce rapport.

Pendant des années, le Canada a figuré parmi les cinq pays consacrant le plus grand pourcentage de leurs dépenses totales aux services de santé, privés et publics. Nous nous situons légèrement en dessous ou autour de 10 p. 100 du PIB. Selon les années, le Canada peut être deuxième ou troisième. Ces cinq pays sont la France, la Suisse, la Suède, l'Allemagne et nous. Tout le monde accepte les États-Unis à 15 p. 100 et pourtant, c'est un pays qui n'offre pas un régime d'assurance-maladie universel, mais un système morcelé.

Voilà notre situation. Je suppose que nous nous situons au même rang pour ce qui est des dépenses sociales ou de sécurité sociale en général. En étudiant ces colonnes de chiffres, j'ai décidé de ne pas m'arrêter aux chiffres concernant l'éducation ou l'assurance-chômage, étant donné que tous les pays se situent à un niveau moyen, et j'ai décidé de me concentrer sur le régime de sécurité sociale, c'est-à-dire les services sociaux et le bien-être social, ce que nous appelons de manière générale la sécurité sociale. À ma grande surprise, le Canada se situe juste au-dessus des États-Unis, parmi les pires pays du monde occidental. Je ne savais pas que nous étions si peu généreux.

J'ai été incitée à effectuer cette recherche personnelle après avoir découvert un texte de Carolyn Tuohy, politologue de renom, vice-présidente de la recherche à l'Université de Toronto. Dans un de ses livres écrits il y a une dizaine d'années mais que j'ai découvert récemment, elle pose une question fondamentale : pourquoi le Canada s'est-il montré si généreux vis-à-vis de son régime d'assurance-maladie, et cetera, et si mesquin en matière de sécurité sociale au cours de son histoire? Au départ, j'ai pensé qu'elle ne savait pas de quoi elle parlait. J'étais insultée. Pourtant, j'ai découvert que c'est moi qui ne savais pas de quoi je parlais.

Je sais que l'expression « État providence » est devenue pratiquement taboue depuis 25 ans dans les idéologies. Je sais que de tels programmes n'ont pas produit les résultats escomptés. De façon générale, de nombreux pays, y compris le nôtre, ont réduit considérablement leurs programmes de bien-être social. Cependant, j'ai entendu parler, dans le cadre de mes travaux à la commission, de nouvelles recherches qui visent actuellement à établir la corrélation entre les programmes fiables de bien-être social et les meilleurs résultats en matière de santé. Je pense que le

taking me right now. I have identified the Nordic countries. Second, there is the U.K., where the outcomes are only starting to be a little better. The U.K. has done tremendous work on social determinants of health. Canada is working with the U.K. in that area. The Public Health Agency has developed workable so-called inter-sectorial approaches, because there is almost no point talking to a minister of health of social determinants of health because every department functions in a silo. There are millions of inter-departmental committees. I was on the committees as a civil servant and as a minister. In general, I am sorry to say they do not deliver. There is no power to deliver. They speak a lot but do not deliver.

We need inter-sectorial mechanisms, which are often called whole-of-government approaches, that will go horizontally across the ministries needed to work together.

Senator Eggleton: This meeting is our first. I want to recognize you, Mr. Chairman, for having launched us on this journey. It will be most interesting and I hope the study and the results that come from it will be productive for the people of Canada ultimately. I am excited about what I am hearing so far.

Madam Commissioner, professor, thank you for coming and sharing your vast knowledge with us on this subject to get us off to a good start.

In your slide presentation, the Whitehall I and Whitehall II studies in the U.K., slides seven and nine appear to be contradictory. Slide seven reads:

The general assumption was that individuals with big jobs and big responsibilities are those prone to cardiac accidents.

On page nine it reads:

People at the bottom of the hierarchy had a higher risk of heart attacks. The lower you were in the hierarchy, the higher the risk.

The first message suggests that stress is a big issue; the second one indicates the issue is poverty. Can you comment on those differences?

Ms. Bégin: I developed my slides from different documents I work with and I am sorry if I am not clear. It is obvious I have not been clear.

Michael Marmot and his team started with the general assumption that individuals with big jobs have heart attacks: That was the hypothesis. Their study showed the opposite. That is what I did not express clearly. The study showed that it is people at the bottom in small jobs that have — I am lost in my slides now.

bien-être social évolue dans cette direction. Je réponds à votre question avec les éléments que me fournit actuellement ma quête personnelle. J'ai parlé des pays nordiques. Il y a ensuite le Royaume-Uni qui commence à obtenir des résultats un peu meilleurs. Le Royaume-Uni a fait un excellent travail sur le plan des déterminants sociaux de la santé. Le Canada collabore avec le Royaume-Uni dans ce domaine. L'Agence de santé publique a mis au point des programmes fiables que l'on appelle approches intersectorielles, car il est inutile de parler de déterminants sociaux de la santé à un ministre de la Santé, étant donné que tous les ministères fonctionnent en silo. Il y a des millions de comités interministériels. J'ai siégé à de nombreux comités à titre de fonctionnaire et de ministre. J'ai le regret de dire que de manière générale, ils ne produisent pas beaucoup de résultats. Ils n'ont pas le pouvoir nécessaire pour agir. Dans un comité, on parle beaucoup, mais l'action est limitée.

Nous avons besoin de mécanismes intersectoriels que l'on qualifie souvent d'approches pangouvernementales, car elles réunissent horizontalement tous les ministères dont l'intervention est nécessaire.

Le sénateur Eggleton : C'est notre première séance. Je tiens à vous remercier, monsieur le président, de nous avoir lancés dans une telle entreprise. Nos travaux seront des plus intéressants et j'espère que l'étude et les résultats qui en découleront seront, en bout de ligne, productifs pour la population du Canada. Je suis très intéressé par ce que j'ai entendu jusqu'à présent.

Madame la commissaire, professeur, merci d'être venue partager avec nous vos vastes connaissances sur ce sujet, afin de nous aider à prendre un bon départ.

Dans votre présentation audiovisuelle, les diapositives sept et neuf consacrées aux études Whitehall I et Whitehall II au Royaume-Uni paraissent contradictoires. En effet, on peut lire ceci sur la diapositive numéro sept :

L'hypothèse générale était que les particuliers qui avaient de bons emplois et de grosses responsabilités seraient les plus enclins aux accidents cardiaques.

Sur la diapositive neuf, on peut lire :

Les gens au bas de la hiérarchie courent davantage de risques de souffrir de crises cardiaques. Plus vous êtes au bas de la hiérarchie, plus le risque est élevé.

Si l'on en croit le premier message, le stress est un facteur important; dans le deuxième message, il semble que ce soit la pauvreté. Pouvez-vous commenter ces points de vue divergents?

Mme Bégin : Je me suis inspirée de différents documents pour réaliser mes diapositives et je suis désolée si le message n'est pas clair. Il est évident qu'il y a là un manque de clarté.

Michael Marmot et son équipe ont pris pour hypothèse de départ que les personnes qui ont des emplois importants sont enclins aux accidents cardiaques : c'était leur hypothèse générale. Or, leurs recherches ont démontré le contraire. C'est ce que je n'ai pas indiqué de manière assez claire. Leur étude a montré que ce sont les gens qui occupent des emplois au bas de la hiérarchie — voilà que je me perds dans mes diapositives.

Senator Eggleton: Seven and nine are the two slides.

Ms. Bégin: Yes, that is it.

Senator Eggleton: They started with one assumption and the study found something else.

Ms. Bégin: The first assumption is still repeated regularly by many people who do not know. It is a cliché. We say that and we really think that.

Senator Eggleton: It is a popular belief, yes

Ms. Bégin: That is it.

Senator Eggleton: There is a wide range of social determinants: education, working conditions, the physical environment, income and social status, all of these things. However, having listened to your presentation and having gone through the materials, if I had to sum up in one word what the biggest single determinant is, I would say poverty. Perhaps I am stating the obvious or maybe it is not that easy to put into one word, but I would like your comment about that. Also, do you have a hierarchy of determinants?

Ms. Bégin: I was afraid somebody would ask me that.

Senator Eggleton: Sorry.

Ms. Bégin: I asked that myself, in terms of our recommendations. We do not want 300 recommendations that everyone forgets, so how do we prioritize?

I do not have an answer in terms of the relative importance. I am the daughter of an engineer so part of my mind asks if we have one engine powerful enough to start the others and put things into motion but I do not know which determinant it is.

I have also been a teacher in my life so there are days when I think that early childhood development is a key investment, even before poverty, because it crosses all social classes, and in a way it can negate the effects of poor social class. However, I do not know if a hierarchy exists and you will speak to researchers on that who will know more than me.

I sent a recent text by Michael Marmot to your chair. It was published in *The Lancet* and tries to conceptualize the link between all the various social determinants. Poverty is the one I think of first, but if I do that, I negate that something can be started immediately. That is why I think of early childhood development.

Historically, free universal education has been extraordinary. The president of Kenya told us himself in July that, almost two years ago, he suddenly abolished user fees for primary education. That September, a million and a half additional kids registered in school, mostly girls. That tells us a lot.

Le sénateur Eggleton : Ce sont les diapositives sept et neuf.

Mme Bégin : Oui, ça y est.

Le sénateur Eggleton : L'étude n'a pas confirmé leur hypothèse de départ mais a démontré autre chose.

Mme Bégin : L'hypothèse générale continue d'être reprise continuellement par des gens qui ne savent pas. C'est un cliché. On le dit et on continue à en être convaincu.

Le sénateur Eggleton : C'est une croyance populaire, en effet.

Mme Bégin : Exactement.

Le sénateur Eggleton : Les déterminants sociaux sont nombreux : éducation, conditions de travail, environnement physique, revenu, statut social, et j'en passe. Cependant, après avoir entendu votre exposé et consulté votre documentation, s'il fallait en retenir un seul, pourrait-on dire que la pauvreté est le déterminant le plus fort? C'est peut-être une évidence ou peut-être est-il difficile de résumer cela en un seul mot, mais j'aimerais entendre votre point de vue à ce sujet. Par ailleurs, avez-vous classé les déterminants par ordre d'importance?

Mme Bégin : J'appréhendais cette question.

Le sénateur Eggleton : Je suis désolé.

Mme Bégin : Je me suis moi-même posé la question au sujet des recommandations. Nous ne voulons pas présenter 300 recommandations que les gens oublieront, alors comment les classer par ordre de priorité?

Je ne sais quoi vous répondre pour ce qui est de leur importance relative. Comme je suis fille d'ingénieur, je me dis que si nous avons un moteur suffisamment puissant, nous parviendrons à mettre les autres en mouvement, mais je ne sais pas quel est le déterminant qui nous permettra de le faire.

J'ai aussi été enseignante et il y a des jours où je pense qu'il faudrait vraiment commencer par mettre l'accent sur le développement des jeunes enfants, avant même la pauvreté, car c'est une dimension commune à toutes les classes sociales qui pourrait, dans un sens, annuler les effets de la pauvreté dans les classes sociales défavorisées. Cependant, je ne sais pas si on peut établir une hiérarchie. Vous poserez la question à des chercheurs qui en sauront plus que moi là-dessus.

J'ai fait parvenir récemment à votre président un texte de Michael Marmot publié dans *The Lancet*. Dans ce document, il tente de conceptualiser le lien entre les divers déterminants sociaux. La pauvreté est celui qui me vient tout d'abord à l'esprit, mais privilégier cette dimension, c'est refuser de passer immédiatement à l'action. C'est pourquoi j'ai pensé au développement du jeune enfant.

On a pu constater, à travers l'histoire, que l'éducation gratuite et universelle a eu un effet extraordinaire. Le président du Kenya nous a dit lui-même en juillet qu'il avait décidé, il y a près de deux ans, d'éliminer les frais d'inscription aux écoles primaires. En septembre suivant, un million et demi d'enfants supplémentaires, surtout des filles, s'inscrivaient à l'école. Cela en dit long.

The Minister of Health in Kenya is a colleague of mine in the commission and we visited the community clinic. It was modest, dirty and tiny in the slums of Kibera. People pay for community clinics, which include maternal health, reproductive health and all of that; they must pay a user fee. I did not like the Minister of Finance of that country and I told her to consider that it costs more to collect the user fees than it brings to the treasury. It is a deterrent, even if, for us, it looks like peanuts. All those questions come to mind and I do not know the answer.

In Canada, I asked myself when I started, where are the poorest of the poor? I am talking poor health outcomes that are avoidable. Of course, it is First Nations Aboriginal health. It is in pockets of urban poverty across the country and, of course, those pockets are now invisible. They are not like Kibera. They are totally invisible. We do not want to think of it.

I think there are pockets in rural parts of the country, but I am not familiar enough with that so I cannot answer you.

Senator Eggleton: Do you have time for one more question?

Ms. Bégin: May I say one thing? Historically, we were told several times that investing in women — that is a terrible expression — but investing in programs, education, et cetera, have made social changes in many parts of the world.

Senator Eggleton: Both you and I have served at the cabinet table: you in the Trudeau government and myself in the Chrétien government. My first portfolio in the Chrétien government was the Treasury Board. I went in thinking I would create horizontal links across departments. I think I was as frustrated as anyone else who has attempted to do that. As you commented in your opening presentation, the system is a silo one here, which is advanced also by the Parliamentary tradition of ministerial accountability. It strikes me that it is one of the difficult things to do, but it must be done to deal with these wide ranges of determinants —

Ms. Bégin: I could not agree more.

Senator Eggleton: Silos must be dealt with because the health department does not do social services or education; social determinants of health are all over the place. They are not only at the federal level, but at the provincial level as well.

Do you have any further wisdom as to how we might overcome that?

La ministre de la Santé du Kenya est une de mes collègues à la commission. Nous avons visité ensemble la clinique communautaire, un établissement modeste, sale et minuscule dans les bidonvilles de Kibera. Les cliniques communautaires offrent des services de santé maternelle, des services de santé de la reproduction et autres services qui sont tous payants. Je n'aimais pas le ministre des Finances de ce pays et je lui ai dit que la collecte des frais modérateurs coûte plus cher qu'ils ne rapportent au Trésor public. C'est une mesure dissuasive, même si, pour nous, elle paraît dérisoire. Voilà toutes sortes de questions qui viennent à l'esprit et dont je ne connais pas la réponse.

Lorsque j'ai commencé ma réflexion, je me suis demandé où se trouvaient les plus pauvres d'entre les pauvres au Canada. Je veux parler de facteurs de mauvaise santé que l'on pourrait éviter. Comme on pouvait s'y attendre, les plus mal lotis sont des membres des Premières nations. Il existe des foyers de pauvreté urbaine partout dans le pays et, bien entendu, ces foyers sont désormais invisibles. Ce n'est pas comme à Kibera. Ils sont totalement invisibles. On ne veut pas y penser.

Je crois qu'il existe aussi des foyers de pauvreté dans certaines régions rurales du pays, mais je ne connais pas suffisamment la situation pour vous en parler.

Le sénateur Eggleton : Avez-vous le temps pour une autre question?

Mme Bégin : Permettez-moi d'ajouter un commentaire. Au fil des années, on nous a dit et répété qu'en investissant dans les femmes — quelle expression affreuse — en investissant dans des programmes, dans l'éducation, et cetera, on était parvenu à provoquer des changements sociaux dans de nombreuses parties du monde.

Le sénateur Eggleton : Vous et moi avons tous deux servi au Cabinet : vous dans le gouvernement Trudeau et moi-même dans le gouvernement Chrétien. Mon premier portefeuille dans le gouvernement Chrétien fut le Conseil du Trésor. Lors de mon entrée en fonction, j'avais dans l'idée de créer des ponts entre les ministères. Je pense que je me suis heurté aux mêmes écueils que tous ceux qui ont tenté de le faire. Comme vous l'avez dit dans votre exposé, nous avons affaire à un système de silos qui est renforcé également par la tradition parlementaire de la responsabilité ministérielle individuelle. Je constate que c'est une chose très difficile à accomplir et pourtant, il faut le faire si nous voulons prendre en compte toute la gamme des déterminants...

Mme Bégin : Vous prêchez à une convertie.

Le sénateur Eggleton : Il faut vraiment se débarrasser des silos, parce que le ministère de la Santé n'offre pas de services sociaux ni de services d'éducation; or, les déterminants sociaux de la santé sont partout. Pas seulement au niveau fédéral, mais également à l'échelon provincial.

Avez-vous d'autres idées sur la façon de surmonter cet obstacle?

Ms. Bégin: I think you may want to speak with Morris Rosenberg, Deputy Minister of Health Canada, who chairs a committee of deputy ministers that could be called ministers of social determinants, if I understand correctly. That format did not exist in my time. That is one possibility.

I think you have already invited Dr. Sylvie Stachenko, who is one of the number twos of the Public Health Agency of Canada. The public health agency, if I remember well, together with the U.K. and Sweden is working on a project of identifying the best intersectoral approaches. You may want to contact Dr. Stachenko and Mr. Rosenberg. They may be of some help.

Senator Nancy Ruth: With respect to these two diagrams, my question is around the place of race.

Ms. Bégin: Yes, that is well said. We speak of it all the time but we did not identify it as a social determinant of health. It is one of the key factors behind the expression, "social exclusion." A remarkable team is in charge of that knowledge network. In our work, I would say almost that the most important factor of social exclusion is race. However we did not write these words. They were presented to us.

Senator Nancy Ruth: Gender does not exist in this network?

Ms. Bégin: Absolutely.

Senator Nancy Ruth: I am so sorry.

Ms. Bégin: We forced the creation of that network because it could have been buried under social exclusion, and that is wrong because it would have included so many huge subgroups of the population. The commission is definitely extremely sensitive. Race applies to the Canada of today, by the way, as a socially negative or positive determinant of health.

Senator Nancy Ruth: In the Whitehall and Black studies, can I assume in the Black studies, which was the earlier study and the research covered all of Britain, that the study dealt with race?

Ms. Bégin: I do not recall.

Senator Nancy Ruth: In the Whitehall study of male civil servants 20 years ago, would the subjects have been predominantly white?

Ms. Bégin: Whitehall also has women in it. I am sorry, I do not recall right now.

Senator Nancy Ruth: Would the Canadian Women's Health Network have anything to contribute to this study on population health, in your opinion?

Ms. Bégin: The so-called health systems knowledge network from South Africa is headed by two women professors, and they have worked constantly with the knowledge networks on globalization and women and gender, the three together. I do

Mme Bégin : Je pense que vous devriez parler à Morris Rosenberg, sous-ministre de Santé Canada, qui préside un comité de sous-ministres que l'on pourrait appeler les ministres des déterminants sociaux, si j'ai bien compris. Une telle structure n'existait pas à mon époque. C'est une possibilité.

Je crois que vous avez déjà invité Mme Sylvie Stachenko qui est un des deux sous-administrateurs en chef de l'Agence de santé publique du Canada. Si je me souviens bien, l'Agence de santé publique travaille, en relation avec le Royaume-Uni et la Suède, à un projet visant à définir les meilleures approches intersectorielles. Vous pourrez prendre contact avec Mme Stachenko et M. Rosenberg. Ils pourraient vous être utiles.

Le sénateur Nancy Ruth : Dans ces deux diagrammes, je me demande où l'on a classé la race.

Mme Bégin : Voilà qui est bien dit. Nous en parlons tout le temps, mais nous ne considérons pas la race comme un déterminant social de la santé. C'est un des éléments importants regroupés sous la rubrique « Exclusion sociale ». Ce réseau de savoirs a été confié à une équipe remarquable. D'après nos travaux, je dirais presque que la race est le facteur le plus important d'exclusion sociale. Cependant, nous n'avons pas rédigé ce texte. Il nous a été fourni.

Le sénateur Nancy Ruth : Ce réseau ne traite pas des relations entre les sexes?

Mme Bégin : Bien sûr que si!

Le sénateur Nancy Ruth : Excusez-moi.

Mme Bégin : Nous avons exigé la création de ce réseau parce que sinon, les relations entre les sexes auraient été noyées dans le réseau consacré à l'exclusion sociale, ce qui aurait été négatif parce qu'il aurait réuni un si grand nombre de sous-groupes énormes de la population. La commission est assurément extrêmement sensible à ce sujet. En passant, la race se présente comme un déterminant social de la santé négatif ou positif dans le Canada actuel.

Le sénateur Nancy Ruth : Les études de Whitehall et de Black, et je suppose surtout l'étude de Black qui était antérieure et qui a porté sur l'ensemble de la Grande-Bretagne, ont-elles tenu compte de la race?

Mme Bégin : Je ne m'en souviens pas.

Le sénateur Nancy Ruth : L'étude de Whitehall consacrée aux fonctionnaires masculins il y a 20 ans, portait essentiellement sur des sujets de race blanche?

Mme Bégin : Il y avait aussi des femmes dans l'étude de Whitehall. Je suis désolée, je ne m'en souviens pas pour le moment.

Le sénateur Nancy Ruth : À votre avis, le Réseau canadien pour la santé des femmes pourrait-il apporter quelque chose à cette étude sur la santé de la population?

Mme Bégin : Le réseau de savoirs sur les systèmes de santé d'Afrique du Sud est dirigé par deux enseignantes qui collaborent régulièrement avec les réseaux de savoirs sur la mondialisation et les femmes et les relations entre les sexes. Je ne sais pas comment

not know how to explain that interaction. It will show through their various reports that will come out in a few months. I can only assure you that the answer is yes.

Senator Nancy Ruth: I was curious, in the Vancouver meeting in June, is it possible for two or three of us to observe your meeting?

The Chairman: We will discuss that in camera.

Ms. Bégin: I would love to have people of civil society from here and from there, now that we are in Canada. By the way, the accent will be on Aboriginal health, and on aging also. A piece was done for us by the Americans on aging, but other discussions will be held as well.

I would love it.

Senator Nancy Ruth: Besides knowing how to change the World Bank, I have one more question. I was in Colombia in November and they told me that \$30 million is transferred from North America to Colombia, and it effectively pays for health care and education. In the study that your group is doing, will you deal with the issue of remittances from new Canadians, back to their countries of origin?

Ms. Bégin: I am not sure I understand.

Senator Nancy Ruth: Remittances are monies sent back by, say, a new Canadian, from Colombia, to their family there, which are used for health and education. It seemed like a lot of the health and education system was being funded by our economics.

Ms. Bégin: I am almost sure that Ron Labonte and Ted Schrecker who head the Knowledge Network on globalization have that information. I am reading so many things at once that I do not recall the source. It is covered. This is just the first presentation. Maybe you want to speak to me later on when we have done more work.

[Translation]

Senator Pépin: You tell us to make a distinction between health inequality and inequity. Does it mean that in choosing a population health approach we should make the commitment to develop a social justice dimension in our report?

Ms. Bégin: This is going to put me even more in hot water since this is a question of choice. Inequality, as I defined it after various documents and readings, is a reality of life that is measurable, observable and backed by evidence.

Once inequality has been observed, people have to decide whether it ends there or whether they want to move and do something. It is as simple as that. Your committee will decide. And this choice is fundamental, an individual choice, a choice by the committee in this case, a choice by government. This is why I call it a moral category. In my view, it is of no use to study inequalities if this effort does not lead to valuable conclusions.

expliquer cette interaction qui se révélera par l'intermédiaire des divers rapports qu'ils feront paraître dans quelques mois. Je peux simplement vous répondre par l'affirmative.

Le sénateur Nancy Ruth : J'aimerais savoir si deux ou trois personnes de notre comité pourraient prendre part à votre réunion à Vancouver, en juin, à titre d'observateurs?

Le président : Nous en parlerons à huis clos.

Mme Bégin : Je serais ravie d'accueillir des membres de la société civile d'ici et de là-bas, puisque nous nous rencontrons au Canada. En passant, les thèmes seront la santé des Autochtones et le vieillissement. Les Américains vont nous parler du vieillissement, mais il y aura également d'autres débats.

J'en serais ravie.

Le sénateur Nancy Ruth : Mise à part la façon de modifier les politiques de la Banque mondiale, j'aimerais vous poser une autre question. J'étais en Colombie au mois de novembre et j'ai appris que 30 millions de dollars transitent d'Amérique du Nord vers la Colombie et que cet argent sert à payer les soins de santé et l'éducation. Au cours de l'étude que réalise votre groupe, allez-vous vous pencher sur la question des envois de fonds des immigrants nouvellement installés au Canada, à leur famille dans leur pays d'origine?

Mme Bégin : Je ne suis pas certaine de bien comprendre.

Le sénateur Nancy Ruth : Il s'agit de l'argent qu'un Néo-Canadien originaire disons, de Colombie, renvoie aux membres de sa famille restée là-bas pour qu'ils puissent payer leurs soins de santé et leur scolarité. Il semble qu'une grande partie des systèmes de santé et d'éducation sont financés par notre économie.

Mme Bégin : Je suis certaine que Ron Labonté et Ted Schrecker qui dirigent le réseau de savoirs sur la mondialisation pourront vous renseigner à ce sujet. Je lis tellement de documents en même temps que je ne me souviens pas de la source. Nous avons des renseignements à ce sujet. Ce n'est que la première intervention. Vous souhaitez peut-être me poser la question à nouveau lorsque nous aurons progressé dans nos travaux.

[Français]

Le sénateur Pépin : Vous nous indiquez une distinction à établir entre l'inégalité et l'iniquité en santé. Est-ce que cela signifie qu'en adoptant une approche de la santé de la population nous devons absolument prendre l'engagement d'élaborer une optique de justice sociale dans notre rapport?

Mme Bégin : Cela va me mettre dans l'eau bouillante encore plus parce que c'est une question de choix. L'inégalité, comme je l'ai définie d'après les documents et les nombreuses recherches, est un fait de la vie mesurable, observable et démontrable.

Une fois établie l'inégalité, c'est aux gens de décider si le travail est terminé ou s'il mène à une action. C'est aussi simple que cela. Ce sera le choix de votre comité. C'est un choix fondamental, un choix d'individu, un choix de comité dans ce cas-ci, un choix de gouvernement. C'est pourquoi j'ai appelé cela une catégorie morale. Il ne sert à rien, à mon avis, d'étudier les inégalités si on n'en tire pas les conclusions qui s'imposent.

In recent years, I think we have witnessed a historical movement initiated by the powerful people of this world — including the private sector, people like Bill Gates and others — such as the World Bank and the G8.

They are going to discuss Africa, but the Millennium Development Goals Report has created a movement requiring the United Nations to reach eight goals, and we signed this document. The focus is on development, but there is no development without health and no health without development. Also, Jeff Sax, a great economist, is the author of the Sax Report on Health and Development for the World Health Organization.

However, you will decide by yourselves. We found that he focussed more on the link between poverty and health. We preferred to broaden the definition of health rather than restricting it to its medical aspect. In any case, those are fundamental studies that you would probably want to examine.

Senator Pépin: Medical health comes to mind first when we discuss the subject of health, but we have to adopt a broader view in order to deal with population health, and take global actions.

Ms. Bégin: It remains a matter of choice, but I have made mine.

[English]

Senator Munson: Good afternoon. Being in the Senate is an education every hour. This report is fascinating.

I was struck by your last slide, “What good does it do to treat people’s illnesses, then send them back to the conditions that made them sick?” I was struck by what Senator Eggleton said about silos versus horizontal links.

As a reporter, I covered and wrote the story on Davis Inlet. I thought I was doing something to sensitize Canadians to a people’s cry and anguish. There were different kinds of sickness, from children sniffing gas to psychological illnesses to isolation. Yet, as a society, we fast-forward about ten years and we move these people to another place on the mainland in Labrador. They are not on an island. It seems to me we are treating the situation in silos, because we now see the same things happen again.

I feel that, as governments and as a society, we failed again because we still are not using the holistic approach to address what is happening in our isolated communities. Do you have any views on that, and any recommendations on how we treat that sort of thing? It is bigger than the one picture of a child sniffing gas.

Ms. Bégin: Yes, I saw that situation in Winnipeg when I was minister. We dealt with pharmacists at the time, and asked them to put all the hair products, and others, on much

Je pense vraiment qu’il y a un moment historique qui se passe ces dernières années où sont en jeu les grands de ce monde — incluant le secteur privé, comme par exemple Bill Gates, entre autres — tels la Banque mondiale et le G8.

Ils vont parler d’Afrique, mais il reste qu’un mouvement a été créé par le document des objectifs du Millénaire pour le développement qui oblige les Nations Unies, dont nous sommes signataire, à atteindre huit buts. L’accent est porté sur le développement, mais le développement sans la santé ou la santé sans le développement ne peut pas fonctionner. Également, Jeff Sax, un grand économiste, a produit le rapport Sax sur la santé et le développement pour l’Organisation mondiale de la Santé.

Ceci étant dit, vous jugerez par vous-mêmes. Nous avons trouvé qu’il a plutôt parlé de pauvreté et de santé. Nous, nous avons élargi la définition de santé qui a une connotation très médicale. Ce sont toutefois des travaux fondamentaux que vous voudrez probablement connaître.

Le sénateur Pépin : Quand on parle de santé, il y a évidemment la santé médicale, mais dans l’ensemble, par rapport à une santé de population, il faut aussi quelque chose, il faut agir dans l’ensemble.

Mme Bégin : Cela demeure une question de choix, mais le mien est fait.

[Traduction]

Le sénateur Munson : Bonjour. Au Sénat, on ne cesse jamais d’apprendre. Ce rapport est fascinant.

J’ai été frappé par votre dernière diapositive comportant la légende suivante : « À quoi bon traiter les maladies des gens si c’est pour les renvoyer dans la situation qui les a rendus malades? » J’ai été frappé par ce que le sénateur Eggleton a dit au sujet des silos par opposition aux liens horizontaux.

En ma qualité de journaliste, j’ai fait des reportages sur Davis Inlet. Je pensais avoir contribué à sensibiliser les Canadiens au cri de détresse de ce peuple souffrant de nombreux troubles différents, des enfants qui respiraient de l’essence aux maladies psychologiques dues à l’isolement. Et pourtant, en tant que société, dix ans plus tard, nous avons réinstallé la population de Davis Inlet sur le continent du Labrador. Elle n’est plus sur une île. Il me semble que nous ayons traité cette situation selon une approche de silo, puisque nous voyons actuellement surgir les mêmes problèmes.

En tant que gouvernements et en tant que société, je pense que nous avons encore échoué, parce que nous n’appliquons pas une approche globale pour remédier à la situation dans nos collectivités isolées. Quel est votre point de vue à ce sujet et avez-vous des recommandations à présenter relativement à la marche à suivre pour régler un tel problème? Le problème dépasse de beaucoup celui des jeunes qui respirent des vapeurs d’essence.

Mme Bégin : Oui, j’ai connu ce type de situation à Winnipeg, lorsque j’étais ministre. À l’époque, nous avons demandé aux pharmaciens de placer tous les produits pour les soins des cheveux

higher shelves: those products that Aboriginal kids in downtown Winnipeg were sniffing.

One word of what you said remains with me as a critical challenge in Canada. You said, “I thought I was doing something to sensitize” the readers to situations x, y, and z.

The situations described are not the usual cancer or obvious medical situations. They are health situations but they are not captured when we speak of medicare.

For me, a major challenge in Canada is to make the public take ownership: understand, believe and take ownership of a situation of poverty and social exclusion that is unacceptable in one of the richest countries of the world.

When we took the train from Ottawa to Montreal, we used to go through St. Henri. I have been both a student and a teacher there. St. Henri was an extremely poor district of Montreal. It is almost completely gentrified now. Senator Eggleton, you have been mayor of Toronto. You know how we pushed public housing out of Jane and Finch, or wherever. We gentrified the downtown. We do not see poverty. Canadians do not want to know that there is poverty.

I will be even more critical, if I may. I will say that we did a great service to all Canadians by putting our fiscal financial house in order in 1995. We had to do it but there is no doubt that we did it on the backs of the poor. I am sorry but it is crystal clear. All the payments that disappeared, were cut or reduced were in social assistance. Someone will say, it was not us, it was the provinces. It was us.

Senator Munson: In terms of my question, is there a better approach to dealing with this kind of issue? If there was a decade of darkness in 1995, the decade of darkness was on the backs of the poor, not on the military. I am talking about today.

Ms. Bégin: I would be Prime Minister if I knew the answer. I am sorry. I think you should ask those who know the concrete ways of today's world. I have been in charge of the health of First Nations and Inuit for eight years. At the time, we did not recognize Metis populations. Of course, the isolation and economic situation is what stops us. It is the first barrier. We do not know what can be done to help.

I wanted to have Inuit and Aboriginal, First Nations, health professionals of all kinds. The last legislation I tabled and won in the House of Commons, in June 1984, was the Indian and Inuit health carrier programs. Now we have physicians, for example, Dr. Jeff Redding, who heads the Institute for Aboriginal People's Health of the Canadian Institutes of Health Research. We have wonderful people — not enough, but it has started. I am only talking health. These people are all open to social determinants because they know.

et autres, sur des étagères plus hautes, parce que les jeunes Autochtones du centre-ville de Winnipeg utilisaient ces produits pour en inhaler les vapeurs.

Un de vos commentaires me paraît décrire le défi important qui se pose au Canada. Vous avez dit « Je pensais avoir contribué à sensibiliser » mes lecteurs à telle et telle situation.

Il ne s'agit pas ici des cas habituels de cancer ou d'autres maladies connues. Il s'agit de troubles de la santé qui ne sont pas pris en compte par le régime de soins de santé.

Pour moi, la population canadienne doit accepter le défi important suivant : le public doit comprendre et accepter que la pauvreté et l'exclusion sociale sont inacceptables dans un des pays les plus riches du monde.

Autrefois, quand on prenait le train pour aller d'Ottawa à Montréal, on passait par Saint-Henri. C'est un quartier extrêmement pauvre de Montréal où j'avais été étudiante et enseignante. De nos jours, Saint-Henri s'est presque complètement embourgeoisé. Sénateur Eggleton, vous avez été maire de Toronto. Vous savez que nous avons évacué les logements sociaux du secteur Jane et Finch et d'ailleurs. Nous avons embourgeoisé le centre-ville. Nous ne voyons pas la pauvreté. Les Canadiens ne veulent pas voir la pauvreté.

Si vous le permettez, je pousserai encore plus loin ma critique. Nous avons rendu un grand service à l'ensemble de la population canadienne en mettant de l'ordre dans nos finances en 1995. Il fallait le faire, mais il ne fait aucun doute que nous l'avons fait sur le dos des pauvres. Je regrette de le dire, mais cela me paraît clair. Tous les versements qui ont été éliminés ou réduits concernaient le domaine de l'assistance sociale. Certains prétendront que ce n'était pas nous mais les provinces. En fait, c'était nous.

Le sénateur Munson : Pour revenir à ma question, est-ce qu'il y a une meilleure approche pour remédier à ce genre de situation? La période sombre que nous avons traversée à partir de 1995, ce ne sont pas les militaires qui en ont été les victimes, mais les pauvres. Vous aurez compris que je fais référence à l'actualité.

Mme Bégin : Si je connaissais la réponse, je serais première ministre. Désolée. Je pense que vous devriez vous adresser à ceux qui connaissent les faits concrets du monde d'aujourd'hui. J'ai été chargée de la santé des Premières nations et des Inuits pendant huit ans. À l'époque, nous ne reconnaissons pas les Métis. Il est certain que nous nous heurtons à l'isolement et à la situation économique. C'est le premier obstacle. Nous ne savons que faire pour aider.

Je voulais former des professionnels de la santé inuits et autochtones dans tous les domaines. Le dernier projet de loi que j'ai déposé à la Chambre des communes en juin 1984 et qui fut adopté, a permis de créer le Programme de carrières pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé. Aujourd'hui, nous avons des médecins, par exemple le Dr Jeff Redding qui dirige l'Institut de la santé des Autochtones aux Instituts de recherches en santé du Canada. Nous avons des gens merveilleux — pas assez, mais c'est un début. Je parle uniquement du domaine de la santé. Tous ces intervenants sont sensibles aux déterminants sociaux parce qu'ils sont au courant.

I am sorry, senator, I do not know the practical, concrete, operational answer of what to do.

Senator Munson: I guess we have a job to do.

Senator Cook: Thank you for coming again. We will look for the benefit of your wisdom as we ponder the population health.

I turn to the issue of Aboriginal health, which preoccupies me. I am always searching. Senator Munson talks about Davis Inlet. Senator Munson, you may not know the history of Davis Inlet but one day Dr. Padden found a group of Inuit on the high land on the Torngat Mountains and they were riddled with tuberculosis. Dr. Padden brought them to the island and that was the evolution of the nomads of the Torngat. He put them there and no one taught them how to live in a new environment. They were on an island, for goodness sakes, with no interaction with anyone. It was for the benefit of the greater good: tuberculosis was the problem.

When the federal government built the “new tomorrow” for the same people, no one gave them any life skills once again. The government put them in modern homes, with bathrooms, washers, driers, all the modern conveniences and furnaces instead of stoves. I asked repeatedly at home, why? Community health workers and social workers told me that they begged government to send in groups of people to teach them the fundamentals of living in this new environment: a house with a furnace, stove and bathroom.

Somehow, we need to meet those people we care about, and say, “tell me what you need” or have the wisdom to see what is best and work together with them. We are not doing it. We are doing this to them.

I can fast-forward to a community of Mi'kmaq in the Bay d'Espoir area, which is a model community. They have a wonderful education system and good leadership there, but health services are delivered by a nurse practitioner. A Mi'kmaq nurse, who saw the need for her community, went to Dalhousie University. It is a success story. I do not think we know how to listen.

If we go to the fundamentals, I am getting older and more philosophical, it is poverty of spirit. You helped us through that journey of the Aboriginal people in New Zealand, with primary health. Then we went into the mental health, and we embraced some of the practices the Aboriginal people used along the road to wellness. Is that approach a silo? Who knows?

Je regrette, sénateur, je ne peux pas vous dire de manière pratique, concrète et opérationnelle quelles sont les mesures à prendre.

Le sénateur Munson : Je crois que nous avons du pain sur la planche.

Le sénateur Cook : Merci de revenir. Nous nous appuyerons sur vos sages conseils lorsque nous étudierons la santé de la population.

J'aimerais parler de la santé des Autochtones, une question qui me préoccupe. J'y pense constamment. Le sénateur Munson a parlé de Davis Inlet. Monsieur le sénateur, vous ne connaissez peut-être pas l'histoire de Davis Inlet. Un jour, le Dr Padden découvrit dans les hautes terres des monts Torngat, un groupe d'Inuits qui était miné par la tuberculose. Le Dr Padden les ramena dans l'île, ce qui changea la vie des nomades de Torngat. Ils se trouvèrent déracinés et personne ne leur apprit comment vivre dans leur nouvel environnement. Ils étaient isolés sur une île, pour l'amour du ciel, sans aucune possibilité de communication. Mais c'était pour un bien supérieur : on craignait la propagation de la tuberculose.

Lorsque le gouvernement fédéral a décidé d'un « nouvel avenir » pour les mêmes Inuits, personne ne leur a, une fois de plus, enseigné les aptitudes à la vie quotidienne. Le gouvernement les a installés dans des maisons modernes avec des salles de bain, des laveuses, des sècheuses, tout l'équipement moderne, et le chauffage central plutôt que des poêles à bois. Je n'ai cessé de m'interroger sur la pertinence de telles décisions. Les travailleurs de santé communautaire et les travailleurs sociaux m'ont rapporté qu'ils avaient supplié le gouvernement d'envoyer des gens sur place pour apprendre aux Inuits les principes élémentaires de vie dans ce nouvel environnement : une maison équipée du chauffage central, d'une cuisinière et d'une salle de bain.

D'une manière ou d'une autre, il faut aller à la rencontre de ces gens que nous voulons protéger et leur demander ce dont ils ont besoin ou avoir la sagesse de réfléchir à ce qui est le mieux pour eux et de collaborer avec eux. Or, nous ne le faisons pas et voilà le résultat.

Permettez-moi de citer l'exemple d'un village mi'kmaq de la région de la Bay d'Espoir, un village modèle. Les habitants de ce village disposent d'un merveilleux réseau d'éducation et d'une bonne équipe dirigeante, mais les services de santé sont fournis par une infirmière praticienne. C'est une infirmière mi'kmaq qui, ayant constaté les besoins de sa collectivité, a décidé de faire des études à l'Université Dalhousie. Voilà une belle réussite. Je pense que nous ne savons pas écouter.

Pour en revenir à l'essentiel, je me fais plus âgée et plus philosophe, c'est la pauvreté spirituelle. Vous nous avez parlé des Autochtones de Nouvelle-Zélande et de la création de services de soins primaires. Ensuite, il a été question de la santé mentale et nous avons passé en revue certaines pratiques utilisées par les Autochtones pour atteindre un mieux-être. Est-ce une approche en silo? Qui sait?

It seems we are always telling the other group what is best for them and we are not listening. How do we move that silo out of the way?

In my own province now, the social workers are so overworked they are on stress leave. They have cannot cope with what is happening in a population plagued with out-migration, the downturn in the fishery and all the rest of it. There does not seem to be any movement. I am sure if you went over to the psychiatric wards, the mental health, you would find the same thing. Is it budgets? Is it turf wars? What is it that is —

Ms. Bégin: It is power.

Senator Cook: How do you disseminate it?

Ms. Bégin: I started with the women's movement way back but now I am seeing it in development and aid. The local people need help with techniques and so on, but they should be in charge of their future.

I am on the council of the Canadian Population Health Initiative. We funded research by Chris Lalonde from the west on Aboriginal communities in B.C., and now he is doing research in Manitoba, and where Aboriginal people have started to take over their own governance, things change for the better. The number of suicides has declined. It is remarkable.

Things are visible and it is good you mentioned a success story because we all need to see a few of them. It is feasible.

Senator Cook: I can share with you only my experiences and where I live. About 15 years ago, we started a modest breakfast and lunch program out of our church for a couple of our intercity schools. We were inclusive.

An envelope went home with the menu, with coupons in it, and every child in the school received it. No one knew who paid, and it worked. Today the program is a foundation sponsored by Hibernia. It is a success story. We started out and said, we will send it to everyone. The interesting thing is, enough money came back that we could always buy the groceries for whoever wanted breakfast. These measures you have to —

Ms. Bégin: That program changed the life of kids, I am absolutely sure.

Senator Cook: Yes, it will. We are thousands of people now in that foundation.

Ms. Bégin: You cannot learn with an empty stomach. It is simple.

Il semble que nous soyons toujours prêts à dire aux autres ce qui est le mieux pour eux, mais nous ne les écoutons pas. Comment sortir de cette approche en silo?

Dans ma propre province, les travailleurs sociaux sont actuellement tellement débordés qu'ils doivent prendre des congés pour épuisement professionnel. Ils se sentent incapables de faire face à la situation que vit actuellement la population marquée par l'exode, le déclin de la pêche et tous les autres problèmes. Aucun mouvement ne semble se dessiner. Je suis certaine que vous feriez le même constat dans les hôpitaux psychiatriques et les services de santé mentale. Est-ce une question de budget? Est-ce une question de territoire? Quel est...

Mme Bégin : C'est une question de pouvoir.

Le sénateur Cook : Comment faire pour leur donner ce pouvoir?

Mme Bégin : J'ai commencé avec le mouvement féministe, il y a de nombreuses années, mais aujourd'hui, je fais le même constat dans le domaine du développement et de l'aide. Les gens ont besoin de se faire aider pour apprendre diverses techniques et autres, mais surtout, ils devraient pouvoir prendre leur avenir en main.

Je siège au conseil de l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Nous avons financé la recherche de Chris Lalonde dans les collectivités autochtones de Colombie-Britannique et il effectue actuellement des recherches au Manitoba. Il a constaté que la situation s'améliore dans les régions où les Autochtones ont commencé à prendre leurs destinées en main. Le taux de suicide a diminué. C'est remarquable.

Les résultats sont visibles et c'est bien que vous ayez mentionné une telle réussite car nous devons tous savoir que c'est faisable. Il est possible de réussir.

Le sénateur Cook : Je peux vous parler seulement des expériences que j'ai vécues dans ma région. Il y a une quinzaine d'années, nous avions mis sur pied dans notre église un modeste programme pour le petit-déjeuner et le repas de midi, à l'intention des élèves de quelques écoles urbaines. Le programme était ouvert à tous.

Chaque élève recevait chez lui une enveloppe contenant le menu et des coupons. Personne ne savait qui assumait les coûts. Les résultats ont été concluants. Aujourd'hui, le programme est une fondation parrainée par Hibernia. C'est une réussite. Lorsque nous avons commencé, nous avons décidé d'envoyer l'enveloppe à toutes les familles. Il est intéressant de noter que les gens nous ont toujours retourné suffisamment d'argent pour nous permettre d'acheter les provisions nécessaires pour offrir le petit-déjeuner à ceux qui le demandaient. Ces mesures...

Mme Bégin : Je suis absolument certaine que ce programme a changé la vie de ces enfants.

Le sénateur Cook : En effet. Aujourd'hui, cette fondation compte des milliers de membres.

Mme Bégin : Il est impossible d'étudier avec l'estomac vide. C'est aussi simple que cela.

Senator Cook: How to find the wisdom to break down the silos if a society —

Ms. Bégin: I should not say that because it looks bad, but I will. When we created the child tax credit — which is now another name and is a huge help, or should be — in 1978, I had a fit when I discovered that the group who opposed it was an organization of social workers. I was shocked, but as a sociologist I should have known better. The money went directly to the mothers, so it was not going through their power relationship over the mother, if I may put it negatively.

Senator Cook: Who knows best?

Ms. Bégin: That is it.

Senator Cook: How do we meet basic human needs? We are back to it every time we start a study in social services.

Ms. Bégin: That movement I mentioned in India, which is becoming well known — it is made up of a million women, members of only the most vulnerable. It is in the state of Gujarat. It has not spread that much more in India. Other similar initiatives exist in India, and the power of the local people is unbelievable when they are helped to organize and do their things.

The Chairman: Before you go, Senator Munson, this is such an incredibly important point. It is one that will permeate our hearings and our report when it comes out.

When we walked through the mental health report, we found that people with mental illness need community: community facilities they could find, people they knew, peers that would help them do their banking and people who would drive them if they did not have a driver's licence. I have been convinced for a long time that we made a terrible mistake in health care in Canada in building many monuments and no community facilities. That is why we have no access.

You have been there, done it; you were a minister of health. In fact, you helped fund my monument when you were minister. What is your comment on that? Then Senator Munson will come in.

Ms. Bégin: May I use the opportunity to say how well received the report of your committee on mental health has been and is all over Canada. Everyone is so pleased that you said in it what you said as a committee.

The top cannot decide what the bottom wants, et cetera. They can only empower and enable them. They can be facilitator, but that does not come from big governments down. There are approaches. Some have worked and are working, but we need a specific orientation and we need to stick to it.

Le sénateur Cook : Comment trouver la sagesse de sortir des silos si une société...

Mme Bégin : Je ne devrais pas vous raconter cela, mais je vais le faire quand même. En 1978, lorsque nous avons créé le crédit d'impôt pour enfants — qui porte maintenant un autre nom mais qui est très utile, ou devrait l'être — j'avais été renversée d'apprendre que le groupe qui s'opposait à cette mesure était une organisation de travailleurs sociaux. J'étais choquée, mais en tant que sociologue, j'aurais dû m'y attendre. L'argent parvenait directement aux mères, si bien que les travailleurs sociaux perdaient un peu de leur pouvoir par rapport à elles, si vous me permettez ce commentaire négatif.

Le sénateur Cook : Qui est le meilleur juge?

Mme Bégin : Exactement.

Le sénateur Cook : Comment pourvoir aux besoins humains fondamentaux? On y revient chaque fois que l'on étudie les services sociaux.

Mme Bégin : Je vous ai parlé d'un mouvement en Inde qui commence à être bien connu — il regroupe un million de femmes, membres de la population la plus vulnérable, dans l'État du Gujarat. Il ne s'est pas beaucoup étendu ailleurs en Inde. D'autres initiatives analogues existent en Inde et le pouvoir de la population locale est incroyable lorsqu'on l'aide à s'organiser et à prendre son avenir en main.

Le président : Avant de vous donner la parole, sénateur Munson, j'aimerais souligner ce point incroyablement important qui sera omniprésent tout au long de nos audiences et dans notre rapport.

Lorsque nous avons rédigé le rapport sur la santé mentale, nous avons découvert que la collectivité est importante pour les gens qui souffrent de troubles mentaux : ils doivent pouvoir fréquenter les services communautaires, rencontrer des gens qu'ils connaissent, certains de leurs pairs capables de les accompagner à la banque et de les conduire à certains endroits s'ils n'ont pas de permis de conduire. Je suis convaincu depuis longtemps que c'est une erreur terrible d'avoir construit au Canada de nombreux monuments dédiés à la santé, mais pas d'installations communautaires. Voilà pourquoi l'accès fait défaut.

Vous connaissez tout cela, puisque vous avez été ministre de la Santé. En fait, vous avez contribué à financer mon monument lorsque vous étiez ministre. Quel est votre point de vue à ce sujet? Ensuite, le sénateur Munson pourra intervenir.

Mme Bégin : Permettez-moi de profiter de l'occasion pour vous dire combien le rapport de votre comité sur la santé mentale a été bien accueilli partout au Canada. Tout le monde est ravi de la position que vous avez prise en tant que comité.

Le sommet ne peut pas décider de ce que veut la base, et cetera. On peut seulement amener les gens à prendre eux-mêmes le contrôle de la situation. Il est possible de jouer un rôle de facilitateur, mais le mouvement ne peut venir d'en haut. Il existe certaines approches qui ont donné et continuent de donner de bons résultats. Il faut adopter une orientation précise et ne pas en déroger.

Senator Munson: The two are power and empowerment, right?

Ms. Bégin: At that time, you were the power. If you governed me, you were the power.

Senator Munson: I did not listen enough, I do not think. When I was a reporter, I asked a lot of questions but now as a senator I have to do my homework.

You talked about Mumbai and the Coady International Institute, and I am curious about that. This country needs more Coady institutes, because the poorest of the poor outside of Mumbai in India can be empowered, do we have programs — it might be a naive question — of training and empowering people to take control of their own lives, with impoverished areas in this country?

Ms. Bégin: I no longer know what exists in the general field of community development, I am sorry. I do not know which programs eventually help.

Back to the Coady International Institute, I would say that the vast majority of Canadians have never heard that word, and do not remember Father Coady, the Great Depression and the birth of the co-op movement in English Canada.

I was thrilled to see that today they train, in French we would say animateurs and animatrices, for all those movements in many countries of the Third World. I find that extraordinary.

I suppose some of them, such as the travelling expenses and hospitality expenses, are paid for by the Canadian International Development Agency, CIDA. There must be links, but I no longer know the state of affairs, either domestically or internationally. I am merely signalling the good work they do.

Senator Munson: It is a good model.

Ms. Bégin: One of the five so-called collaborating centres — I hope it is not one more pilot project — and I am not even sure if it is the Public Health Agency of Canada, Health Canada or both, the one entitled Social Determinants of Health, is based at St. Francis Xavier University. The collaborating centre, the academic part and all that are based at St. Francis Xavier University, which is where the Coady International Institute is.

The Chairman: Thank you so much. This presentation has been a real enlightenment for our committee and a wonderful place to start. We are deeply indebted to you. I am afraid we will be back.

Honourable senators, we will go in camera for a few minutes to talk about our work plan.

The committee continued in camera.

Le sénateur Munson : Les deux facettes ne sont-elles pas le pouvoir et l'habilitation?

Mme Bégin : À l'époque, celui qui gouvernait détenait le pouvoir.

Le sénateur Munson : Je pense que je n'ai pas suffisamment écouté. Lorsque j'étais journaliste, je posais beaucoup de questions, mais maintenant, en tant que sénateur, je dois faire ma propre réflexion.

Vous avez parlé de Mumbai et du Coady international Institute et cela m'intéresse. Notre pays a besoin d'autres instituts Coady, puisque les plus pauvres des pauvres de Mumbai, en Inde, peuvent prendre leur avenir en main, avons-nous des programmes — ma question peut paraître naïve — de formation et d'habilitation permettant aux gens de prendre eux-mêmes le contrôle de leur existence dans les régions pauvres du pays?

Mme Bégin : Excusez-moi, je ne connais plus assez bien le domaine général du développement communautaire. Je ne sais pas quels sont les programmes qui seraient utiles.

Pour revenir au Coady international Institute, je pense que la grande majorité des Canadiens n'en ont jamais entendu parler et ne se souviennent pas du père Coady, de la grande crise de 1929 et de la naissance du mouvement coopératif au Canada anglais.

J'étais ravie de constater qu'ils forment de nos jours des animateurs et des animatrices — comme on les appelle en français — qui participent à tous ces mouvements dans de nombreux pays du tiers monde. Je trouve cela extraordinaire.

Je suppose que certains frais, notamment les coûts de voyage et de logement sont assumés par l'Agence canadienne de développement international, l'ACDI. Il doit exister des liens, mais je ne suis plus au courant de la situation, ni sur le plan canadien, ni sur le plan international. Je me contente de signaler l'excellent travail qu'ils font.

Le sénateur Munson : C'est un bon modèle.

Mme Bégin : Un des cinq centres dits de collaboration — j'espère que ce n'est pas un projet pilote de plus — et je ne sais pas exactement s'il relève de l'Agence de santé publique du Canada ou de Santé Canada ou des deux, le centre chargé des déterminants sociaux de la santé, relève de l'Université St. Francis Xavier. Le centre de collaboration, les services de formation universitaires et autres sont basés à l'Université St. Francis Xavier où se trouve le Coady International Institute.

Le président : Merci beaucoup. Votre présentation a été très enrichissante pour notre comité et une façon merveilleuse de commencer nos travaux. Nous vous sommes immensément redevables. J'ai bien peur que nous vous réinvitions à venir témoigner.

Honorables sénateurs, nous allons maintenant poursuivre notre réunion à huis clos pendant quelques minutes pour parler de notre plan de travail.

Le comité se poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, Wednesday, February 28, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:12 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Gentlemen, we deeply appreciate your coming here, particularly this week, before we break. The guidance and information that you will give us with your tremendous expertise will be enormously valuable to us as we continue working while the break is in progress.

I do not want to waste any of your valuable time. We will begin with Dr. Millar.

Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control, Provincial Health Services Authority, British Columbia: Let me start by thanking you for this opportunity. It is wonderful that the Senate is undertaking this initiative. I am exceptionally pleased to be able to participate today.

I will start by showing you some population health data that we have run recently. I am from British Columbia. As you may know, I am the Executive Director for Population Health Surveillance and Disease Control in British Columbia with the Provincial Health Services Authority.

The Chairman: Dr. Millar, allow me to interrupt you for just a second. I want the senators to know that Dr. Millar has a tremendous background in this area and was with the Canadian Institute of Health Information, or CIHI, as it was set up. He was one of the moving forces there. That will influence your questions probably as you go forth.

Please continue, Dr. Millar.

Dr. Millar: It was a welcomed intervention. These data were compiled by some of my statisticians and epidemiologists. The Premier of British Columbia has said that he wants B.C. to be the healthiest jurisdiction ever to hold the Olympics. We ran these data that show Canada and B.C. along with the leading developed countries in the world that have the best health status.

OTTAWA, le mercredi 28 février 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 12 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, et en faire rapport.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Messieurs, nous sommes profondément heureux de votre venue, particulièrement en cette semaine précédant le congé parlementaire. Les avis et l'information que vous allez nous donner, compte tenu de votre immense expérience, nous seront énormément utiles dans la poursuite de nos travaux au cours de la période de relâche.

Comme je ne voudrais pas abuser de votre temps précieux, nous allons débiter dès maintenant avec le témoignage du Dr Millar.

Dr John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies, Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique : J'aimerais tout d'abord vous remercier de me donner cette occasion de comparaître devant votre sous-comité. Il est merveilleux que le Sénat ait décidé d'entreprendre cette étude. Je suis on ne peut plus ravi de pouvoir y participer aujourd'hui.

Je vais d'abord vous faire part de certaines données que nous avons colligées récemment à propos de la santé des populations. Je viens de la Colombie-Britannique. Comme vous le savez peut-être, je suis directeur général de la surveillance de la santé des populations et du contrôle des maladies en Colombie-Britannique, une direction générale qui relève de la Régie provinciale des services de santé.

Le président : Docteur Millar, permettez-moi de vous interrompre un instant. Je tiens à ce que les sénateurs sachent que le Dr Millar a une formidable expérience dans ce domaine et qu'il a œuvré au sein de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, dès l'étape de sa création. Il en a d'ailleurs été l'un des inspirateurs. Le fait que vous en soyez conscients aura probablement une incidence sur les questions que vous allez lui poser en cours de route.

Veuillez poursuivre, docteur Millar.

Dr Millar : J'apprécie votre intervention. Ces données ont été compilées par certains de mes statisticiens et épidémiologistes. Le premier ministre de la Colombie-Britannique a dit qu'il souhaitait que notre province soit, de tous les endroits où se sont tenus les Jeux olympiques par le passé, celui où les gens sont le plus en forme. Nous avons colligé ces données pour montrer où se situent le Canada et la Colombie-Britannique parmi les grands pays industrialisés du monde dont la population jouit du meilleur état de santé.

There are some worrying trends happening with Canada. On the slide where the cursor is, the blue line is the trajectory for life expectancy in Canada compared to other countries. You can see that a number of countries are improving faster than Canada. The relative ranking of Canada is slipping for men. In this projection, which are well-validated projections, by 2010 Canada will rank behind Switzerland, Australia, Sweden and Italy for men. Coincidentally, I will note that British Columbia, thought of as a jurisdiction compared to these, will lead the world. B.C. already leads Japan, which is an unusual finding.

This next slide shows even more worrying data, particularly for women's health. Here you see, with the blue line, the Canadian trajectory for life expectancy for women. You can see that Canadian women are sliding, and they are sliding behind many countries. These countries that have been selected have a population of at least 1 million people. By 2010, when the Olympics are held, Canada will have dropped in rankings and will be behind Switzerland, Japan, France, Italy, Australia, Spain and Sweden. These are worrying trends.

Why is this happening? To some extent, it is driven by cancer data and by heart disease. Of course, those in turn are driven by risk factors such as obesity, and you are well aware of what has been happening with increasing rates of obesity.

However, I want to make the point to you, and you will hear it from others, that these behavioural risk factors, in turn, are determined by the social conditions that we have in our society. Obesity, in many people's view, is driven by the obesogenic environment in which we live and is often considered a failure of the market-driven phenomenon of junk food and so forth. What is happening is reasonably well understood. The question is: What are we to do about it?

I also want to focus your deliberations on the health care system. There are some interesting and important implications of population health for the health care system. There are rising life expectancies. If you look here, you will see that women are living longer than men still, although improving less quickly for women in Canada. It is a good news story overall that health is improving. It also means we are living longer, and as Dr. Keon well knows from other studies, the fact that we are living longer means that there is an increased incidence of heart disease and an increased demand for cardiac surgery, for stents, for hips, for corneal transplants, for lens surgery, et cetera, as the population ages. However, as these behavioural risk factors increase — worse levels of physical activity and nutrition and worse obesity — the prevalence of diseases is increasing. Also, through effective health care around major disease entities such as cardiac disease and cancer, we are converting many diseases that formerly killed

On note certaines tendances inquiétantes au Canada. Sur la diapositive où se trouve le curseur, la ligne bleue montre la trajectoire de l'espérance de vie au Canada en comparaison avec celle qu'on observe dans d'autres pays. Vous pouvez y constater qu'un certain nombre de pays s'améliorent plus rapidement que le Canada à ce chapitre. Le rang relatif du Canada est en régression dans le cas des hommes. D'après les projections, qui sont, soit dit en passant, sérieusement validées, le Canada se situera en 2010 derrière la Suisse, l'Australie, la Suède et l'Italie dans le cas des hommes. Je vous signale que, comme par hasard, la Colombie-Britannique, une entité considérée comme comparable aux autres entités visées par l'étude, sera alors bonne première à cet égard. Elle dépasse déjà le Japon, ce qui est plutôt exceptionnel.

La diapositive suivante affiche des données encore plus inquiétantes, particulièrement en ce qui concerne l'état de santé des femmes. Vous pouvez voir ici, en observant la ligne bleue, la trajectoire de l'espérance de vie chez les femmes canadiennes. Vous pouvez constater que l'espérance de vie dans le cas des femmes régresse, et qu'elle se situe derrière celle que l'on observe dans de nombreux pays. Les pays qui ont été sélectionnés ont une population d'au moins un million d'habitants. En 2010, au moment de la tenue des Jeux olympiques, le Canada aura vu son rang baisser dans ce classement, et il se situera alors derrière la Suisse, le Japon, la France, l'Italie, l'Australie, l'Espagne et la Suède. Ce sont là des tendances inquiétantes.

Pourquoi en est-on rendu là? Dans une certaine mesure, cette situation peut s'expliquer par les données relatives aux cancers et aux maladies cardiaques. Naturellement, ces dernières sont elles-mêmes influencées par des facteurs de risque comme l'obésité, et vous savez très bien ce qui arrive lorsque les taux d'obésité augmentent.

Je tiens cependant à vous faire remarquer, et d'autres vous le diront aussi, que ces facteurs de risque comportementaux sont eux-mêmes déterminés par les conditions sociales qu'on observe dans notre société. L'obésité, de l'avis de bien des gens, est causée par l'environnement obésogène dans lequel nous vivons et est souvent considérée comme un échec de l'engouement, dicté par le marché, pour la malbouffe, entre autres choses. Ce phénomène est raisonnablement bien connu. La question qu'il faut se poser, c'est : qu'allons-nous faire pour remédier à ce problème?

Je tiens également à ce que vos délibérations soient axées sur le système de santé. L'état de santé de la population a des incidences importantes et intéressantes sur le système de santé. La courbe de l'espérance de vie va en montant. Si vous regardez ici, vous verrez que les femmes vivent encore de nos jours plus longtemps que les hommes, bien que l'amélioration en ce sens soit moins rapide chez les femmes au Canada. C'est une bonne nouvelle de constater que l'état de santé de la population s'améliore dans l'ensemble. Cela veut également dire que nous vivons plus longtemps et que, de ce fait, comme le Dr Keon le sait bien pour avoir pris connaissance d'autres études, à mesure que la population vieillit, l'incidence des maladies cardiaques augmente, tout comme la demande de chirurgies cardiaques, de poses d'endoprothèses, de remplacements de hanches, de transplantations de cornée, de chirurgies du cristallin, et ainsi de suite. Mais, étant donné l'augmentation des facteurs de

people to chronic conditions. These combined forces mean that we have a huge increase in the prevalence of chronic disease coming down upon us.

This image shows B.C.'s data regarding new cases of cancer projected forward to 2017. If you add prevalent cases of cancer to these, and if you add on to this the number of cancers that increase because of poor physical activity and poor nutrition, this curve becomes even steeper.

This projection for cancer is duplicated for many chronic conditions. We see exactly the same sort of thing for heart disease, diabetes, hypertension, depression and musculoskeletal diseases. All of the chronic conditions are increasing in this way, leading to a huge demand on health care services. The point is that there is a connection between population health and the sustainability of the health care system that we need to think about.

This slide is now a famous one that Carole Taylor, Minister of Finance in British Columbia, has been using for some time now to show that, as a percentage of the total budget in British Columbia, health care now is consuming about 42 per cent and, by 2017 at current rates of increase, is projected to reach 71 per cent, leaving only 27 percent for education and nothing for the other 18 ministries that occupy government in British Columbia. It has the attention of all of the ministers, deputy ministers and the premier in British Columbia, as to what they can do about this.

What can be done? We know a lot about what can be done. Population interventions around population health are the first thing we need to think about. The early detection and prevention of the progression of chronic disease is the second major thing. I will speak about both of those.

These projections have been done by the Ministry of Health in British Columbia. The black line shows the number of women every year having an acute myocardial infarction, and you can see that it is projected to go from 50,000 in 1971 — these are actual data up to about here — and then it continues to rise to 80,000 by 2016, if things continue without any change. Underneath that here, this shows how these curves can be turned downwards again if we implemented what we currently know on the best available evidence about what we can do about diet, smoking, exercise, reducing obesity

risque comportementaux — moindre niveau d'activité physique, mauvaise alimentation et aggravation de l'obésité —, la prévalence des maladies est en progression. Qui plus est, en améliorant l'efficacité des soins dans le cas de maladies comme la maladie cardiaque et le cancer, nous transformons en états chroniques bien des maladies qui auparavant étaient mortelles. Ces facteurs conjugués font que nous nous retrouvons avec une énorme croissance de la prévalence des maladies chroniques.

L'image que voici fait état des données de la Colombie-Britannique en ce qui touche la projection des nouveaux cas de cancer jusqu'en 2017. Si vous ajoutez à cela les cas prévalents de cancer ainsi que le fait que le nombre de cas de cancer augmente en raison du faible niveau d'activité physique et de la mauvaise alimentation, vous constaterez que cette courbe va même s'accroissant.

Cette projection dans le cas du cancer s'apparente à celle qu'on observe dans le cas de nombreux états chroniques. Nous constatons exactement le même genre d'évolution dans le cas de la maladie cardiaque, du diabète, de l'hypertension, de la dépression et des maladies musculosquelettiques. Tous ces états chroniques connaissent cette même progression, ce qui exerce une énorme pression sur la demande de services de santé. La réalité, c'est qu'il y a entre la santé de la population et la viabilité du système de santé un lien auquel nous devons de porter attention.

La diapositive que voici en est une que Carole Taylor, la ministre des Finances de la Colombie-Britannique, aime bien utiliser depuis quelque temps pour montrer qu'en pourcentage, les soins de santé accaparent actuellement environ 42 p. 100 de l'ensemble du budget de la Colombie-Britannique et qu'au rythme d'augmentation que nous connaissons aujourd'hui, cette part du budget atteindra 71 p. 100 d'ici 2017, ne laissant que 27 p. 100 pour l'éducation et rien pour les 18 autres ministères que compte le gouvernement de la Colombie-Britannique. Il s'agit là d'une situation qui préoccupe tous les ministres et sous-ministres ainsi que le premier ministre de la Colombie-Britannique, qui se demandent ce qu'ils peuvent faire pour y remédier.

Que peut-on faire? Nous savons beaucoup de choses à propos de ce qui peut être fait. Il y a d'abord la façon dont nous pouvons intervenir auprès de la population pour inciter les gens à améliorer leur état de santé. La détection précoce des maladies chroniques et la prévention de leur progression sont la deuxième chose importante à laquelle il nous faut songer. Je vais vous parler de ces deux aspects.

Ces projections ont été effectuées par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. La ligne noire montre, pour chaque année, le nombre de femmes qui subissent un infarctus aigu du myocarde, et vous pouvez voir qu'on prévoit que ce nombre, qui était de 50 000 en 1971 — il s'agit des données officielles jusque tout récemment —, monte graduellement pour atteindre les 80 000 en 2016 si rien n'est fait pour changer la situation. En dessous, on peut voir comment ces courbes peuvent être inversées si nous prenons les mesures qui, selon les données les plus probantes dont nous disposons actuellement, seraient nécessaires

and moderating alcohol. We know that these curves could be turned down so that we can begin to address the sustainability issue of the health care system.

Similarly, this slide for diabetes shows that if we reduce obesity, and so forth, we can turn the costs related to diabetes downwards. It makes the point that we know enough to begin reducing this huge burden of chronic disease that is coming down upon us.

I am advocating to you that we need, as I have already said, to take a population health approach to preventing these chronic conditions before they arise. That will require changing societal conditions so that the healthy lifestyle choices around tobacco, nutrition, physical activity, obesity, alcohol use, drug use, and so forth, become the easy choices. It will require reforms of the health care system as well to provide better chronic disease management and reduce adverse events in care, which I will come back to.

Here are the major messages that I want to leave with you, and most of these, one way or another, address the questions you provided as a guideline. The first is that the field of population health is hugely complex; it is not simple. There are many determinants and they all interact one with the other, and we do not totally understand all of these interactions.

The second point is the one that you need to be aware of, namely, that Canada, through its academic institutions, particularly the Canadian Institute for Advanced Research, has led the world in understanding the causal links between these determinants and the health and well-being of the population. We now know that there is causality here. For example, people living in poverty and the fact that they have ill health is a causal relationship, not just a statistical association. As a recent paper from Harvard said, social inequality kills. We know now that this is a causal relationship.

It also goes the other way, of course, that people with poor health often have limited ability to make a living, so they may drift down into low income as well. The predominant causal relationship in this country is between low income and poor health.

Having said that, the third point here is critical, and you will hear this repeatedly: Gradients are an important contribution that Canada has made to understanding these links between the social determinants and health. It is not just low income people who have the worst health; it is also that the middle income group has worse health compared to high income. Therefore, there is a gradient along income, education, the type of work people have,

en ce qui touche l'alimentation, le tabagisme, l'exercice, la réduction de l'obésité et la diminution de la consommation de boissons alcoolisées. Nous savons que ces courbes pourraient être inversées, de sorte que nous pourrions dès lors commencer à nous attaquer au problème de la viabilité de notre système de santé.

De même, la diapositive suivante concernant le diabète montre que, si nous réduisons l'obésité et ainsi de suite, nous pouvons faire baisser parallèlement les coûts liés au traitement du diabète. Cela veut dire que les données dont nous disposons nous permettent de croire que nous pouvons commencer à réduire ce lourd fardeau que représentent pour nous les maladies chroniques.

Je veux vous convaincre qu'il nous faut adopter, comme je l'ai déjà dit, une vision de la santé de la population axée sur la prévention de ces maladies chroniques avant qu'elles n'apparaissent. Il nous faudra pour cela changer nos habitudes sociétales afin que d'opter pour un mode de vie sain au regard du tabagisme, de l'alimentation, de l'activité physique, de l'obésité, de la consommation de boissons alcoolisées, de la consommation de drogues et ainsi de suite devienne chose facile. Pour y arriver, il nous faudra également réformer notre système de santé pour qu'il nous permette de mieux gérer le traitement des maladies chroniques et de prévenir les incidents malheureux liés aux soins de santé, question sur laquelle je reviendrai.

Voici les principaux messages que je veux vous transmettre. Ils répondent pour la plupart, d'une façon ou d'une autre, aux questions que vous avez fournies comme lignes directrices. Premièrement, le domaine de la santé de la population est hautement complexe; il n'est pas simple. Il comporte de nombreux déterminants qui interagissent les uns avec les autres et nous ne comprenons pas entièrement toutes ces interactions.

Deuxièmement, il faut que vous sachiez entre autres que le Canada, par l'entremise de ses institutions d'enseignement, particulièrement l'Institut canadien des recherches avancées, a amené le monde à comprendre les liens de causalité entre ces déterminants, la santé et le bien-être de la population. Nous savons maintenant qu'il y a un lien de causalité. Par exemple, il y a un lien de causalité entre le fait que des gens vivent dans la pauvreté et le fait qu'ils sont en mauvaise santé; il ne s'agit pas uniquement d'une association statistique. Tel qu'indiqué dans un récent document publié à Harvard, l'inégalité sociale tue. Nous savons maintenant qu'il s'agit d'un lien de causalité.

Il va sans dire que le contraire est également vrai, c'est-à-dire que les gens dont la santé laisse à désirer ont souvent une capacité limitée de gagner leur vie et peuvent de ce fait tomber dans la catégorie des gens à faible revenu. Au Canada, le lien de causalité prédominant est celui qui existe entre le faible revenu et la mauvaise santé.

Cela dit, le troisième point ici est essentiel, et vous allez en entendre parler à maintes et maintes reprises. Les gradients constituent une importante contribution canadienne à la compréhension entre les déterminants sociaux et la santé. Ce ne sont pas uniquement les gens à faible revenu qui ont la plus mauvaise santé; les gens à revenu moyen ont également plus de problèmes de santé que les gens à plus haut revenu. Par

and so on. There are gradients by geography, for that matter. Canada has led the world in understanding, but Canada has been exceptionally slow in implementing this knowledge. Many countries have gone ahead, and I will mention those shortly.

Having said that, we do not know all there is to be said about the determinants, but we know how to provide a basis for action. These are the major areas for population health intervention that I will propose to you, and you will hear it from other witnesses as well.

The first and foremost one is doing something about family and child poverty in this country. We are way behind many countries. I believe we rank fifteenth in the world for poverty. It is astounding to me, as a public health professional, that we continue to accept that when we know it is creating poor health in this country. We also know what we can do about this through minimum wages, increasing income assistance, child benefits, universal child care, making more social housing available, et cetera. There are a great number of things we know we could do.

For example, we could make high quality early childhood development and education universally available and address issues around school health. We know that children are not getting physical activity or nutrition at schools.

With respect to workplace health, there is an abundance of evidence that we can reduce absenteeism, reduce turnover and increase productivity by addressing workplace health. It is poorly implemented in this country.

We can also look at housing and the built environment, how we construct housing, make social housing available and design communities to encourage physical activity, nutrition, a cleaner environment, increase security, reduce crime and injuries, et cetera.

The health care system itself is another point that I will return to shortly. I have made this point before. The risk behaviours are largely determined by marketing policies and societal conditions. We know enough to change these things to reduce smoking, improve physical activity, improve nutrition, reduce obesity, reduce drug and alcohol use, and so on.

Another point is around infrastructure. To move this agenda that I have outlined, we need better information systems and technology, data, analysis and information. We do need more

conséquent, il y a un gradient qui s'applique notamment au revenu, à l'éducation et au type d'activité professionnelle. Il y a également des gradients géographiques dans ce domaine. Le Canada a fait figure de chef de file pour ce qui est de la compréhension de cette réalité, mais il a été exceptionnellement lent à mettre en œuvre les connaissances acquises. De nombreux pays sont allés de l'avant; je les mentionnerai dans un instant.

Nous ne savons pas tout ce qui concerne les déterminants, mais nous savons comment fournir une base d'intervention. Ce sont les principaux secteurs d'intervention que je vous proposerai en matière de santé de la population; d'autres témoins vous en parleront également.

Le premier concerne la famille et la pauvreté infantile au Canada. Nous accusons un retard considérable par rapport à nombre d'autres pays à cet égard. Je crois que le Canada arrive au quinzième rang dans le monde au chapitre de la pauvreté. En tant que professionnel de la santé publique, je suis renversé de voir que nous continuons à accepter une telle situation au Canada alors que nous savons qu'elle engendre des problèmes de santé. Nous savons également ce qu'il est possible de faire pour remédier à la situation, notamment augmenter le salaire minimum, bonifier le soutien au revenu, les prestations pour enfants et la prestation universelle pour la garde d'enfants et accroître le nombre de logements sociaux disponibles. Nous savons que de nombreuses possibilités s'offrent à nous.

Par exemple, nous pourrions offrir à l'ensemble de la population des services de haute qualité en matière de développement de la petite enfance et d'éducation et nous pourrions nous pencher sur les problèmes liés à la santé scolaire. Nous savons que l'école n'offre pas l'activité physique et la nutrition aux enfants.

En ce qui concerne le milieu de travail, la preuve n'est plus à faire qu'en y réglant les problèmes de santé, il est non seulement possible de réduire l'absentéisme et le roulement de personnel mais aussi d'augmenter la productivité. Au Canada, la mise en œuvre des principes de santé au travail laisse à désirer.

De plus, on pourrait entre autres examiner le secteur du logement et du milieu bâti et la construction des habitations, offrir des logements sociaux et concevoir les collectivités de façon à promouvoir l'activité physique, la saine nutrition et un environnement plus sain, accroître la sécurité et réduire la criminalité et les blessures.

Le système de soins de santé lui-même constitue un autre élément sur lequel je reviendrai dans un moment. J'ai fait valoir cet argument plus tôt. Les comportements à risque sont largement associés aux politiques de commercialisation et aux conditions sociales. On en sait suffisamment pour faire changer certaines choses, notamment réduire le tabagisme, augmenter l'activité physique, améliorer la nutrition, réduire l'obésité, diminuer la consommation de drogue et d'alcool.

L'infrastructure est un autre secteur d'intervention. Pour mettre en œuvre le programme que j'ai présenté, il faut non seulement de meilleurs systèmes d'information mais aussi des

research. I would like to point out to you a new initiative called the Population Health Intervention Research Initiative of Canada, which I urge you to support.

Turning to the health system, I want to urge upon you not to forget the health care system as a determinant of health. The health care system is a positive determinant; there is no question that it saves a lot of lives. However, you need to bear in mind that the health care system is causing a lots of preventable deaths. Estimated on the bases of Canadian data on this slide, there are 10,000 deaths per year in hospitals; another 18,000 through non-error related deaths in hospital related to infections and drugs, and probably another 20,000 in the community. These are Canadian figures. You add those up and you have 48,000 deaths per year. That would put the health care system as the second leading cause of death. That is preventable and it is because we do not focus adequately on quality. We have the Canadian Patient Safety Institute. They are doing a good job but not fast enough, in my view. This is a huge problem. Nobody has sorted out where is the benefit ratio with the health care system. We know it is saving a lot of lives but it is killing many people, too, and I want you to bear that in mind.

The other point to mention about the health care system is the theme I mentioned earlier around better chronic disease management. I know that is not your mandate in this committee but you need to be aware of the need for reform in primary health care where most chronic disease is treated. It is the combinations of cardiac, renal, diabetes, depression and various other conditions that are driving the system into the ground. We cannot adequately handle that with the system as it is.

I will close now by providing specific examples of where things are moving forward. Sweden is a leading example to which I would point you. They have formal policies right across all the determinants of health. They have reduced poverty and almost eliminated it, but not quite. The result is that they have much better child health reflected in the infant mortality rate, and there is no gradient. They have eliminated the gradient that characterizes Canadian, American and most other countries.

In British Columbia, we have the ACT NOW program, which you will hear more about. It is right across government. The approach here to population health in terms of implementation requires coordinated action across all of government. This is what Sweden is doing.

technologies et des analyses de données supérieures. Il faut également davantage de recherches. J'attire votre attention sur un nouveau programme, en l'occurrence l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada, que je vous exhorte à appuyer.

D'autre part, je vous rappelle qu'il ne faut pas oublier que le système de soins de santé constitue un déterminant de la santé. Le système de soins de santé est un déterminant positif; il ne fait aucun doute qu'il permet de sauver de nombreuses vies. Toutefois, il faut garder à l'esprit que le système de soins de santé cause également de nombreux décès qu'il serait possible de prévenir. D'après les données canadiennes figurant sur cette diapositive, on estime qu'il y a chaque année 10 000 décès dans les hôpitaux où on compte également 18 000 autres décès non attribuables à des erreurs liées à des infections et à des médicaments et qu'il y a probablement 20 000 autres décès dans la collectivité. Ce sont les chiffres canadiens. Si on fait le total, on arrive à 48 000 décès par année. Ce bilan fait du système de soins de santé la deuxième grande cause de décès. Or, il est possible de remédier à cette situation attribuable au fait qu'on ne se concentre pas comme il se doit sur la qualité. On peut compter sur l'Institut canadien sur la sécurité des patients. À mon avis, cet organisme fait du bon travail, mais pas assez rapidement. Cela pose un problème de taille. Personne n'a établi le taux d'avantages lié au système de soins de santé. J'aimerais que vous vous rappeliez que si le système de soins de santé permet de sauver de nombreuses personnes, il en tue cependant un grand nombre.

Au sujet du système de soins de santé, il faut également souligner la nécessité d'améliorer la gestion des maladies chroniques, question dont j'ai fait mention précédemment. Je sais que ce n'est pas au comité qu'il incombe de s'en occuper, mais il doit néanmoins être conscient de la nécessité de procéder à une réforme du secteur des soins primaires où la plupart des maladies chroniques sont traitées. Ce sont les problèmes cardiaques et rénaux, les cas de diabète et de dépression ainsi que diverses autres maladies mises ensemble qui épuisent le système. Dans son état actuel, le système ne peut pas répondre adéquatement à la demande.

Je conclus en donnant des exemples précis de progrès. La Suède fait figure de chef de file. Elle a établi des politiques officielles à l'égard de l'ensemble des déterminants de la santé. Elle s'est attaquée à la pauvreté et l'a presque éliminée, mais pas complètement. Par conséquent, la Suède obtient des résultats nettement supérieurs au chapitre de la santé des enfants, notamment en ce qui a trait au taux de mortalité infantile, et, par surcroît, il n'y a pas de gradient. Ils ont éliminé le gradient qui caractérise la situation au Canada, aux États-Unis et dans la plupart des autres pays.

En Colombie-Britannique, nous avons le programme ACT NOW dont vous entendrez parler davantage. Cette initiative s'applique à l'ensemble du gouvernement. L'approche en matière d'application de la santé de la population exige une action coordonnée dans l'ensemble de la structure gouvernementale. C'est précisément ce que fait la Suède.

In British Columbia, the premier has told every one of his cabinet members that he would like them all to figure out what they can do about improving physical activity, nutrition, reducing tobacco and reducing alcohol use during pregnancy. A committee of assistant deputy ministers meets every month to drive that agenda. That is a good model. It is looking at risk factors. If you flip that over to look at the risk conditions and determinants, that would be even better.

The British Columbia Progress Board, which is composed of prominent businessmen appointed by the premier, have said that if they want to improve the quality of life in British Columbia, they must address poverty. There is a province-wide agenda around school health in Nova Scotia, and there are many other examples which I will not get into now. I will end there and turn it over to my colleague.

The Chairman: That was wonderful, Dr. Millar. Our next witness is Mr. Dennis Raphael, who is a professor of public health. He is from the School of Health Policy and Management at York University and has written some wonderful material which we have already reviewed. We want to hear the pearls today.

Dennis Raphael, Professor, School of Health Policy and Management, York University: This will be an overview of everything and almost anything of what social determinants of health are, and what we know about how they shape health. I suggest that we know an awful lot about mechanisms and pathways. I will outline some of the known information about the effects of social determinants and then put it within a public policy context. I will then identify some barriers, and there are some real barriers to having this addressed. I will then suggest some ways to move into the future.

What are social determinants of health? They are economic and social conditions. For the most part, these conditions are beyond the control of individuals. These are about the organization of society and about the quantity and quality of the resources that a society makes available to its members.

The interesting thing to keep in mind about population health, for example, is that it is about improving the health of the population, as are social determinants of health, but it is also about inequalities. Sometimes it may be that we lose the message that profound differences exist among Canadians as we try to improve population health.

The main message, first, is that this stuff is not new at all. In fact, we can go back to the 1840s and look at Rudolph Virchow and Frederick Engels, who talked about how living conditions shape health.

To bring it back to the present, in 1986 the Honourable Jake Epp pointed out that the numerous policies that influence health need to be coordinated. In a sense, by 1986 we had a nice list of what some social determinants of health might be. They included things such as income security, employment, education, housing,

En Colombie-Britannique, le premier ministre a demandé à tous les membres de son Cabinet de voir quelles mesures il est possible de mettre en oeuvre pour accroître l'activité physique, améliorer la nutrition et réduire le tabagisme et la consommation d'alcool pendant la grossesse. Un comité de sous-ministres adjoints se rencontre tous les mois pour faire avancer ce programme. Voilà un modèle inspirant. C'est un modèle qui prend en compte les facteurs de risque. Si on l'envisageait sous un autre angle pour tenir compte des conditions de risque et des déterminants, ce serait encore mieux.

Le British Columbia Progress Board, composé d'éminents hommes d'affaires nommés par le premier ministre, a dit que pour améliorer la qualité de vie en Colombie-Britannique, il faut s'attaquer à la pauvreté. En Nouvelle-Écosse, on a mis sur pied un programme provincial sur la santé à l'école et il existe de nombreuses autres initiatives dont je ne parlerai pas maintenant. Sur ce, je passe la parole à mon collègue.

Le président : C'était fort instructif, docteur Millar. Le prochain témoin que nous entendrons est M. Dennis Raphael, professeur de santé publique à la School of Health Policy and Management de l'Université York. M. Raphael a écrit des articles fort pertinents que nous avons déjà examinés. Nous voulons entendre ce qu'il a d'intéressant à nous dire aujourd'hui.

Dennis Raphael, professeur, School of Health Policy and Management, Université York : Je vous présente un aperçu de ce que sont les déterminants sociaux de la santé et de ce que nous savons sur la façon dont ils influencent la santé. Je suis d'avis que nous en savons énormément au sujet des mécanismes et des moyens empruntés. J'exposerai certains renseignements connus sur les effets des déterminants sociaux, puis je mettrai la situation dans un contexte de politique publique. Je signalerai ensuite certains obstacles; je souligne d'ailleurs que la résolution du problème pose de véritables défis. Je suggérerai ensuite certaines façons d'envisager l'avenir.

Que sont les déterminants sociaux de la santé? Ce sont des conditions économiques et sociales. Pour la plupart, ces conditions sont indépendantes de la volonté des gens. Elles sont liées à l'organisation de la société et à la quantité et à la qualité des ressources qu'une société met à la disposition de ses membres.

Quand on parle de santé de la population, il est intéressant de garder en tête que l'objectif est entre autres d'améliorer la santé de la population et qu'il faut prendre en compte non seulement les déterminants sociaux de la santé mais aussi les inégalités sociales. Dans les efforts pour améliorer la santé de la population, il arrive parfois qu'on perde de vue les profondes différences qui existent entre les Canadiens.

Premièrement, le principal message c'est que cette réalité n'est pas du tout nouvelle. En fait, si on remonte aux années 1840, on constate que Rudolph Virchow et Frederick Engels parlaient déjà de l'incidence des conditions de vie sur la santé.

Si on revient à une époque plus récente, on constate que, en 1986, l'honorable Jake Epp a signalé la nécessité de coordonner les nombreuses politiques qui influencent la santé. D'une certaine façon, en 1986, on avait déjà établi une liste assez pertinente de certains déterminants sociaux de la santé. Y figuraient entre

business, agriculture, transportation, et cetera. Similarly, as another example of a shopping list, the Ottawa Charter's prerequisites of health include peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, social justice, equity and sustainable resources, and have been replicated by the World Health Organization.

More recently, in 2004, we reviewed the literature and put together our list of determinants of health explicitly placed within a public policy context. The assumption was that when we look at these, of course things can be done at the individual level. We can read to our kids at night. However, if we are serious about early childhood, for example, we would probably want to make sure that kids do not have to go to food banks or that they can afford to have access to books and have a decent education.

I think one of the traps we must watch out for is, to use a strong word, the hijacking of a public policy approach to an individualized approach, where we look at these things and see them as individual problems. I suggest that these are not individual issues.

In terms of what we know, the British have been doing a great deal of research. Their conclusion in 1995 was that it is one of the greatest contemporary social injustices that the people who are most disadvantaged to begin with are the ones who experience more disease, illness and shorter lives.

How do they shape health? As a kind of baseline, very simply. Social determinants of health, whether they are working conditions or income or quality of housing, provide the basic prerequisites for health. When I first entered this field in the 1980s, I thought this stuff about shelter and hunger was kind of quaint. With the growth of food banks and homelessness, it was not so quaint anymore. Clearly, we have many Canadians who are not experiencing the prerequisites for health.

We also know about stress and anxiety. Clearly, as Mel Hurtig immortalized, this issue is about "pay the rent or feed the kids." These are clearly things that wear down health. Even if we want people not to smoke, eat and sit around watching television, these are very difficult lifestyle changes even for upper middle class people to undertake, much less for people who are living stressed-out and marginalized lives.

There are models. This is from the other social determinants of health textbook, Bruner and Marmot's chapter. When I see the model that begins at the top left with social structure and then works itself down to work and social environment, with a clear

autres la sécurité du revenu, l'emploi, l'éducation, le logement, les affaires, l'agriculture et le transport. Dans le même ordre d'idées, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé propose une autre liste de conditions préalables à la santé, en l'occurrence la paix, un abri, l'éducation, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable, la justice sociale, l'équité et des ressources durables. Cette liste a d'ailleurs été reprise par l'Organisation mondiale de la santé.

Plus récemment, soit en 2004, au terme d'un examen de la documentation, on a établi une liste de déterminants de la santé explicitement inscrite dans un contexte de politique publique. On est parti de l'hypothèse que ces conditions peuvent s'appliquer au niveau individuel. On peut faire lire des histoires à nos enfants le soir. Toutefois, si on est sérieux au sujet du développement de la petite enfance, par exemple, on veut probablement s'assurer que les enfants n'auront pas à fréquenter les banques alimentaires, qu'ils pourront avoir accès aux livres et qu'ils auront une éducation acceptable.

Je pense qu'il faut éviter, pour utiliser une formule non équivoque, de détourner une approche de politique publique vers une approche individualisée. Autrement dit, on aurait tort de considérer les problèmes comme étant individuels. Je soutiens qu'ils ne sont pas individuels.

En matière de connaissances, je signale que les Britanniques ont fait énormément de recherches. En 1995, ils en sont arrivés à la conclusion qu'une des plus grandes injustices sociales contemporaines est que les plus désavantagés au point de départ sont également ceux qui sont confrontés au plus grand nombre de maladies et de problèmes de santé et qui vivent le moins longtemps.

Comment les déterminants sociaux influencent-ils la santé? Comme des éléments de base, tout simplement. Les déterminants sociaux de la santé, qu'il s'agisse des conditions de travail, du revenu ou de la qualité du logement, constituent les conditions préalables élémentaires à la santé. Quand j'ai commencé à travailler dans le domaine dans les années 1980, j'ai pensé que ce qu'on disait au sujet des refuges et de la faim était un peu exagéré. Cependant, en voyant l'augmentation des banques alimentaires et du sans-abrisme, j'ai changé d'avis. De toute évidence, bon nombre de Canadiens ne bénéficient pas des conditions préalables à la santé.

On connaît également les effets du stress et de l'anxiété. De toute évidence, comme Mel Hurtig l'a si bien dit, la question se résume souvent au choix entre payer le loyer ou nourrir les enfants. Il va sans dire qu'un tel dilemme nuit à la santé. On veut que les gens cessent de fumer, mangent mieux et ne restent pas assis devant la télévision pendant de longues périodes de temps, mais il est très difficile de changer les habitudes de vie. Ainsi, si c'est difficile même pour les gens de la classe moyenne élevée, ça l'est encore plus pour les gens qui sont extrêmement stressés et dont la vie est marginale.

Il y a des modèles. Ceux-ci sont tirés d'un ouvrage sur les déterminants sociaux de la santé, plus précisément du chapitre de Bruner et Marmot. Quand je vois le modèle qui commence en haut à gauche avec la structure sociale et qui passe par le milieu

link between social structure and disease and illness, the most interesting thing to me is that health behaviours is just one link on the way down there. However, if you look at public policy in Canada and the hundreds of millions of dollars that are being spent, all of it seems to be focussed on health behaviours to the absolute neglect of all of these, I would argue, more important issues.

What are mechanisms and pathways? Again, this is only part one on a long journey for all of us. The materialist approach says very simply that the reason social determinants of health influence people is that people experience different living conditions. As an example provided by John Lynch, by the time somebody shows up on the cardiac ward for a bypass, they are bringing with them the accumulation of an entire lifetime of experiences. Similarly, numerous models have been outlined. Again, this is a British model that very clearly outlines the steps by which adverse living conditions lead to poor health.

We also know about stress. One of the advantages of having been a psychologist in a previous life is that I know a great deal about the stress reaction and about the brain. The mechanisms of how adverse living conditions get under the skin to cause disease and illness have been long worked out.

The neo-materialist approach is interesting because it argues that people get sick not only because of the adverse living conditions that they might experience but that there seem to be entire countries, nations and jurisdictions where governments buffer these effects, or they do not allow these effects to occur in the first place. For example, Sweden is an example of a country where there are very few people with low income. There is, however, significant investment in all aspects of people's lives, whether it is early childhood education, job training when you are laid off or little or no tuition when you go to university. The neo-materialist approach says that we must take into account not only how income affects individuals at the bottom of the social hierarchy, which is poverty, but the amount of community infrastructure which governments invest that we also know supports individual and population health.

John Lynch is one of the people who have just moved up to Canada. He is at McGill University.

This, from the Ontario Health Survey, illustrates a key point. When you ask people if their health is fair or poor, you find that, while no regular exercise gives you twice the risk of reporting poor health, and being a smoker gives you a 38 per cent greater chance, the factor that is found repeatedly over and over again to have the strongest effect on health is an individual having a low income. The risk of reporting having poor or

professionnel et le milieu social et qui établit un lien clair entre la structure sociale et la maladie, ce que je trouve le plus intéressant c'est que les comportements liés à la santé ne correspondent qu'à un seul lien dans ce schéma. Cependant, si on jette un coup d'œil aux politiques publiques canadiennes et aux centaines de millions de dollars qu'on dépense, tout semble concentré sur les comportements liés à la santé au détriment absolu de ces questions qui, d'après moi, sont plus importantes.

Quels sont les mécanismes et les moyens? Encore une fois, ce n'est que la première partie d'un long cheminement pour nous tous. Selon l'approche matérialiste, les déterminants sociaux ont une influence tout simplement parce que les gens ont des conditions de vie différentes. Comme le disait John Lynch, quand une personne se présente dans une unité cardiaque pour subir un pontage, elle apporte avec elle les expériences accumulées au cours de toute une vie. De nombreux modèles ont été élaborés dans cet ordre d'idées. Encore une fois, c'est un modèle britannique qui expose très clairement comment les conditions de vie adverses engendrent des problèmes de santé.

On connaît également les effets du stress. Le fait d'avoir été psychologue dans une vie antérieure me donne entre autres l'avantage de posséder des connaissances considérables au sujet des réactions au stress et du fonctionnement du cerveau. On a découvert depuis longtemps les mécanismes qui font que les conditions de vie adverses atteignent l'intégrité des gens et causent des maladies et des problèmes de santé.

L'approche néomatérialiste est intéressante parce que ses tenants soutiennent que les gens tombent malades à cause des conditions de vie adverses auxquelles ils peuvent être confrontés, mais il semble que dans certains pays et territoires, les gouvernements atténuent ces conditions adverses ou ne les laissent tout simplement pas exister. La Suède est un exemple de pays où on compte très peu de gens à faible revenu. Toutefois, on note des investissements considérables dans tous les aspects de la vie des gens, que ce soit l'éducation de la petite enfance, la formation professionnelle suite à un licenciement et des droits de scolarités peu élevés ou inexistantes pour les étudiants qui fréquentent l'université. Selon l'approche néomatérialiste, il faut prendre en compte non seulement l'incidence du revenu sur les personnes au bas de la hiérarchie sociale, autrement dit en situation de pauvreté, mais également la quantité d'infrastructures communautaires dans lesquelles les gouvernements investissent et qui, comme on le sait, appuient la santé individuelle et celle de la population en général.

John Lynch est l'une des personnes qui vient de s'installer au Canada. Il travaille à l'Université McGill.

Ce tableau qui vient de l'enquête sur la santé en Ontario illustre un point clé. Quand on demande aux gens si leur santé est faible ou mauvaise, on constate que si l'absence d'activité physique régulière double le risque de problèmes de santé et que le tabagisme l'augmente de 38 p. 100, c'est le faible revenu qui ressort constamment comme le facteur ayant la plus grande incidence sur la santé. Le risque de problèmes de santé est quatre

fair health is four times greater for individuals who are in the lower one-third of income than people in the top one-third of income.

Similarly, if we want to look at a really hard health index, something that is real — and the health utility index asked you about pain, the ability to go up a flight of stairs, a whole range of factors — the first tip for better health is: Do not get old, because that is the greatest risk factor for poor health. Failing that, and we cannot do anything about that, the next tip is: Do not be poor. An individual experiencing low income in a multi-variant statistical model is by far the best predictor of health than no regular exercise, smoking, and so forth. Income is an incredibly important determinant.

Some examples include functional health, from the child's national longitudinal study. This is real stuff that even physicians can love and enjoy. Vision, hearing, speech, mobility and dexterity are real health. What you find is that poor children are at profoundly greater risk for experiencing these issues than are other Canadian children. While there is certainly a gradient in that, as we move down the income ladder, disease or difficulties increase, a common finding is that people at the bottom of the gradient have a significantly greater accumulation of disadvantage and disease.

Here is an example of heart attacks. You can see that not only are the people living in the bottom 20 per cent of neighbourhoods more likely to have almost three times the rate of heart attacks than people at the top but also than people who are in the next 20 per cent of lower income neighbourhoods.

A variety of studies have pointed out that when you take into account the fact that these people at the bottom may smoke, may drink, may be overweight, and you statistically adjust for all of those things — Michael Marmot showed this back in 1980 — the risks associated with class, occupation and income for the most part remains. Thus if everyone in the poorest neighbourhoods in Canada were suddenly skinny, never smoked and never drank alcohol, they would still be dying at rates that are profoundly greater than those for other Canadians.

This is data that we have used to receive a grant. When I showed up here in the mid-1970s, I said, boy, this is not New York City anymore. Part of it was the fact that no matter which neighbourhood you lived in, the mortality rate among people for diabetes was fairly similar, and conditions improved until about the mid-1980s. Now there has been an explosion of death from type 2 diabetes in low income neighbourhoods.

We are doing a study that is attempting to look at this factor. One of the questions is: Do we need to identify each individual social determinant? For the most part, this stuff clusters together.

fois supérieur pour les gens dont le revenu se situe dans le tiers inférieur de l'échelle que pour ceux dont le revenu se situe dans le tiers supérieur.

De même, si on veut jeter un coup d'oeil à un indice très concret de la santé, quelque chose qui est vraiment réaliste — l'indice de l'état de santé pose toute une série de questions, entre autres sur la douleur et la capacité de monter un escalier — le premier conseil pour être en meilleure santé est de ne pas vieillir parce que c'est le plus grand facteur de risque lié aux problèmes de santé. À défaut de ne rien pouvoir contre ce processus d'ailleurs inéluctable, le conseil suivant est de ne pas être pauvre. Dans un modèle statistique à variantes multiples, le faible revenu d'une personne est de loin le meilleur prédicteur de la santé, notamment par rapport à l'activité physique régulière et au tabagisme. Le revenu est un déterminant incroyablement important.

Certains exemples incluent la santé fonctionnelle, à partir de l'étude longitudinale nationale sur les enfants. Cette étude sur une réalité concrète peut même susciter un vif intérêt chez les médecins. La vue, l'ouïe, la parole, la mobilité et la dextérité sont des indicateurs réels de la santé. On constate que les enfants pauvres sont considérablement plus à risque d'avoir des problèmes à ces égards que les autres enfants canadiens. Il va sans dire qu'il y a un gradient dans cette réalité, le plus on descend dans l'échelle du revenu, le plus les problèmes de santé augmentent. On constate souvent que les gens au bas du gradient présentent une accumulation nettement supérieure de désavantages et de problèmes de santé.

Voici un exemple de crises cardiaques. On peut voir que les gens qui se situent dans la tranche de 20 p. 100 inférieure des quartiers à faible revenu sont non seulement presque trois fois plus à risque d'avoir une crise cardiaque que ceux de la tranche supérieure mais aussi que les gens qui se situent dans la tranche suivante des mêmes quartiers.

Diverses études révèlent que quand on prend en compte la probabilité que les gens au bas de l'échelle fument, consomment de l'alcool et ont un excédent de poids et qu'on fait un ajustement statistique en fonction de ces facteurs — comme l'a montré Michael Marmot en 1980 — les risques associés à la classe, à l'occupation et au revenu demeurent en grande partie présents. Par conséquent, si les gens des quartiers les plus pauvres au Canada se retrouvaient soudainement minces, n'avaient jamais fumé ni consommé de l'alcool, ils mourraient quand même à un rythme considérablement plus rapide que les autres Canadiens.

Ce sont les données que nous avons utilisées pour recevoir une subvention. Lorsque je suis venu ici au milieu des années 1970, je me suis dit que je n'étais plus à New York. C'était en partie dû au fait que quel que soit le quartier de résidence, le taux de mortalité chez les diabétiques était assez similaire; les conditions se sont améliorées jusqu'au milieu des années 1980 environ. Maintenant, il y a une explosion de décès attribuables au diabète de type 2 dans les quartiers à faible revenu.

Nous menons actuellement une étude sur ce facteur. Nous nous demandons entre autres s'il faut préciser chaque déterminant social. Dans la plupart des cas, tout cela se rejoint. Très peu de

Very few people living in big homes go down to the food bank; very few rich people have really crummy jobs. It all clusters together, and it clusters together right across the gradient.

What is public policy? To use a Toronto example, in 1981, if you look at the top of the chart, the coloured-in areas were the neighbourhoods that experienced significant numbers of people living below the poverty line. What we can see is that from 1981 to 2001, there has been a profound deterioration in the income situation of people in the city of Toronto. This is also the case in numerous other cities as well. This is not a good omen. Again, I would argue that this stuff does not just happen; it is as a result of public policies.

In terms of income, the last ten years have been very good for some Canadians. For the top 20 per cent of Canadians, their income — this is total income — has increased from \$119,000 to \$142,000. For the Canadians who we know are most at risk and most likely for disease and illness, their income has virtually stagnated, going from \$12,400 in constant dollars to \$12,900. This comes from the Federation of Canadian Municipalities, and the lines going down show the gap between how much low-end rents cost in Canadian cities and how much money low-income people have. It is basically saying that in Winnipeg, low-income people's income has increased relative to the rises in low-end rents. You can see, in the city of Toronto and in the immediate area of York region and Peel, a 60 per cent gap. Thus tenants, who were already in a difficult situation in 1991, have basically seen their rents increase while their income has been unable to keep up with that.

What is the answer? In 1998 the British came up with the conclusion from their independent inquiry that without a shift of resources to the less well off, little would be accomplished in terms of a reduction in health and other inequalities by interventions that look at downstream influences. Again, from a public policy perspective, there is a remarkable similarity between the National Council on Welfare, the policy priorities of Canadian food banks and Campaign 2000, and that is: Make more resources available to the most vulnerable.

At the same time, these effects also carry over into the middle class. When you improve employment benefits for the least well off, it also assists all of the Canadians in the middle who currently are not eligible for employment benefits, as an example.

What are some barriers to action? One is risk factor epidemiology. This is from the New England journal of panic-inducing gobbledegook. The idea is that every day we get another result, and it is almost as if the results are completely random. On one day you want to sleep more than 8 hours, then on another day you want to sleep less. One day in *The Toronto Star* they reported both: On page 4, if you slept more than 8 hours a day, that was a risk factor; on page 14, they reported the other study that said

gens qui vivent dans de grandes maisons fréquentent les banques alimentaires; très peu de gens riches ont un emploi vraiment inintéressant. Tout cela se rejoint sur tout le gradient.

Qu'est-ce que les politiques publiques? Je présente un exemple relevé à Toronto depuis 1981. Si on regarde en haut du tableau, les zones colorées correspondent aux quartiers où on a dénombré un nombre considérable de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté. On peut voir que de 1981 à 2001, le revenu des Torontois a subi une profonde détérioration. C'est également le cas dans bon nombre d'autres villes. Ce n'est pas de bon augure. Encore une fois, je soutiens que cette situation ne tombe pas du ciel mais qu'elle est le résultat des politiques publiques.

En termes de revenu, les dix dernières années ont été très bonnes pour certains Canadiens. Dans le cas de nos concitoyens qui se situent dans la tranche de 20 p. 100 supérieure de la population, le revenu — c'est-à-dire le revenu total — a augmenté, passant de 119 000 \$ à 142 000 \$. Dans le cas des Canadiens que nous savons le plus à risque, plus particulièrement en ce qui concerne les maladies et les problèmes de santé, le revenu a virtuellement stagné, passant de 12 400 \$ en dollars constants à 12 900 \$. Ces données viennent de la Fédération canadienne des municipalités et les lignes descendantes illustrent l'écart entre le coût des logements bon marché dans les villes canadiennes et l'argent dont disposent les Canadiens à faible revenu. Ces données disent essentiellement que, à Winnipeg, le faible revenu a augmenté en fonction de la hausse des loyers dans les quartiers pauvres. Comme on peut le voir, il y a un écart de 60 p. 100 à Toronto et dans les alentours immédiats des régions de York et de Peel. Par conséquent, les locataires qui éprouvaient déjà des difficultés en 1991 ont ni plus ni moins vu leur loyer augmenter alors que leur revenu n'a pas suivi le mouvement.

Quelle est la réponse? En 1998, au terme d'une enquête indépendante, les Britanniques ont conclu qu'à défaut d'une réaffectation des ressources pour favoriser les moins bien nantis, les interventions axées sur les influences en aval ne donneraient que peu de résultats au chapitre de la santé et des autres inégalités. Encore une fois, d'un point de vue de politique publique, il y a une similitude remarquable entre les objectifs du Conseil national du bien-être social, les priorités politiques des banques alimentaires canadiennes et la Campagne 2000 puisque tous ces organismes visent à offrir davantage de ressources aux éléments les plus vulnérables de la société.

Du même coup, cela a une incidence sur la classe moyenne. Lorsqu'on améliore les avantages sociaux des moins bien nantis, cela aide l'ensemble des Canadiens de la classe moyenne qui à l'heure actuelle ne sont pas admissibles à l'assurance-emploi, par exemple.

Quels sont certains des obstacles à la prise de mesures? L'épidémiologie comme facteur de risque en est un. Cela vient du jargon inquiétant du New England Journal. L'idée c'est que chaque jour on obtient un nouveau résultat; c'est presque comme si les résultats étaient complètement arbitraires. C'est un peu comme si une journée vous vouliez dormir plus de 8 heures et qu'un autre jour, vous voudriez dormir moins. Le même jour, le *Toronto Star* a présenté les deux théories. Ainsi, à la page 4, on a

that you want less than 8 hours. Thus the conclusion is that you want to sleep absolutely 8 hours a day. This has a lot to do with the way risk factor epidemiology is taking place.

We do not want people to be fat and we do not want people to drink. However, the Canadian public, as well as the American public, has no comprehension that living conditions are primary determinants of health. In this particular case, from *The New Yorker*, we have a 30-year-old man starting on the 25,000-pound oat bran muffin he must consume over 40 years in order to reduce significantly his risk of death from high cholesterol. The overemphasis on lifestyle completely removes these broader issues from the public policy agenda.

Do not forget politics. When I looked up the members of this committee, it said Liberals and Conservatives, and I remembered that you are only appointed to the Senate by the ruling Prime Minister. Do not forget politics. Here are six or so policy suggestions by Campaign 2000 on how to reduce child poverty. As of the last federal election, the Conservative Party of Canada had a position of being opposed to each of these, the NDP had a position of being in favour of them, the Bloc, for the most part, was in favour of them and, of course, the Liberals were in favour of some but not others. This stuff is political. It is absolutely political. Improving living conditions in the end is about political choices that governments make.

The Conference Board of Canada, in its recent report, has been ranking Canada among the top 12 countries on a variety of things such as health, health determinants, education and skill. They draw attention to the Scandinavian countries, the social democracies, which we would expect to do better on health determinants and on health, which for the most part they do, whose economies are now outperforming Canada's. When the Conference Board of Canada begins to raise alarms about issues such as poverty, job training, et cetera, then I think we know we have an issue. I have done my book. It has been very well-received. It is great that now we are to have the Government of Canada, in the form of the Senate, beginning to look at these issues.

Ronald Labonté, Canada Research Chair in Globalization and Health Equity, Institute of Population Health: Again, like my previous two colleagues, I would like to thank this committee for inviting me here, and I emphasize the importance of the work that you are doing. Mr. Raphael said that this area of concern is not a new one. I was speaking with Senator Eggleton just before things started and reminded him that when he was mayor of Toronto, I worked as a community health consultant with the Department of Public Health back in the 1980s when

pu lire que le fait de dormir plus de 8 heures par jour constitue un facteur de risque et, à la page 14, on a appris que selon une autre étude, il faut dormir moins de 8 heures par jour. Par conséquent, on en arrive à la conclusion qu'il faut absolument dormir 8 heures par jour. Cela est étroitement lié à la façon d'appliquer l'épidémiologie comme facteur de risque.

On ne veut ni que les gens soient gros, ni qu'ils consomment de l'alcool. Cependant, les Canadiens, à l'instar des Américains, ne comprennent pas que les conditions de vie constituent les principaux déterminants de la santé. Dans ce cas en particulier, tiré du magazine *The New Yorker*, on nous parle d'un homme de 30 ans qui commence le muffin au son de 25 000 livres qu'il devra manger pendant plus de 40 ans pour réduire de façon substantielle son risque de décéder à cause d'un niveau de cholestérol trop élevé. On accorde une telle attention au style de vie que les grandes questions sont complètement évacuées des politiques publiques.

Il ne faut pas oublier la politique. Quand j'ai regardé la composition du comité, j'ai vu qu'il y avait des libéraux et des conservateurs et je me suis rappelé que vous êtes nommés au Sénat par le premier ministre au pouvoir. Il ne faut pas oublier la politique. Voici environ six suggestions en matière de politique faites par Campagne 2000 pour réduire la pauvreté infantile. Lors de la dernière campagne électorale fédérale, le Parti conservateur du Canada s'est opposé à toutes ces suggestions, le NPD y était favorable, le Bloc québécois en appuyait la majorité et, bien sûr, les libéraux étaient d'accord avec certaines mais pas avec d'autres. Or, cette question est indéniablement politique. En fait, l'amélioration des conditions de vie dépend des choix politiques du gouvernement.

Dans un récent rapport, le Conference Board du Canada range le Canada parmi les 12 pays qui se classent en tête de file à l'égard d'une variété de facteurs dont la santé, les déterminants de la santé, l'éducation et les compétences. Les auteurs du rapport attirent l'attention sur les pays scandinaves, les démocraties sociales, desquelles nous sommes portés à attendre de meilleurs résultats en ce qui concerne les déterminants de la santé et la santé, comme c'est le cas de la plupart d'entre eux, dont l'économie est actuellement plus dynamique que celle du Canada. Quand le Conference Board du Canada commence à exprimer de sérieuses inquiétudes à l'égard de questions comme la pauvreté et la formation professionnelle, on sait alors qu'il y a un problème. J'ai rédigé mon ouvrage. Il a été très bien reçu. C'est fantastique que maintenant, par l'entremise du Sénat, le gouvernement du Canada commence à se pencher sur ces questions.

Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé, Institut de recherche sur la santé des populations : À l'instar des deux collègues qui m'ont précédé, je remercie le comité de m'avoir invité à témoigner et je souligne l'importance du travail qu'il fait. M. Raphael a dit que la question qui nous préoccupe n'est pas nouvelle. Je m'entretenais avec le sénateur Eggleton juste avant le début de la séance et je lui ai rappelé les années 1980. À l'époque, il était maire de Toronto et j'étais consultant en

we were trying, in some respects, to offset some of the changes that Mr. Raphael so eloquently mapped with that series of increasing poverty within the city.

It is not new, but we must remind ourselves continuously of the importance of this because it is about the political choices that people as a nation or as a global community choose to make about what its future will be. Those choices invariably will not be win-win in the classic sense; they will be choices that deal with the necessity of redistributing or sharing the nature of the resources that we have. That is what 2000 years of evidence around the determinants of people's health and well-being tell us.

I feel a bit as though, first, you have already been given your dinner. You are dining out on a whole lot of stuff, and I am hoping it does not give you indigestion. You are about to dine out on a little bit more. Then I feel a bit like Monty Python. Now you are about to get something completely different, because I suspect you did not expect to be talking about globalization as a health determinant. I have been turning my attention to this aspect for the last 10 years. I decided that I needed a focus in my life so I do not do extraterrestrials, but that is about it.

This is also a follow-up to Madame Bégin because I have been involved with the Canadian reference for the WHO Commission on the Social Determinants of Health and I chair the Globalization Knowledge Network. In consultation, we decided that I should speak a little bit on globalization as a health determinant. The usual disclaimer, which you can read, is that I take all credit for what you agree with and I totally disabuse myself from anything that you find offensive or disagree with.

As I think Madame Bégin may have mentioned in her presentation, the commission's work right now is at the point where the knowledge networks are just completing their synthesis of knowledge. That will be, I think, an incredible repository of information for the work of this committee. In turn, the work of this committee is extremely important in terms of building a larger global momentum for the WHO to move forward with this project in a multilateral sense. There is a real kind of synergy that could exist, and I want to encourage you to exploit that as much as possible.

A number of different knowledge networks now exist. This is how the WHO decided to carve up the territory for which we needed more knowledge. I will speak to some of the issues in globalization. The take-home message from this rather complicated slide, which I will not bother running through, is simply: Why should Canadians care about globalization as a health determinant? There are a series of self-interested reasons: Threat of emergent and multiple drug-resistant diseases, the fact that as health and economies decline in some countries, it sparks regional conflicts with spillover

santé communautaire au ministère de la Santé publique. Nous nous employions à certains égards à contrer les effets de certains des changements que M. Raphael a si éloquentement illustrés en parlant de l'augmentation de la pauvreté dans les villes.

Le problème n'est pas nouveau, mais nous devons constamment nous rappeler de son importance parce qu'il est lié aux choix politiques que les citoyens d'un pays ou la communauté internationale décident de faire concernant l'avenir. Ces choix ne seront pas invariablement bénéfiques pour tous dans le sens classique; ils tiendront compte de la nécessité de redistribuer ou de partager les ressources dont nous disposons. Voilà ce que nous disent les preuves accumulées depuis 2 000 ans sur les déterminants de la santé et du bien-être des populations.

Je me sens un peu comme si vous aviez déjà mangé. Vous devez digérer énormément d'information et j'espère que vous n'en ferez pas une indigestion. Vous êtes sur le point de recevoir encore un peu d'information. Je me sens un peu comme Monty Python. Maintenant, vous êtes sur le point d'entendre quelque chose de complètement différent; j'imagine que vous ne vous attendiez pas à ce qu'on présente la mondialisation comme déterminant de la santé. Je me penche sur cette question depuis dix ans. Comme j'ai décidé que j'avais besoin d'un centre d'intérêt dans la vie, je n'étudie pas les extraterrestres, mais c'est à peu la seule exception.

Mon intervention fait également suite à celle de Mme Bégin parce que j'ai collaboré avec le groupe de référence canadien de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS et que je préside le réseau de connaissances sur la mondialisation. En consultation, nous avons décidé que je devrais parler un peu de la mondialisation comme déterminant de la santé. La décharge de responsabilité habituelle que vous pouvez lire indique que je prends tout le crédit de ce que vous allez accepter et que je me dégage de toute responsabilité à l'égard de ce que vous trouverez choquant ou de ce que vous n'accepterez pas.

Je crois que Mme Bégin a peut-être mentionné lors de son intervention que pour ce qui est des travaux de la commission, les réseaux de connaissance viennent de terminer la synthèse des données. Je pense que votre comité y trouvera une incroyable source d'information. Par ailleurs, le travail du comité est extrêmement important pour créer une grande pression mondiale afin que l'OMS concrétise le projet sous une forme multilatérale. Il pourrait vraiment y avoir une sorte de synergie et je vous invite à favoriser cela autant que possible.

Bon nombre de réseaux de connaissances distincts existent maintenant. C'est ainsi que l'OMS a décidé de délimiter le secteur pour lequel il fallait élargir les connaissances. Je me pencherai sur certaines questions liées à la mondialisation. Le message à retenir de cette diapositive assez compliquée, que je ne présenterai d'ailleurs pas, se résume assez simplement à ceci : Pourquoi les Canadiens doivent-ils considérer la mondialisation comme un déterminant de la santé? Pour une série de raisons d'intérêt personnel, notamment la menace de nouvelles maladies résistant aux médicaments, le risque que le déclin de la santé et de

effects. There are limits to growth in the sense of how we look at global economic growth and its impact, perhaps, on climate change.

Also, in a very real Canadian sense, there is our role in reducing what is sometimes referred to as this race to the bottom in terms of a decline in standards and wages, labour protection and security, and the declining share of labour as a proportion of income relative to capital, which is well-documented. That has an impact on a lot of Canadian workers. There are a few examples that we know of, and one is that for the residual manufacturing in high-income countries, the OECD countries of which Canada is a part, what we are finding is less job security, a higher pace and longer hours of work, less autonomy, and greater psycho-social stress, higher rates of part-time or flexible work, all in the name of creating more flexibilities in our labour market in order to be globally competitive. There is an abundance of literature that tells us that that might be good for our global economy or our GDP figures but it is very bad for the workers who are involved. It is creating a lot of health-damaging consequences. That is another reason Canadians should be concerned about globalization and how the process under the current rules of market integration create some risks or threats for Canadian health itself.

I would like to say more because we have a research network, of which actually Mr. Raphael is a part. We will be studying this subject in much greater detail in Canada over the next five years, over a series of questions mapping out how these globalization changes are affecting some of the conditions in those low-income neighbourhoods in Toronto and in a number of other metropolitan areas. Within about a year's time, we should have some preliminary literature synthesis so that, along with the work of the knowledge networks of the commission, you will have some emerging research that will be coming out of the Canadian context.

If we cannot make an argument for self-interest alone, we can make an argument based on political commitments and on legal obligations. In relation to political commitments, normatively Canada has committed to the Millennium Development Goals. If you are not familiar with those, I can easily send you material about them. That is our commitment to try to make the world better for everybody.

Through the G8, we have made various commitments about making globalization work for the poor. For a long time now, we have promised to reach the 0.7 per cent of gross national income, or GNI, in our development assistance and we have singularly failed to do that. However, we also have legal obligations under various human rights treaties and the rights to health. The U.N. special rapporteur on the right to health indicates that many of the global agreements to which Canada is party, or negotiates,

l'économie dans certains pays ne déclenche des conflits régionaux qui auront des répercussions ailleurs. La croissance économique mondiale doit avoir des limites dans la mesure où on envisage son incidence éventuelle sur le changement climatique.

En outre, sur le plan canadien, nous avons un rôle à jouer dans ce qu'on qualifie parfois de course vers le bas qui se caractérise par une baisse des normes et des salaires, par une érosion de la protection et de la sécurité de la main-d'œuvre et, situation qui est bien documentée, par une réduction de la participation de la main-d'œuvre au revenu généré par le capital. Cette situation a une incidence sur bon nombre de travailleurs canadiens. Nous en avons quelques exemples notamment dans le secteur de la fabrication résiduelle dans les pays à haut revenu, c'est-à-dire les pays de l'OCDE dont le Canada fait partie, où on trouve désormais moins de sécurité d'emploi, un rythme de travail accéléré, des heures de travail plus longues, moins d'autonomie, une augmentation du stress psychosocial, plus de travail à temps partiel et de régimes de travail souples, tout cela pour donner davantage de souplesse au marché du travail afin de soutenir la concurrence mondiale. Un grand nombre de documents indiquent que cette situation est peut-être bonne pour l'économie mondiale ou pour le PIB, mais qu'elle est très mauvaise pour les travailleurs concernés. Elle entraîne énormément de conséquences néfastes pour la santé. Raison de plus pour que les Canadiens se préoccupent de la mondialisation et s'interrogent sur la façon dont les règles actuelles de l'intégration au marché menacent la santé des Canadiens.

J'aimerais en dire davantage parce que nous avons un réseau de recherche dont M. Raphael fait partie. Nous examinerons la question de façon nettement plus approfondie au Canada au cours des cinq prochaines années; nous poserons une série de questions pour connaître l'incidence des changements liés à la mondialisation sur certaines conditions dans les quartiers à faible revenu de Toronto et dans nombre d'autres régions métropolitaines. D'ici environ un an, nous devrions avoir fait une synthèse préliminaire de la documentation qui, combinée au travail du réseau de connaissances de la commission, vous fournira des données sur les recherches émergentes concernant la réalité canadienne.

Si à lui seul l'argument de l'intérêt personnel n'a pas suffisamment de poids, celui des engagements politiques et des obligations juridiques devrait en avoir davantage. Pour ce qui est des engagements politiques, le Canada s'est engagé à atteindre les objectifs de développement du millénaire. Si vous ne connaissez pas ces objectifs, je peux facilement vous faire parvenir de la documentation sur le sujet. Nous nous sommes engagés à faire en sorte que le monde soit meilleur pour tous.

Dans le cadre du G8, le Canada a pris divers engagements pour faire en sorte que la mondialisation serve les moins bien nantis. Le Canada a promis depuis longtemps déjà d'atteindre l'objectif d'aide au développement fixé à 0,7 p. 100 du revenu national brut, ou RNB, mais jusqu'ici, il n'y est pas arrivé. Cependant, le Canada a également des obligations juridiques en vertu de divers traités sur les droits de la personne et sur le droit à la santé. Or, le rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la

actually runs the risk of violating our obligations under the right to health. There is both a normative reason and a legal reason to be concerned with globalization as a health determinant.

Just on that one instance of Canada's meeting the 0.7 per cent of GNI, this is some kind of assessment that we did back in 2005. I am not sure whether it really holds with more recent budgets, but it indicates that it would take comparatively little in terms of Canadian federal revenue to meet that target, compared to the value of the tax cuts that were announced in previous budgets.

Like many things related to the social determinants of health, the question is not about whether we have the resources but whether we have built the political mobilizations or will or desire to use those resources in a different way. That is the fundamental question that always comes up in dealing with the determinants of health.

Backing up to globalization, a basic definition of what it is, the process of various forms of integration and knowledge, consciousness and so on, and in approaching it through our knowledge network and the research that I have been doing, I want to emphasize that there are a lot of positive aspects in relationship to globalization around the diffusion of health technologies, gender rights, and so on. There are many things that are positive about globalization. There are many things, though, that are also quite harmful.

In respect of the dominant argument, this is one that, I suspect if you talk to the people responsible for negotiating international trade agreements for Canada, or talk to people in the finance ministries, you will probably find that they would accept this argument. As countries integrate into the global economy through liberalization, their growth increases. That improves their wealth. That decreases their poverty. That improves their health. That, in turn, improves their growth. It is referred to as the virtuous circle or the rising tide lifting all boats. The problem with that is that, although it is a very compelling argument, empirically it has been challenged. It has flaws through every single one of those relationships, and there are many reasons to be quite concerned about that dominant, particular argument.

I have mentioned the spread of resistant diseases. I believe Mr. Raphael and Dr. Millar both talked about the obesogenic culture, which is now being globally transmitted. When countries that are relatively poor lower their tariff barriers, they lose public revenue to invest — as has been well documented — in other forms of social spending. Some countries grow; others do not. Those that have grown by integrating into the global market economy in the past two decades did so precisely by not following the rules on the earlier slide. They did so by taking a different course. Poverty reduction is not automatic, and inequality is on the rise.

santé indique que nombre des accords mondiaux auxquels le Canada est partie ou qu'il négocie risquent d'être contraires aux obligations du Canada au titre du droit à la santé. Il y a non seulement une raison normative mais aussi une raison juridique de tenir compte de la mondialisation comme déterminant de la santé.

Je signale que l'objectif de 0,7 p. 100 du RNB en matière d'aide au développement fait suite à une évaluation qui remonte à 2005. Je ne suis pas certain qu'elle tienne toujours dans les derniers budgets, mais elle indique qu'il faudrait peu en termes de recettes fédérales pour atteindre la cible comparativement aux réductions d'impôt annoncées dans les budgets précédents.

Comme bien des éléments liés aux déterminants sociaux de la santé, la question n'est pas de savoir si on possède les ressources, mais plutôt de savoir si on s'est assuré de la mobilisation politique nécessaire ou si on va le faire ou encore si on souhaite utiliser les ressources de façon différente. Voilà la question fondamentale qui revient constamment à la surface lorsqu'on aborde les déterminants de la santé.

Quant à la mondialisation, on peut la définir entre autres comme diverses formes d'intégration, de connaissances et de prises de conscience. Si on l'aborde du point de vue de notre réseau de connaissances et des recherches que j'ai faites, je souligne qu'elle comporte énormément d'aspects positifs notamment en ce qui concerne la diffusion des technologies dans le domaine de la santé et les droits à l'égalité entre les sexes. La mondialisation présente de nombreux éléments positifs. Toutefois, elle présente également nombre d'éléments assez négatifs.

Si vous vous adressez aux gens chargés de négocier les accords commerciaux internationaux pour le Canada ou aux employés des ministères des Finances, vous constaterez probablement qu'ils acceptent l'argument dominant selon lequel les pays qui adoptent le libéralisme économique dans le cadre de la mondialisation voient leur croissance augmenter et, de ce fait, leur richesse s'accroître, leur pauvreté diminuer et leur situation sanitaire s'améliorer. À son tour, la santé de la population favorise la croissance. On qualifie ce processus de cercle vertueux ou de courant qui fait avancer tous les navires. Bien que ce soit un argument très convaincant, le problème ici c'est qu'en pratique, il a été remis en question. Il comporte des failles dans chacun des rapports et de nombreuses raisons nous portent à nous interroger sérieusement sur cet argument dominant.

J'ai mentionné la propagation de maladies résistantes aux médicaments. Je crois que M. Raphael et le Dr Millar ont tous les deux parlé de la culture obésogène qui se propage maintenant au monde entier. Quand des pays relativement pauvres baissent leurs barrières tarifaires, ils accusent un manque à gagner en termes de recettes à investir dans d'autres types de dépenses sociales — cette situation est également bien documentée. Certains pays prospèrent, d'autres non. Ceux qui connaissent la prospérité grâce à leur intégration à la mondialisation au cours des deux dernières décennies l'ont fait précisément en ne suivant pas les règles figurant sur la dernière diapositive. Ils l'ont fait en empruntant une méthode différente. La réduction de la pauvreté n'est pas automatique et les inégalités augmentent.

Mr. Raphael mentioned that income matters. I recall Nelson Rockefeller once being quoted as saying money is not everything. He said, “I know, because I have money and I have everything.” That “everything” refers to wealth, which is often not captured by income, and it also refers to the status and privilege that comes with that particular social position. Income, in many ways, is necessary for material reasons but for psychological reasons it is also really the proxy for power, and the relationships of power that income represents.

Using a very flawed instrument to measure income, the World Bank \$1-a-day level — I will not get into why it is flawed but it is seriously flawed, and grossly overstates the actual extent of poverty — we can see that there was a slight reduction during this period of economic integration since the 1980s at the \$1-a-day level, although in sub-Saharan Africa it continued to rise. We also see that there were increases almost across the board of poverty at the \$2-a-day level, which means that if we had a rising tide lifting people up, it did not lift them far. We have, as we know from other analyses, a rather skewed distribution of wealth around the planet that has occurred within the last 20 years. It is not just around the planet in other countries, but also in Canada. This is a study that looked at the changes — and it captures some of what Mr. Raphael was talking about earlier — in who benefited most during these decades of unprecedented wealth creation. It was not the average Canadian. It was not the average global citizen. Bob Evans likes to talk about it as the revenge of the rich in terms of how a kleptocracy, or small grouping of people globally have captured most of the gains economically over the last 20 years.

By the way, the Canadian Centre for Policy Alternatives tomorrow will be releasing an update of this study. I have heard from the authors of it that it will present some even more chilling information about what is happening with the economic equity issues within Canada. I urge you to watch for that.

Why do they matter? They matter for many reasons. Globally, as inequalities rise, we have the migration movements, both of people who are desperate as refugees and of people who are skilled, seeking more opportunities in wealthier countries and, in effect, draining their own countries of the human capital required to grow or develop domestically. Nationally, the more the inequality exists, the more growth is required to reduce the residual poverty. It is also associated with decreases in social cohesion and, more important, a decline in solidarity — what we in sociology would call cross-class solidarity, where we recognize we are all in it together; therefore, we will all contribute to some risk-pooling for the kinds of services we would like to have when we need them. That was the principle that underpinned medicare and many of our social programs that have noticeably eroded in Canada over the last 20 years.

M. Raphael a mentionné que le revenu est important. Je rappelle que Nelson Rockefeller a déjà déclaré que l'argent n'est pas tout. Il a dit qu'il le savait justement parce qu'en plus de l'argent, il avait tout. Or, ce « tout » correspond à la richesse qui souvent ne s'obtient pas grâce au revenu; il correspond également à la situation et aux privilèges associés à une position sociale particulière. À maints égards, le revenu est nécessaire pour des raisons matérielles mais également pour des raisons psychologiques car il représente aussi un véritable outil de pouvoir, notamment dans les rapports de pouvoir.

Utilisant un instrument erroné pour mesurer le revenu, soit l'étalon de 1 \$ par jour de la Banque mondiale — je ne dirai pas pourquoi il est erroné, mais il l'est sérieusement et surévalue grossièrement l'étendue réelle de la pauvreté —, nous pouvons voir qu'il y a eu une légère baisse pendant cette période d'intégration économique depuis les années 1980, même si la hausse se poursuit en Afrique subsaharienne. Nous pouvons aussi voir qu'il y a eu une augmentation presque généralisée de la pauvreté selon l'étalon de 2 \$ par jour, ce qui signifie que si une vague a provoqué une hausse du revenu, elle n'était pas très puissante. Comme nous le savons d'après d'autres analyses, une répartition plutôt inégale de la richesse s'est produite dans le monde ces 20 dernières années, et le Canada n'a pas été épargné. C'est une étude qui s'est penchée sur les changements — et qui rejoint en partie ce que M. Raphael disait plus tôt — concernant ceux qui ont le plus bénéficié de ces décennies de création de richesses sans précédent. Ce n'est pas le Canadien moyen. Ce n'est pas non plus le citoyen du monde moyen. Bob Evans aime parler de ce phénomène comme de la revanche des riches et de la façon dont une kleptocratie, ou petit groupe de personnes à l'échelle de la planète, s'est approprié la plus grande partie des gains économiques réalisés au cours des 20 dernières années.

En passant, le Centre canadien de politiques alternatives publiera demain une mise à jour de cette étude. J'ai entendu dire par ses auteurs que cette nouvelle version présentera des données encore plus inquiétantes au sujet des questions d'équité économique au Canada. Je vous encourage à la lire.

Pourquoi sont-elles importantes? Pour de nombreuses raisons. À l'échelle mondiale, à mesure que les inégalités augmentent, on constate des mouvements migratoires, autant de personnes désespérées à titre de réfugiés que de personnes qualifiées cherchant de meilleures occasions dans des pays plus fortunés et drainant, dans les faits, leurs pays respectifs du capital humain nécessaire à la croissance ou au développement intérieur. Dans un pays, plus les inégalités sont prononcées, plus il faut une croissance importante pour réduire la pauvreté résiduelle. À cela vient s'ajouter une détérioration de la cohésion sociale et, encore plus important, un déclin de la solidarité — ce que, en sociologie, nous appellerions la solidarité interclasses, où on reconnaît que nous sommes tous dans le même bateau, et qu'il faut donc tous contribuer à une certaine mise en commun des risques pour obtenir le genre de services que nous aimerions avoir quand nous en avons besoin. C'est le principe qui sous-tendait le régime d'assurance-maladie et bon nombre de nos programmes sociaux qui se sont considérablement érodés au Canada ces 20 dernières années.

I will pass on that slide. The take-home message from this one is that, even at a global scale, there is the notion that economic growth is the way to reduce poverty and make the world a better, healthier place. Growth is now increasingly inefficient in its ability to do that. You would have to have sustained global growth at the level of 20 per cent per year to achieve the same amount of poverty reduction as merely taxing 1 per cent of the wealth of the richest 20 per cent and redistributing it to the poorest 20 per cent. A very small amount of redistribution will do far more to reduce poverty than growth at a level of 20 per cent per year, and a growth in our carbon economy of 20 per cent per year will burn us all. We know that. It is really no longer empirically, or even ethically, an issue in terms what we have to confront, globally as well as domestically, how we deal with the questions of the allocation of the scarce resources that we have.

For the sake of getting through to some of the key points, I will try to summarize this by saying that globally, up until the 1980s, what you saw was a convergence in health as well as in income. Around the world, incomes were getting more equal and health was getting more equal. By the 1980s that started to diverge, and by the 1990s that went into a tailspin and began to go in the opposite direction, where health was diverging across the planet, just as income was diverging across the planet and getting worse. One of the factors for that was the early era of globalization with the structural adjustment programs that came about in order to deal with the debt crisis to allow poorer governments — that is, governments that were indebted and poor — to be able to repay past debts. This is the beginning of the orthodoxy of the economic model that is now being questioned multilaterally.

I want to give one example of this in terms of a poor country, Zambia. In order to get a loan from the World Bank and the IMF to pay back the interest on previous loans, in the early 1990s Zambia had to open up its borders to textiles, including second-hand clothing, much of which started as donations in countries such as Canada. That swamped the market and, because it had no production costs, as a result, in eight years Zambia lost all of its infant industries in producing textiles. All of the workers lost their jobs. It swept through the entire manufacturing force. At the same time, previously employed workers moved to the informal and untaxed underground economy. They had to privatize state enterprises, put in user fees, cut health staff, and reduce the salaries of those who remained. They are all aspects of globalization and they all occurred right at the time that the AIDS pandemic in Zambia was beginning to race out of control.

On a broad scale, you see in Africa that all of these globally-imposed economic policies were put in place in these countries right at the time that HIV took off and the death rates and life expectancy began to decline. There is a fairly compelling evidence base for that. In Canada, we need to pay attention to that.

Je vais passer cette diapositive. Le message à retenir est que, même sur le plan mondial, il existe une notion voulant que la croissance économique soit la façon de réduire la pauvreté et de faire du monde un lieu où il fait mieux vivre. Cette croissance est maintenant de plus en plus inefficace sur ce point. Il faudrait une croissance mondiale soutenue d'au moins 20 p. 100 par année pour en arriver au même niveau de réduction de la pauvreté que le simple fait de taxer de 1 p. 100 de plus la richesse des 20 p. 100 les plus riches pour la redistribuer aux 20 p. 100 les plus pauvres. Une redistribution minime est beaucoup plus efficace pour réduire la pauvreté qu'une croissance de 20 p. 100 par année. De toute façon, une telle croissance dans notre économie fondée sur les émissions de carbone nous ferait tous cuire. Nous le savons. Nous ne sommes plus confrontés à un problème empirique ou même éthique, autant à l'échelle mondiale que nationale, concernant l'allocation des maigres ressources dont nous disposons.

Afin d'en arriver à certains des points clés, je vais tenter de résumer le tout en disant que, jusque dans les années 1980, notre planète a connu une convergence des richesses et des revenus. Partout dans le monde, les écarts en matière de revenus et de santé s'amenuisaient. Ces écarts ont recommencé à s'accroître dans les années 1980, puis se sont amplifiés de façon dramatique à l'échelle planétaire dans les années 1990. Un des facteurs ayant contribué à cette situation a été le début de la mondialisation et des programmes de rajustement structurels, créés pour lutter contre la crise de l'endettement et permettre aux gouvernements les plus pauvres — c'est-à-dire les gouvernements endettés et pauvres — de rembourser leurs dettes. C'est le début de l'orthodoxie du modèle économique qui est maintenant remis en question multilatéralement.

Je vais vous donner un exemple de pays pauvre : la Zambie. Pour obtenir un prêt de la Banque mondiale et du FMI pour rembourser les intérêts courus sur des emprunts précédents, la Zambie a dû, au début des années 1990, ouvrir ses frontières aux textiles, y compris aux vêtements usagés, dont une grande quantité provenait de dons de pays comme le Canada. Ces vêtements ont envahi le marché et, comme aucun coût de production ne leur était associé, les industries textiles naissantes de la Zambie ont toutes fermé leurs portes en l'espace de huit ans. Tous les travailleurs ont perdu leur emploi. Ce phénomène a balayé toute la main-d'œuvre manufacturière. Par la même occasion, des travailleurs ayant perdu leur emploi sont passés au travail au noir, non imposé. Le pays a dû privatiser des sociétés d'État, instaurer des frais d'utilisation, et réduire le personnel dans le domaine de la santé ainsi que les salaires des travailleurs restants. Voilà des aspects de la mondialisation, qui se sont produits au moment où la pandémie du sida en Zambie devenait incontrôlable.

Sur une plus vaste échelle, on constate qu'en Afrique l'imposition de toutes ces politiques économiques globales ont coïncidé avec l'apparition du sida, la hausse des taux de mortalité et la baisse des taux d'espérance de vie. Les preuves à ce sujet sont assez éloquentes. Il faut porter attention à cela au Canada.

I will flip quickly through these slides. This slide is interesting only for the reason that we often think we are quite generous in our relations with the poorer countries. During the 1990s we saw an enormous shift. Before, developing countries got a bit more money from us than we got from them, but by 2005 we were getting \$560 million a year more from them than they were getting from us. It is an enormous, not well understood and incredibly scandalous redistribution of wealth from the poor to the rich on a global scale. It mirrors the kind of image we saw about who gains and who does not in Canada over the last few years. That is the nub of the issue that this Senate committee will have to tackle: namely, what drives and what buffers those types of inequalities.

I will pass on these next slides and say that in our knowledge network we have a simple, analytical framework about how we are beginning to approach our understanding of globalization. We have a very complicated framework, which you have. I would be happy to come back and talk about our results when we have them, but in a simple framework of understanding globalization as well as other forms within Canada, the way the social determinants of health become health inequalities is to first stratify people. They stratify them economically, by class and by gender. In the Zambian example, globalization, by opening up the border, stratified those previously employed workers and made them informal street workers who were paid less money, so that they entered a different social stratification.

It also increases or changes the exposure. To go back to the Zambian case, all of a sudden you had families split apart, with men employed in rural textile mills moving to the city to sell cast-off donations. That increased their risk, essentially at that point, of beginning to engage in sex for money. That began to increase the spread of HIV.

There was differential vulnerability: women whose husbands were also absent or perhaps dead because of the early stages of the epidemic. There were no public services available any more. There were user charges; they had to pay to get their kids to school; prices were going up; they were vulnerable to having to move into the sex trade as a way of survival. Because they could no longer afford health services, the health outcomes were different. You can begin to map out how the determinants become health inequalities by following these different social processes.

This is a list of our papers. You can look at it at your leisure. In conclusion, I wanted to underscore that government policies still matter, not only in terms of what Canada can do around globalization but also what it can do domestically.

These are charts with which you might be familiar from the Canadian Population Health Initiative that show market income inequalities and post tax-transfer inequalities. Canada does not do well on this. It does better than some countries but a lot worse

Je ne m'attarderai pas longtemps sur ces diapositives. Celle-ci est intéressante seulement parce que nous nous croyons souvent très généreux dans nos relations avec les pays plus pauvres. Un changement énorme s'est produit dans les années 1990. Auparavant, les pays en développement recevaient un peu plus d'argent de notre part que nous d'eux, mais en 2005 nous recevions 560 millions de dollars de plus par année de ces pays que ce qu'ils recevaient de nous. Il s'agit là d'une redistribution énorme, mal comprise et parfaitement scandaleuse de la richesse des pauvres aux riches à l'échelle planétaire. Cela reflète ce que nous constatons au Canada depuis quelques années au sujet de qui fait des gains et qui n'en fait pas. C'est là l'essentiel de la question dont ce comité sénatorial devra débattre, soit qu'est-ce qui stimule et qu'est-ce qui amortit ces inégalités.

Je vais passer les prochaines diapositives et dire que dans notre réseau de connaissance, nous avons un cadre analytique simple concernant la façon dont nous entreprenons notre approche visant la compréhension de la mondialisation. Il y a un cadre très compliqué, que vous avez. C'est avec plaisir que je reviendrai parler de nos résultats lorsque nous les aurons, mais dans un cadre simple de compréhension de la mondialisation et d'autres formes au Canada, la façon dont les déterminants sociaux de la santé deviennent des inégalités en matière de santé débute par la stratification des gens. Il se forme une stratification économique, selon la classe et le sexe. Dans le cas de la Zambie, en provoquant l'ouverture des frontières, la mondialisation a provoqué la stratification de travailleurs jusqu'alors salariés et les a transformés en travailleurs itinérants moins bien rémunérés, ce qui les a poussés dans une strate sociale différente.

Il y a également augmentation ou modification de l'exposition. Pour revenir à la Zambie, il y a soudainement eu un éclatement des familles, les hommes employés dans des usines de textiles rurales étant forcés de déménager en ville pour vendre de vieux vêtements donnés. Cela a dès lors augmenté le risque qu'ils se prostituent, ce qui a entraîné une hausse de la propagation du sida.

Il y avait une vulnérabilité différentielle : les femmes dont les maris étaient absents ou peut-être morts en raison du début de l'épidémie. Il n'y avait plus de services publics. Des frais d'utilisation ont été instaurés; elles ont dû payer pour envoyer leurs enfants à l'école; les prix ont augmenté; elles devaient contempler la possibilité de devoir se prostituer pour survivre. Comme elles ne pouvaient plus s'offrir des soins de santé, les résultats pour la santé ont changé. On peut commencer à établir comment les déterminants de la santé deviennent des inégalités en matière de santé en suivant ces différents processus sociaux.

Voici une liste de nos documents. Vous pourrez l'examiner à loisir. En conclusion, je voulais souligner que les politiques gouvernementales restent importantes, non seulement pour ce que le Canada peut faire au sujet de la mondialisation, mais aussi pour ce qu'il peut faire à l'échelle nationale.

Voici des tableaux qui vous seront peut-être familiers, car ils proviennent de l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Ils illustrent les inégalités du revenu marchand et des post-transferts fiscaux. Le Canada fait piètre figure à ce chapitre. Ses résultats sont

than others. Consider, say, seniors. We have done extremely well in our programs in Canada with changing market inequalities for seniors and reducing their poverty rates. However, as Dr. Millar pointed out, we have not done well with children. Sweden does extremely well with them because they subject every one of their policies to human rights-based analysis to see if they are fulfilling their rights obligations. Canada does not do that.

I will pass on the global implications for Canada because that is a whole different discussion, but I will raise these provocative questions, perhaps, as a spark to our discussion. Is globalization reducing the policy space and capacity of all countries to act to decrease inequities in the social determinants of health? We answered that already in some of our work for the network. Yes, there is evidence that that is occurring. We are constrained by the rules of the global market integration in our abilities to be able to manage inequities within our own borders. We need to change that.

Does commitment to both domestic and global health equity require a politics based on rights, redistribution and regulation? That is a slight echoing of Mr. Raphael's challenge. I believe that the work of this committee needs to rise above partisanship, but it cannot rise above ethics or politics.

The Chairman: I wish to thank all three of you for those presentations.

Professor Labonté, I was hoping you would put up a chart showing a health-wealth convergence up until 1980, and then divergence. Do you have such a chart in your possession?

Mr. Labonté: I do not have that with me now, but a chart like that could probably be constructed. This work has been done for us by Giovanni Cornia, who has done a lot of work for the UN, over the years. He has done an incredible multiple regression analysis that found that, in the last 20 years relative to the previous 20 — the counterfactual, as it is called in econometric modelling — our policies related to globalization have actually reduced life expectancy at birth, on average, for the world by about 1.2 years. That was offset by health gains in technology but only to the point that we have had an overall average gain of about 0.2 years relative to not having gone down the path that we took over the past 20 years. I can make some of this available over time, but we have been busily working with this material right now in our work for the WHO commission. By June, we will have quite a bit of stuff to share with this committee.

The Chairman: Thank you very much. We appreciate your sending it along at your convenience.

Does anyone have a direct comparator of Canada and Sweden on the health-wealth equation?

meilleurs que ceux de certains pays, mais très inférieurs à beaucoup d'autres. Prenons par exemple les aînés. Les programmes canadiens ont obtenu d'excellents résultats dans la réduction des inégalités du marché et des niveaux de pauvreté en ce qui les concerne. Toutefois, comme le Dr Millar l'a souligné, nos résultats sont bien moins reluisants en ce qui concerne les enfants. La Suède obtient d'excellents résultats à ce chapitre, car ce pays soumet chacune de ses politiques à une analyse fondée sur les droits de la personne afin de vérifier si elles respectent les obligations en la matière. Le Canada ne fait pas cela.

Je ne vais pas m'attarder aux incidences globales pour le Canada parce qu'il s'agit là d'un tout autre sujet, mais je vais quand même soulever ces questions provocantes afin de lancer notre discussion. La mondialisation réduit-elle l'espace alloué aux politiques et la capacité de tous les pays d'agir afin de réduire les inégalités dans les déterminants sociaux de la santé? Nous avons déjà répondu à cette question dans certains de nos travaux pour le réseau. Oui, des preuves tendent à démontrer que c'est le cas. Notre capacité à gérer les inégalités à l'intérieur de nos frontières est limitée par les règles de l'intégration au marché mondial. Nous devons changer cela.

L'engagement envers l'égalité sur le plan de la santé tant au pays qu'à l'étranger nécessite-t-il une politique fondée sur les droits, la redistribution et la réglementation? Je fais ici quelque peu écho au défi posé par M. Raphael. Je crois que les travaux de ce comité doivent s'élever au-dessus de la partisanerie, mais pas au-dessus de l'éthique ou des politiques.

Le président : J'aimerais vous remercier tous les trois pour vos exposés.

Professeur Labonté, j'espérais que vous présenteriez un tableau illustrant la convergence entre la santé et la richesse jusqu'en 1980, puis leur divergence. Avez-vous un tel tableau?

M. Labonté : Non, mais il serait probablement possible d'en établir un. Ce travail a été réalisé pour nous par Giovanni Cornia, qui a beaucoup travaillé pour l'ONU au fil des ans. Il a réalisé une incroyable analyse de régression multiple qui a révélé qu'au cours des 20 dernières années, contrairement aux 20 années les ayant précédées — l'approche contrefactuelle, comme on dit en modélisation économétrique —, nos politiques en matière de mondialisation ont en fait réduit l'espérance de vie à la naissance de 1,2 an en moyenne dans le monde. Ce résultat a été contrebalancé par des gains en matière de technologie de la santé, mais seulement jusqu'au point où nous avons obtenu un gain moyen global d'environ 0,2 an par rapport à si nous n'avions pas agi comme nous le faisons depuis 20 ans. Je pourrai vous transmettre une partie de ces données au fil des mois, mais nous avons été très occupés à gérer cette information dans le cadre de nos travaux pour l'OMS. D'ici le mois de juin, nous aurons beaucoup plus d'information à partager avec votre comité.

Le président : Merci beaucoup. Nous serons heureux d'en prendre connaissance quand vous serez prêts.

Quelqu'un a-t-il un comparateur direct entre le Canada et la Suède au sujet du rapport santé-richesse?

Mr. Raphael: It turns out that Andrew Jackson has what he calls the “social development Olympics.” It turns out that the book I am publishing next month compares Canada with the other OECD countries on a whole range of indicators. Generally, what you find is that whatever happens to you, or whatever can happen to you, you are better off if you are in Sweden, whether it is being laid off, deciding to go to university, having children or coming down with a disease. It turns out that the OECD, in its report, *Society at a Glance: 2005* put together a whole range of indicators. They also have *Health at a Glance*. There is tremendous OECD data available. They even make available Excel data files that you can play around with.

To give you one example, I put something together the other day. With respect to unionization rate versus child poverty rate, the United States poverty rate is 26 per cent, going through the roof. Thirteen per cent of their people have a collective agreement. For Canada, it is a 15 per cent poverty rate; we have 31 per cent unionization. Sweden has about a 4 per cent poverty rate, and 92 per cent of their people are unionized.

There is a lot of policy data out there that includes not only Sweden but also a range of other countries, and it turns out the Conference Board of Canada has produced a great deal of data.

The Chairman: Thank you. We would appreciate anything you have which is relatively simple along those lines.

Senator Trenholme Counsell: I am focusing much of my attention these days on child care and early childhood development. I was pleased to see the references to that and references that support my cause and that of many others.

My background is that of a medical doctor, and I need to ask about the quotation from Dr. Millar regarding “health systems quality iceberg” and that the health care system was the second leading cause of death. Perhaps I did not hear that correctly.

Dr. Millar: No, you heard it correctly. The number, 10,000 deaths in hospitals in Canada, is drawn from a major study being published in the CMAJ.

Senator Trenholme Counsell: Is that 10,000 per year?

Dr. Millar: Yes, 10,000 per year, preventable deaths in hospitals related to errors, and there is an additional 18,000 related to non-error adverse events and then an estimated 20,000 in communities. Those data are drawn from U.S. publications where a similar conclusion has been reached. In the usual way we do with Canada versus the United States, you just multiply all those numbers by 10 and you have the same estimates.

In the U.S., in the Journal of the American Medical Association there is an article outlining those numbers and suggesting that adverse events in the health care system are a

M. Raphael : Il appert qu’Andrew Jackson organise ce qu’il appelle les « olympiades du développement social. » Le livre que je publierai le mois prochain compare le Canada aux autres pays de l’OCDE en fonction de toute une variété d’indicateurs. On peut généralement conclure que quoi qu’il nous arrive, ou que quoi qu’il puisse nous arriver, il est préférable que ce soit en Suède, qu’il s’agisse d’être mis à pied, de décider d’aller à l’université, d’avoir des enfants ou de contracter une maladie. L’OCDE a rassemblé une variété d’indicateurs dans un rapport intitulé *Panorama de la société — Édition 2005*. Cet organisme a aussi publié *Panorama de la santé*. Une quantité impressionnante de renseignements sont disponibles auprès de l’OCDE. Il est même possible d’obtenir des fichiers Excel avec lesquels on peut faire des simulations.

Pour vous donner un exemple, j’ai préparé quelque chose l’autre jour. En ce qui concerne le taux de syndicalisation par rapport au taux de pauvreté chez les enfants, les États-Unis ont un taux de pauvreté de 26 p. 100, un sommet. Treize pour cent des travailleurs y ont une entente collective. Au Canada, le taux de pauvreté est de 15 p. 100, avec un taux de syndicalisation de 31 p. 100. Quant à la Suède, le taux de pauvreté y est d’environ 4 p. 100, alors que le taux de syndicalisation y est de 92 p. 100.

De nombreuses données sur la pauvreté portent non seulement sur la Suède, mais aussi sur plusieurs autres pays, et il se trouve que le Conference Board du Canada a lui aussi produit beaucoup de données.

Le président : Merci. Nous apprécions tout ce que vous avez dans ces lignes qui est relativement simple.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je me concentre beaucoup ces temps-ci sur les garderies et le développement des jeunes enfants. J’ai été heureuse de voir des références à ces sujets qui appuient ma cause et celle de plusieurs autres personnes.

J’ai une formation médicale, et je dois vous poser une question au sujet de la citation du Dr Millar concernant l’« iceberg de la qualité des systèmes de santé » et du fait que le système de santé est la deuxième cause de mortalité. J’ai peut-être mal entendu.

Dr Millar : Non, vous avez bien entendu. Ce chiffre, soit 10 000 décès dans les hôpitaux au Canada, est tiré d’une importante étude publiée dans le Canadian Medical Association Journal.

Le sénateur Trenholme Counsell : Il s’agit bien de 10 000 décès par année?

Dr Millar : Oui. Il s’agit bien de 10 000 décès par année dans les hôpitaux, décès qui auraient pu être prévenus car ils sont liés à des erreurs. Il y a de plus 18 000 autres décès dus à des événements défavorables non liés à des erreurs, ainsi que 20 000 décès estimés dans les collectivités. Ces données sont tirées de publications américaines, qui en sont arrivées à une conclusion similaire. Habituellement, lorsqu’on compare le Canada et les États-Unis, on multiplie les chiffres par 10 et on arrive aux mêmes estimations.

Aux États-Unis, le Journal of the American Medical Association a publié un article soulignant ces chiffres et suggérant que les événements défavorables dans le système de

major cause of death. They do not routinely show up because they are not ICD9 or and ICD10 coded cause of death. These are things that are coded with another cause of death when they go to the death certificate. These are studies that have been done doing chart reviews by physicians who have reviewed the cause of death and concluded that there was an error involved.

Senator Trenholme Counsell: Is that second to cardiovascular disease?

Dr. Millar: Yes.

Senator Trenholme Counsell: This is debatable, to a small extent. I do not want to carry on too long, though. If we are looking at 20,000, which is the largest number you have here, community non-error drug deaths, surely that is the whole area of drug abuse and addiction?

Dr. Millar: No, this is related to prescribed pharmaceuticals in primary care.

Senator Trenholme Counsell: Community non-error drug tests?

Dr. Millar: It would be drug interactions, adverse drug reactions, that sort of thing.

Senator Trenholme Counsell: How many deaths are there from cancer a year here in Canada?

Dr. Millar: It is a number slightly smaller than that total of 48,000; I do not have the absolute number in my head, but it is easily obtained.

Senator Trenholme Counsell: I have to accept that. I was quite shocked. I do not know how Dr. Keon felt. That certainly woke me up.

Dr. Millar: The point I am trying to make is to not forget the health care system as a determinant of health, both positive and negative in its nature.

Senator Pépin: We never think about that. I was shocked to hear that health care is responsible for 48 per cent of deaths.

Dr. Millar: No, it is 48,000 deaths, not 48 per cent.

Senator Pépin: That is still quite a figure.

Senator Trenholme Counsell: Are those Canadian figures by extrapolation from American data?

Dr. Millar: The first figure of 10,000 is from a large Canadian study done across the country in urban communities.

Senator Trenholme Counsell: What year was it completed?

Dr. Millar: It was published in, probably, 2003 or 2004.

Senator Trenholme Counsell: With respect to the other two figures, are they extrapolated from American figures or are those data collected here in Canada?

soins de santé sont une cause majeure de décès. Ces événements n'apparaissent pas régulièrement car ils ne font pas partie des causes de décès répertoriées dans la CIM9 ou la CIM10. Il s'agit d'événements associés à une autre cause de décès lorsqu'on rédige le certificat de décès. Il s'agit d'études portant sur des médecins ayant examiné les dossiers de patients décédés et conclu qu'il y avait eu erreur.

Le sénateur Trenholme Counsell : Cela vient donc en deuxième place derrière les maladies cardiovasculaires?

Dr Millar : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ces chiffres sont contestables, dans une certaine mesure. Je ne veux toutefois pas m'éterniser. Prenons le chiffre de 20 000, qui est le plus important illustré ici, concernant les décès dans la communauté dus aux médicaments et non causés par une erreur médicale. Vous voulez sûrement parler du phénomène de la toxicomanie?

Dr Millar : Non. Il s'agit de médicaments sur ordonnance prescrits dans le cadre de soins de première ligne.

Le sénateur Trenholme Counsell : Des tests sur des médicaments menés dans la collectivité?

Dr Millar : Il s'agit d'interactions de médicaments, de réactions indésirables à des médicaments, ce genre de choses.

Le sénateur Trenholme Counsell : Combien de décès par année sont dus au cancer au Canada?

Dr Millar : Un peu moins de 48 000. Je ne me souviens pas du chiffre exact, mais il est facile de l'obtenir.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je dois m'y résoudre. J'ai été assez choquée. Je ne sais pas comment le Dr Keon s'est senti. Ça m'a certainement donné un choc.

Dr Millar : Le message que je tente de faire passer est qu'il ne faut pas oublier que le système de soins de santé est un déterminant de la santé, tant positif que négatif.

Le sénateur Pépin : On ne s'arrête jamais à cela. J'ai été choquée d'entendre que les soins de santé sont responsables de 48 p. 100 des décès.

Dr Millar : Non. Il s'agit de 48 000 décès, pas de 48 p. 100.

Le sénateur Pépin : C'est quand même un chiffre élevé.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ces chiffres sont-ils une extrapolation des données américaines?

Dr Millar : Le premier chiffre de 10 000 décès provient d'une vaste étude canadienne réalisée dans les communautés urbaines du pays.

Le sénateur Trenholme Counsell : En quelle année a-t-elle été complétée?

Dr Millar : Elle a été publiée en 2003 ou en 2004.

Le sénateur Trenholme Counsell : Quant aux deux autres chiffres, s'agit-il d'extrapolations des données américaines, ou ont-ils été obtenus au Canada?

Dr. Millar: No, they are extrapolated from the U.S.

Senator Trenholme Counsell: I can only hope we are doing a lot better than this data indicates.

Dr. Millar: Unfortunately, the evidence does not support that. These studies have been completed in Canada, the U.S., England, Australia and New Zealand. Everywhere they have been completed, the figures come out very similar. Canada does not look any better.

Senator Callbeck: Thank you for appearing here today. You have certainly provided us with a lot of information.

Dr. Millar, I want to ask a couple of questions on your presentation. In the revenue spending scenario, are those figures based on British Columbia?

Dr. Millar: That is correct.

Senator Callbeck: You are saying that 71.3 per cent of the budget will be taken up by health in 10 years. Are you just talking about the health care system, or are you talking about factors that affect health care such as housing?

Dr. Millar: No. I am talking about straight Ministry of Health expenditures on hospitals, physicians, pharmaceuticals and community care.

Senator Callbeck: Do you have figures that are based in other provinces?

Dr. Millar: The figure of 42 per cent in 2005, appearing on the left-hand side of that chart, is similar right across the country. Most provinces are currently running around 40 to 45 per cent of their budgets.

Senator Callbeck: Projecting 10 years down the road, do you know whether other provinces are talking about something like that?

Dr. Millar: I have not seen those projections from the other provinces, but I suspect they would be remarkably similar.

Mr. Labonté: Up until a few years ago, I was in Saskatchewan. At that time, there were similar types of projections undertaken in Saskatchewan. There were arguments that if we did not deal with fairly dramatic forms of health system reform, the ability or space to be able to invest in other determinants of health would start to be eroded. That is an important point around health care systems, namely the determinant of health.

There is another aspect that we have not looked at, and that is the financing of health care systems as a determinant of health. Around the world, out-of-pocket payment for health care is the leading cause of poverty. It is called medical poverty. More people are plunged into medical poverty around the world than are lifted out of poverty by economic growth. Canada has not yet been seriously afflicted by that, but the United States suffers from it tremendously.

Dr. Millar : Il s'agit d'extrapolations des données américaines.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je ne peux que souhaiter que nous fassions beaucoup mieux que ce que ces chiffres indiquent.

Dr. Millar : Malheureusement, les preuves ne vont pas dans ce sens. Ces études ont été réalisées au Canada, aux États-Unis, en Angleterre, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Les résultats sont très semblables dans tous ces pays. Le Canada ne semble pas faire meilleure figure.

Le sénateur Callbeck : Merci d'être venu nous parler aujourd'hui. Vous nous avez certainement fourni beaucoup d'information.

Docteur Millar, j'aimerais vous poser quelques questions au sujet de votre exposé. Les chiffres utilisés dans le scénario des revenus et des dépenses proviennent-ils de la Colombie-Britannique?

Dr. Millar : En effet.

Le sénateur Callbeck : Vous dites que 71,3 p. 100 du budget sera consacré à la santé dans 10 ans. Parlez-vous seulement du système de soins de santé, ou des facteurs qui influencent les soins de santé comme le logement?

Dr. Millar : Non. Je parle de dépenses directes du ministère de la Santé pour les hôpitaux, les médecins, les médicaments et les soins à la collectivité.

Le sénateur Callbeck : Avez-vous des chiffres concernant d'autres provinces?

Dr. Millar : Le résultat de 42 p. 100 en 2005, qui apparaît à la gauche de ce tableau, est semblable partout au pays. La majorité des provinces consacrent actuellement de 40 à 45 p. 100 de leur budget à la santé.

Le sénateur Callbeck : Savez-vous si d'autres provinces font de telles extrapolations de 10 ans dans le futur?

Dr. Millar : Je n'ai pas vu de telles extrapolations de la part d'autres provinces, mais je suppose qu'elles seraient très semblables.

M. Labonté : J'étais en Saskatchewan jusqu'à il y a quelques années. Des extrapolations semblables y avaient été entreprises à l'époque. Certains affirmaient que si on ne procédait pas à une réforme en profondeur du système de soins de santé, la capacité et la possibilité d'investir dans d'autres déterminants de la santé commenceraient à s'effriter. Les déterminants de la santé constituent un élément important quand il est question des systèmes de soins de santé.

Nous n'avons pas examiné un autre aspect, celui du financement des systèmes de soins de santé comme déterminant de la santé. Partout dans le monde, les dépenses liées aux soins de santé constituent la principale cause de pauvreté. On parle ici de pauvreté induite par la médecine. Dans le monde, il y a davantage de personnes plongées dans la pauvreté en raison de la médecine que de personnes tirées de la pauvreté grâce à la croissance économique. Le Canada n'a pas encore été sérieusement touché par cette tendance, mais les États-Unis en souffrent terriblement.

The nature of financing of our public goods, be it health care, education or anything else, has a dramatic, indirect role as a determinant of health in terms of foregone expenditures and what it means. That is why income measures in themselves are extremely important but do not capture the full impact of public policies on people's capacities for health.

Senator Callbeck: I wish to ask another question with respect to the messages. You say that Canada has led the world in understanding the causal links between the determinants and health and well-being. Then you say Canada has been slow with attaining this knowledge. I would like to get your opinions on record as to why you feel we have been so slow.

Mr. Raphael: Let us look at the year 1986. The conclusion I have come to — and we can certainly get reaction from others — is that John Myles, who is a political economist at the University of Toronto and a very smart man, said that by the end of the 1970s, Canada had a welfare state that looked very similar to Sweden.

Clyde Hertzman, in an article that just came out in *Social Science & Medicine*, also argued that, compared to the U.S., Canada maintained its welfare state through the early 1980s.

What occurred was the debt crisis. The decision on how to deal with the debt crisis in Canada, for the most part, involved cutting social spending. In European countries, they have dealt with worse debts in very different ways. I hate to use jargon but it is real. There has been a greater preference for what people have called neoliberalism. That is, an emphasis on the marketplace and individuals as opposed to community.

I believe a Liberal senator wrote a book called *Hard Turn Right*. You may recognize the name. I do not remember it. What Canada had during the 1980s and 1990s is something we may call entrenchment or withdrawal. People in the area of public health now perceive, unless they happen to be in some specific regions — and we can name the good guys, such as Waterloo region, Peterborough interior region, Chinook region and Edmonton — they perceive that raising these issues as public health issues are very simply career threatening. It sounds overdramatic, but it is not.

When health units raise issues such as housing, poverty and food bank use, either there is a reality or a perception that they then get hit hard by provincial governments, and perhaps federal governments, that do not want to hear about it.

Political scientists have talked about how public policy has shifted over the last 15 years. That shift towards the marketplace and towards an individualized approach conflicts with the social determinants of health approach. It is not compatible. We have seen a retreat from the healthy cities movement in the 1970s and from healthy communities. People such as Perry Kendall in

La nature du financement de nos biens publics, qu'il s'agisse des soins de santé, de l'éducation ou autre, joue un rôle indirect extrêmement important comme déterminant de la santé en termes de dépenses à prévoir et de ce que cela signifie. C'est pourquoi les mesures du revenu en elles-mêmes sont extrêmement importantes, mais ne permettent pas de saisir toute l'incidence des politiques publiques sur les capacités des gens en matière de santé.

Le sénateur Callbeck : J'aimerais vous poser une autre question au sujet des messages. Vous dites d'abord que le Canada est chef de file mondial dans la compréhension des liens de causalité entre les déterminants de la santé et le bien-être. Puis, vous dites que le Canada a été lent à en arriver à cette compréhension. J'aimerais connaître votre opinion officielle concernant les raisons de cette lenteur.

M. Raphael : Revenons à 1986. La conclusion à laquelle je suis arrivé — et nous pouvons certainement obtenir la réaction d'autres personnes — est que John Myles, qui est économiste à l'Université de Toronto et un homme très intelligent, a dit qu'à la fin des années 1970, le Canada était un État-providence très semblable à la Suède.

Clyde Hertzman, dans un article qui vient de paraître dans *Social Science & Medicine*, a aussi déclaré que, comparativement aux États-Unis, le Canada avait maintenu son État-providence jusqu'au début des années 1980.

Puis est arrivée la crise de l'endettement. Au Canada, la lutte contre cette crise a surtout pris la forme de compressions dans les dépenses sociales. Pour leur part, les pays européens ont affronté des dettes bien pires de façons très différentes. Je répugne à utiliser du jargon technique, mais c'est la réalité. On a préféré ce que les gens ont appelé le néolibéralisme, soit une emphase sur le marché et les individus plutôt que sur la collectivité.

Je crois qu'un sénateur libéral a écrit un livre intitulé *Hard Turn Right*. Vous le replacerez peut-être, mais je ne me souviens pas de son nom. Pendant les années 1980 et 1990, le Canada vivait une situation qu'on pourrait appeler retranchement ou retrait. Les spécialistes en santé publique perçoivent maintenant, à moins de vivre dans certaines régions précises — nous pouvons nommer les bonnes, comme celle de Waterloo, de l'intérieur de Peterborough, de Chinook et d'Edmonton —, que le simple fait de parler de ces questions comme de risques contre la santé publique mette tout simplement leur carrière en danger. Cela semble mélodramatique, mais c'est la réalité.

Lorsque des services de santé abordent des sujets comme le logement, la pauvreté et l'utilisation des banques alimentaires, il y a une réalité ou une perception selon laquelle ils sont ensuite sévèrement réprimandés par les gouvernements provinciaux, pour ne pas dire le gouvernement fédéral, qui ne veulent pas en entendre parler.

Les politologues ont parlé de la façon dont les politiques publiques ont changé ces 15 dernières années. Ce glissement vers le marché et une approche individualisée entre en conflit avec l'approche des déterminants sociaux de la santé. Les deux sont incompatibles. Nous avons constaté un recul du mouvement Villes et villages en santé des années 1970. Des gens comme Perry

British Columbia and other medical officers are doing this at risk because it is not consistent with the increasingly dominant approach to governance.

Dr. Millar: The question is: What underlies that and what is behind it? As many of you are politicians, you know that politicians tend to follow where the public goes. The values of Canadians drive these decisions, to some degree. That, in turn, I am sure is a consequence of living next to the United States, which does have a very individualistic approach to things.

However, I think there is an enormous change happening right now. I mentioned in passing the BC Progress Board, which is a group of prominent business people that Premier Campbell has appointed, has come to question how to make progress in British Columbia. They have stated that they must reduce poverty. It is unheard of to have business people say this.

You have heard that the Conference Board is similarly drawing attention to this same problem. Last fall, the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, which consists of 600 public health people in Ottawa, came out with a public statement that the number one issue that we have to address to prevent chronic disease in Canada is to reduce family and child poverty. We are seeing a change in values here, so there is room for optimism.

Mr. Labonté: First, I will be totally unprovocative by stating that one of the reasons that Canada has been so good at producing analysis and policy pronouncement is as a result of the British North America Act and the division of powers between the provincial and federal government. That, essentially, means that the federal government has been an incubator in many instances of these ideas, as have local governments. Provinces run the show, and they get into federal-provincial wranglings that go on.

Hugh Stretton, an old colleague of mine from Australia, when I was doing international consulting in Australia, I remember that he was doing a forecast into the future. He talked about how, as a result of this strange division of powers in Canada, Canada creates these wonderful ideas but does not have the unicameral type of government that allows them to be easily implemented. By the year 2010, according to his projections, Canada became the leading exporter of international consultants. This happened when I was one of them in Australia, so it rang rather close to home. That is one issue.

I think we are all familiar with the concept that the pendulum swings in terms of major orthodoxies or ideas. We have lived through about 20 or 25 years where there was a major shift away from the post-war kind of evolution or the second golden age of capitalism, as it was referred to, with the creation of fairly strong national welfare states that took different forms in different countries, the least perfectly implemented being that of our southern neighbour with whom we are most economically

Kendall en Colombie-Britannique et d'autres médecins dénoncent cela à leurs propres risques car ça ne cadre pas avec l'approche de plus en plus dominante en matière de gouvernance.

Dr. Millar : La question est la suivante : qu'est-ce qui sous-tend et se cache derrière cela? Comme plusieurs d'entre vous êtes des politiciens, vous savez que les politiciens ont tendance à suivre l'opinion publique. Les valeurs des Canadiens motivent jusqu'à un certain point les décisions. En retour, je suis certain qu'il s'agit là d'une conséquence de la proximité des États-Unis, qui ont une approche très individualiste des choses.

Je crois toutefois qu'un énorme changement est en train de se produire. J'ai mentionné en passant le Progress Board de la Colombie-Britannique, un groupe de gens d'affaires influents nommés par le premier ministre Campbell. Ce groupe en est venu à remettre en question la façon de croître dans cette province. Il a déclaré devoir réduire la pauvreté. C'est du jamais vu provenant de gens d'affaires.

Vous avez entendu que le Conference Board du Canada attire l'attention sur ce même problème. L'automne dernier, l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, qui est formée de 600 représentants de la santé publique, a émis un communiqué selon lequel le principal problème auquel il faut s'attaquer pour prévenir les maladies chroniques au Canada est la pauvreté chez les familles et les enfants. Nous constatons un changement dans les valeurs. Il y a donc encore place à l'optimisme.

M. Labonté : Je serai tout d'abord très neutre en affirmant qu'une des raisons pour lesquelles le Canada est si bon dans les analyses et les politiques provient de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique et de la division du pouvoir entre les gouvernements fédéral et provinciaux. En essence, cela signifie que le gouvernement fédéral a été dans de nombreux cas un incubateur pour ces idées, tout comme les gouvernements locaux. Les provinces mènent le bal et s'empêchent dans des disputes fédérales-provinciales qui s'éternisent.

Je me rappelle que Hugh Stretton, un collègue que j'ai connu en Australie alors que j'y étais consultant international, avait fait une prédiction. Il disait qu'en raison de cette étrange division des pouvoirs au Canada, notre pays a de merveilleuses idées mais ne possède pas le type de gouvernement monocaméral qui lui permet de les mettre facilement en œuvre. D'ici 2010, selon lui, le Canada deviendrait le plus grand exportateur de consultants internationaux. Cela s'est produit alors que j'étais un de ces consultants en Australie, alors ça m'a frappé. Voilà un point.

Je crois que nous connaissons tous le concept du pendule ou du balancier lorsqu'il est question de grandes philosophies ou idées. Nous avons vécu une période de 20 ou 25 ans pendant laquelle il s'est produit une importante réorientation par rapport au genre d'évolution d'après-guerre ou du deuxième âge d'or du capitalisme, comme on l'a appelé, avec la création d'États-providence assez solides qui ont pris diverses formes selon les pays, la moins efficace étant celle de nos voisins du Sud, avec qui

integrated. This is one of our problems and why we do not act on the knowledge we create. We have a tyranny of geography in terms of where we happen to be positioned on the planet.

For all kinds of reasons that different political theorists and historians have gone through, that began to be eclipsed during the 1970's. It was actually started by the quadrupling of oil prices and the kind of global recession that that created. It shifted around at the time when more neo-conservative governments were also coming into power; we know about Reagan in the United States and Thatcher in the United Kingdom. It created a context in which a whole new series of ways of essentially gaining profit were developed with financial market liberalization, different derivatives, technology, that allowed for the creation of an enormous amount of wealth, but in ways that were no longer, either actively or in terms of the capacity of governments, being captured for public-good consequences through the kind of tax and transfer mechanisms that had been in place before. Then governments, in some respects and in varying degrees, tried to outdo or compete with each other on that trajectory. We witnessed that globally in the imposition of international financial institutions on poorer countries.

Now, there has been a shift in that discourse because empirically the benefits that were claimed would be derived from that particular approach have not materialized. Bob Evans liked to describe the gradient of the benefits of a hierarchy always looking better from the top. Unless you happen to be in that rather elite position, the claimed benefits of that particular model empirically have not been demonstrated, and many of its earlier advocates are now rescinding their support for it.

At a global level there is a shift now, in a way, back to some of these issues about the need for social protection, the need to have public insurance programs, the need to have improved taxation and transfer programs. That has not been firmly emplaced in many nations at this point in time, but that is part of the work that the commission is trying to engage with nations, to see how that agenda can be moved forward.

One final point is that we should not mistake the idea that countries that have fairly high levels of progressive taxation, fairly strong welfare kinds of systems that are not based on a residual model — we will just look after the poorest of the poor, in kind of a rather mean-spirited fashion — that these countries are somehow economically uncompetitive. Some of the northern European countries that have the highest levels of taxation, the lowest poverty rates and the best health outcomes also have the lowest unemployment rates and the highest economic output indicators. There is not a built-in contradiction between some of the goals we might want to see economically, with the type of policies that buffer what the market, by itself, cannot produce, the kind of equity issues that we are concerned about, and which are at the core of the social determinants of health.

nous sommes le plus intégrés sur le plan économique. C'est là un de nos problèmes et la raison pour laquelle nous n'agissons pas en fonction des connaissances que nous créons. Nous vivons une tyrannie géographique en raison de l'endroit où nous sommes situés sur la planète.

Pour toutes sortes de raisons que divers théoriciens et historiens politiques ont élaborées, un changement a commencé à s'opérer dans les années 1970. L'élément déclencheur fut le quadruplement des prix du pétrole et la récession mondiale qui a suivi. C'est aussi à cette époque que des gouvernements plus néoconservateurs ont été élus, comme celui de Reagan aux États-Unis et de Thatcher au Royaume-Uni. Cela a créé un contexte où une série de nouveaux moyens de réaliser des profits ont été élaborés avec la libéralisation des marchés financiers, différents instruments dérivés, la technologie, qui a permis la création de richesses immenses, mais selon des moyens qui ne permettaient plus, que ce soit activement ou par la capacité des gouvernements, de les redistribuer pour le bien public par l'intermédiaire des mécanismes de transfert qui avaient été en place jusque-là. Les gouvernements ont alors tenté par divers moyens et à divers degrés de se surpasser ou de se concurrencer l'un l'autre sur cette lancée. Nous avons été témoins de cela à l'échelle mondiale par l'imposition d'institutions financières internationales aux pays les plus pauvres.

On note maintenant une tendance à s'éloigner de ce discours car, empiriquement, les profits prévus ne se sont pas matérialisés. Bob Evans disait que le gradient des profits d'une hiérarchie paraît toujours mieux du sommet. À moins de se trouver dans cette position plutôt élitiste, les bénéfices supposés de ce modèle ne se sont pas matérialisés, et bon nombre de ses défenseurs de la première heure s'en dissocient maintenant.

On note maintenant une tendance mondiale vers un retour à un besoin de protection sociale, de programmes d'assurance gouvernementale, de meilleurs programmes d'impôt et de transferts. Cette tendance n'est pas encore solidement ancrée dans de nombreux pays pour l'instant, mais cela fait partie du travail que la commission tente d'entreprendre avec les nations, à savoir comment faire progresser cette notion.

Pour conclure, nous ne devrions pas nous méprendre sur l'idée que les pays qui possèdent des niveaux d'imposition assez élevés, des systèmes d'aide sociale bien développés non fondés sur un modèle résiduel — on s'occupe seulement des plus pauvres parmi les pauvres, d'une façon assez mesquine — sont plutôt non concurrentiels sur le plan économique. Certains des pays d'Europe du Nord qui ont les niveaux d'imposition les plus élevés, les taux de pauvreté les plus bas et les meilleurs résultats pour la santé ont aussi les taux de chômage les moins élevés et les indicateurs de production économique les plus élevés. Il n'y a pas de contradiction intrinsèque entre certains des objectifs que nous aimerions voir sur le plan économique, le type de politiques qui amortissent ce que le marché ne peut produire par lui-même, et le genre de questions d'équité qui nous préoccupent et qui sont au cœur des déterminants sociaux de la santé.

The Chairman: Senator Pepin, by the way, is the vice-chair of this subcommittee. She is a great politician and she was a nurse before she entered her political career.

[Translation]

Senator Pépin: I must admit, I am quite distressed by everything you have told us. I noted a number of things: that the choices made by the government will determine the health of our population; that there seems to be a movement in certain countries to correct the situation; that globalization will obviously affect health, but not how I thought it would; and that our programs here in Canada are falling apart.

I knew that Canada was not ranked very high, but after listening to our three witnesses, I am quite distressed by everything I am learning. Above all, however, I realize the importance of this committee and our work.

Also, if I understood correctly, with respect to health and poverty, you said that the expertise of the various governments does not mesh entirely with today's reality; or rather, that we know what is going on, but we are not making the necessary links.

What is the most effective way for us to do something? We can write an excellent report, but practical action is needed. Where do we begin?

[English]

Mr. Raphael: One of the things that I suggest to people when I visit a health unit — first of all, keep in mind that you are not alone. There is a national coordinating centre for the determinants of health. That is part of the public health agency in St. Francis Xavier, and they are dealing with the same question.

Think about tobacco. First, we had to educate people. Then we had to do the analysis and the statistics, and basically we had to change people's understandings.

We did a wonderful survey where people were called up and asked off the top of their head their important determinants of health. Eighty-six per cent of Canadians said diet, exercise and weight. There was not a reportable mention of poverty, even when they went through the list asking the importance of "income" and "having a job" as a determinant of health. Credible, though. At the very minimum, the discourse has to be shifted a bit.

The next thing that I suggest is: find out where the good guys are. There are many good guys now. One of the questions you asked is: Who would be in favour of this approach? What I might suggest is that you look at my résumé, and to the groups to which I have been speaking: registered nurses associations, legal clinics, and Ontario municipal services. You are not alone; I am not alone.

Le président : En passant, madame le sénateur Pépin est vice-présidente de ce sous-comité. Elle est une grande politicienne et était infirmière avant d'entrer en politique.

[Français]

Le sénateur Pépin : Je dois avouer que je suis passablement bouleversée par tout ce que vous nous avez dit. J'ai noté bien des choses : que c'est par les choix que le gouvernement fera que notre population sera en santé; qu'il semble y avoir un mouvement dans certains pays pour rétablir les choses; que la mondialisation va évidemment affecter la santé, mais pas dans le sens que je le croyais; et que nos programmes sont érodés au Canada.

Je savais que le Canada n'était pas très haut placé dans le classement, mais après vous avoir écouté tous les trois, je suis passablement bouleversée par tout ce que j'apprends. Mais surtout, je réalise le travail et l'importance de notre comité.

Si j'ai bien compris également, en ce qui concerne la santé et la pauvreté, vous dites que les connaissances des différents gouvernements ne sont pas tout à fait actualisées par rapport à la réalité d'aujourd'hui; ou plutôt que nous le savons, mais ne faisons pas les liens nécessaires.

Quelle est pour nous la façon la plus efficace de vouloir faire quelque chose? On peut écrire un bien beau rapport, mais cela prend quelque chose de pratique. Par où commencer?

[Traduction]

M. Raphael : Parmi les choses que je conseille aux gens lorsque je visite un service de santé, c'est, tout d'abord, de ne pas oublier qu'ils ne sont pas seuls. Il y a un centre national de coordination qui s'occupe des déterminants de la santé. Cela fait partie de l'agence de la santé publique à St. Francis Xavier, et on y étudie la même question.

Pensez au tabac. En premier lieu, il nous a fallu éduquer les gens. Puis, nous avons dû effectuer les analyses et colliger des statistiques. Pour l'essentiel, il nous a fallu modifier les perceptions des gens.

Nous avons réalisé un magnifique sondage téléphonique, dans le cadre duquel nous avons demandé aux gens de nous indiquer à brûle-pourpoint ce qu'étaient pour eux les déterminants importants de la santé. Quatre-vingt-six pour cent des Canadiens ont répondu : le régime alimentaire, l'activité physique et le poids. Il n'y a pas eu de mention digne de ce nom de la pauvreté, même lorsque les gens se sont prononcés à partir d'une liste où on leur demandait l'importance du « revenu » et d'un « emploi » comme déterminant de la santé. C'est crédible, toutefois. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il faut réorienter quelque peu le discours.

Je propose ensuite la chose suivante : déterminez les gens qui sont disposés à vous appuyer. Il y en a beaucoup maintenant. Vous avez notamment posé la question suivante : qui serait en faveur de cette approche? Je vous conseille de jeter un coup d'œil sur mon curriculum vitae et de vous informer des organismes devant lesquels j'ai pris la parole : des associations d'infirmières et infirmiers autorisés, des cliniques d'aide juridique et des services municipaux de l'Ontario. Vous n'êtes pas seuls; je ne suis pas seul.

The other thing is that it is distressing. Some of the most distressed people are people like me who moved up here to get away from all of that. Thus, it is education; it is policy analysis; it is looking to other examples and basically realizing that most people who care about each other are receptive to these ideas. They just do not hear it very much. They do not hear it. You know what they hear. It is not in the media. One reporter said to me, "I know there is a relationship between health and poverty. Try pitching that to my editor."

There are lots of forces but I think that, as has been suggested, the tide is turning. When I looked up the members of this committee, whom some of you were back when you were more influenced than you might be now, these ideas were commonplace. They just have to be brought back into currency again. One of the slides I have is Pierre Trudeau and the Just Society, from his memoirs, so I use that. It is there; it has just been pushed down a bit.

Dr. Millar: The question you ended with is: Where do we start? I would say, look for successful examples in other countries. Sweden is a wonderful example. Maybe you should go over there and talk to them. What have they done? They have set about 10 major goals. As you have just heard, they have already addressed poverty. They have virtually eliminated child and family poverty but they still, in their goals, emphasize the importance of children, the importance of early childhood development, and the importance of education. They look at the importance of work and employment conditions. They look at the importance of housing and communities. Then they also look at how they can further drive tobacco use down; how they can improve physical activity; how can they improve nutrition, and reduce alcohol and drug use. They have national goals set for every one of those things.

We were very close to that, but it seems to have fallen off the agenda. That would be one thing: Set some national goals that address the determinants and the risk factors. The other thing is to look at structures within government to actually pursue those goals across government. The British called it joined-up government so you get away from the silos.

This is happening in B.C. now. It is a good example. You can get Premier Campbell to come and talk to you about it because he has all of his ministers working together to try and improve health.

Sweden has that model. The U.K. has that model. Here in Canada we have those models. Therefore I believe there are lots of very practical things you could do to start with.

L'autre élément, c'est que c'est décourageant. Parmi les gens qui sont le plus découragés, il y a des gens comme moi qui sont venus s'installer ici pour s'éloigner de tout cela. Il s'agit donc d'une question d'éducation; il faut analyser les politiques; il faut étudier d'autres exemples et, au fond, se rendre compte que la plupart des gens qui se soucient les uns des autres sont réceptifs à ces idées. Ce qu'il y a, c'est qu'ils n'en entendent pas beaucoup parler. Ils n'en entendent pas parler. Vous savez de quoi ils entendent parler. Cela ne se retrouve pas dans les médias. Un journaliste m'a dit : « Je sais qu'il existe un lien entre la santé et la pauvreté. Si pensez pouvoir en convaincre mon chef de service, bonne chance. »

Beaucoup de forces sont à l'œuvre, mais je pense que, comme on l'a fait valoir, nous assistons à un renversement de tendance. Lorsque j'ai consulté la liste des membres de votre comité, dont certains étaient plus influençables que vous ne l'êtes peut-être maintenant, ces idées étaient largement répandues. Il suffit simplement de leur redonner droit de cité. L'une des diapositives que j'ai porte sur Pierre Trudeau et la Société juste, d'après ses mémoires, et je l'utilise. Ce courant de pensée existe toujours; il a simplement perdu un peu de terrain.

Dr Millar : Vous avez terminé sur la question suivante : où faut-il commencer? Je dirais, recherchez des exemples de succès dans d'autres pays. La Suède est un magnifique exemple. Vous devriez peut-être vous y rendre et vous entretenir avec les responsables. Qu'ont-ils fait? Ils ont fixé environ dix objectifs de première importance. Comme on vient de le dire, ils se sont déjà attaqués à la pauvreté. Ils ont pratiquement éliminé la pauvreté chez les enfants et dans les familles, mais dans leurs objectifs, ils continuent d'insister sur l'importance des enfants, l'importance du développement de la petite enfance et l'importance de l'éducation. Ils étudient l'importance du travail et des conditions d'emploi. Ils étudient l'importance du logement et des collectivités. Ils se penchent également sur les moyens à prendre pour faire reculer davantage le tabagisme; sur les moyens d'accroître l'activité physique; sur les moyens d'améliorer la nutrition, et de réduire la consommation d'alcool et de drogues. Ils ont fixé des objectifs nationaux pour chacun de ces volets.

Nous sommes très près de cette situation, mais la problématique semble s'être quelque peu estompée. Voilà une chose que nous pourrions faire : fixer des objectifs nationaux afin de nous attaquer aux déterminants et aux facteurs de risque. Il faut également déterminer les structures, au sein de l'administration publique, par lesquelles nous allons poursuivre ces objectifs dans tous les champs d'activité des pouvoirs publics. Les Britanniques ont appelé cela un gouvernement groupé; il faut donc se dégager des œillères.

Cela est en train de se faire en Colombie-Britannique en ce moment. C'est un bon exemple. Vous pouvez obtenir du premier ministre Campbell qu'il vienne vous en parler, car tous ses ministres unissent leurs efforts dans le but d'améliorer la santé.

La Suède a ce type de modèle. Le Royaume-Uni l'a. Ici, au Canada, nous avons ces modèles. Voilà pourquoi je suis d'avis qu'il y a beaucoup de choses très concrètes qu'on peut faire pour commencer.

Mr. Labonté: Again, the trinity. I would say the first thing is to be upset. There is nothing as powerful as evidence-informed anger in terms of creating change. When I was trying to respond to that question about who would be interested in this subject-matter, I differ a little bit from Mr. Raphael around people in terms of understanding the determinants of health. If you asked people what it was in their life that was affecting their own health, they will give you the answer around the determinants of health. If you ask them in the abstract way about what makes people healthy, they will give you that cartoon with all of the little spinning wheels because that is the top of the mind abstract.

In terms of when you go out and work with communities as part of your undertaking, in hearing the personalized stories of what it is in people's own lives that is important for their health, you will probably get a richness of understanding about the determinants. People, I think, will galvanize around those issues when their own interests are at stake. Your own interests are at stake if you are a parent and you do not have access to adequate child care; if you are looking after an elderly parent and cannot get access to some sort of supportive housing for them; if you are trying to deal with education but cannot afford the cost of post-secondary education. Those are instances where people will begin to galvanize around that.

When we look at the equity distribution in Canada, as elsewhere, we find that it is the groups that have the least amount of resources and the least amount of power that will be most affected by the public policy choices that governments at all levels make about resource allocation. How are their voices heard? Their voices can be heard sometimes by compelling individuals who come forward, but usually it is through some formal organizational structure, some civil society organization, often supported by professional organizations, but the key is their own organized voice. One of the difficulties here is that, right now, Canadian laws are essentially clamping down on the ability of those organizations to undertake any form of advocacy. You cannot get funding from the government now if you have "advocacy" sitting anywhere in your organizational mandate. That is a simple way of silencing all but the people who do not need government funding to support their voices, which means everybody who can make it on their own in the market without having to deal with the government to sort of buffer the problems the market creates.

The committee might want to consider looking at what are the existing government policies that are aiding or impeding the ability of Canadians to express their concerns about policies affecting the determinants of health.

I will leave it at that, as a start.

M. Labonté : Encore une fois, c'est la trinité. Je dirais que la première chose, c'est d'être en colère. Rien n'est plus puissant qu'une colère étayée par des faits lorsqu'il s'agit de susciter du changement. Lorsque je tentais de répondre à la question de savoir qui s'intéresserait à ce sujet, je diverge quelque peu d'opinion avec M. Raphael au sujet de la compréhension qu'ont les gens des déterminants de la santé. Si vous demandez aux gens ce qui, dans leur vie, a des incidences sur leur propre santé, ils vont vous donner une réponse touchant les déterminants de la santé. Si vous leur demandez de manière abstraite ce qui fait que les gens sont en santé, ils vont vous donner une réponse stéréotypée, car dans l'abstrait, l'esprit se porte d'abord sur les perceptions dominantes.

Lorsque vous œuvrez avec les collectivités dans le cadre de votre initiative, lorsque vous entendrez les récits personnalisés à propos de ce qui est important du point de vue de la santé dans la vie des gens, vous obtiendrez probablement une riche compréhension des déterminants. Les gens, je pense, vont se mobiliser sur ces enjeux lorsque leurs propres intérêts sont en jeu. Vos propres intérêts sont en jeu si vous avez des enfants et vous n'avez pas accès à des services adéquats de garde d'enfants; si vous vous occupez d'un parent âgé et ne pouvez pas obtenir accès à un logement répondant à ces besoins; si vous tentez de faire de ce qu'il faut dans le domaine de l'éducation, mais ne pouvez vous permettre le coût des études postsecondaires. Voilà le genre d'enjeux sur lesquels les gens vont se mobiliser.

Lorsque nous nous penchons sur la répartition des ressources financières au Canada, comme ailleurs, nous constatons que ce sont les groupes qui possèdent le moins de ressources et le moins de pouvoir qui seront le plus touchés par les choix de politiques publiques que les gouvernements, de tous les ordres, font sur l'affectation des ressources. Comment leurs voix se font-elles entendre? On peut parfois entendre leur voix au moyen de personnes charismatiques qui prennent position publiquement, mais, habituellement, on les entend par l'intermédiaire d'une structure organisationnelle officielle, d'une organisation de la société civile, voix souvent soutenue par des organisations professionnelles, mais la clé réside dans leur propre voix organisée. L'une des difficultés qui se pose chez nous tient au fait qu'en ce moment, les lois canadiennes, pour l'essentiel, répriment la capacité de ces organisations de mener à bien quelque activité de défense de leur cause que ce soit. Une organisation ne peut pas obtenir de financement du gouvernement en ce moment si la notion de «défense d'une cause» fait partie de son mandat. C'est là une façon simple de réduire au silence tous les gens, sauf ceux qui ont besoin d'un gouvernement gouvernemental pour soutenir leurs prises de parole, ce qui s'applique à toutes les personnes qui peuvent s'en tirer sur le marché sans avoir recours au gouvernement pour qu'il atténue, en quelque sorte, les problèmes que crée le marché.

Le comité pourrait décider de s'intéresser aux politiques gouvernementales actuelles qui soutiennent ou entravent la capacité des Canadiens d'exprimer leurs préoccupations quant aux politiques qui ont des incidences sur les déterminants de la santé.

Je vais m'en tenir à cela, en guise de point de départ.

Senator Fairbairn: Thank you for being here. You have asked a question: How is this sector of our society heard? How does it get attention? This is a very interesting day for me, after an interesting day yesterday. One of the ways in which they are heard, it seems, in this particular year is by the Senate of Canada. I have come here today, and I have been on this committee for quite some time, and there is something else I have been involved in for quite sometime. I am reading your things here and I see early life education and early childhood development, education. On this one, it is early childhood development and health systems.

I mention this only because the other part of what I do is about literacy. It is about learning from the very beginning. When you talk about Sweden and places such as that, they have a different system than we do, totally. I think that there might be four Swedes in all of the country who cannot read and the government is out trying to find them to get them going, whereas we have to fight every inch of the way here in Canada to have these programs put in place and accepted that will help people get through this difficult part of living.

If that cannot be done, then when folks like yourself, and when all our doctors and our nurses are trying to do the best they can, we have a big problem because the people they are trying to help find it very difficult to understand and respond. At this point in time — and Senator Callbeck was with us — our Committee on Agriculture that is currently studying rural poverty has just started on the road. We have been having hearings like this for the better part of last year. We are starting on the road and we have visited Atlantic Canada. What is in your papers today we heard in a different way, but we heard it everywhere we went. The one thing that was not making it all rather depressing was the feeling of absolute pleasure and delight of the people who came to our hearings that somebody was at least listening, or trying. Whatever we could do, at least we were trying.

When it comes to this huge title of Subcommittee on Population Health, would you think it is fair to assume that one of the factors that will and must — and hopefully can be done, and it has to be done through some kind of government facility, but enabling our country and the people in it to be able to communicate and to read and to understand what it is we are talking about? Would you consider the foundation of literacy and education development as one of the major foundations of what you are building on and what you are doing and what we are trying to do here?

Mr. Raphael: The Institute for Research and Public Policy, which I always call Hugh Segal's group, have a policy challenge. They are having a conference in a couple of weeks and they have identified seven major challenges. They went to Clyde Hertzman and Bob Evans and they asked what were the three

Le sénateur Fairbairn : Merci d'être des nôtres. Vous posez une question : Comment ce secteur de notre société se fait-il entendre? Comment retient-il l'attention? Je vis une journée très intéressante, après la journée intéressante d'hier. L'une des façons par lesquelles il se fait entendre, il me semble, dans cette année donnée, c'est par l'intermédiaire du Sénat du Canada. Je me suis présenté ici aujourd'hui, et je siège au sein du comité depuis un certain temps, et il y a autre chose à laquelle je m'intéresse depuis un certain temps. Je lis vos prises de position ici et je vois l'éducation et le développement de la petite enfance, l'éducation. Sur ce point, il s'agit du développement de la petite enfance et des systèmes de santé.

Je ne fais mention de cela que parce je m'occupe également d'alphabetisation. Il s'agit de commencer à apprendre depuis le tout début. Vous parlez de la Suède et d'autres pays similaires : leur système est différent du nôtre, complètement. Je crois qu'il y a peut-être quatre Suédois dans tout le pays qui ne savent pas lire et le gouvernement tente de les trouver pour les mettre dans le circuit, alors qu'il nous faut mener une lutte de tous les instants ici au Canada pour que ces programmes soient mis en place et acceptés, de manière à ce que nous aidions les gens à surmonter cette période difficile de leur vie.

Si on ne peut y parvenir, au moment où des gens comme vous, où tous nos médecins et toutes nos infirmières, font de leur mieux, nous avons un gros problème, car les gens qu'ils tentent d'aider ont beaucoup de mal à comprendre et à réagir. En ce moment — et le sénateur Callbeck était avec nous —, notre comité de l'agriculture, qui étudie la pauvreté rurale, vient de commencer sa tournée. Nous avons tenu des audiences comme celles-ci pendant une bonne partie de l'année dernière. Nous commençons notre tournée et nous avons fait un séjour dans les provinces de l'Atlantique. Ce que vous lisez dans vos journaux d'aujourd'hui, nous l'avons entendu dit dans d'autres mots, mais nous l'avons entendu partout où nous sommes allés. Si cela n'a pas été plutôt déprimant, c'est le sentiment de plaisir absolu et de ravissement des gens qui se sont présentés à nos audiences, parce qu'il y avait quelqu'un qui, au moins, les écoutait, ou, du moins, tentait de le faire. À tout le moins, nous nous efforçons de faire ce que nous pouvions faire.

S'agissant de cette appellation impressionnante de sous-comité sur la santé des populations, d'après vous, est-il équitable de supposer qu'un des facteurs qui sera et qui devra..., et espérons que nous y arriverons, et il faut que nous y arrivions par l'intermédiaire d'une instance gouvernementale ou d'une autre, mais il faut habiliter notre pays et ses habitants à communiquer, à lire et à comprendre le sens de nos propos? Estimez-vous que la maîtrise de la lecture et de l'écriture, ainsi que le développement de l'éducation, figurent parmi les principaux fondements de votre action et de ce que nous tentons de faire ici?

M. Raphael : L'Institut de recherche en politiques publiques, que j'appelle toujours l'organisme de Hugh Segal, est confronté à un défi sur le plan des politiques. Il tient une conférence dans deux semaines et il a cerné sept défis de première importance. Il a demandé à Clyde Hertzman et à Bob Evans de lui indiquer les

things that would improve health outcomes. Number one was the early childhood development program. Again, it all clusters together.

Any time you go to these OECD reports and look for government spending on education, Canada is a laggard. When you look at government spending on active labour policy, we are a laggard. We certainly heard recently about cutbacks to adult education. Yes, they cannot even get that foundation in there. We have some real issues. There is one little problem. If everybody reads well but we do not change the work structure — in other words, people still have very low-paying, insecure jobs — then literacy, by itself, will not improve things. One would like to think society would respond; that as literacy improves, work conditions will improve. Again, literacy is absolutely essential; it is a foundation. As it turns out, the countries that do very well in health also do very well on literacy. Carl Hertzman points out that if you are a high school dropout in Canada, your kid has crummy literacy skills. However, if you are a dropout in Sweden, your kid's literacy skills are probably similar to those of a university graduate's kids. They flatten that literacy gradient, and they flatten it by being reasonable. That is what is so maddening about this whole aspect. It is the most reasonable stuff in the world. You do not want three families living in an apartment in St. Jamestown. Yes, it is an absolute foundation.

Dr. Millar: To add to that, the answer to your question clearly is “yes.” Literacy and early childhood development are key. However, you do not want to be thinking that there is a magic bullet approach to population health. What we have learned over the last 10 or 20 years in health promotion and in population health is that for complex problems, you need complicated solutions. You need to think of all of these things. The child who does get early childhood development done well but then hits the school system and comes from a poor family that cannot afford to feed him will not learn because he is hungry. That is related to housing, to work and to everything else. The point is that we do not want to just focus on any one area, but we know the major half dozen areas on which the government should be focusing. Then the challenge is how to get a coordinated effort across government and into other sectors of society in order to do something about those factors.

trois éléments qui amélioreraient les résultats dans le domaine de la santé. Ils ont mentionné en premier lieu un programme de développement de la petite enfance. Encore une fois, les choses se regroupent.

Il y a une constante dans les rapports de l'OCDE sur les dépenses gouvernementales en matière d'éducation : le Canada est en queue de peloton. Pour ce qui est des dépenses gouvernementales relatives à une politique active dans le domaine de la main-d'œuvre, nous sommes en queue de peloton. Chose certaine, nous avons entendu parler récemment de compressions touchant l'éducation des adultes. Eh! oui, le gouvernement n'arrive même pas à mettre cette fondation en place. Nous sommes confrontés à de réels enjeux. Il y a un petit problème qui se pose. Si tout le monde maîtrise bien la lecture, mais si nous ne changeons pas la structure du travail — en d'autres termes, les gens ont toujours des emplois très mal rémunérés et n'offrant pas de sécurité —, la maîtrise de la lecture et de l'écriture, en elle-même, n'améliorera pas les choses. On aimerait pouvoir se dire que la société va réagir, qu'au fur et à mesure que la maîtrise de la lecture et de l'écriture va progresser, les conditions de travail vont s'améliorer. Je le répète, la maîtrise de la lecture et de l'écriture est absolument essentielle; elle est une fondation. Il se trouve que les pays qui obtiennent de bons résultats dans le domaine de la santé obtiennent également de très bons résultats en matière de lecture et d'écriture. Carl Hertzman fait remarquer que si vous avez décroché de l'école secondaire au Canada, votre enfant va très mal maîtriser la lecture et l'écriture. Toutefois, si vous êtes un décrocheur en Suède, la maîtrise qu'aura votre enfant de la lecture et de l'écriture sera probablement similaire à celle des enfants d'un diplômé universitaire. Les responsables de ce pays écrasent cette courbe de la lecture et de l'écriture, et ils le font en se montrant raisonnables. C'est le côté tellement ahurissant de toute cette question. C'est ce qu'il y a de plus raisonnable au monde. On ne veut pas que trois familles vivent dans un appartement à St. Jamestown. Oui, c'est une fondation absolue.

Dr Millar : Pour ajouter à cela, la réponse à votre question est manifestement affirmative. La lecture et l'écriture, ainsi que le développement de la petite enfance, revêtent une importance cruciale. Toutefois, il faut se garder d'une approche de type remède miracle en ce qui concerne la santé des populations. Nous avons appris, au cours des 10 ou 20 dernières années, qu'en matière de promotion de la santé et de santé des populations, les problèmes complexes appellent des solutions complexes. Vous devez réfléchir à tous ces éléments. L'enfant qui bénéficie d'un bon développement de la petite enfance, mais qui vient d'une famille pauvre, qui n'a pas les moyens de le nourrir, n'apprendra pas une fois arrivé dans le système scolaire, car il a faim. Cela est lié au logement, au travail et à tout le reste. Ce qui compte, c'est qu'il ne faut pas mettre l'accent sur un seul domaine, mais nous connaissons la demi-douzaine de domaines importants sur lesquels le gouvernement devrait mettre l'accent. Alors, le défi qui se pose consiste à mener une action coordonnée dans tous les champs d'activité du gouvernement et dans d'autres secteurs de la société afin d'agir sur ces facteurs.

Mr. Labonté: I want to weigh in on that issue. The task of this committee will be extremely challenging because every time we talk about an important determinant and a possible domestic solution to it, my own work in the last ten years hits me over the head like a two-by-four and says “No, it is necessary but far from sufficient.” The problem we face, and Mr. Raphael hinted a little bit about it, is that we know already that there is credential inflation. The work that people used to do with a high school diploma, now they need a bachelor’s degree to do; for work done in the past with a bachelor’s degree, now they need a master’s; and for a master’s, now they need a Ph.D. We now put people through not one, but two or three post-doctoral fellowships before we put them out into the labour market. We have insufficient labour demand. We have a huge, overwhelming surplus of labour on a global scale at every skill level, from the least skilled to the most skilled. In the European Union, highly skilled workers are taking huge concessions now in Germany because with the EU consolidation the companies are saying, “We will move to Hungary. They have many Ph.D. people already. They will be half the price.” We will be facing that with China and India. Even in highly-skilled labour, if we are looking at it in terms of economic benefits or the benefits that accrue to education, in the past education was the ticket to a better job, better income, better determinants of health. In the future, it will not be that way, at least to the same extent it was in the past.

We need to rewrite the social contracts that we have seen eroded over the last 25 years. They will not look the same as they did before, but they have to have the same effect, which is essentially to mediate and buffer the inequalities that inherently arise from markets, which even market economists will say inevitably arise. Those are not just the social inequalities but the environmental externalities. We must rewrite our social contracts with those end points in mind. We cannot just do it within Canada. Canada has to do it globally. We could do the best thing here locally, but it is a bit like cities having great programs and the province simply undoing 20 years of progress in the cities; or the provinces doing many good things, only to have the federal government step in. I do not know; the BNA Act is a bit of a puzzle to me. However, globally we know that Canada could engage in relationships internationally to undermine its capacity domestically.

We need a new social contract domestically and globally. There is increasing recognition that that is what we need to survive. That is what we need to do. What it contains and how we get there, I am not sure. There is a lot of debate, but that is,

M. Labonté : Je veux intervenir sur cette question. La tâche de ce comité posera d’énormes défis, car chaque fois que nous parlons d’un déterminant important et d’une éventuelle solution nationale, les travaux que j’ai effectués moi-même ces dix dernières années viennent frapper mon esprit et me disent : « Non, c’est nécessaire, mais c’est loin d’être suffisant. » Le problème auquel nous sommes confrontés, et M. Raphael y a brièvement fait allusion, c’est que nous savons déjà qu’il y a une inflation des titres de compétence. Pour faire le travail qu’ils accomplissaient auparavant avec un diplôme d’études secondaires, ils ont maintenant besoin d’un baccalauréat; pour le travail qu’ils accomplissaient par le passé avec un baccalauréat, ils ont maintenant besoin d’une maîtrise; et là où une maîtrise suffisait, on exige maintenant un doctorat. Les étudiants doivent maintenant mener à terme non pas un, mais deux ou trois cycles d’études postdoctorales avant de pouvoir intégrer le marché du travail. Notre demande de main-d’œuvre est insuffisante. Nous avons un excédent énorme, écrasant, de main-d’œuvre à l’échelle locale à tous les niveaux de compétence, des emplois les moins qualifiés aux plus qualifiés. Dans l’Union européenne, des travailleurs très qualifiés acceptent maintenant d’énormes concessions en Allemagne, parce qu’en raison de la consolidation de l’UE, les entreprises disent : « Nous allons déménager en Hongrie. Ce pays compte déjà de nombreux titulaires de doctorat. Ils vont nous coûter la moitié du prix. » Nous allons être confrontés à ce problème dans les cas de la Chine et de l’Inde. Même dans le cas de la main-d’œuvre très qualifiée, si nous étudions la situation du point de vue des retombées économiques ou des retombées qui reviennent à l’éducation, par le passé, l’éducation ouvrait la porte à un meilleur emploi, un meilleur revenu, à de meilleurs déterminants de la santé. Il n’en sera pas de même à l’avenir, du moins pas dans la même mesure que par le passé.

Il nous faut réécrire les contrats sociaux dont nous observons l’érosion depuis 25 ans. Ils n’auront pas le même aspect qu’avant, mais il faut qu’ils aient le même effet, essentiellement un effet de médiation et d’atténuation des inégalités qui sont une conséquence intrinsèque des marchés, inégalités qui, de l’avis même des économistes, vont inévitablement surgir. Il ne s’agit pas seulement des inégalités sociales, mais aussi des facteurs externes d’ordre environnemental. Nous devons réécrire nos contrats sociaux en tenant compte de ces résultantes. Nous ne pouvons pas le faire simplement au sein du Canada. Le Canada doit le faire à l’échelle mondiale. Nous pourrions mener la meilleure action à l’échelle locale, mais c’est un peu comme le cas des villes qui ont d’excellents programmes et la province, tout simplement, efface 20 ans de progrès dans les villes; ou encore, les provinces font beaucoup de bonnes choses, et le gouvernement fédéral s’en mêle. Je ne sais pas, mais j’ai un peu de difficulté à comprendre la Loi sur l’Amérique du Nord britannique. Toutefois, à l’échelle mondiale, nous savons que le Canada pourrait tisser des relations internationales qui saperaient ses capacités sur le plan interne.

Nous avons besoin d’un nouveau contrat social national et mondial. On reconnaît de plus en plus que c’est ce dont nous avons besoin pour survivre. C’est ce que nous devons faire. Ce qu’il contiendra et comment nous y parviendrons, je n’en suis pas

to me, the most exciting part of the committee. When Monique and I first began talking about this committee and what we would see as an outcome of our engagement with the Commission on the Social Determinants of Health, what we agreed upon and what I quite unabashedly said is that if, at the end of the day, we have people in Canada talking seriously, passionately and honestly about the importance of equity in our country, without fear of being dismissed by right-wing tabloids as vaguely reminiscent of the 1960s, or some other moniker like that, if we can re-esteem that discourse around politics, where equity matters, we will have accomplished quite a bit. That is the doorway into the details of that particular social contract.

I want to make one other comment for you to keep in mind as you do your work. We have talked much about the Nordic countries. There is not just Sweden; there is Norway, Finland and the northern European countries. They always tend to do better, but they are under some considerable strain right now. One thing is different about the Nordic countries — and this goes back to why our social contract has to look different now. The original welfare state that we have now seen eroded over the last 25 years was really predicated on two phenomena. The first was cross-class solidarity, which meant at the time it was being created that the outrageously huge inequalities that we now see between the top 0.001 per cent of the population and everyone else did not exist. We did not have the small number of uber-rich controlling so much of the national wealth. There was less inequality and a greater sense of solidarity; that what happened to you could happen to me. There was also at that time a much larger cultural homogeneity, a sense of relatedness, that we were all more or less the same.

One of the reasons that has been put forward as to why the Scandinavian countries have been able to preserve their welfare system to the extent that they have is that they still have much more culturally homogeneous populations than the Anglo-American market liberal countries that, along with their market liberalism, also tended to have much more open doors to migrants from what are now low-income and middle-income countries. It does not mean that we cannot strive for a new social contract that has those same effects, but we must recognize that we are grappling with, in many ways, a more complex social environment than characterizes some of those model countries in northern Europe. We can take what we can use usefully, but also embrace the challenge that we have from such an open-door policy around migrants, which creates richness but also creates a greater challenge around achieving the notion of social solidarity.

The Chairman: Before we adjourn, I want to take you back, because you have talked a great deal about early childhood development, and this is a favourite of subject of Senator

sûr. Il y a beaucoup de débats, mais cela, pour moi, est la partie la plus exaltante des travaux des comités. Lorsque Monique et moi avons commencé à parler de ce comité et de ce qui résulterait pour nous de notre dialogue avec la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, de ce sur quoi nous nous sommes entendus et de ce que j'ai dit, sans ambages, c'est qu'au bout du compte, nous avons des gens au Canada qui parlent sérieusement, passionnément et honnêtement de l'importance de l'équité dans notre pays, sans craindre que des tabloïdes de droite ne nous disqualifient comme rappelant vaguement les années 1960, ou un autre épouvantail de ce type, si nous pouvons réhabiliter ce discours sur la vie politique, où l'équité compte, nos réalisations seront loin d'être négligeables. Cela nous amène aux détails de ce contrat social donné.

Je souhaite faire une autre observation que je vous invite à garder à l'esprit dans vos travaux. Nous avons beaucoup parlé des pays nordiques. Il n'y a pas seulement la Suède; il y a la Norvège, la Finlande et les pays d'Europe du Nord. De manière générale, ils obtiennent toujours de meilleurs résultats, mais ils sont soumis à des contraintes considérables en ce moment. Il y a une chose qui distingue les pays nordiques — et cela nous ramène aux raisons pour lesquelles il nous faut maintenant modifier notre contrat social. À l'origine, l'État-providence à l'érosion duquel nous avons assisté au cours des 25 dernières années était fondé, en fait, sur deux phénomènes. Le premier était la solidarité par-delà les classes, ce qui signifie qu'à l'époque où il a été créé, les inégalités scandaleusement énormes que nous observons maintenant entre la tranche supérieure des 0,001 p. 100 de la population et tous les autres citoyens n'existait pas. Il n'y avait pas ce petit nombre de gens über-riches qui détenaient une aussi grande partie de la richesse nationale. Il y avait moins d'inégalités et un plus grand sentiment de solidarité, à savoir que ce qui vous arrivait à vous pouvait m'arriver à moi. Il existait également, à cette époque, une homogénéité culturelle beaucoup plus grande, le sentiment d'être liés les uns aux autres, le sentiment que nous étions plus ou moins tous les mêmes.

L'une des raisons que l'on a avancées pour expliquer comment les pays scandinaves ont pu préserver leur système de bien-être social dans la mesure où ils l'ont fait tient à ce qu'ils ont des populations beaucoup plus culturellement homogènes que les pays anglo-américains à marché libéral qui, en plus de leur libéralisme des marchés, ont eu tendance à avoir des politiques d'ouverture à des migrants en provenance de pays qui sont maintenant des pays à revenu faible et intermédiaire. Cela ne veut pas dire que nous ne pouvons pas rechercher un nouveau contrat social qui ait les mêmes effets, mais nous devons reconnaître le fait que nous sommes aux prises, à de nombreux égards, avec un milieu social plus complexe que celui qui caractérise certains de ces pays modèles dans le Nord de l'Europe. Nous pouvons absorber ce qui nous est utile, mais également épouser le défi que nous pose une politique des portes ouvertes au sujet des migrants, qui crée de la richesse, mais suscite un défi plus important relativement à la notion de solidarité sociale.

Le président : Avant que nous ne nous ajournions, je veux vous ramener, parce que vous avez beaucoup parlé du développement de la petite enfance, et c'est là un sujet favori du sénateur

Trenholme Counsell. Fraser Mustard has been preaching this gospel for years out of the Canadian Institute of Advanced Research.

Dr. Millar, particularly to you because you have a link there, the last time I talked to Fraser Mustard, he said that we must back up well beyond that. In other words, we must back up well beyond early childhood development, because the child that is born from a poor mother has a tremendously increased risk of cancer, congenital anomalies, retardation, and the list goes on and on. The chances of that child getting a square shot at life are very poor. The intervention must start with the mother. Please comment on that.

Dr. Millar: I agree. That is absolutely right. If we do not deal with preconception, we will then have an intergenerational problem that keeps repeating itself. We will not solve it unless we take that approach.

The Chairman: Thank you all very much. We deeply appreciate your coming here on such short notice. It is tremendously important to us to have had this hearing today. It was absolutely terrific.

The committee adjourned.

Trenholme Counsell. Fraser Mustard prêche cet évangile depuis des années en s'appuyant sur l'Institut canadien de recherches avancées.

Docteur Millar, particulièrement à vous parce que vous avez un lien dans ce domaine car, la dernière fois que j'ai parlé à Fraser Mustard, il a affirmé que nous devons nous appuyer bien au-delà de cela. En d'autres termes, nous devons nous appuyer bien au-delà du développement de la petite enfance, car l'enfant

né d'une mère pauvre a un risque énormément plus élevé de cancer, d'anomalies congénitales, de retards, et la liste s'allonge et s'allonge. Les probabilités que cet enfant ait une bonne chance de réussir sa vie sont très minces. L'intervention doit commencer par la mère. Veuillez nous présenter vos observations à ce sujet.

Dr Millar : Je suis d'accord. C'est absolument juste. Si nous ne nous occupons pas de la préconception, nous aurons un problème intergénérationnel qui ne cessera de se répéter. Nous ne le réglerons pas si nous ne suivons pas cette approche.

Le président : Merci beaucoup à tous. Nous vous savons profondément gré d'avoir comparu devant nous avec un préavis si court. Il est d'une importance énorme pour nous d'avoir tenu cette audience aujourd'hui. Cela a été tout à fait formidable.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Thursday, February 22, 2007

*World Health Organization Commission on the Social Determinants
of Health:*

The Honourable Monique Bégin, P.C., Commissioner.

Wednesday, February 28, 2007

Institute of Population Health:

Ronald Labonté, Canada Research Chair in Globalization and
Health Equity.

School of Health Policy and Management, York University:

Dennis Raphael, Professor.

Provincial Health Services Authority, British-Columbia:

Dr. John Millar, Executive Director, Population Health
Surveillance and Disease Control.

TÉMOINS

Le jeudi 22 février 2007

*Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation
mondiale de la santé :*

L'honorable Monique Bégin, P.C., commissaire.

Le mercredi 28 février 2007

Institut de recherche sur la santé des populations :

Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la
mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé.

School of Health Policy and Management, Université York :

Dennis Raphael, professeur.

Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique :

Dr John Millar, directeur général, Surveillance de la santé
des populations et contrôle des maladies.