



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, March 21, 2007
Wednesday, March 28, 2007

Issue No. 2

Third and fourth 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

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 mars 2007
Le mercredi 28 mars 2007

Fascicule n° 2

Troisième et quatrième réunions concernant :

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

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
Cochrane
(Quorum 3)

Cook
Fairbairn, P.C.

LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-président : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Callbeck
Cochrane
(Quorum 3)

Cook
Fairbairn, P.C.

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, March 21, 2007
(4)

[*English*]

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee of Social Affairs, Science and Technology met at 4:15 p.m. this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

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

Other senators present: The Honourable Senators Eggleton, P.C., Munson (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.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 21, 2007, the subcommittee continued 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. (*See Issue No. 1, Thursday, February 22, 2007, for the complete text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:*Public Health Agency of Canada:*

Dr. Sylvie Stachenko, Deputy Chief Public Officer, Health Promotion and Chronic Disease Prevention;

Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Strategic Policy, Communications and Corporate Services Branch;

Maura Ricketts, Acting Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Practice and Regional Operations Branch.

Statistics Canada:

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development.

Kunin-Lunenfeld Applied Research Centre:

Dr. Sholom Glouberman, Associate Scientist.

Sylvie Stechenko made a statement. Together with Jim Ball and Maura Ricketts, she answered questions.

At 5:20 p.m., Michael Wolfson and Sholom Glouberman each made a statement. Together, the witnesses answered questions.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 21 mars 2007
(4)

[*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 15, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

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

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

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 21 février 2007, le sous-comité poursuit son étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité du jeudi 22 février 2007.*)

TÉMOINS :*Agence de santé publique du Canada :*

Dre Sylvie Stachenko, administrateur en chef adjointe de la santé publique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques;

Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générale des politiques stratégiques, des communications et des services généraux;

Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales.

Statistique Canada :

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement.

Kunin-Lunenfeld Applied Research Centre :

Sholom Glouberman, scientifique associé.

Sylvie Stechenko fait une déclaration. Avec Jim Ball et Maura Ricketts, elle répond aux questions.

À 17 h 20, Michael Wolfson et Sholom Glouberman font chacun une déclaration. Les témoins répondent ensemble aux questions.

It was agreed that the following budget application be adopted for submission to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

Summary of Expenditures:

Professional and Other Services	\$ 132,500
Transportation and Communications	\$ 35,700
All Other Expenditures	\$ 1,000
Total	\$ 169,200

At 6:00 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, March 28, 2007

(5)

[English]

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee of Social Affairs, Science and Technology met at 4:21 p.m. this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, and Pépin (6).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Science and Technology Division and Michael Toye, Research Analyst, Political and Social Affairs 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 subcommittee continued 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. (*See Issue No. 1, Thursday, February 22, 2007, for the complete text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Institute of Population and Public Health:

Dr. John Frank; Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research.

Global Health and Social Policy:

Dr. Jody Heymann, Canada Research Chair in Global Health and Social Policy.

McGill University:

Dr. John Lynch, Canada Research Chair in Population Health.

John Lynch, Jody Heymann and John Frank each made a statement. Together the witnesses answered questions.

Il est convenu que la demande de budget suivante soit adoptée et présentée au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie :

Résumé des dépenses :

Services professionnels et autres	132 500 \$
Transports et communications	35 700 \$
Autres dépenses	1 000 \$
Total	169 200 \$

À 18 heures, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 28 mars 2007

(5)

[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 21, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (6).

Également présents : De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste, Division des sciences et de la technologie, et Michael Toye, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 21 février 2007, le sous-comité poursuit son étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité du jeudi 22 février 2007.*)

TÉMOINS :

Institut de la santé publique et des populations :

Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada.

Santé et politique sociales dans le monde :

Dre Jody Heymann, chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde.

Université McGill :

Dr John Lynch, chaire de recherche du Canada en santé des populations.

John Lynch, Jody Heymann et John Frank font chacun une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

At 6:08 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

À 18 h 8, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du sous-comité,

Josée Thérien

Clerk of the Subcommittee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, March 21, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 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: First, let me thank everyone who has appeared today from the department and the Public Health Agency of Canada to help us and advise us at the very early stage of our hearings, which will occur over about two years with respect to our work on population health.

We are privileged to have with us today Dr. Sylvie Stachenko, who has a tremendous background and experience in this field. Please proceed with your presentation, Dr. Stachenko.

Dr. Sylvie Stachenko, Deputy Chief Public Officer, Health Promotion and Chronic Disease Prevention, Public Health Agency of Canada: I will begin by thanking you for this great opportunity to present to you today. The reason I have colleagues with me is that they are two pillars in the agency around determinants of health and social determinants.

To my right is Mr. Jim Ball, who is very much involved with the WHO Commission on Social Determinants of Health work and very much involved in the work that looks at models of intersectorial action working with other countries.

My other colleague, Dr. Maura Ricketts, will be coordinating work around the first public health report that will be presented to Parliament by the Chief Public Health Officer. That will happen in September 2008. The theme of that report will be reducing health inequalities and addressing social determinants.

Obviously, there is a lot of work happening in the agency. I thought it would be useful for you to meet Mr. Ball and Dr. Ricketts, in the event that in future you want to be able to connect with them.

I have a fairly long presentation, which I will shorten in length. To provide you a sense of what I want to do, I will be structuring my comments around four major themes. The first theme will involve what we know. I will not dwell too much on that because I think you have heard much from other experts. The second, third and fourth themes will involve what we are learning, what we have done in Canada and elsewhere, as well as where we see opportunities ahead.

In terms of what we know, basically we have fairly good and robust knowledge in certain areas. Basically, we know that the most robust body of evidence is around linking income,

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 21 mars 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 15 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

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

[*Traduction*]

Le président : J'aimerais d'abord remercier tous les représentants du ministère et de l'Agence de santé publique du Canada qui ont témoigné aujourd'hui pour nous aider et nous conseiller dans notre travail sur la santé des populations à ce stade préliminaire de nos audiences, qui s'échelonneront sur environ deux ans.

Nous avons le privilège d'avoir avec nous aujourd'hui la Dre Sylvie Stachenko, qui a énormément d'expérience dans le domaine. Veuillez commencer votre exposé, docteure Stachenko.

Dre Sylvie Stachenko, administratrice en chef adjointe de la santé publique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada : Je tiens tout d'abord à vous remercier de me donner l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui. Je suis accompagnée de collègues parce qu'ils sont deux piliers à l'agence en matière de déterminants sociaux et de déterminants de la santé.

À ma droite, j'ai M. Jim Ball, qui s'engage à fond auprès de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS et participe activement aux travaux d'étude des modèles de mesures intersectorielles en collaboration avec d'autres pays.

Mon autre collègue, Mme Maura Ricketts, coordonnera les travaux entourant le premier rapport sur la santé publique qui sera présenté au Parlement par l'administratrice en chef de la santé publique. Le rapport sera déposé en septembre 2008. Il portera sur la réduction des inégalités en matière de santé et les déterminants sociaux.

Évidemment, beaucoup de travail est accompli à l'agence. J'ai pensé qu'il vous serait utile de rencontrer M. Ball et Mme Ricketts, si jamais vous souhaitez pouvoir communiquer avec eux dans le futur.

Mon exposé est assez long, mais je vais l'écourter. Pour vous donner un aperçu de ce que je souhaite faire, je vais articuler mes observations autour de quatre thèmes principaux. Le premier porte sur ce que nous savons. Je ne m'y attarderai pas trop puisque d'autres experts vous en ont probablement déjà parlé. Les trois autres thèmes se rapporteront à ce que nous apprenons, à ce que nous avons réalisé au Canada et ailleurs, de même qu'aux orientations futures.

Pour ce qui est de ce que nous savons, essentiellement nous possédons des connaissances assez bonnes et solides dans certains secteurs. En gros, nous savons que la preuve la plus probante que

education, status and employment to health — and that is across a number of different health outcome indicators. That is where we have a fairly robust body of knowledge.

In terms of following policy approaches, we are looking at what we know with respect to the types of approaches and the models that are emerging to address those broader determinants. I would say that body of knowledge is emerging. It is starting to be documented, which is important.

The third piece, the most challenging piece, involves how to measure the impacts on health of the various sectorial policies. That is a bit of the lens I wanted to provide. Basically, the “what” is easy to define, where the “how” is more difficult.

We have known this for a long time, but this slide illustrates the case that, basically, health is largely determined by factors outside of the health care system and the health care domain. The Lalonde report was the first in Canada to determine that the health field was broader than just the health care domain. The slide indicates a number of countries aligned on the horizontal axis, and you are seeing the expenditures expressed by per capita spending on the line. You will see that countries that spend a lot do not necessarily have better life expectancy. This slide is illustrating that case.

What are the factors beyond the health care domain that we know affect health? This slide is drawn from research conducted in Canada that is well-known worldwide, from the Canadian Institute for Advanced Research. It has listed a number of determinants, and they had a fair body of research to be able to identify those. You will see here that they have identified 10 of these determinants, but we have recently added globalization. I think you heard from Ron Labonte. The global trends and influences now interface with these other determinants. Basically, however, this is the list of determinants. In terms of the classification of this, we always see emerging common threads. We have had a number of WHO reports that also looked at the list of determinants. In Europe, there were the solid facts. Basically, it is always the same.

You have asked about the relative importance of determinants of health. This is very difficult because, basically, all of these determinants interact with each other. The context as exists among different countries is also extremely important in terms of that relative importance. Basically, if you want to know what the relative importance is, it seems that the cluster of income, education, employment and social status has a profound influence on people's health. As well, early childhood development is also critical, but it is not only critical in terms of the patterns during a child's lifetime. It also has a strong importance in terms of what I would say are intergenerational effects — the next generation. That is very important in terms of that determinant.

nous pouvons établir est en associant le revenu, l'éducation, le statut et l'emploi à la santé — et c'est dans un grand nombre d'indicateurs de la santé. C'est à ce niveau que nous possédons un ensemble de connaissances assez vaste.

En ce qui concerne les approches stratégiques, nous examinons ce que nous savons relativement aux types d'approches et aux modèles émergents pour s'attaquer aux principaux déterminants. Je dirais qu'un ensemble de connaissances est en train de se créer. Il commence à être étayé, ce qui est important.

Le troisième thème, le plus difficile, consiste à trouver comment mesurer les effets qu'ont les diverses politiques sectorielles sur la santé. C'est grosso modo ce que je voulais vous donner comme aperçu. Essentiellement, le « quoi » est facile à définir, alors que le « comment » est plus difficile.

Nous le savons depuis longtemps, mais cette diapositive illustre la situation selon laquelle, dans l'ensemble, la santé est largement déterminée par des facteurs externes au système et au domaine des soins de santé. Le rapport Lalonde a été le premier au Canada à établir que le domaine de la santé était plus vaste que simplement le domaine des soins de santé. Un certain nombre de pays sont alignés sur l'axe horizontal, et vous pouvez voir les dépenses par habitant qu'ils ont engagées sur la ligne. Vous remarquerez que les pays qui dépensent beaucoup n'ont pas nécessairement une plus longue espérance de vie. Cette diapositive le met en lumière.

Quels facteurs qui ne se limitent pas aux soins de santé influent sur la santé, à notre connaissance? Cette diapositive est tirée d'une recherche faite au Canada par l'Institut canadien des recherches avancées et bien connue dans le monde. La liste d'un certain nombre de déterminants a été dressée. Pour identifier ces déterminants, les chercheurs ont consulté un nombre important de documents de recherche et ils en ont relevé 10, mais nous avons récemment ajouté la mondialisation. Je crois que vous avez déjà entendu parler de Ron Labonte. Les tendances et influences mondiales sont maintenant liées à ces autres déterminants. Cependant, c'est essentiellement la liste des déterminants. Pour les classer, nous voyons toujours émerger des points communs. Nous avons reçu un grand nombre de rapports de l'OMS qui traitent aussi de la liste des déterminants. L'Europe disposait de faits bien établis. On retrouve essentiellement toujours les mêmes déterminants.

Vous m'avez interrogé sur l'importance relative des déterminants de la santé. Il m'est très difficile de répondre, car pratiquement tous ces déterminants agissent les uns sur les autres. Le contexte tel qu'il existe dans différents pays est également extrêmement important au chapitre de l'importance relative. On peut donner une idée générale de l'importance relative en disant que le revenu, l'éducation, l'emploi et le statut social ont une influence considérable sur la santé des populations. De plus, le développement de la petite enfance est également essentiel, mais pas seulement pour les différentes évolutions dans la vie d'un enfant. Il revêt également une grande importance pour ce que j'appelle les effets intergénérationnels — la prochaine génération. C'est très important pour ce déterminant.

I am showing this slide, which I am sure you have seen often. It simply emphasizes what I have just stated, that all of these determinants interconnect. What you see here is something that has been utilized by the WHO Commission on Social Determinants of Health. They look at layers and zones of influence, starting from the outside, which are the broader socio-economic, cultural and environmental conditions that obviously interface with living and working conditions through social and community networks affecting individual lifestyles. Basically, they are all interconnected. Up to a decade or two ago, we defined most of our problems in terms of health around the first layers. Therefore, the solution to that problem is defined in terms of individual approaches. The more broadly you define your issue and your domains, the solution, as you can see, will be more complex and will involve other sectors. That is the challenge, both in terms of policy responses as well as, more predominantly now, in terms of evaluation. How does one evaluate these complex approaches?

The next slide illustrates something I am sure you have heard about — and it comes from the work of Michael Marmot — that is, that health status improves in a step-wise manner for each increment in the following: income and social status, education, and employment. We need to not only think that if we address social determinants we will affect the less well-off in society; basically, as a result of this gradient, we will affect the entire population. Therefore, we will also affect those that are better off. It is a layered type of effect, which is important to be aware of.

The next slide is to provide you with an example that just came out. This is a recent report from the Health Council of Canada on diabetes. On the left, we see the prevalence of diabetes in the population with the lowest income and on the right the prevalence of diabetes in the population with the higher income. Again, we see a gradient approach. We see a three-fold difference. There are pretty major differences in health outcomes, according to this slide.

What are the specific vulnerable subpopulation groups that have a relatively disproportionate burden of disease? This slide represents work that was undertaken by a FPT task group on health disparities, which was established for the conference of deputy ministers in 2005. They have identified actions needs to identify three subcategories: First, individuals in lower socioeconomic status groups. We know that leads to reduced life expectancy, higher infant mortality and a higher prevalence of chronic diseases. The second category involves Aboriginal identity. We know that Aboriginal peoples have higher death rates, particularly from chronic diseases. The third category is gender, which we know obviously interacts with other determinants. Although women live longer, they experience more years in an unhealthy state.

Je suis persuadée que vous avez vu souvent cette diapositive. Elle met simplement en évidence ce dont je viens juste de faire état, que tous ces déterminants sont reliés. Le schéma que vous voyez ici a été utilisé par la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Elle étudie les couches et les zones d'influence, en commençant par l'extérieur, qui sont les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales générales évidemment liées aux conditions de vie et de travail par l'entremise des réseaux sociaux et communautaires ayant une incidence sur le mode de vie des particuliers. Bref, elles sont pratiquement toutes reliées. Il y a encore une ou deux décennies, nous pensions que la majorité de nos problèmes de santé étaient dus aux premières couches. Par conséquent, la solution à ce problème se caractérise par des méthodes individuelles. Plus vous définissez votre problème et vos domaines, plus la solution, comme vous pouvez le constater, sera complexe et mettra en jeu d'autres secteurs. C'est le défi à relever, tant au chapitre des orientations que, encore plus maintenant, sur le plan de l'évaluation. Comment évalue-t-on ces approches complexes?

La prochaine diapositive illustre un phénomène dont vous avez certainement déjà entendu parler — qui est tiré de l'ouvrage de Michael Marmot — selon lequel l'état de santé s'améliore progressivement chaque fois que l'un des éléments suivants s'améliore : le revenu et le statut social, l'éducation et l'emploi. Il faut non seulement garder à l'esprit que si nous nous attaquons aux déterminants sociaux, nous influerons sur la vie des moins nantis de la société; mais de façon générale, nous influerons l'ensemble de la population des suites de ce gradient. Par conséquent, nous aurons aussi une incidence dans la vie des mieux nantis. C'est un effet à multiples niveaux, et il est important d'en être conscient.

La prochaine diapositive est un exemple qui vient juste d'être publié. C'est un rapport récent sur le diabète produit par le Conseil canadien de la santé. À gauche, nous avons le taux de diabète au sein de la population ayant le revenu le plus faible et, à droite, le taux de diabète au sein de la population ayant le revenu le plus élevé. Encore une fois, nous remarquons un exemple de gradient. Nous voyons que le premier taux est le triple du second. Cette diapositive montre des écarts très marqués dans les résultats de santé.

Quels sont les sous-groupes vulnérables précis qui sont touchés de manière disproportionnelle par la maladie? Cette diapositive montre le travail entrepris par un groupe de travail FPT sur les inégalités en matière de santé, qui a été formé pour la Conférence des sous-ministres en 2005. Ce groupe a établi les mesures à prendre pour cerner trois sous-groupes. Il y a d'abord les personnes issues de groupes ayant un statut socioéconomique inférieur. Nous savons qu'un faible statut socioéconomique est associé à une espérance de vie réduite, à un taux de mortalité infantile supérieur et à une incidence de maladies chroniques plus élevée. Le deuxième groupe vise les particuliers d'origine autochtone. Nous savons que les Autochtones ont un taux de décès plus élevé, dû surtout aux maladies chroniques. Le troisième groupe concerne le sexe, qui est évidemment relié à d'autres déterminants. Bien que les femmes vivent plus longtemps, elles sont en mauvaise santé plus longtemps.

Finally, on geographic location, the people who are living in remote communities have the worst disability-free life expectancy and the lowest life expectancy in the country. That is just a categorization that was identified and reported for the conference of deputy ministers. It is the result of a fair amount of research requested for this work.

What are we learning? We are now talking about one aspect — how economic development and social policies could affect health. However, because we want to think about the messaging in social sectors, we need to look at the relationship of health as a key contributor to the economic development of a country. We need to learn more about that equation if we want to have any “buy-in” from other sectors. How does health become an asset for society and a key contributor to the economy?

In that context, there has been a fair amount of work done by the OECD, the WHO, the World Bank and, more recently, the European Union on that equation, which results from the fact that increased health obviously increases productivity, labour supply, educational achievement and human capital development. There is a new body of evidence around health and the economy, besides the traditional health and wealth. That is highly important as we move forward in the messaging, so I wanted to mention it before the committee today.

What are we learning from other countries and from within Canada in terms of addressing the determinants and the social determinants? I would suggest that many interesting efforts and initiatives are taking place in Europe, at the European Union level and at the national level. The European Union, through article 152 of the Amsterdam Treaty, is legally bound to consider health in all its policies. Change takes time, but they are beginning with a legislative base in looking at ways to integrate health considerations in all of their social policy decisions. They have developed an observatory and are looking at how they can accomplish that.

During its presidency of the European Union, Finland developed an important report, entitled “Health in all Policies,” published in 2006, I believe. That report provides a strong basis for examining the experiences to determine what is known and not known to help them move forward. That document is important in terms of capturing many of the European experiences that could shape and help us to develop.

The United Kingdom has been in the lead in terms of the conceptual and analytical part in respect of poverty and health, with its Black report, the Whitehall report and the Acheson report. Interestingly, the U.K. has moved to action; in 2003, an analysis of cross-governmental programs and spending review took place to estimate the contributions made in terms of reducing health inequalities. In that review, targets were established for reducing health inequalities, in terms of both increasing life expectancy and reducing infant mortality. Interestingly, public service agreements are required from all

Enfin, le lieu géographique joue aussi un rôle, car les personnes vivant dans des collectivités éloignées ont la moins bonne espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie la plus faible au pays. C'est juste une classification qui a été établie et présentée à la Conférence des sous-ministres. C'est le fruit d'une quantité respectable de recherches.

Qu'apprenons-nous? Nous parlons maintenant d'un aspect — l'incidence du développement économique et des politiques sociales sur la santé. Cependant, parce que nous voulons réfléchir aux messages dans les secteurs sociaux, nous devons considérer la santé comme étant un élément clé du développement économique d'un pays. Nous devons en apprendre plus sur cette équation si nous voulons que d'autres secteurs participent. Comment la santé devient-elle un atout pour une société et un élément clé dans l'économie?

Dans cette optique, beaucoup de travail effectué sur cette équation par l'OCDE, l'OMS, la Banque mondiale et, plus récemment, l'Union européenne, découle du fait qu'un état de santé amélioré mène naturellement à une augmentation de la productivité, de l'offre de travailleurs, du niveau d'instruction et du développement du capital humain. Nous disposons de nouvelles données concernant la santé et l'économie, autres que les données habituelles sur la santé et la richesse. C'est fort important alors que nous examinons les messages, je voulais donc le mentionner au comité aujourd'hui.

Quelles leçons tirons-nous des autres pays et au Canada concernant la façon de sattaquer aux déterminants sociaux? Je signale qu'un grand nombre d'efforts et de projets intéressants sont menés en Europe, à l'échelle de l'Union européenne et à l'échelle nationale. L'Union européenne, en vertu de l'article 152 du Traité d'Amsterdam, est légalement tenue de tenir compte de la santé dans toutes ses politiques. Les changements ne surviennent pas du jour au lendemain, mais ils commencent par un fondement législatif qui examine des façons d'intégrer les questions relatives à la santé aux décisions en matière de politique sociale. Ils ont mis sur pied un projet d'observation et s'emploient à trouver des moyens d'atteindre cet objectif.

Pendant sa présidence de l'Union européenne, la Finlande a rédigé un important rapport intitulé « Health in all Policies » publié en 2006, si je me souviens bien. Ce rapport constitue un fondement solide pour étudier les expériences en vue de déterminer les faits connus et non connus et les aider à avancer. Ce document est important pour mettre en évidence de nombreuses expériences européennes qui pourraient nous façonner et nous aider à progresser.

Le Royaume-Uni est en avance sur les plans conceptuel et analytique de la pauvreté et de la santé puisqu'il a publié le rapport Black, le rapport Whitehall et le rapport Acheson. Fait intéressant, le Royaume-Uni est passé à l'acte; en 2003, une analyse des programmes pangouvernementaux et un examen des dépenses ont été effectués pour évaluer les contributions versées en vue de réduire les inégalités en matière de santé. Dans le cadre de cet examen, des objectifs ont été établis pour réduire les inégalités en matière de santé, à la fois pour accroître l'espérance de vie et réduire la mortalité infantile. Autre fait intéressant, tous

sectors on how they intend to contribute to those two targets. Again, they have established mechanisms to get the contribution, all of this being led by the treasury, which is a powerful method. They moved from the conceptual analytical development to a treasury-led effort cross-governmental that asks departments how they are spending and contributing to this target set for all of government.

Everyone talks about Sweden as a country that has led the way in terms of having a whole-government approach. Sweden established 11 societal public health goals that resulted from a consensus. To develop those goals, they brought together the seven political parties and met with experts from labour, unions, academia and the health sector. Those goals represent a societal consensus. The result was the public health goals and a public health institute in Sweden. The mandate of that institute is to monitor progress toward these goals. As well, it is the technical backup to the implementation of these goals.

Those are some of the experiences outside Canada, but we have had some very interesting ones right here in Canada. The Quebec public health law determines what Quebec can do in terms of whole-government thinking. The legislation gives the Minister of Health and Social Services the authority to mandate a health impact assessment of any government policy that is expected to have a significant impact on the health of the population. The Institut national de santé publique du Québec is the technical backup that supports such work. They are beginning to develop tools around health impact assessments and we need to have those tools if we want to know what the impact is. The INSPQ is the collaborating centre for the public health agency around public policy, which is looking at the issues of governance, mechanisms and tools. We are building on these Canadian centres of excellence to help other provinces and other regions of the country to learn from that experiment.

What did we learn? We were able to identify a few common elements in terms of learning. The first one is that there needs to be a strong centre of government leadership. The second one, which is extremely important, is that it requires lead agencies, and in Finland, the U.K., Sweden and Quebec those agencies are the national or provincial public health institutes that are exerting technical leadership and providing support to a number of health impact assessments, economic modelling and determining the basis of the approaches.

That is one thing. The second thing is that legislative instruments could also be very useful in terms of moving forward. Finally, the development of policy frameworks such as goals is important if we want to measure progress. Out of that, there are some beginnings in terms of some directions that countries are taking.

les secteurs devaient conclure des ententes de services publics sur la façon dont ils comptaient participer à la réalisation de l'atteinte de ces deux objectifs. Encore une fois, ils ont mis sur pied des mécanismes pour obtenir la contribution, entièrement administrés par le Trésor public, ce qui est une méthode très efficace. Ils sont passés du développement conceptuel analytique à un effort pangouvernemental administré par le Trésor public qui demande aux ministères comment ils contribuent à la réalisation de ces objectifs pangouvernementaux.

Tout le monde parle de la Suède qui a montré l'exemple en adoptant une démarche pangouvernementale. La Suède a fixé 11 objectifs de société en matière de santé publique qui ont été approuvés à l'unanimité. Pour établir ces objectifs, ils ont rassemblé sept partis politiques et ont rencontré des experts du secteur du travail, des syndicats, du milieu universitaire et du secteur de la santé. Ces objectifs représentent un consensus social. Cela a donné lieu aux objectifs en matière de santé publique et à l'institut de santé publique en Suède. Le mandat de cet institut est de surveiller les progrès réalisés en vue d'atteindre ces objectifs. De plus, il offre un soutien technique dans la mise en œuvre de ces objectifs.

Ce sont quelques-unes des expériences à l'extérieur du Canada, mais nous en avons aussi eu de très intéressantes au pays. Les lois québécoises en matière de santé publique établissent ce que le Québec peut faire en matière de projets pangouvernementaux. La loi donne au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir d'exiger une évaluation des répercussions sur la santé de toute politique gouvernementale qui pourrait avoir une incidence considérable sur la santé de la population. L'Institut national de santé publique du Québec offre le soutien technique dans ce genre de travail. Il commence par élaborer des outils pour mener des évaluations des répercussions sur la santé et nous en avons besoin si nous voulons connaître ces répercussions. L'INSPQ est le centre collaborateur de l'Agence de santé publique en matière de politique publique, qui examine les questions de gouvernance, les mécanismes et les outils. Nous nous appuyons sur ces centres d'excellence canadiens pour aider d'autres provinces et d'autres régions du pays à tirer des leçons de cette expérience.

Qu'avons-nous appris? Nous avons pu cerner quelques points communs en matière d'apprentissage. Le premier est qu'il faut une forte direction de la part du gouvernement. Le second point, qui est extrêmement important, est qu'il faut des agences responsables et, en Finlande, au Royaume-Uni, en Suède et au Québec, ces agences sont des instituts de santé publique nationaux ou provinciaux qui offrent du leadership technique et du soutien dans un grand nombre d'évaluations des répercussions sur la santé et dans l'établissement de modèles économiques et des fondements des approches.

C'est une chose. Les textes législatifs peuvent aussi être très utiles pour avancer. Enfin, l'élaboration de cadres stratégiques comme des objectifs est important si nous voulons mesurer les progrès. Par ailleurs, les pays commencent à prendre certaines orientations.

What have we done in Canada? The WHO Commission on Social Determinants of Health is saying to us that before we effectively base our policy decisions on social determinants, we have a few prerequisites, which are that we need to have in place certain kinds of social supports and basically some kind of social orientation. We have in Canada a fair amount of foundations on which to move forward.

Our success story in Canada is in how policies could influence key determinants. It is the fact that the poverty rates of seniors have diminished. When you compare us to other countries, we are doing very well. The seniors are the least disadvantaged of the Canadian poor. That came out of very specific policies.

What do we do in the health sector? Given that we are talking about determinants that are outside of our purview, what have we learned in Canada in terms of health sector action? If you look at certain milestones, we, in terms of conceptual and analytical development, have been the lead in the world, but in terms of concrete action and holistic approaches, while we are starting to move there, we have mainly had a lot of developments around the more conceptual and analytical part of the determinants kind of debate.

I will not give you all the milestones, because I am running out of time, but I do want to talk about some of the assets that we have out of this development.

Canada has the strongest knowledge infrastructure to move forward on determinants. We have the Canadian Population Health Initiative. The job of that initiative is really to do the knowledge translation around the determinants of health. We have a key institution whose main orientation it is to do the synthesis or the dissemination on determinants of health. We have key research institutions. The Canadian Population Health Institute, the Institute of Gender and Health and the Institute for Aboriginal Health are supporting a lot of research funding to understand but also to learn more about effective approaches to address these determinants. In fact, we have supported over years a number of centres of excellence, and those are knowledge networks or networks of knowledge networks, to put it that way.

I want to point out the centres of excellence for children, because that is really a very important asset again in terms of synthesis of information. We have a knowledge hub on early childhood development in Montreal — the Centre of Excellence for Early Childhood Development — that is connected to the work with Clyde Hertzman that is connected to the social determinants of health. You are starting to see my gist.

We already have existing, concrete knowledge networks around certain themes that are very important. Again, those are assets we need to build on. We also have these collaborating centres. With the establishment of the Public Health Agency of Canada, we established the six knowledge translation platforms,

Qu'avons-nous réalisé au Canada? La Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS nous informe qu'avant de fonder efficacement nos décisions politiques sur les déterminants sociaux, il y a des conditions préalables, soit de mettre en place certains types de soutiens sociaux et une sorte d'orientation sociale. Le Canada dispose d'une base solide sur laquelle s'appuyer pour progresser.

Ce qui est remarquable au Canada est la façon dont les politiques pourraient influer sur les principaux déterminants. C'est un fait que les taux de pauvreté chez les aînés ont diminué. Si l'on se compare à d'autres pays, le Canada se porte bien. Les aînés sont les moins défavorisés des démunis. C'est attribuable à des politiques bien précises.

Que faisons-nous dans le secteur de la santé? Puisque nous parlons de déterminants qui ne relèvent pas de notre compétence, qu'avons-nous appris au Canada concernant les mesures adoptées par le secteur de la santé? Si vous examinez certaines étapes marquantes, en matière de développement conceptuel et analytique, nous sommes les premiers au monde, mais pas au chapitre des mesures concrètes et des approches holistiques, bien que nous commençons à nous y mettre. Nos principales réalisations sont aux points de vue conceptuel et analytique des déterminants.

Je ne vais pas vous énumérer toutes les étapes marquantes, car je manque de temps, mais je veux parler de quelques-uns des atouts que nous apporte ce développement.

Le Canada possède l'infrastructure du savoir la plus solide pour aller de l'avant dans le dossier des déterminants. Nous avons l'Initiative sur la santé de la population canadienne dont le mandat est en fait d'appliquer les connaissances sur les déterminants de la santé. Nous avons un institut central dont l'orientation principale est de faire la synthèse des renseignements sur les déterminants de la santé ou de les communiquer. Nous sommes dotés de grands instituts de recherche. Les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut de la santé des femmes et des hommes et l'Institute for Aboriginal Health financent beaucoup de recherches en vue de comprendre les approches efficaces pour s'attaquer aux déterminants et d'en apprendre plus sur le sujet. En fait, nous appuyons depuis de nombreuses années beaucoup de centres d'excellence, qui sont des réseaux de connaissances ou des réseaux de réseaux de connaissances, pour ainsi dire.

J'aimerais souligner les centres d'excellence pour enfants parce qu'ils constituent un atout très important pour la synthèse des renseignements. Nous avons un carrefour du savoir sur le développement de la petite enfance à Montréal — le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants — qui est lié au travail réalisé avec M. Clyde Hertzman sur les déterminants sociaux de la santé. Vous commencez à saisir l'essentiel de mon message.

Nous avons déjà des réseaux de connaissances concrets en place qui traitent de certains thèmes très importants. Encore là, nous devons miser sur ces atouts. Nous avons aussi des centres de collaboration. Lorsque nous avons établi l'Agence de santé publique du Canada, nous avons aussi fondé six plates-formes

and half of them are relevant to the whole determinants agenda. We have the healthy public policy one, which is basically the one I mentioned in Quebec, the determinants of health, which is in St. Francis Xavier in Nova Scotia, and the Institute for Aboriginal Health, which is in British Columbia. Those things exist and work is happening.

What are some of the challenges? We still have huge challenges in terms of coordinating this massive mountain of evidence and bringing it together and making a story out of it. That is what is missing. In terms of the knowledge, we have data banks all over the place. There are interesting data banks that come from perhaps other ministries, such as the transportation ministries. We have data banks around the health area. We need to develop more integrated information systems that can tell the story in terms of those determinants and the health outcomes, but to do that will require more capacity to bring all this together. Basically, it is not that they do not exist. As I said, Canada is very well positioned in terms of having all these institutions. We need now to we bring it together.

Most of the intersectoral action in this country has been at the community level. That is where we have experimented with those approaches. We have been funding a number of programs, the most known of which is around children — the community action program for children, the prenatal nutrition program, the Aboriginal Head Start. Those are examples of actions at the community level basically looking at the determinants and identifying vulnerable families and children as the main target groups.

We have some experience at the lab in terms of how we do this, and that has been going on for the last 10 or 15 years. These efforts have been evaluated. We also have a population health fund that has been established since the mid-1990s when we talked about population health approach. Those funds were there to be able to support efforts and interventions that would take that population health approach and evaluate it. We have had, over the last 15 years, a fair amount of effort in the country, but at the community level, and the evaluation is more at the community level.

Again, the problem is how you evaluate those complex interventions. Solid health outcomes take time. Often, they might have impact in other aspects, which is maybe not immediately health. It could be around integration of children in school or other such things. The evaluation challenge, in terms of these kinds of complex interventions, is that it takes time to get to a hard outcome. We have intermediate outcomes that we need to track. In terms of evaluating these efforts, you need to identify incrementally what you will actually get out of this the process and outcomes before you get to the hard outcomes.

d'acquisition des connaissances, dont la moitié se rapporte au programme sur les déterminants. Nous avons la politique publique sur la santé, soit celle au Québec que j'ai mentionnée plus tôt, le Centre national de collaboration sur les déterminants de la santé, à l'Université St. Francis Xavier en Nouvelle-Écosse, et l'Institute for Aboriginal Health, situé en Colombie-Britannique. Ce sont les ressources existantes et le travail qui est actuellement effectué.

Quels sont quelques-uns des défis? Nous sommes confrontés à d'énormes défis pour ce qui est de coordonner cette multitude de données probantes et de les colliger pour dresser une vue d'ensemble à partir de ces éléments. C'est ce qui manque. En ce qui concerne les connaissances, nous avons des banques de données en abondance. Il y a des banques de données intéressantes qui proviennent peut-être d'autres ministères, tels que le ministère des Transports. Nous disposons de banques de données sur le secteur de la santé. Nous devons mettre au point des systèmes d'information plus intégrés qui peuvent brosser le tableau de ces déterminants et des résultats de santé, mais nous devrons renforcer les capacités pour y parvenir. Le problème n'est pas qu'ils n'existent pas. Comme je l'ai dit, le Canada est dans une position très favorable puisqu'il a tous ces instituts. Il s'agit maintenant de les regrouper.

Au Canada, la majorité des mesures intersectorielles ont été prises à l'échelle communautaire. C'est d'ailleurs dans les collectivités que nous avons mis à l'essai ces approches. Nous avons financé un certain nombre de programmes, dont la plupart étaient destinés aux enfants — le Programme d'action communautaire pour les enfants, le Programme de nutrition pré-natale, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Ce sont des exemples de mesures adoptées à l'échelle communautaire qui s'attaquent aux déterminants et qui ciblent principalement les familles et les enfants vulnérables.

Depuis les 10 ou 15 dernières années, nous menons quelques expériences en laboratoire afin de découvrir comment mettre ces mesures en œuvre. Ces efforts ont été évalués. Nous avons également un Fonds pour la santé de la population qui a été établi au milieu des années 1990 lorsque nous parlions d'approches axées sur la santé de la population. Ces fonds visaient à soutenir les efforts et les interventions en vue d'évaluer les approches axées sur la santé de la population. Au cours des 15 dernières années, nous avons déployé d'énormes efforts au pays, mais à l'échelle communautaire, et donc l'évaluation s'est faite davantage dans les collectivités.

Il reste encore à déterminer comment évaluer ces interventions complexes. On n'obtient pas des résultats de santé solides du jour au lendemain. Il arrive souvent qu'ils influent sur d'autres aspects et n'entraînent peut-être pas d'effets immédiats sur la santé. Ce pourrait être sur l'intégration des enfants à l'école, par exemple. Le défi à relever pour mener l'évaluation, dans le cas de ces interventions complexes, est qu'il faut du temps pour obtenir un résultat tangible. Nous avons des résultats intermédiaires que nous devons repérer. Pour évaluer ces efforts, vous devez cibler progressivement ce que vous retirerez de ce processus et les résultats que vous obtiendrez avant d'atteindre les résultats tangibles.

Beyond the community, Canada and the provinces are moving towards what I would call whole-government approaches, and we are seeing some beginnings. You might have heard about the centrally-led, cross-government effort around a health issue called ActNow BC. The driver for this is they want, by 2010, to have the people in British Columbia as the healthiest in the world, so it is pretty ambitious. There is a cross-governmental effort led by the Prime Minister around that. Quebec has a cross-governmental effort around obesity that was launched this fall. We are seeing more and more cross-governmental approaches in this country.

There are many challenges around that. I think the main problem here is we are starting to have capacity around measuring health impacts of social sector investments. We need to develop managerial structures for horizontal work, accountability and protocols. If we want to do this, it will be about collaboration and partnership, and that takes time and resource. You need to invest in collaborative structures.

The next slide illustrates that countries have different stages in getting to the more holistic approach that we heard from the U.K. and Sweden. I think in Canada — and you might have heard Monique Bégin say this — we have had a number of isolated initiatives where we have taken a determinants approach at the community level. She calls it a country of pilot projects. We are moving towards a more government and joint up action. You are seeing this occur in the provinces and there are also, I think, some new opportunities for us to move in that direction.

In terms of identifying the gaps and what we have learned both in Canada and internationally, we need to put energy towards the assessment, identification and communication of impacts of government policies on health and health inequalities. That is a whole area that still needs to be developed and strengthened in this country.

We need to look at what the mechanisms are to bring joint up action. As I have mentioned, we must have information systems that are more integrated and include determinants type of data sources.

In Canada, we are obviously at a very important juncture. First, there is a commission at the global level that will be terminating its work in 2009. Basically, it is creating momentum around this issue, particularly by looking at the determinants and policy options that countries can look into. That is important work.

We will be hosting the next commission meeting here in Canada to be held in June. I think that will obviously raise awareness of this issue. We will also be holding a major conference in Vancouver on health promotion. This again will raise visibility around this whole determinants agenda.

En dehors des collectivités, le Canada et les provinces avancent au chapitre des approches pangouvernementales et nous constatons des progrès préliminaires. Vous avez peut-être déjà entendu parler de l'effort pangouvernemental centralisé axé sur la santé, qui s'appelle ActNow BC. L'objectif de l'initiative est que l'état de santé des habitants de la Colombie-Britannique soit le meilleur au monde d'ici 2010, ce qui est un projet assez ambitieux. Un effort pangouvernemental est dirigé par le premier ministre à cet égard. Le Québec a lancé une initiative pangouvernementale sur l'obésité l'automne dernier. Il y a de plus en plus d'approches pangouvernementales au pays.

Cela pose de nombreux défis. À mon avis, le principal problème est que nous commençons à pouvoir mesurer les répercussions des investissements dans le secteur social sur la santé. Nous devons mettre au point des structures de gestion favorisant le travail horizontal, la reddition de comptes et les protocoles. Pour ce faire, nous devons miser sur la collaboration et le partenariat, ce qui demande temps et ressources. Il faut investir dans des structures de collaboration.

La prochaine diapositive montre que les pays franchissent des étapes différentes pour mettre en œuvre une approche plus holistique comme celles du Royaume-Uni et de la Suède dont on nous a parlé. Je crois qu'au Canada — et Mme Monique Bégin vous l'a peut-être déjà dit — nous avons mené un grand nombre d'initiatives isolées pour lesquelles nous avons adopté une approche axée sur les déterminants à l'échelle communautaire. C'est ce qu'elle appelle un pays de projets pilotes. Nous progressons vers une mesure qui est plus gouvernementale et plus conjointe. Cette évolution survient dans les provinces et, il y a, à mon avis, pour nous quelques nouvelles possibilités de nous diriger dans cette voie.

Pour cerner les lacunes et les leçons que nous avons tirées tant au Canada qu'à l'échelle internationale, nous devons canaliser nos efforts vers l'évaluation, l'établissement et la communication des répercussions des politiques gouvernementales relatives à la santé et aux inégalités en matière de santé. C'est tout un secteur qui reste encore à mettre au point et à renforcer au pays.

Nous devons examiner les mécanismes existants pour mettre en place des mesures conjointes. Comme je l'ai mentionné, nous avons besoin de systèmes d'information plus intégrés qui comprennent des sources de données relatives aux déterminants.

Au Canada, nous sommes évidemment à un tournant très important. Tout d'abord, il existe une commission internationale qui terminera son mandat en 2009. Elle vise principalement à susciter l'intérêt porté à cette question, plus particulièrement en étudiant les déterminants et les orientations politiques que peuvent examiner les pays. C'est un travail important.

Nous organiserons la prochaine réunion de la Commission ici au Canada en juin. L'événement permettra évidemment de sensibiliser le public au sujet. Nous tiendrons aussi une conférence d'envergure à Vancouver sur la promotion de la santé. L'événement attirera l'attention sur l'ensemble du programme des déterminants.

In terms of our involvement with the commission, I wanted to highlight three major areas. First, we are heavily involved with Sweden, the U.K., OECD, World Bank and WHO around looking at the economic analysis of upstream investments. That piece will help the argument.

Mr. Ball is very involved around the global review of intersectorial action, determining the models that exist all over the world, both in developed and developing countries. Canada is actually leading that effort. It is part of the country component of the WHO Commission on Social Determinants of Health.

We are working with New Zealand and Australia in developing a compendium of policy approaches to addressing the determinants of health of Aboriginal populations.

Out of this big global effort, Canada is leading and displaying a fair amount of interest in moving certain parts of the work of the commission so it benefits us.

This slide indicates another very important event for us. I mentioned it at the outset. The public health report to Parliament will deal with health disparities and social determinants. Obviously, that will be presented to Parliament. We found that when you look at many countries and our provinces, those public health reports could build awareness. It is important if we can communicate that. With respect to the public health report, some countries in Europe have a debate around some of these major themes with regard to the population. There is an opportunity here in terms of increasing awareness of this issue.

Again, in terms of looking at other countries that are struggling — I was talking to colleagues in South America just last week — as they are trying to move to address this agenda, going back to the role of the health sector, how does the health sector exert its leadership? What does it mean in practice? We are finding that, in many countries, they are so involved with the delivery of services at national levels that they do not have the space to deal with and work with other sectors and be a steward in terms of involving other sectors around determinants.

In Canada, because of its federated system, there is a space that at the federal level can be filled in terms of bringing together all of the main players in government and outside of government. However, I think the stewardship role of public health is a key aspect of moving that forward. You need a champion, but that champion cannot be stuck with all the other provision issues. I thought that was interesting.

The country that seemed to have done the best is Costa Rica. They decided that they will put all provision of services at the regional level, like Canada does, but they have taken this space and will be putting it around the broader policies that impact on health. It is interesting to see how countries are exerting leadership on the health sector.

Je veux mettre en évidence trois principaux secteurs dans lesquels nous nous engageons auprès de la Commission. D'abord, nous collaborons de près avec la Suède, le Royaume-Uni, l'OCDE, la Banque mondiale et l'OMS à l'analyse économique des investissements en amont. Cela viendra renforcer l'argument.

M. Ball participe beaucoup à l'examen mondial des mesures intersectoriels, en déterminant les modèles qui existent partout dans le monde, tant dans les pays développés et que ceux en développement. Le Canada dirige cet effort. Ça fait partie de l'engagement pris par notre pays auprès de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

Nous collaborons avec la Nouvelle-Zélande et l'Australie à l'élaboration d'un recueil des approches stratégiques pour s'attaquer aux déterminants de la santé des populations autochtones.

Dans cet énorme effort mondial, le Canada est un chef de file et témoigne beaucoup d'intérêt pour faire avancer certains aspects du travail de la Commission et en bénéficier.

Cette diapositive présente un autre événement qui revêt une importance particulière pour nous. Je l'ai mentionné d'entrée de jeu. Le rapport sur la santé publique au Parlement portera sur les disparités en matière de santé et les déterminants sociaux. Il sera bien entendu présenté au Parlement. Nous avons constaté en examinant de nombreux pays et nos provinces que ces rapports sur la santé publique pourraient sensibiliser la population. Il est important que nous puissions communiquer ces renseignements. En ce qui concerne le rapport sur la santé publique, certains pays d'Europe débattent de certains de ces principaux thèmes concernant la population. Nous avons l'occasion de sensibiliser le public à ce problème.

Dans le cas d'autres pays qui éprouvent des difficultés — j'ai parlé à des collègues en Amérique du Sud pas plus tard que la semaine dernière — dans leur tentative de s'attaquer à ce programme, si nous revenons au rôle du secteur de la santé, comment le secteur de la santé exerce-t-il son leadership? Concrètement, qu'est-ce que ça signifie? Nous constatons que de nombreux pays sont si préoccupés par la prestation des services à l'échelle nationale, qu'ils n'ont plus les moyens de traiter et collaborer avec d'autres secteurs et d'agir en coordonnateurs pour faire intervenir d'autres secteurs dans le dossier des déterminants.

Au Canada, en raison du système fédéral, il y a un vide au palier fédéral qui peut être comblé en rassemblant tous les intervenants principaux au sein du gouvernement et à l'extérieur de celui-ci. Cependant, je crois que le rôle de coordonnateur de la santé publique est un élément clé pour progresser à cet égard. Vous avez besoin d'un défenseur, mais ce défenseur ne doit pas composer avec toutes les autres questions entourant la prestation. Ce point m'a paru intéressant.

Le Costa Rica semble être le pays qui a le mieux réussi. Ils ont décidé que tout ce qui touchait la prestation de services relevait du palier régional, comme le Canada, mais ils ont pris cette compétence pour l'intégrer aux politiques générales ayant une incidence sur la santé. Il est intéressant de voir comment les pays dirigent le secteur de la santé.

I summarize the rest of my presentation. We are saying that despite a relatively strong economy, health inequalities exist and could worsen without intervention. Addressing determinants of health benefits everyone. We know we can make gains using various policy levers. We have the models to learn from and the foundation to build on. Where knowledge exists, we know where there are gaps and what is involved in filling them.

I think there is potential for Canada to take an important leadership role in this agenda. It is not like there is an absolute model to follow. We are paving the way, we have the foundations, we are learning from others, and the time to act is now. Thank you.

The Chairman: Thank you. That was a very long presentation. However, I knew it would be. We wanted to get an overview from you because you have a better grasp of this subject over anyone I know.

We deeply appreciate you coming here early on in our study and telling us what you think is out there and indeed suggesting which direction we might start to go. We have our own ideas about where we want to go, but we will need your help.

It is also important that we proceed in sync with the Public Health Agency of Canada because it is timely now, of course, with the WHO. I hope our report is out before theirs in 2009. We will be imposing on you along the way. Dr. Stachenko, I wanted to ask about your determinants, in which you did not list the health care system. Allow me to expand.

It was suggested to us that we look at it not only carefully but also at both the positive and negative components of the health care system on the determinants of health. The second leading cause of death in Canada is the health care system or accidents within. Only heart disease is a greater leading cause of death. You would agree with that — and it is in your material. Is that right?

Dr. Stachenko: Yes, it definitely is. I was thinking of mentioning that beyond health care we have to look at these others. Definitely, health care is a key determinant. As you know, the WHO commission has acknowledged the health care system as a determinant.

The Chairman: We will move to questions.

Senator Cochrane: I am overwhelmed by the work that has been done. I am glad to hear you say that we have compared with other countries and have developed solutions in conjunction with the WHO. We can only improve by doing that and it is wonderful.

It has been suggested that one of the benefits of health promotion and population health efforts is that by making people healthier demands on the health care system will be reduced. This would save us money and make our health care system

Je résume le reste de mon exposé. Nous affirmons que bien que nous ayons une économie relativement solide, des inégalités en matière de santé existent et pourraient empirer si nous ne faisons rien. S'attaquer aux déterminants de la santé profite à tout le monde. Nous savons que nous pouvons tirer des avantages au moyen de leviers politiques. Nous avons des modèles à partir desquels nous pouvons apprendre et des assises sur lesquelles nous appuyer. Quand nous avons des connaissances, nous savons où sont les lacunes et ce qu'il faut faire pour les combler.

Je crois qu'il y a possibilité pour le Canada d'assumer un rôle important de chef de file dans ce programme. Ce n'est pas comme s'il y avait un modèle absolu à suivre. Nous pavons la voie, nous avons les fondements, nous apprenons des autres et il est temps d'agir maintenant. Merci.

Le président : Merci. Votre exposé était très long. Cependant, je savais qu'il le serait. Nous voulions que vous nous donniez un aperçu parce que, d'après moi, vous connaissez le sujet mieux que quiconque.

Nous vous sommes très reconnaissants d'être venue au début de notre étude pour nous informer des possibilités qui s'offrent à nous et nous suggérer quelle direction nous pourrions commencer par prendre. Nous avons nos propres idées à cet égard, mais nous aurons besoin de votre aide.

Il est également important que nous agissions en harmonie avec l'Agence de santé publique du Canada et parce que c'est opportun maintenant, avec l'OMS. J'espère que notre rapport sera publié avant le sien prévu pour 2009. Nous nous en remettrons à vous en cours de route. Madame Stachenko, je voulais vous interroger sur votre liste des déterminants, sur laquelle le système de soins de santé ne figure pas. Permettez-moi de m'expliquer.

On nous a suggéré d'examiner la liste attentivement mais aussi les points positifs et négatifs du système de soins de santé sur les déterminants de la santé. La deuxième cause de décès au Canada est le système de soins de santé ou les accidents qui surviennent à l'intérieur de celui-ci. Seulement les maladies cardiaques sont une cause de décès plus importante encore. Vous en conviendrez, car c'est dans votre documentation. Est-ce exact?

Dre Stachenko : Oui, absolument. J'avais pensé à souligner qu'en plus des soins de santé, nous devons examiner ces autres déterminants. Les soins de santé sont bel et bien un déterminant clé. Comme vous le savez, la Commission de l'OMS a reconnu le système des soins de santé comme étant un déterminant.

Le président : Nous allons poursuivre avec les questions.

Le sénateur Cochrane : Je suis étonnée du travail qui a été accompli. Je suis heureuse de vous entendre dire que nous n'avons rien à envier aux autres pays et avons trouvé des solutions en collaboration avec l'OMS. Nous pouvons seulement nous améliorer de cette façon et c'est merveilleux.

On a laissé entendre que l'un des avantages de la promotion de la santé et des efforts en santé publique est qu'en améliorant la santé, les demandes dans le système des soins de santé seront réduites. De ce fait, nous économiserions de l'argent et notre

more sustainable over the long term. I understand you have agreed with that. Can you quantify the potential savings from health promotion?

Dr. Stachenko: The phrase “health promotion” encompasses a great deal.

Senator Cochrane: Yes.

Dr. Stachenko: The latest investing report on chronic disease looks at the savings in terms of investment in the prevention of chronic disease. That savings would include figures on health care costs and national foregone income. We are talking about huge amounts. I do not remember the exact numbers but that is the kind of language we need to use to position this entire agenda — the sustainability of the health care system not only within the demographic population and our aging population but also with the fact that basically our underlying risk factors are increasing. The health care system will go broke if we do not look further upstream. We have those numbers, although I do not have them with me, on certain areas of prevention and what the health care cost savings are and what would happen in terms of national income losses. We also have comparative numbers with other countries.

Senator Cochrane: What do you think of the counterargument that the effect of people living longer, which is what we are seeing, and in healthier lifestyles is to defer the inevitable costs of old age and, in the end, we will not save money.

Dr. Stachenko: We want people to live healthier lives and if we can do this compression of morbidity, meaning that people are living healthier, then that is where the costs are engendered. It is true that during the last two years of life, the greatest costs to the health care system occur. We are looking at trying to keep people healthy until they drop dead.

Senator Cochrane: It does not always happen that way.

Dr. Stachenko: We are talking about what is avoidable. Currently, we think of only the elderly, but we are seeing people going through amputations and renal dialysis as a result of diabetes. The health care costs of that are huge. There is a great deal of potential in terms of reducing those pressures on the health care system. We do not need to have amputations or renal dialysis — they are avoidable — and yet these are on the increase not only in the elderly but also in our younger population.

Senator Eggleton: Thank you for that comprehensive presentation. One of the challenges and frustrations that I have found in the federal government over the years is the horizontal linkages of programs and services. We are a silent system federally, as are some other levels of government. If we are to do these social determinants of health comprehensively, we have to look at those horizontal links. Your website says that, in a population health approach, the articulation of health goals and targets includes the clear delineation of strategies to be undertaken and parties responsible for achieving targets. Are you working on developing these strategies with measurable

système de soins de santé serait encore plus viable à long terme. Je comprends que vous êtes d'accord avec cela. Pouvez-vous quantifier les économies potentielles que la promotion de la santé nous permettraient de réaliser?

Dre Stachenko : L'expression « promotion de la santé » englobe quantité de choses.

Le sénateur Cochrane : Oui.

Dre Stachenko : Le dernier rapport d'investissements sur les maladies chroniques évalue les économies en termes d'investissements dans la prévention de ces maladies. Ces économies inclueront les coûts liés aux soins de santé et le manque à gagner national, des sommes considérables. Je ne me souviens pas exactement des chiffres mais c'est le genre de terminologie que nous devons utiliser pour décrire tout ce programme — la viabilité du système de soins de santé pas seulement au sein de la population et de notre population vieillissante, mais aussi en tenant compte de l'augmentation de nos facteurs de risque sous-jacents. Le système de soins de santé fera faillite si nous ne prenons pas des mesures bien à l'avance. Nous avons des chiffres, bien que je ne les ai pas avec moi, pour certains secteurs de prévention, pour les économies des coûts liés aux soins de santé et les prévisions des pertes du revenu national. Nous avons aussi des chiffres comparatifs avec d'autres pays.

Le sénateur Cochrane : Que pensez-vous de l'assertion contraire voulant que le fait que les gens vivent plus longtemps, ce que nous constatons, et en meilleure santé reporteront les coûts inévitables liés à la vieillesse et que nous ne pourrons finalement pas faire des économies.

Dre Stachenko : Nous voulons que les gens vivent en meilleure santé et si nous pouvons réduire la morbidité, je veux dire que les gens vivront plus sainement, et bien cela engendrera des coûts. Il est vrai que les deux dernières années d'une vie coûtent le plus cher pour le système de soins de santé. Nous essayons de maintenir les gens en bonne santé jusqu'à leur dernier jour.

Le sénateur Cochrane : Ce n'est pas toujours le cas.

Dre Stachenko : Nous parlons de ce qui est évitable. Aujourd'hui, nous ne pensons qu'aux personnes âgées, mais des gens sont amputés et ont des dialyses rénales à cause du diabète. Les coûts de ces soins sont énormes. Il est vraiment possible de réduire ces coûts liés aux soins de santé. Les amputations et les dialyses rénales ne sont pas nécessaires, on peut les éviter, et pourtant leur nombre augmente non seulement chez les personnes âgées, mais aussi chez les plus jeunes.

Le sénateur Eggleton : Merci pour cet exposé détaillé. Les liens horizontaux des programmes et des services au niveau du gouvernement fédéral sont l'une des frustrations que je ressens depuis des années. Notre système fédéral fonctionne silencieusement, comme d'autres paliers de gouvernement. Si nous devons établir de manière compréhensive ces déterminants sociaux de la santé, il faudra tenir compte de ces liens horizontaux. Votre site web dit que « dans une telle approche, l'articulation des objectifs nécessite de délimiter clairement les stratégies à mettre en œuvre et de définir précisément les responsabilités de chaque partie ». Travaillez-vous à l'élaboration

outcomes? How will you get the buy-in other departments? Will the Public Health Agency or Health Canada tell departments, such as Human Resource Development Canada and Environment Canada, that they must meet certain goals and targets? How will that be accomplished?

Dr. Stachenko: I was trying to refer to that. Some people would call that health imperialism, but that is not what we are talking about. Rather, we are talking about changing the language. It is not only about looking at how they can help us but also about that whole debate on how having healthy lands could help their respective agendas.

We need to have value added for both sides, and the way to that is not clear currently. We need to have targets like they have in Sweden, where they address all governments and departments, who contribute to the goals, and where there is an agreed-to monitoring system and a societal consensus. There is a centre-of-government kind of leadership in Sweden. Or, it could be a system like the one in the U.K. that is financed, whereby departments tell government what they are doing to contribute and are then financed.

I envision health as being in a kind of stewardship system and supporting arguments and technical backup in terms of health impact assessments. They will not do that; we need to help them to do that. We need to offer something. Transport policies are developed for purposes other than health. We need to figure out how we can have policy cohesiveness where it is a win-win for both in terms of showing the contribution. A great deal of technical work needs to be developed, and there are many arguments about it. I spoke to the lessons learned — the need for centred government, targets and technical backup so that it is evidence based at the end of the day.

Senator Eggleton: Your website also refers to a population health fund. Where does that stand?

Dr. Stachenko: That is a funding mechanism within the PHA that carries a few conditions. These are interventions that have to involve the target population and a few sectors and take a comprehensive approach. That is a mechanism we have to stimulate action on determinants. Much of this has been to support a fair amount of community effort in this regard.

Senator Eggleton: Has there been take-up on the fund by the community?

Dr. Stachenko: Yes. It is very well known. The problem is, again, they are mainly isolated community efforts. I tend to agree with Monique Bégin that we have learned a lot, but now we need to bring it together and institutionalize the learning into practice. The demand for that fund is huge.

Senator Callbeck: Thank you for being here today. You have given us a lot of information. When was the Public Health Agency of Canada established?

de ces stratégies en incluant des résultats mesurables? Comment allez-vous intéresser d'autres ministères? Est-ce que l'Agence de santé publique du Canada ou Santé Canada fixent des objectifs à d'autres ministères tels que Développement des ressources humaines Canada et Environnement Canada? De quelle façon cela se fera-t-il?

Dre Stachenko : J'ai essayé d'en parler. Certains qualifieraient cela d'impérialisme dans le domaine de la santé, mais ce n'est pas ce dont il s'agit. Nous parlons plutôt d'un changement de terminologie. Il ne s'agit pas seulement de chercher la façon dont ils peuvent nous aider, mais aussi de déterminer la façon dont tout ce débat visant à avoir un pays sain pourrait aider leurs programmes respectifs.

Il faut qu'il y ait une valorisation des deux côtés et, pour l'instant, on ne sait trop comment y arriver. Nous devons fixer des objectifs comme l'a fait la Suède où tous les gouvernements et ministères sont concernés et collaborent pour atteindre les objectifs et où il y a un système de surveillance accepté et un consensus social. Il y a en Suède une sorte de gouvernement central. Ou alors le système pourrait ressembler à celui instauré au Royaume-Uni, qui est financé, et où les ministères signalent au gouvernement la façon dont ils participent et reçoivent des fonds par la suite.

Je considère la santé comme faisant partie d'un système administratif et les arguments et le soutien techniques en termes d'études d'impact sur la santé. Ce n'est pas quelque chose qu'ils feront; nous devons les encourager à le faire. Nous devons offrir quelque chose. Les politiques relatives aux transports sont élaborées pour d'autres raisons que la santé. Nous devons trouver le moyen d'uniformiser les politiques afin que tout le monde sorte gagnant au niveau de la participation. Beaucoup de travail technique doit être fait et cela soulève beaucoup de discussions. J'ai parlé des leçons tirées — la nécessité d'un gouvernement axé, d'objectifs et de soutien technique pour qu'en fin de compte cela s'appuie sur des preuves.

Le sénateur Eggleton : Votre site web fait aussi référence à un fonds de santé de la population. Où en est-il?

Dre Stachenko : C'est un mécanisme de financement au sein de l'Agence de santé publique comportant quelques conditions. Il s'agit d'interventions impliquant la population cible et quelques secteurs et adoptant une approche globale. Ce mécanisme vise à favoriser des mesures relatives aux déterminants. C'est surtout pour appuyer un effort assez grand de la collectivité à cet égard.

Le sénateur Eggleton : Ce fonds a-t-il soulevé l'intérêt de la collectivité?

Dre Stachenko : Oui. Il est très connu. Encore une fois, le problème est que les efforts sont plutôt isolés. Je suis assez d'accord avec Monique Bégin pour dire que nous avons beaucoup appris, mais il est temps maintenant de colliger cet apprentissage et l'institutionnaliser dans la pratique. La demande relative à ce fonds est énorme.

Le sénateur Callbeck : Je vous remercie d'être venue aujourd'hui. Vous nous avez fourni beaucoup de renseignements. Quand l'Agence de santé publique Canada a-t-elle été fondée?

Dr. Stachenko: It will be two and a half years in September.

Senator Callbeck: That was under Mr. Bennett?

Dr. Stachenko: The Public Health Minister at the time was Mr. Bennett, correct.

Senator Callbeck: This report that you are talking about and that will be presented to Parliament will be the first report of this agency?

Dr. Stachenko: It will be the first report under the leadership of David Butler-Jones, who is the first Chief Public Health Officer in Canada.

Senator Callbeck: This is the first report of the Public Health Agency of Canada to be presented to the public. What will it cover?

Maura Ricketts, Acting Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Practice and Regional Operations Branch, Public Health Agency of Canada: Basically, Bill C-42, our enabling legislation, requires that the Chief Public Health Officer produce an annual report on the state of the public health. It actually says that.

During this first year of producing the report, because we are given about three years to get ourselves on our feet, and it is a highly complex task, Dr. Butler-Jones selected the topic of health disparities to be viewed through a life course. The idea is to start at childhood through being a young adult and, as you age and become elderly and eventually die, what are the impacts of the variety of health disparities? How can we intervene effectively? What is the role of public health in these areas, et cetera? That is basically what the report is about the first time.

There is no obligation to do exactly the same thing each and every year. We anticipate that, in the future, there may be a core component that is repeated, but we may shift the topic area to reflect a wide variety of other pressures or needs. This first time will take a long time to get us on our feet, but we will be developing the theme of the second report sometime this summer and will begin running these reports out annually with about a two-year prep time.

Senator Callbeck: With those reports, will we be able to measure in any way from one report to the next how we are doing in certain areas?

Ms. Ricketts: We can use those reports to look at those measurements, but, without getting into the boring part of things, although it is the kind of thing I love to talk about, coming up with a good indicator for the health of the population is not so easy. One big underlying effort we are involved in at the agency is working with other organizations, like Statistics Canada, to determine what kinds of indicators we could report on. It is important to understand that it will not change quickly. You can perhaps see people becoming thinner fairly quickly, but would you be able to see an impact on diabetes rates? It would be

Dre Stachenko : Cela fera deux ans et demi en septembre.

Le sénateur Callbeck : C'était sous la direction de M. Bennett?

Dre Stachenko : C'est exact, M. Bennett était ministre de la Santé publique à l'époque.

Le sénateur Callbeck : Le rapport que vous avez mentionné et qui sera présenté au Parlement est le premier rapport de l'agence?

Dre Stachenko : Ce sera le premier rapport sous la direction de M. David Butler-Jones qui est le premier administrateur en chef de la santé publique au Canada.

Le sénateur Callbeck : C'est le premier rapport de l'Agence de santé publique Canada présenté au public. De quoi traitera-t-il?

Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales, Agence de santé publique du Canada : Le projet de loi C-42, notre loi habilitante, stipule que l'administrateur en chef de la santé publique présente un rapport annuel sur l'état de la santé publique. C'est écrit textuellement.

C'est une tâche très complexe durant cette première année de préparation du rapport, puisque l'on nous a donné trois ans pour nous établir. Le Dr Butler-Jones a choisi le sujet des disparités en matière de santé durant toute une vie. Nous commençons par l'enfant, nous passons au jeune adulte, puis la personne vieillit et devient une personne âgée et décède éventuellement; nous suivons cela pour étudier les effets sur les diverses disparités en matière de santé? De quelle façon pouvons-nous intervenir efficacement? Quel rôle peut jouer la santé publique dans ce domaine, et cetera? Voilà le sujet du premier rapport.

Nous ne sommes pas obligés de faire exactement la même chose chaque année. Nous prévoyons qu'une composante de base sera soulevée de nouveau à l'avenir, mais nous pourrons changer de sujet en réponse à tout un éventail d'autres pressions ou de besoins. Cela va prendre beaucoup de temps la première fois, mais nous développerons le thème du deuxième rapport durant cet été et nous commencerons à les publier annuellement après un travail qui demandera environ deux ans de préparation.

Le sénateur Callbeck : Ces rapports nous permettront-ils de mesurer les progrès accomplis dans certains domaines entre la publication de deux rapports?

Mme Ricketts : Nous pouvons utiliser ces rapports pour voir ces mesures, mais, sans entrer dans les détails de la partie ennuyeuse, bien que ce soit le genre de choses dont j'aime parler, il n'est pas très facile d'avoir un bon indicateur de la santé de la population. L'un des efforts essentiels déployés par l'agence pour déterminer le genre d'indicateurs que nous pourrions signaler dans le rapport qui, il est important de le dire, ne changera pas rapidement se situe au niveau de la collaboration de l'agence avec d'autres organisations comme Statistique Canada. On pourra peut-être voir des gens perdre du poids assez rapidement, mais

delayed over time, just as we saw with the behaviour of teenage girls smoking, the impact on lung cancer will arrive some years down the way.

I have to confess we are building the plane while flying it on this report, and we are learning from our various partners about the best direction to go in this. It is certainly something we are considering.

At the risk of yammering on and on, we were inspired by the Chief Public Health Officer's report in the U.K. where the Chief Public Health Officer made statements and said, "This is a problem area. This is exactly what it looks like now, and next year I will come back and talk to you about what we did." It has to be recognized that the Chief Public Health Officer in the U.K. actually controls the health system in that country, as opposed to our federated system where we do not have that level of control.

Senator Callbeck: Many of these initiatives will be provincial. You mentioned British Columbia. Will there be reference in this report to those provincial initiatives?

Ms. Ricketts: Certainly, yes. A few weeks ago, we presented on this report to the Public Health Network Council of Canada, which is ADMs and Chief Public Health Officers of Health. We discussed it with them, because our best examples come from provincial initiatives.

The Chairman: We have this beautiful example of population health right now. With cervical cancer in women, we used to spend all this money on radiation and surgery, and the complications were terrible. Now we have a vaccine to cure it. To me, that is the mindset that people have to come up with for population health.

Dr. Stachenko: Exactly.

The Chairman: The savings there are enormous, and women will be saved enormous pain and suffering.

Senator Fairbairn: It is very interesting to hear you on this. We have just concluded another study, and will be working away on that tomorrow, and that is on literacy. I have noticed through your material the issue of education and learning and early childhood development. We often talk about literacy as a foundation issue. Looking at your work, the education and learning capacity here is also a foundation issue.

I was wondering, as you go along your very interesting and difficult trek, certainly Statistics Canada has had some quite outstanding people who have worked on this particular subject, but have you had any discussions with any of the organizations or national groups or even local programs on this issue? That would be people who are actually working in the field and facing this every day. I was wondering if you had been able to have any useful guidance or material on the part that it plays in the whole larger issue of health.

pourra-t-on voir l'incidence sur les taux de diabète? L'incidence se manifeste beaucoup plus tard, par exemple chez les adolescentes qui fument, le cancer du poumon se déclare plusieurs années après.

Je dois avouer qu'en ce qui concerne ce rapport, nous construisons la maison tout en y habitant et nous tirons les leçons des expériences de nos divers partenaires pour trouver le meilleur moyen d'y arriver. C'est certainement quelque chose que nous envisageons.

Au risque de me répéter, nous nous sommes inspirés du rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Royaume-Uni qui a déclaré : « Il y a des problèmes. C'est exactement ce à quoi ressemble la situation aujourd'hui, je reviendrai l'an prochain vous dire ce que nous avons fait ». Il est à noter que l'administrateur en chef de la santé publique du Royaume-Uni contrôle le système de santé, alors que notre système fédéral ne prévoit pas un tel contrôle.

Le sénateur Callbeck : Un grand nombre de ces initiatives émanent des gouvernements provinciaux. Vous avez mentionné la Colombie-Britannique. Ce rapport mentionnera-t-il ces initiatives provinciales?

Mme Ricketts : Bien sûr. Il y a quelques semaines, nous avons présenté ce rapport au Conseil du réseau de santé publique du Canada composé de SMA et d'administrateurs en chef de la santé publique de Santé Canada. Nous les avons rencontrés parce que nos meilleurs exemples sont issus d'initiatives provinciales.

Le président : Nous avons maintenant même un magnifique exemple de la santé de la population. Nous faisions d'énormes dépenses en radiation et en chirurgie pour traiter le cancer du col de l'utérus chez les femmes et les complications étaient terribles. Nous avons aujourd'hui un vaccin qui le guérit. Je pense que c'est l'état d'esprit qu'il faut avoir relativement à la santé de la population.

Dre Stachenko : Tout à fait.

Le président : Des économies énormes ont été faites et les femmes n'auront plus à souffrir autant.

Le sénateur Fairbairn : Ce que vous venez de dire est très intéressant. Nous venons juste de terminer une autre étude, dont nous parlerons demain, qui traite de l'alphabétisation. J'ai remarqué qu'il était question dans votre documentation de l'éducation, l'apprentissage et le développement de la petite enfance. Nous disons souvent que l'alphabétisation est à la base de tout. L'éducation et la faculté d'apprentissage sont aussi à la base de tout dans votre travail.

Il est sûr que dans le chemin très intéressant et ardu que vous suivez d'excellents fonctionnaires de Statistique Canada ont participé à ce projet particulier, mais avez-vous soulevé cette question avec des organisations ou des groupes nationaux ou même avec des programmes locaux? Je veux dire des gens qui travaillent sur le terrain et qui y sont exposés quotidiennement. Avez-vous reçu des conseils ou de la documentation utiles sur le rôle de l'alphabétisation dans le domaine plus large de la santé?

Dr. Stachenko: Yes, definitely health literacy is a key part.

In terms of what we have done more practically, a fair amount of work has been done around that in our regions through some of the community programs, and I know there are some findings in that. In terms of a national systemized effort, I am not sure. We definitely have a lot in terms of work growing at the grassroots level. Tools and methods are out there. It is part of our funding programs that we want to learn about how to do this. It is a key component of our children's program. As part of that, there are a number of tools, resources and approaches that we are learning from.

Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Strategic Policy, Communications and Corporate Services Branch, Public Health Agency of Canada: I think your question is important and relevant in terms of the link between education and health, and obviously literacy is a component of that broader education domain. Within that, we have what we call health literacy.

In addition to these community investments, we have more recently created the national collaborating centre on the determinants of health that Dr. Stachenko mentioned. A big part of the work they are completing is to look at the link between health and learning, health and education in general, as well as health literacy. We want to determine how we best go about supporting Canadians in learning more about health, thereby taking control of their own health, not only through individual behaviours but by trying to influence the conditions within which they are living and working with that knowledge behind them.

Senator Fairbairn: This is particularly relevant when you get into the area of seniors and how important it is to retain as best they can their own well-being when they are not able themselves to read or communicate much. That is a key effort.

The Chairman: I am afraid we are being unfair to our other witnesses, so if you will forgive me, we will move on.

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development, Statistics Canada: I appreciate the time limits of the committee.

I appreciate the opportunity to help inform you in the important work you are undertaking. I will confine my remarks to a few examples of the evidence supporting the importance of the social determinants of health and the importance of a population health perspective when we think about the kind of health information Canada needs.

Dre Stachenko : Oui, l'alphabétisation en matière de santé est certainement un élément très important.

Sur le plan pratique, nous avons beaucoup œuvré dans ce domaine dans nos régions par le biais de certains programmes communautaires et je sais que cela a donné des résultats. Quant à un effort national systématisé, je ne suis pas sûre. Nous avons certainement beaucoup de travail à faire à la base. Les outils et les méthodes existent. Nous voulons, dans le cadre de nos programmes de financement, apprendre à faire cela. C'est un élément essentiel de nos programmes pour les enfants. Il y a, dans ce contexte, de nombreux outils, de ressources et d'approches qui nous permettent d'apprendre.

Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générale des politiques stratégiques, des communications et des services généraux, Agence de santé publique du Canada : Je pense que votre question est importante et pertinente par rapport au lien reliant l'éducation et la santé et, bien sûr, l'alphabétisation est une composante du domaine plus large de l'éducation. Dans ce contexte, nous avons ce que nous appelons l'alphabétisation en matière de santé.

En plus des investissements communautaires, nous avons récemment créé le Centre national de collaboration des déterminants de la santé dont a parlé Dre Stachenko. L'étude des liens entre la santé et l'apprentissage, la santé et l'éducation en général ainsi que l'alphabétisation en matière de santé constitue une grande partie du travail de ce centre. Nous voulons trouver le meilleur moyen d'aider les Canadiens à mieux connaître la santé, et ainsi prendre en charge leur propre santé, non seulement par des comportements individuels mais en essayant d'influencer les conditions dans lesquelles ils vivent et travaillent après avoir acquis ces connaissances.

Le sénateur Fairbairn : C'est quelque chose de particulièrement pertinent pour les personnes âgées et il est très important qu'ils se maintiennent le mieux possible en bonne santé quand ils n'arrivent plus à lire et à communiquer autant. Cet effort est critique.

Le président : Je ne voudrais pas léser nos autres témoins, aussi si vous me le permettez, nous allons donner la parole à un autre témoin.

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement, Statistique Canada : Je comprends bien que le comité a des délais à respecter.

Je vous remercie de me donner l'occasion de vous renseigner dans le cadre du travail important qui est le vôtre. Je limiterai mes remarques à quelques exemples prouvant l'importance des déterminants sociaux de la santé et l'importance du développement d'un mode de vie sain de la population et ce, dans le cadre du type de renseignements en matière de santé dont a besoin le Canada.

By way of background, my day job is at Statistics Canada and it includes responsibility for our health statistics program. I also spend a fair amount of my time as a population health researcher. I have four slides, but it will take me a while to walk you through them. I will try to keep myself to 10 minutes.

Let me begin with the most persuasive evidence in Canada that social determinants of health are indeed real and important. We have witnessed a major change from 15 years ago when I started the research that resulted in this graph. At that time, there was considerable scepticism that income was related to health at all. Now it is commonplace.

A few weeks ago, Ms. Bégin, in making the same point to your committee, referred to the Black report and the Whitehall study, both of which originate from the United Kingdom. In this Canadian analysis, we have gone on the hardest data possible.

The horizontal axis in this graph shows earnings as measured by Revenue Canada, while the vertical axis shows mortality from death certificates. They are connected fortuitously in this analysis in the data used to compute Canada and Quebec pension plan benefits and contribution.

In fact, and more subtly, we have on the horizontal axis average earnings over almost two decades before reaching the age of 65 and on the vertical axis mortality rates for the five years after reaching the age of 65.

In other words, underlying this graph, there is longitudinal data for each of over half a million men. The results, therefore, are strong and show more than a statistical association. They argue strongly for a causal link from income to health and not the other way around.

Moreover, the graph shows that this influence is not a threshold. This is not simply a story about poverty or low income. This is a gradient, as Dr. Stachenko mentioned previously. Every step up the earnings ladder confers a benefit in terms, in this case, of survival past the age of 65. This means that the social determinants are not only a factor at the bottom of the socio-economic hierarchy — I think you have likely heard this term used a few times — but they affect the lower and upper middle classes as well, indeed everyone.

There is a further point about the size of this gradient. I point out that the steps are not all equal sized. It is 20 per cent in the middle but 2, 3, 5 and 10 per cent at each end.

If the 80 per cent of men with the lowest earnings were somehow able to achieve the survival rates of the top fifth, their increase of life expectancy would be about one year. This turns out to be about the same as if we could magically eliminate cancer as a cause of death in this cohort.

À titre d'information, mon travail à Statistique Canada comporte des responsabilités au niveau de notre programme de statistiques sur la santé. Je consacre aussi beaucoup de temps à la recherche sur la santé de la population. J'ai quatre diapositives, il me faudra un peu de temps pour en parler. J'essaierai de ne pas dépasser 10 minutes.

Permettez-moi de commencer par l'élément le plus probant au Canada indiquant que les déterminants sociaux de la santé sont réels et importants. Nous avons assisté à un changement majeur il y a 15 ans quand j'ai commencé la recherche qui a abouti à ce graphique. À cette époque, le lien de cause à effet entre le revenu et la santé suscitait énormément de scepticisme. Aujourd'hui ce lien est tout à fait accepté.

Il y a quelques semaines, Mme Bégin, en soulevant le même point devant le comité, a mentionné le rapport Black et le rapport Whitehall, tous deux publiés au Royaume-Uni. Pour cette analyse canadienne, nous avons utilisé les données les plus objectives possible.

L'axe horizontal du graphique montre les revenus tels que mesurés par Revenu Canada, alors que l'axe vertical indique les taux de mortalité relevés dans les actes de décès. Ils sont reliés fortuitement dans cette analyse et dans les données utilisées pour calculer les prestations du régime de pensions du Canada ou du régime des rentes du Québec.

En fait, et plus discrètement, l'axe horizontal indique les revenus moyens sur presque deux décennies avant l'âge de 65 ans et l'axe vertical indique les taux de mortalité entre 65 et 70 ans.

Autrement dit, à la base de ce graphique, il y a des données longitudinales pour chaque tranche de plus d'un demi-million d'hommes. Les résultats sont donc fiables et montrent plus qu'une simple association statistique. Ils font valoir fermement qu'il y a un lien de cause à effet allant du revenu à la santé et pas l'inverse.

De plus, le graphique montre que cette influence n'est pas un seuil. Ce n'est pas une simple représentation de la pauvreté ou des revenus faibles, c'est un gradient, comme l'a déjà dit la Dre Stachenko. Chaque échelon vers le haut de l'échelle des revenus offre une chance, dans ce cas, de survie après 65 ans. Cela signifie que les déterminants socioéconomiques ne sont pas seulement un facteur au bas de l'échelle socioéconomique — je suppose que vous avez plusieurs fois entendu cette expression — mais qu'ils touchent aussi les classes inférieures et supérieures, en fait tout le monde.

Il y a autre chose concernant les proportions de ce gradient. Vous remarquerez que les paliers ne sont pas tous de la même taille. Ils peuvent être de 20 p. 100 au milieu, mais de 2, 3, 5 ou 10 p. 100 aux extrémités.

Si les hommes se trouvant dans la tranche de revenus la plus basse, qui sont 80 p. 100, arrivaient, d'une quelconque façon, à avoir le même taux de survie que les 5 p. 100 qui sont dans la tranche supérieure, leur espérance de vie augmenterait d'environ un an. Cela reviendrait à peu près au même que d'éliminer, comme par magie, le cancer comme cause de décès dans cette cohorte.

The previous slide showed data only for men and then only at middle and older ages. It also focused only on mortality. For centuries, indeed up to the present, the most widely used measure of overall population health has been life expectancy, which is essentially a summary index of mortality rates across all ages.

More recently, paraphrasing the Quebec Rochon commission of some years ago, health policy quite correctly is concerned not only with adding years to life, but with adding life to years. This means that we need measures that combine length of life with the healthiness of those years of life. That question was responded to a few moments ago in terms of compression of morbidity, which is talking about the combination of years of life and the healthiness of those years.

As a result, Statistics Canada has developed measures of health-adjusted life expectancy, HALE. We have done this in parallel with other organizations, such as the WHO.

Information systems that can measure HALE provide the fundamental bottom line for population health. In terms of one of the committee's questions about the kinds of infrastructure we need, these measures should be an essential component of the government structures for generating, monitoring and assessing policies.

These graphs in particular show on the left life expectancy and HALE for males and females for the first two bars at birth and the second two bars at the age of 65. The red colour indicates those people who are assumed to survive to the age of 65. The total height of the bar is life expectancy, and the shaded portion is health-adjusted life expectancy.

On the right are two groups of three bars, one for males and one for females, which show how these look by income groups, in this case, thirds. The red-coloured braces show the differential between the bottom third and the top third of the income spectrum, first for men and then for women.

Again, to put these disparities in context, the gap between the bottom and top thirds is larger than that attributable to heart disease and lung cancer combined.

One fundamental challenge for a broad understanding and action on the social determinants of health is something so basic that we are generally unaware of it. These are the kinds of words or concepts we use in conversations about health. These conversations are dominated by a biomedical or clinical paradigm.

When I started in the health field at Statistics Canada, it was taken for granted that all our data should be defined and measured in terms of diseases and risk factors.

La diapositive précédente faisait uniquement état de données concernant les hommes, ceux d'âge moyen, et ceux plus âgés, et traitait seulement de la mortalité. Depuis toujours, la mesure la plus couramment utilisée pour déterminer la santé globale de la population est l'espérance de vie, laquelle est essentiellement un indice sommaire des taux de mortalité selon l'âge.

Depuis quelque temps — pour reprendre ce qui avait été dit lors de la Commission Rochon, au Québec, il y a quelques années —, la politique en matière de santé, à juste titre, ne vise pas seulement à ajouter des années à la vie, mais aussi de la vie aux années. Cela signifie que nous avons besoin de mesures qui combinent durée de vie et vie en bonne santé. On a répondu à cette question tout à l'heure en parlant de compression de la morbidité, expression qui fait référence au nombre d'années de vie en bonne santé.

C'est pourquoi Statistique Canada a élaboré des mesures d'espérance de vie ajustée selon l'état de santé, ou EVAES, en collaboration avec d'autres organismes comme l'OMS.

Les systèmes d'information qui peuvent mesurer l'EVAES nous fournissent les données de base concernant la santé de la population. Pour répondre à l'une des questions du comité au sujet du type d'infrastructures dont nous avons besoin, je dirais que ces mesures devraient être une composante essentielle des mécanismes qu'utilise le gouvernement pour la création, la surveillance et l'évaluation des politiques.

Quant à ces histogrammes, celui de gauche fait état de l'espérance de vie et de l'EVAES pour les femmes et les hommes; les deux premières colonnes indiquent ces données à la naissance, et les deux autres, à l'âge de 65 ans. Les parties en rouge représentent la population censée survivre jusqu'à 65 ans. Le haut de la colonne indique l'espérance de vie, et la portion ombrée fait état de l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé.

Dans l'histogramme de droite, on trouve deux groupes de trois colonnes — un groupe pour les hommes, et un autre pour les femmes — qui font état des données par groupe de revenu, en l'occurrence, par tercile de revenu. Les accolades en rouge indiquent la différence entre le tercile inférieur et le tercile supérieur du spectre de revenu, d'abord pour les hommes, et ensuite pour les femmes.

Encore une fois, pour mettre ces disparités en contexte, l'écart entre les terciles inférieur et supérieur est encore plus grand que cela, en raison des maladies cardiaques et du cancer du poumon combinés.

L'une des difficultés fondamentales, pour bien comprendre et agir sur les déterminants sociaux de la santé, c'est qu'il s'agit d'une chose tellement essentielle qu'en général, nous n'en avons même pas connaissance. C'est le genre de termes ou de concepts que nous utilisons quand nous parlons de la santé. Ces conversations sont dominées par un paradigme biomédical ou clinique.

Quand j'ai commencé à travailler dans le domaine de la santé, à Statistique Canada, on tenait pour acquis que toutes nos données devaient être définies et mesurées en fonction des maladies et des facteurs de risque.

For example, the latest thinking about the major cause of or precursor for diabetes is labelled syndrome X. There are several definitions, but they all use some combination of cholesterol, blood pressure, blood glucose and adiposity measures. By labelling and describing the causes of diabetes in these terms, should we be surprised that the first line of attack in thinking about preventing disease is in terms of pharmaceutical interventions, for example, to lower cholesterol or hypertension, and counselling by your family doctor to improve diet and physical activity? However, if we had for the last 30 or 40 years a statistical system that described diabetes as an end point, but socio-economic status and sedentary lifestyle measures rather than the kinds of clinical markers that comprise syndrome X, we might instead have concluded, having done the same kinds of epidemiological studies, that diabetes is caused by "low stat sed syndrome," my phrase for low socio-economic status, sedentary lifestyle syndrome. In turn, with these kinds of labels for the causes of the disease, we might have privileged a very different range of interventions. Instead of pharmaceuticals and counselling, we might have thought more about effort-reward balance in the workplace, different incentive structures and regulations for the food industry, whether our urban transportation options are obesogenic, and different priorities for raising children to inculcate lifelong attitudes towards ingrating physical activity into daily life.

Let me conclude my remarks with one more graph and this response to Senator Keon's question about whether the health care system is a determinant of health. This is a bit of a complicated graph, so I will take a second to describe it. Each dot in this graph represents a health region in Canada, indeed a large region with over 100,000 residents. For every resident within each of these health regions who arrived at hospital with a heart attack, two basic features of their medical history were extracted from the data. Were they treated with heart bypass or angioplasty, in other words, revascularized, within 30 days, and did they die within 30 days? The horizontal axis shows the percentages in each of these regions who were treated, while the vertical axis shows the percentages that died. By the way, these are age and sex standardized. The red dots show the situation in 1995-96, while the blue are eight years later.

There has clearly been a dramatic increase in the proportion of people who come with heart attacks who are treated, almost a tripling, from 14.5 to 39.5 per cent. We might therefore expect a similar improvement in outcomes, and we do see some improvement in survival, but, compared to the increase in treatments, the reduction in mortality is really quite modest, about a 15 per cent drop from 11.5 per cent to 9.7 per cent 30-day mortality. Moreover, the scatter of these dots shows a very wide variation among health regions. In 2003-04, a number of health regions had 30-day mortality rates around

Par exemple, la dernière trouvaille en ce qui concerne la cause majeure ou le précurseur du diabète, est ce qu'on appelle le syndrome X. Il en existe plusieurs définitions, mais toutes presupposent une combinaison des mesures de cholestérol, de pression artérielle, de glycémie et d'adiposité. Puisqu'on étiquette et qu'on décrit ainsi les causes du diabète, faut-il s'étonner que, pour prévenir cette maladie, on privilégie les interventions pharmaceutiques pour abaisser le taux de cholestérol ou l'hypertension, par exemple, ou encore les conseils des médecins de famille, qui recommanderont à leurs patients d'améliorer leur régime alimentaire et de faire de l'exercice? Quoi qu'il en soit, si nous avions eu, ces 30 ou 40 dernières années, un système statistique décrivant le diabète comme un paramètre ultime, en recourant à des mesures du statut socioéconomique et de la sédentarité, plutôt qu'à des repères cliniques comprenant le syndrome X, nous aurions pu conclure, au moyen du même genre d'études épidémiologiques, que le diabète est attribuable à un syndrome alliant statut socioéconomique faible et mode de vie sédentaire. À la place, avec ces types d'étiquettes accolées aux causes du diabète, nous avons opté pour une série d'interventions très différentes. Au lieu de nous centrer sur les produits pharmaceutiques et les conseils thérapeutiques, nous aurions pu songer davantage à l'équilibre entre les efforts et les récompenses en milieu de travail, à diverses mesures incitatives et réglementaires visant l'industrie alimentaire, et aurions pu déterminer si nos modes de transport urbain sont obésogènes et réfléchir à diverses priorités en matière d'éducation des enfants pour leur inculquer l'habitude de faire de l'activité physique au quotidien, tout au long de leur vie.

Je vais conclure en vous présentant un autre graphique et en répondant à la question du sénateur Keon, à savoir si le système de soins de santé constitue un déterminant de la santé. C'est un graphique assez compliqué, alors il me faudra un peu de temps pour l'expliquer. Chaque point du graphique représente une région sociosanitaire du Canada — en fait, une grande région qui compte plus de 100 000 habitants. Deux caractéristiques de base ont été extraites du dossier médical de tous les résidants de chacune de ces régions sociosanitaires admis à l'hôpital pour une crise cardiaque. Les patients ont-ils été traités au moyen d'un pontage coronarien ou par angioplastie, ou, autrement dit, ont-ils été revascularisés dans les 30 jours, et sont-ils décédés pendant cette période? L'axe horizontal fait état du pourcentage de malades traités dans chacune de ces régions, tandis que l'axe vertical indique le pourcentage de patients décédés. Soit dit en passant, ces données sont normalisées selon l'âge et le sexe. Les points rouges représentent la situation en 1995-1996, et ceux en bleu, la situation huit ans plus tard.

Il y a clairement eu une augmentation radicale de la proportion de personnes qui sont allées à l'hôpital pour une crise cardiaque et qui ont été traitées; elle a même triplé, passant de 14,5 à 39,5 p. 100. Nous pourrions donc nous attendre à une amélioration comparable du côté des résultats. Or, si nous constatons une amélioration du taux de survie, par rapport à l'accroissement du nombre de traitements, la réduction de la mortalité est quant à elle très faible. En effet, le taux de mortalité dans les 30 jours a baissé d'environ 1,5 p. 100, passant de 11,5 à 9,7 p. 100. Qui plus est, la répartition de ces points indique une

the eight per cent mark, if you look at the scatter horizontally just below the 10 line, yet treatment rates varied more than threefold, from under 20 to over 60 per cent.

To me, this signals a fundamental problem in the way we manage our health care system. There is lots of smoke, but I am not sure where the fire is. The slide also tells us about what we do not know. Obviously, there is much more to caring for heart attacks than revascularization, but we do not routinely collect the data to enable us to understand why some regions appear to be doing so much better than others — in a word, to learn what works in preventing heart attack mortality. Some of what we do not know relates to clinical medicine, for example, how quickly clot-busting drugs are administered after the heart attack and how often beta blockers are prescribed at discharge, but other missing pieces of this puzzle relate to lifestyle and risk factors. For example, are the heart attack patients in one region much more likely to be smokers or to be obese? Are there significant differences in what some call the clinical signature, the leadership and practice patterns of the physician group in one health region compared to another?

Most fundamentally, in my mind, this slide shows how important it is to bring together what have up until now and generally continue to be two solitudes — clinical medicine, on the one hand, and the broader social determinants of health on the other. In your work as a committee, I would commend you that these should be joined, both in our thinking and in that fundamental prerequisite for effective action, our health information system. The key question raised here, both for clinical medicine and for social determinants, to repeat, is figuring out what works, ensuring we have the evidence base both for monitoring and understanding what we are already doing, and to make the difficult choices regarding what new interventions, whether clinical or directed toward social determinants, merit investment.

I am happy to answer your questions.

The Chairman: Thank you very much. We are old friends. I do not know how many years it has been — probably more than either of us cares to admit.

We will go ahead with Mr. Glouberman's presentation, following which we will have questions for you both.

Sholom Glouberman, Associate Scientist, Kunin-Lunenfield Applied Research Centre: My sense is that you wanted a very quick beginning for discussion, and that is what I thought I would do. It took a long time to prepare because, in order to say what I have to say, it is very easy to say in four hours, but saying it in 10 minutes is really hard. It took me a while.

très grande variation d'une région sociosanitaire à l'autre. En 2003-2004, un certain nombre de régions sociosanitaires avaient des taux de mortalité dans les 30 jours qui tournaient autour de 8 p. 100, comme on peut le voir avec le groupe de points juste au-dessus de la ligne de 10 p. 100, bien que les taux de traitement variaient pour atteindre parfois plus du triple, soit un peu moins de 20 à plus de 60 p. 100.

À mes yeux, cela révèle un problème fondamental dans notre façon de gérer le système de soins de santé. On voit beaucoup de fumée, mais impossible de savoir où se trouve le feu exactement. La diapositive ne nous montre pas tout. De toute évidence, le traitement des crises cardiaques est loin de se limiter à la revascularisation, mais nous ne recueillons pas systématiquement les données pour être en mesure de comprendre pourquoi certaines régions semblent faire bien mieux que d'autres — en un mot, pour savoir ce qui fonctionne en matière de prévention de la mortalité attribuable aux crises cardiaques. Certaines des choses que nous ignorons ont à voir avec la médecine clinique, comme la vitesse à laquelle les médicaments anticoagulants sont administrés après la crise cardiaque et à quelle fréquence les bétabloquants sont prescrits au moment du renvoi du patient, mais d'autres pièces manquantes du casse-tête concernent le mode de vie et les facteurs de risque. Par exemple, les patients victimes de crises cardiaques d'une région donnée sont-ils davantage fumeurs ou obèses? Y a-t-il des différences significatives dans ce que certains appellent la signature clinique, c'est-à-dire les modèles de direction et les pratiques d'un groupe de médecins d'une région sociosanitaire par rapport à une autre?

Mais pour moi, au fond, cette diapositive montre combien il est important de réunir ce qui a toujours été et continue d'être deux solitudes — la médecine clinique, d'une part, et les déterminants de santé dans une perspective plus vaste, d'autre part. Dans le cadre de vos travaux, je vous recommanderais de tenir compte de ces deux éléments, tant pour ce qui est de la façon de penser que du prérequis pour mener une action concrète, et cela concerne notre système d'information sur la santé. Les questions essentielles soulevées ici, tant du côté de la médecine clinique que des déterminants sociaux, consistent à voir ce qui fonctionne, à nous assurer de disposer des données de base pour suivre et comprendre nos pratiques actuelles, et pour faire des choix délicats à l'égard des nouvelles interventions, qu'elles soient cliniques ou orientées vers les déterminants sociaux, en décidant si elles méritent qu'on y investisse.

Je serai heureux de répondre à vos questions.

Le président : Merci beaucoup. Nous sommes de vieux amis. J'ignore depuis combien d'années — probablement plus que nous ne voudrions l'admettre.

Nous allons passer à l'exposé de M. Glouberman, après quoi, nous vous poserons des questions à tous les deux.

Sholom Glouberman, scientifique associé, Kunin-Lunenfield Applied Research Centre : J'ai cru comprendre que vous vouliez que je jette rapidement les bases d'une discussion, et c'est ce que je vais faire. Il m'a fallu beaucoup de temps pour me préparer, car il est plus facile de tout dire en quatre heures qu'en dix minutes.

I made this chart, because it seems to me that the state you are in, the difficulty you have, is the fact we have gone through several very big ideas about health and health policy, and I thought I would try to lead you through the ideas about health policy that come from the public health folks and give you an overview of that and a sense of what the ideas are, what some of the policy consequences of the ideas were and what some of the outcomes were, and then some of what the odd outcomes were as well.

The earliest big public health idea came from a group called the sanitarians, who believed that filth caused disease and that filth was the cause of the epidemics that were the presenting problem at the time. That happened all the way from the 17th century through to the 19th century. In the early 19th century, they thought they would do something about it, and a guy by the name of Edwin Chadwick in England, who was I think probably the Michael Marmot of his day, began a process of working towards a public health law. It took him 50 years. He had this idea together with a fellow by the name of Jeremy Bentham, who was tremendously influential on public policy in England, and together they worked on this. The idea was to clean up the air, the water and the sewage system. That was the most massive effort of public health in the 19th century, which culminated at the end of the 19th century.

They promised that if they could improve the physical environment in these ways, this would reduce the requirement for medical care, it would make people healthier, it would result in much healthier population, and it would have the consequence of less sickness and less need for medical care. That was the promise at that time. At the end of the 19th century, that happened and people became healthier, but it did not reduce the demand for medical care. People did become healthier, and there was a huge increase in longevity and a huge decrease in mortality. Certainly, there was the beginning of the response to these major epidemics.

That grew at the end the 19th century when you had the beginnings of scientific medicine. At the beginnings of scientific medicine, you began to see that you could actually conquer some diseases like smallpox. People began to understand how the diseases worked and to have the knowledge and understand what the interventions should be to cure or prevent those diseases. The second big idea came from this. At the end of the 19th century in England, there was the Boer War in 1899 to 1903. During the Boer War, the soldiers went and came back, the ones who were looked at by doctors, with what were discovered to be medically curable diseases. Medicine was becoming more scientific and there were more medically treatable diseases, but people did not have the money to go to the doctor, so they said, "Let us have a universally covered health care system." The idea for that started in about 1899. People began to fight for it. It took 50 years for that to happen in the U.K. In Canada, the idea came out after the First World War, and it took about 50 years for it to happen in Canada, to go from the idea to implementation of universally funded health care.

J'ai fait ce tableau parce qu'il me semble que vous en êtes au point où la difficulté que vous avez est que nous avons mis à l'épreuve plusieurs grandes idées concernant la santé et les politiques en matière de santé, et j'ai cru bon de vous exposer l'opinion sur les politiques de santé que se font les intervenants en matière de santé publique, pour vous donner un aperçu de leur teneur, de certaines de leurs conséquences et de quelques-uns de leurs résultats, y compris ceux qui étaient inattendus.

La première grande théorie en matière de santé publique vient d'un groupe d'hygiénistes appelé : « the sanitarians », qui pensait que la saleté était à l'origine des maladies et la cause des épidémies, un fléau à l'époque. On a défendu ce principe du XVII^e au XIX^e siècles. Au début du XIX^e, on s'est dit qu'il fallait faire quelque chose pour y remédier, et un certain Edwin Chadwick, en Angleterre, qui était, je crois, le Michael Marmot de son époque, a commencé à réfléchir à l'élaboration d'une loi sur la santé publique. Cela lui aura pris 50 ans. Il avait eu cette idée avec un certain Jeremy Bentham, qui avait une influence considérable sur les politiques publiques en Angleterre; et ils ont travaillé ensemble sur ce projet. Le but était d'assainir l'air, l'eau et les égouts. Ce fut l'entreprise la plus vaste menée au XIX^e siècle en matière de santé publique; et elle a abouti à la fin du siècle.

Ils avaient promis que s'ils arrivaient à améliorer l'environnement physique par ces moyens, les gens seraient en meilleure santé, donc moins souvent malades, et auraient moins besoin de recourir à des soins médicaux. C'est la promesse qu'on avait faite à l'époque. À la fin du XIX^e siècle, elle s'est réalisée; la santé des gens s'était améliorée, mais la demande de soins médicaux n'avait pas diminué. Les gens étaient en meilleure santé; on avait observé une forte hausse de la longévité et une baisse considérable de la mortalité. Cela constituait certainement le premier rempart face aux grandes épidémies.

Ce mouvement a pris de l'ampleur à la fin du XIX^e siècle, avec l'apparition de la médecine scientifique. À cette époque, on s'était rendu compte qu'on pouvait venir à bout de certaines maladies comme la variole. On avait commencé à comprendre le fonctionnement des maladies et à savoir comment les soigner ou les prévenir. La seconde grande idée est apparue à la fin du XIX^e siècle, en Angleterre, suite à la Guerre des Boers, qui a duré de 1899 à 1903. Pendant cette guerre, les médecins qui suivaient les soldats de retour du front avaient découverts que les maladies dont étaient atteints ces patients étaient curables. La médecine devenait plus scientifique et il y avait davantage de maladies qu'on pouvait traiter, mais les gens n'avaient pas les moyens de consulter un médecin. C'est alors qu'est née l'idée, vers 1899, d'avoir un système de soins de santé accessible à tous. Les gens ont commencé à défendre cette notion d'universalité. Mais il aura fallu 50 ans pour l'appliquer au Royaume-Uni. Au Canada, l'idée est venue après la Première Guerre mondiale, et il aura fallu aussi attendre environ 50 ans avant qu'on passe de la théorie à la pratique, en mettant sur pied un régime de soins de santé au financement universel.

I think that was the second great public health idea, to provide health care to everyone. It is an idea that still has not come to fruition in the United States. If you listen to American public health people, they argue for universally funded and universal coverage in health care. They have not gone there yet.

When they argued for that idea, the people promised that if you had availability of doctors and hospitals for everyone in the population and you treated what was medically treatable, you would have a healthier population. The consequence of that would be that there would be less demand on the health care system.

Of course, we all know that did not quite happen. Although, in fact, longevity went up and the population is indeed healthier by many measures. Therefore, you have a healthier population but an increased demand on the health care system as a result of these kinds of interventions.

A third idea came up in the 1960s by a man named Thomas McEwan, who was a kind of epidemiologist but more a thinker about health and health care. He is very impressive because he recognized that there were more determinants of health than a clean environment and medical care. His argument was that there are more influences on health than these things. He argued for research, for the social determinants of health and for lifestyle. People could then take control of their own health and take control of what they did in terms of lifestyle.

He had a tremendous influence on a man by the name of Hubert Laframboise. I do not know if you know who he was. He was the man who wrote the Lalonde report. Historically, the Lalonde report was probably the most influential health policy document to ever come out of Canada. It sort of hit the world with a storm. If you have ambitions to do something important, what you want to do is something that has that kind of influence and that kind of impact on the world.

The Lalonde report made 52 recommendations. It was interesting that the recommendations in that report were recommendations into policy, and many of those policies were actually created and carried out. Things like ParticipACTION, the Canada Food Guide and mandatory seat belts all appeared in the Lalonde report.

What is very interesting about the Lalonde report is that, even though all of these policies came out, there have been very interesting consequences and interesting things have happened to the health of the population since. For example, we eat more white meat than red meat. We did a study of this. In the 1970s, milk was homogenized or skimmed. There was no intermediate kind of milk. People ate very few green vegetables and fruits as compared to now. We eat more green vegetables, more fruits, more white meat than red, we drink low fat milk, we eat more low fat foods, we follow all of these things, and yet we have an epidemic of obesity. That is very interesting. What is that all about?

Je pense que c'était là la seconde grande idée en matière de santé publique : offrir des soins de santé à tout le monde. Elle n'a toujours pas porté fruit aux États-Unis. Pourtant, les professionnels de la santé publique américains réclament des soins de santé financés à même les fonds publics et accessibles à tous. Mais ils en sont encore loin.

Lorsqu'on a commencé à défendre cette idée, on promettait que grâce à l'accès universel aux médecins et aux hôpitaux, ainsi qu'aux progrès de la médecine, la population serait en meilleure santé. On anticipait une diminution de la demande de soins.

Bien sûr, nous savons tous que ce n'est pas tout à fait ce qui s'est produit. Certes, dans les faits, il y a eu une hausse de la longévité et la population est en meilleure santé grâce aux différentes mesures prises, mais les pressions sur le système de santé ont augmenté en raison de ces interventions.

Dans les années 1960, a commencé à circuler une troisième idée lancée par un certain Thomas McEwan, qui était une sorte d'épidémiologiste, mais davantage un penseur en matière de santé et de soins médicaux. Son travail est assez impressionnant, car il a découvert que dans le domaine de la santé, les déterminants ne s'arrêtaient pas à un environnement sain et aux soins. Il a fait valoir l'importance de la recherche, des déterminants sociaux et du mode de vie. Les gens pouvaient agir sur leur propre santé en choisissant de bonnes habitudes de vie.

M. McEwan a eu une influence considérable sur Hubert Laframboise. J'ignore si vous le connaissez; c'est l'auteur du rapport Lalonde. D'un point de vue historique, ce rapport aura été probablement le document ayant eu la plus grande influence en matière de soins de santé jamais publié au Canada. À l'échelle mondiale, il a eu l'effet d'un séisme. Si vous caressez l'ambition de faire de grandes choses, vous souhaiterez certainement que vos travaux aient autant d'impact sur le monde.

Le rapport Lalonde énonçait 52 recommandations. Il est intéressant de noter que celles-ci étaient des recommandations de politiques, et que beaucoup ont véritablement été mises en œuvre. Des initiatives comme ParticipACTION, le Guide alimentaire canadien et le port obligatoire de la ceinture de sécurité figuraient toutes dans le rapport Lalonde.

Ce qui est vraiment intéressant avec ce rapport, c'est que même si toutes les recommandations ont été appliquées, il y a eu des conséquences très singulières, et des choses fascinantes se sont produites au chapitre de la santé publique depuis. Par exemple, nous mangeons davantage de viande blanche que de viande rouge. Nous avons fait une étude à ce sujet. Dans les années 1970, le lait était homogénéisé ou écrémé; il n'y avait rien d'autre. On mangeait très peu de légumes verts et de fruits comparativement à maintenant. Aujourd'hui, nous consommons davantage de légumes verts, de fruits, de viande blanche, nous buvons du lait pauvre en matières grasses, nous mangeons des aliments à teneur réduite en gras, mais cela étant, nous avons quand même une épidémie d'obésité. C'est assez intéressant. Qu'est-ce qui explique cela?

A lot of things change in a period of time. What happens is that policies that fit one time have to fit into a complex environment. You have heard this from both of the people who spoke before, that we increasingly recognize the extent of the complexity of the environment. We increasingly recognize that the interventions we make may have odd outcomes, which is true for the many interventions we look at. We must look more carefully and more locally at what we do.

The second big idea that came after the introduction of universal health care was the idea of inequalities in health. Of course, the Black report came out in 1980, and a huge amount of work has been done on inequalities in health.

As the people from the Public Health Agency of Canada said, it is very clear that these determinants of health, though we now have a certain number that we espouse, the number of determinants has grown from four in the Lalonde report to 10 or 13, depending upon where you look in Health Canada, to 28 when people start to look over the field. When people look at indicators, they have now managed to see more than 5,000 of them.

Therefore, the idea of what a determinant is, how it interacts with other determinants and how policies interact with determinants is not a matter of doing more research. It is a matter of trying to get a much more fundamental understanding of the nature of that complexity. That is the stuff we are beginning to work on.

The new ideas arising start to recognize the complexity of the health and social environment and of the tremendous number of interactions. It is not only a question of being sensitive to health knowledge. It is a question of having education in general. Good kindergarten education likely helps make children healthier than not. That is the point. It is that these determinants are not necessarily health determinants but are social determinants and happen all over the park, in all the ministries.

One thing to think about is how you can start to provide a much broader picture of both the nature of health and the nature of the kinds of interventions that are relevant to health than we have had hitherto and of understanding the contributions of different things in a better way. Thinking and learning about that will take some time and effort. However, I think opening up people's minds is part of what must be done.

The reason I say this, over the last three years we have started a program at McGill University — the International Masters for Health Leadership. We have brought in health professionals from around the world. It is very interesting seeing how siloed people are, how hard it is for people to have a broad picture, how hard it is for people to see beyond their disciplines, beyond their immediate needs, beyond the needs of the people they serve and beyond their research directions. Therefore, getting these broad pictures is something that will allow them to see the complexity.

Au cours d'un certain laps de temps, beaucoup de choses peuvent changer. Ce qui arrive, c'est que les politiques qui sont adéquates à un certain moment donné doivent s'insérer dans un environnement complexe. Les deux témoins qui m'ont précédé vous l'ont dit; nous reconnaissions de plus en plus l'ampleur de la complexité de l'environnement. Nous sommes de plus en plus conscients que nos interventions peuvent produire des résultats inattendus, ce qui est vrai pour un grand nombre d'initiatives que nous avons examinées. Nous devons surveiller ce que nous faisons plus attentivement, et à un niveau plus local.

La deuxième grande idée qui est née après l'établissement d'un système de soins de santé universel était celle des inégalités en matière de santé. Bien sûr, le rapport Black a été publié en 1980, et beaucoup de travail a été accompli pour corriger ces inégalités.

Comme l'ont dit les représentants de l'Agence de la santé publique du Canada, il apparaît très nettement que ces déterminants de la santé — bien que nous adhérons maintenant à plusieurs d'entre eux — n'ont fait que prendre de l'ampleur et sont passés de quatre, dans le rapport Lalonde, à 10 ou 13, à Santé Canada, voire 28 dans certains cas. Quand on regarde les indicateurs, on se rend compte que certains sont arrivés à en dénombrer plus de 5 000.

Par conséquent, pour savoir ce qu'est un déterminant, comment il interagit avec d'autres déterminants et les politiques, on n'a pas besoin de faire davantage de recherches. Il faut plutôt essayer d'avoir une compréhension plus fondamentale de la nature de ces interactions. Nous commençons d'ailleurs à travailler là-dessus.

De plus en plus, on reconnaît la complexité de la santé et de l'environnement social ainsi que du nombre considérable de liens qui existent entre eux. Il ne s'agit pas seulement d'être sensibilisé aux questions de santé; il faut aussi avoir une bonne éducation en général. Par exemple, une formation adaptée dès la maternelle ne peut qu'être bénéfique aux enfants. Ces déterminants ne sont pas nécessairement liés à la santé, mais ce sont des déterminants sociaux que l'on retrouve partout, dans tous les ministères.

Il faut se demander comment donner une meilleure vue d'ensemble de la santé et du type d'interventions pertinentes en santé et arriver à mieux comprendre l'influence de différents facteurs. Réfléchir et apprendre sur le sujet exigeront temps et efforts. En outre, je pense qu'il faut ouvrir l'esprit des gens.

La raison pour laquelle je dis cela, c'est qu'au cours des trois dernières années, nous avons mis sur pied un programme à l'Université McGill — le International Masters for Health Leadership. Nous avons réuni des professionnels de la santé de partout dans le monde. C'est très intéressant de voir à quel point les gens travaillent en vase clos et combien il est difficile pour eux d'avoir une perspective d'ensemble, de voir au-delà de leur discipline, de leurs besoins immédiats, des besoins de leur clientèle et des orientations de leurs recherches. Alors, le fait de les amener à examiner la question dans son intégralité leur permettra de comprendre toute sa complexité.

Also, I think there are measures that deal with complexity. The way in which you intervene in complex environments is not by having broad universal policies only but by thinking about the things that will release the efforts of individuals and small groups throughout a society.

A lot of policies do not release obstacles, they create them. The question is how to reduce the obstacles. We have some examples where we try to do that in some areas, and we are having a great deal of difficulty.

Many efforts of dealing with Aboriginal health in Canada over the recent years have been meant to release the obstacles for people starting to organize their own health system and understand it. However, that has been very difficult. Understanding what that means and understanding how to do it will take time.

There are examples in other countries where people are trying to do that. Others have mentioned the efforts in the U.K. The public health doctor of Scotland can target particular groups and start to work with those particular groups in order to release some of these obstacles and understand how they work. There are examples, and they are worth looking at.

However, I think it is very important to understand the fundamental ideas that stand behind the people who come to you so that you understand where they are coming from, what they are after and that the policies that must be engendered must go back to the people and have some kind of consequence for them. It is not a measure of validating or improving the measurement of the consequence; it is a matter of better understanding the kinds of policies we begin to create.

The Chairman: Unfortunately, we only have five minutes left because we must have a five-minute business meeting and be out of here by six o'clock.

I want to come back to you, Dr. Wolfson, and your chart, which I have been looking at for many years. Are you getting any closer to being able to sort out these discrepancies? Do you have the software to do it yet? Is that as far as you can go at this point?

Mr. Wolfson: The challenge is not the software. It is in having the underlying data that allows us to bring together more information ranging from the beta blockers and clot busting drugs, with which you are familiar I am sure, to the upstream social determinants factors.

We do have some capability by linking the Canadian Community Health Survey, for example, but then we are at risk of having small sample sizes.

In my view, if one is serious about attacking population health with social determinants, they must be thinking about the information systems that would support ongoing understanding and analysis. At the moment, we have a limited capacity, but we are pushing as hard as we can.

De plus, je pense qu'il existe des mesures pour réagir face à cette complexité. Pour intervenir dans des environnements complexes, il ne suffit pas d'adopter des politiques universelles; il faut plutôt voir en quoi les efforts de certains individus et petits groupes pourraient profiter à toute une société.

Beaucoup de politiques créent des obstacles au lieu de les faire disparaître. Il faut donc réduire ces obstacles. Nous essayons de le faire dans certains secteurs, mais nous éprouvons de grandes difficultés.

Ces dernières années, on a déployé beaucoup d'efforts pour venir à bout des barrières qui empêchent les Autochtones au Canada d'organiser et de comprendre leur propre système de santé. Mais c'est loin d'être facile. Cela prendra beaucoup de temps pour arriver à comprendre tous les tenants et les aboutissants et à mettre sur pied un système viable.

Cela se passe aussi dans d'autres pays, comme au Royaume-Uni. Un médecin spécialiste en santé publique d'Écosse peut cibler des groupes en particulier et travailler avec eux afin d'arriver à cerner et à comprendre les problèmes. Il y a un certain nombre d'exemples, et je pense que cela vaut la peine de les considérer.

Par ailleurs, je pense qu'il est très important de s'interroger sur les gens qui s'adressent à vous afin de savoir d'où ils viennent, ce qu'ils cherchent, et que les politiques qui doivent être créées en tiennent compte si on veut qu'elles portent fruit. Il ne s'agit pas de valider ou d'améliorer la mesure des conséquences, mais plutôt de mieux comprendre le genre de politiques que nous devons mettre en œuvre.

Le président : Malheureusement, il ne nous reste que cinq minutes. Nous devons nous garder du temps à la fin pour régler une question d'ordre administratif, et nous devrons libérer la salle pour 18 heures.

J'aimerais revenir à vous, monsieur Wolfson, et sur votre graphique, dont je suis l'évolution depuis de nombreuses années. Parvenez-vous à mieux analyser ces disparités? Avez-vous le logiciel pour le faire? Est-ce le mieux que vous puissiez faire pour l'instant?

M. Wolfson : La difficulté ne tient pas tant aux logiciels qu'aux données sous-jacentes nous permettant de rassembler plus de renseignements, et cela va des bêta-bloquants et des médicaments thrombolytiques — que vous connaissez certainement — aux facteurs déterminants sociaux en amont.

Nous pouvons le faire en établissant des liens avec l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, par exemple, mais nous risquons d'avoir de plus petits échantillons.

À mon avis, si l'on veut s'attaquer sérieusement aux déterminants sociaux qui compromettent la santé de la population, on doit envisager des systèmes d'information qui permettent une compréhension et une analyse continues. Pour l'instant, nous avons une capacité limitée, mais nous faisons de notre mieux.

The Chairman: It is interesting that Canada Health Infoway just received a big shot in the arm of its budget. Although it is not as big as I would like, it is quite substantial. Have you talked to Richard Alvarez about giving you the appropriate programs?

Mr. Wolfson: There is more to it than the conversations that Statistics Canada and I have had with Infoway. A small group of people, including from CIHI and the provincial chief information officers, is talking about this. As you know, Infoway has been focussed on patient care — and the phrase “secondary use” or “health system use.” How do we ensure that that investment in vitally important new information systems serves not only patient care but also an understanding of what is going on in a chart like this one? It is a sensitive area because of privacy considerations and because, to be frank, I am not sure clinicians are happy with people analyzing their practice patterns statistically. It seems vitally important that that electronic health record initiative not only proceed but go ahead in a broader perspective that ultimately includes being able to provide information relevant to social determinants.

The Chairman: Do you see a possibility of a loop closing between you, CIHI and the Public Health Agency of Canada?

Mr. Wolfson: Certainly, we are talking. At my level, there is a consensus of view but I am not sure about the broader public level. For example, I do not know that politicians are focussed on these kinds of issues.

Senator Eggleton: Mr. Glouberman, I understand that you once wrote that making people healthier will help to reduce demands on health care services.

Mr. Glouberman: I never wrote that.

Senator Eggleton: Okay. I guess you do not subscribe to that.

Mr. Glouberman: I do not subscribe to that at all. The idea of compression of morbidity is a fantasy. Rather, it is a deferral of morbidity. I also think that we have an explosion of epidemics of chronic diseases and they are very different than the kinds of diseases that lend themselves to analysis in a straightforward way. Heart attacks are very different from the slow process of heart disease. They are the acute representation of a disease and the question about what happens over a long period of time so that we can slow down the progression of heart disease in many ways and still have heart disease. I believe that someone said that, with good management of chronic illness, we can avoid some of the worst complications, and that is correct. Good management of chronic diseases requires a great deal of input from the patients as well, and we are beginning to learn that. The notion of how disease is understood is interesting. Diseases that used to be thought of as acute are now thought of as chronic, like cancer.

Mr. Wolfson: In reference to the indicator that I showed on health-adjusted life expectancy, among other things it is designed precisely to enable us to understand whether there is a

Le président : Inforoute Santé du Canada vient de recevoir un bon coup de main. Même si j'aurais espéré plus, il s'agit d'une aide importante. Avez-vous parlé à Richard Alvarez au sujet de l'adéquation des programmes?

M. Wolfson : Cela ne se limite pas aux discussions que les représentants de Statistique Canada et moi avons eues avec Inforoute Santé du Canada. Il y a aussi un petit groupe de gens, notamment de l'ICIS, ainsi que des directeurs provinciaux de l'information qui sont concernés. Comme vous le savez, Inforoute s'est concentrée sur les soins aux malades — et la notion d'« usage secondaire » ou d'« utilisation du système des soins de santé ». Comment pouvons-nous nous assurer que cet investissement dans les nouveaux systèmes d'information essentiels sert non seulement pour les soins aux patients, mais aussi à mieux comprendre ce que signifie un graphique comme celui-ci? C'est délicat à cause de la protection des renseignements personnels et aussi, pour être franc, parce que je ne suis pas certain que les cliniciens soient enthousiastes à l'idée que les gens analysent leurs pratiques statistiquement. Il est crucial qu'on crée ce dossier médical électronique en adoptant une perspective d'ensemble qui nous permettra de dégager des renseignements pertinents sur les déterminants sociaux.

Le président : Envisagez-vous la possibilité d'obtenir des résultats concrets en collaboration avec l'ICIS et l'Agence de santé publique du Canada?

M. Wolfson : Certainement, nous en parlons. À mon niveau, il y a consensus, mais je ne suis pas certain de ce qu'en pense la sphère publique en général. Par exemple, j'ignore si les politiciens accordent de l'importance à ce genre de questions.

Le sénateur Eggleton : Monsieur Glouberman, si je comprends bien, vous avez écrit que le fait d'améliorer la santé des gens permettait de réduire la pression sur les services de santé.

Mr. Glouberman : Je n'ai jamais écrit cela.

Le sénateur Eggleton : D'accord, vous le réfutez.

Mr. Glouberman : Absolument. L'idée de la compression de la morbidité n'est pas réaliste. On repousse plutôt la morbidité. Je pense aussi que nous assistons à une forte épidémie de maladies chroniques, et que celles-ci sont très différentes du type de pathologies qui se prêtent bien à l'analyse. Les crises cardiaques sont très différentes des maladies cardiovasculaires qui peuvent se développer lentement. Elles sont la manifestation la plus prononcée de la maladie. Il faut comprendre l'évolution de la maladie cardiaque sur une longue période pour arriver à ralentir sa progression par divers moyens. Je crois que quelqu'un a dit qu'avec une bonne gestion des affections chroniques, nous pourrions éviter les pires complications, et c'est tout à fait vrai. Mais pour cela, il faut également beaucoup de rétroaction des patients, et c'est ce que nous commençons à comprendre. C'est intéressant de voir comment une maladie est comprise. Les maladies qu'on croyait aiguës autrefois sont maintenant considérées chroniques, comme le cancer.

M. Wolfson : Quant à l'indicateur dont je vous ai parlé concernant l'espérance de vie ajustée sur la santé, il nous permet, entre autres, de comprendre s'il y a une compression ou

compression of morbidity or a deferral of it. We are assembling the best time-series data that we can do. Certainly, deferral occurs. However, the amount of time between health-adjusted life expectancy and life expectancy — the proportion of a lifetime that one can expect to feel unwell and cost the health care system money — is likely declining as a proportion, although we do not have the definitive data. It will defer health care costs only, and not eliminate them; we all die.

Senator Eggleton: You will have a better quality of life for a longer time, in your opinion.

Mr. Glouberman: That is the hope, and you can avoid some of the worst complications. If you think of that as compression of morbidity, then it is so. However, it is not the kind of situation where you live a full and healthy life and then keel over dead. That was the fantasy of the 1970s, but that is gone.

The Chairman: Available data show that the 100 year old who dies does not cost the system nearly as much in the last two years of life as the 50 year old costs in the last two years of life.

Mr. Glouberman: That is true.

The Chairman: If you can move the curve out, then you are saving money.

Mr. Glouberman: That is true. There are heroic interventions to save the 50 year old in the process of dying, but the cost of a 70 year old and 90 year old would not be that different.

Senator Cook: I should like to focus on the younger population and specifically on the future of those that are the ages of my grandchildren. In this complexity called living, which was so simple for me, how much can we find out about it, tell about it, and then who has the right to say that this is wrong? Where is the freedom of choice?

Mr. Glouberman: There should be a great deal more freedom of choice. I went to a conference on obesity in children. Because many people, especially those from the research community, are mired in an old way of thinking, which is reductive, in trying to reduce things to a series of formulating what is approved, you get into problems. The question of how people become fat is not only about eating fast foods and sitting before the TV but also about the nature of families and how much loving there is in the food, for example, which is very hard to measure. The question about understanding much more about the process of how people get along and how all of these things happen is not simply a matter of finding a series of variables but rather it is a matter of looking at the whole picture. People do make choices, and understanding what their choices are and including them and what they want to do in the mix is important in understanding how we move many of our policies forward.

Senator Cook: Like the policies of fast foods and transfats.

Mr. Glouberman: Yes.

un report de la morbidité. Nous nous efforçons de rassembler les meilleures séries de données. Chose certaine, on repousse la morbidité. Toutefois, l'écart entre l'espérance de vie ajustée sur la santé et l'espérance de vie tout court — qui représente la période, au cours d'une vie, pendant laquelle on peut être malade et coûter cher au système de santé — est susceptible de se réduire, bien que nous n'ayons pas de données officielles. Cela ne fera que reporter les coûts et non les éliminer car nous allons tous mourir un jour ou l'autre.

Le sénateur Eggleton : Selon vous, on vivra plus longtemps, avec une meilleure qualité de vie.

M. Glouberman : C'est ce qu'on souhaite, et on pourrait éviter les pires complications. Ce serait cela la compression de la morbidité. Ce n'est pas le genre de situation où vous vivez pleinement et en bonne santé, puis vous mourez du jour au lendemain. C'était ce qu'on croyait dans les années 1970, mais maintenant, ce n'est plus le cas.

Le président : Des données révèlent qu'une personne qui s'éteint à l'âge de 100 ans ne coûte pas plus cher au système pendant les deux dernières années de sa vie qu'une personne de 50 ans.

M. Glouberman : C'est vrai.

Le président : Retarder la morbidité ne coûte pas plus cher.

M. Glouberman : Effectivement. On fait des interventions héroïques pour arriver à prolonger la vie d'une personne âgée de 50 ans sur le point de mourir, mais le coût pour une personne de 70 ou de 90 ans ne serait pas si différent.

Le sénateur Cook : J'aimerais maintenant que nous nous penchions sur la population jeune, précisément sur l'avenir des jeunes de l'âge de mes petits-enfants. Aujourd'hui, la vie semble si compliquée, alors que de mon temps, elle était si simple. Jusqu'où irons-nous avec toutes ces contraintes et qui peut s'arroger le droit de dire ce qui est bon ou mauvais? Où est le libre choix là-dedans?

M. Glouberman : En effet, il devrait y avoir beaucoup plus de liberté de choix. J'ai assisté à une conférence sur l'obésité juvénile. Étant donné que de nombreuses personnes, en particulier dans le milieu de la recherche, s'enlisent dans une vieille mentalité réductrice en essayant de ramener les choses à une série de formulations toutes faites, cela pose problème. Le surpoids est directement lié aux mauvaises habitudes alimentaires et à la sédentarité, mais aussi aux familles et au rapport qu'elles entretiennent avec la nourriture, ce qui est très difficile à mesurer. Pour arriver à comprendre comment les gens en arrivent là, il ne suffit pas de trouver une série de variables; il faut examiner la question dans son ensemble. Les gens font des choix, et il nous faut comprendre ces choix pour élaborer nos politiques en conséquence.

Le sénateur Cook : Comme les politiques sur la malbouffe et les gras trans.

M. Glouberman : Oui.

Senator Cook: Until that came on the radar screen, it was a wonderful place to take your kids when you did not want to cook, perhaps on a Friday night. Now we have to re-educate children and reform their taste buds. How much can society or government inflict on the will of a person who wants to do as they please and to heck with the rest? We are victims of the marketplace.

Mr. Glouberman: Yes, we are such victims, but we can create other opportunities. Having opportunities for people to do things and to self-organize and decide what they will do ends up being very valuable in contributing to health and to how people operate and make choices in life. For example, I sat on a government commission for HIV/AIDS. I met a man who was sitting on that commission who was a gay Aboriginal. He said that he started smoking when he was 14 years old because he knew that he would be dead by the time he was 30. He knew that smoking was bad for him but decided that if he was going to die by the time he was 30, it made no sense not to smoke because it gave him pleasure. The choices that he made in the circumstances of his life were such. If we can create an environment where he knows he will not die when he is 30, then he will have to think about smoking in a different way.

The Chairman: I thank our witnesses for their testimony this evening.

Senators, I believe you have received a copy of this budget, which contains a change. I had initially asked for \$70,000 for professional services, but I am now asking for \$105,000 — because Mr. Chodos, who was to be my right arm, will move on to the mental health commission, as well he should. However, he is not readily replaceable. He has been with us for six years and has become a kind of appendage. Howard, we congratulate you.

Back to the budget, honourable senators. It will cost us a few bucks because we cannot replace him but instead will have to hire a few people with expertise. As well, an amount is included in the change for six from the committee to go to the Vancouver meeting, which is a must. This budget has to be presented at tomorrow's meeting of the Social Affairs Committee chaired by Senator Eggleton for approval, following which it will go before Internal Economy. Is it agreed, senators?

Hon. Senators: Agreed.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, March 28, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:21 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.

Le sénateur Cook : Avant que les établissements de restauration rapide ne se retrouvent sur la sellette, c'était l'endroit idéal où amener les enfants lorsqu'on n'avait pas envie de cuisiner, par exemple le vendredi soir. Nous devons maintenant réapprendre à nos enfants les bonnes habitudes alimentaires. Comment un gouvernement ou une société peuvent-ils empêcher les gens de garder leurs mauvaises habitudes, s'ils sont prêts à en assumer les conséquences? Nous sommes victimes du marché.

M. Glouberman : Tout à fait. N'empêche que nous pouvons offrir d'autres possibilités. Si on permet aux gens de faire des choix éclairés et de s'organiser, on contribue à améliorer la santé. Par exemple, j'ai siégé à une commission gouvernementale sur le VIH/sida à laquelle participait également un Autochtone homosexuel. Il a affirmé avoir commencé à fumer à l'âge de 14 ans car il savait qu'il n'atteindrait pas l'âge de 30 ans. Il était conscient que c'était mauvais pour sa santé, mais comme il savait qu'il n'allait pas franchir le cap de la trentaine, il ne voyait pas pourquoi il devait s'en priver étant donné que cela lui procurait du plaisir. C'est le choix qu'il a fait dans les circonstances. Si nous arrivions à créer un environnement dans lequel il saurait qu'il ne mourrait pas à 30 ans, il réviserait son choix.

Le président : J'aimerais remercier tous nos témoins pour leur participation ce soir.

Sénateurs, je crois que vous avez tous reçu une copie de ce budget, auquel on a apporté un changement. J'avais demandé 70 000 \$ pour les services professionnels au départ, mais je demande maintenant 105 000 \$ — parce que M. Chodos, qui était mon bras droit, doit nous quitter pour aller travailler au sein de la Commission de la santé mentale. Il ne sera pas facile de le remplacer. Il était avec nous depuis six ans et nous était devenu indispensable. Howard, nous te félicitons.

Revenons au budget, honorables sénateurs. À défaut de pouvoir le remplacer, nous devrons débourser un peu plus pour retenir les services de quelques experts. De plus, une partie du budget servira à payer le voyage de six sénateurs à Vancouver, qui est un impératif. Le budget doit être présenté demain au comité des affaires sociales, présidé par le sénateur Eggleton, pour approbation, après quoi il sera envoyé au comité de régie interne. Êtes-vous d'accord, sénateurs?

Des voix : Oui.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 28 mars 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 21 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.

[English]

The Chairman: Honourable senators, we are truly privileged today to have outstanding witnesses with us who have given their time to come and educate us and help us along our way to getting this study done. We will begin with Dr. John Lynch who is a Canada Research Chair in Population Health from McGill University.

Please proceed.

Dr. John Lynch, Canada Research Chair in Population Health, McGill University: Thank you very much for the invitation to appear before you. I am a public health scientist and epidemiologist. I am not a policy expert nor am I a policy advocate. My comments come from someone who has worked in the field trying to determine the most effective interventions to improve population health.

I think everyone agrees that social conditions in general affect health. Factors such as education, income, housing and working conditions may affect most but not all health outcomes. Why is that important? It is important to know that they do not affect all health outcomes because that means there is nothing inevitable about those things, that they can potentially be changed.

I would suggest that policy frameworks exist to build a coherent and comprehensive approach to improving population health through the social determinants. I would also suggest that there is a fairly poor evidence base on what are the most effective and the most cost-effective interventions. I do think we can build a better policy-relevant evidence base, and that should be an active research priority in Canada. However, one area where better evidence does exist is the benefits of investing in early life. I am sure you have heard that message before and I will hopefully show you some different angles on that today, but building human capital in children will pay off in the development of health capital.

You may have seen this before. It is the sort of evidence that people use to suggest that broadly defined social conditions affect health. Here you see what is called the Preston curve and countries arrayed by their GDP per head. Canada is somewhere up around where U.K. and Italy and France are. The richer countries have longer life expectancies. The implication of this evidence is that as countries get richer, their health improves. In general that is true, but you also see a great deal of variation around those lines. Some countries do better than they should for their average wealth and some do worse.

If we look within countries — this is an example from Canada — again we see a variation in health around income. This time it is income of individuals. You will see fourfold and fivefold differences across the income gradient. In this case, we are talking about the prevalence of cardiovascular disease. Perhaps

[Traduction]

Le président : Honorables sénateurs, nous avons aujourd'hui le grand privilège d'accueillir comme témoins d'éminents spécialistes qui ont pris une partie de leur temps pour venir faire notre éducation et nous aider dans notre étude. Nous allons commencer par le Dr John Lynch, qui est président de la Chaire de recherche du Canada en santé des populations, de l'Université McGill.

Vous avez la parole.

Dr John Lynch, président de la Chaire de recherche du Canada en santé des populations, Université McGill : Je vous remercie beaucoup de m'avoir invité à comparaître devant vous. Je suis épidémiologiste et spécialiste en santé publique. Je ne suis ni un expert ni un champion des grandes orientations stratégiques. Mes commentaires sont ceux d'un travailleur de terrain qui cherche à déterminer quelles sont les interventions les plus efficaces pour améliorer la santé des populations.

À mon avis, il est acquis que les conditions sociales en général ont une incidence sur la santé. Des facteurs comme l'éducation, le revenu, le logement et les conditions de travail influencent sans doute la plupart, mais non la totalité des résultats en matière de santé. Pourquoi est-ce important? Il est important de savoir qu'ils ne déterminent pas tous les résultats en matière de santé car cela signifie qu'il n'y a rien d'inévitable au sujet de ces résultats et qu'ils peuvent potentiellement être modifiés.

À mon sens, les cadres stratégiques existent pour bâtir une approche exhaustive et cohérente en vue d'améliorer la santé des populations par le biais des déterminants sociaux. Cela dit, nous disposons d'un ensemble de données plutôt mince sur ce qui constitue les interventions les plus efficaces et les plus rentables. Je pense que nous pouvons constituer une base de données pertinente au plan des orientations stratégiques et que cela devrait être une priorité de recherche au Canada. Toutefois, il y a un domaine où nous disposons de meilleures données scientifiques prouvant combien il est avantageux d'investir dès les premières étapes de la vie. Je suis sûr que vous avez entendu ce message auparavant et j'espère vous le présenter sous différents angles aujourd'hui, mais l'investissement dans le capital humain en bas âge portera fruit au niveau du développement du capital en santé.

Vous avez peut-être déjà vu ceci. C'est le genre de données dont les gens se servent pour montrer que les conditions sociales, définies de façon générale, influent sur la santé. Vous voyez ici la courbe de Preston et les pays répartis selon leur PIB par habitant. Le Canada se situe approximativement au même niveau que le Royaume-Uni, l'Italie et la France. Dans les pays nantis, l'espérance de vie est plus longue. Il s'ensuit, d'après ces données, qu'à mesure que les pays s'enrichissent, l'état de santé de leur population fait de même. En général, cette affirmation est vérifiable, mais on peut aussi voir de multiples variations par rapport à cette courbe. Certains pays font mieux qu'ils le devraient selon leur richesse moyenne et d'autres font moins bien.

À l'intérieur même des pays — c'est un exemple tiré du Canada —, on constate encore là des variantes en matière de santé selon le revenu. En l'occurrence, il s'agit du revenu des citoyens. Vous pouvez constater une différence quadruple ou quintuple pour ce qui est du gradient du revenu. En l'occurrence,

the implication here, like in the previous slide, would be that if people with low incomes had high incomes, they would take on the CVD prevalence of the better off. That is probably fair to suggest. We do not know, if we did that, how much better their health would be. It would improve. Would it approach the health of the rich? We just do not know that for sure.

The policy framework I would like to show you is one that has been used extensively in the Nordic countries, developed by a colleague of mine, Finn Diderichsen. The basic idea is that social conditions, broadly defined, affect the levels and distributions of risk factors in populations. By risk factors, I mean smoking, being overweight, hypertension, et cetera. Those risk factors, in turn, predict the onset of ill health. Once ill health has set in, there is the process of living the consequences of that ill health.

At a base level, this suggests three kinds of policy interventions that we could think about in terms of building a comprehensive approach. There would be policy aimed at changing the social conditions: employment, education, poverty, housing, transport, the sorts of policy decisions that are already being made by the Parliament.

I also believe there are opportunities in public health policy to intervene on the mechanisms that link social conditions to health. Mechanisms are very important and give us extra opportunities to intervene. In this case, we could be reducing risk factors like smoking and obesity in the population. We already do a great deal of that, but we do not know much about the equity effects of those kinds of interventions.

Finally, it is important what we do in medical care because the consequences of living with chronic disease are more and more likely as life expectancy goes up. The fact of having chronic disease is almost assured. The issue will be: How well do we live with it and what are the social differences in that quality of life? To my mind, health care and medical care are crucial here as well.

Let me just quickly walk you through a selected bit of the intervention evidence base. I am just giving you selected examples to highlight, in terms of effectiveness and cost-effectiveness, that we do not know all that much. Part of that is a failure of the research community to generate policy-relevant evidence; I think that is a priority area.

Here you see a title, "Evidence for public health policy on inequalities" and the conclusion is that this study reinforces the view that there is a lack of information on effectiveness and cost-effectiveness of policies.

Il est question de la prévalence des maladies cardiovasculaires. La conclusion qui s'impose peut-être ici, comme dans la diapositive précédente, c'est que si les gens à faible revenu avaient des revenus élevés, ils afficheraient la prévalence des maladies cardiovasculaires des mieux nantis. C'est sans doute une conclusion légitime. Nous ne savons pas, si c'était le cas, dans quelle mesure leur santé s'améliorerait. Elle s'améliorerait certainement, mais son niveau se rapprocherait-il de celui des riches? Nous ne le savons pas avec certitude.

Le cadre stratégique que je veux vous montrer a été élaboré par l'un de mes collègues, Finn Diderichsen, et il a été appliqué sur une grande échelle dans les pays nordiques. Il se fonde sur le principe voulant que les conditions sociales, définies au sens large, aient une influence sur les niveaux et la répartition des facteurs de risque au sein des populations. Par facteurs de risque, j'entends le tabagisme, l'obésité, l'hypertension, et cetera. À leur tour, ces facteurs de risque sont les précurseurs d'un mauvais état de santé. Et une fois ce mauvais état de santé établi, il faut vivre avec ses conséquences.

Fondamentalement, cela ouvre la porte à trois types d'interventions stratégiques que l'on pourrait adopter en vue de se doter d'une approche exhaustive. Il y aurait une politique publique visant à modifier les conditions sociales : emploi, éducation, pauvreté, logement, transport, autrement dit le genre de décisions stratégiques que prend déjà le Parlement.

J'estime qu'il est aussi possible dans le cadre d'une politique de santé publique d'intervenir sur les mécanismes qui relient les conditions sociales à la santé. Ces mécanismes sont très importants et nous fournissent des occasions supplémentaires d'intervenir. En l'occurrence, nous réduirions les facteurs de risque, comme le tabagisme et l'obésité au sein de la population. Nous déployons déjà énormément d'efforts en ce sens, mais nous ne savons pas grand-chose des effets sur l'équité de ce type d'interventions.

En dernier lieu, notre action dans le domaine des soins médicaux est importante car à mesure que l'espérance de vie augmente, les conséquences liées aux maladies chroniques sont de plus en plus présentes. En fait, nous sommes de plus en plus assurés de devoir composer avec la maladie chronique. D'où la question suivante : Comment réussirons-nous à composer avec cela et quelles sont les différences sociales que cela entraînera au plan de la qualité de vie? À mon avis, les soins de santé et les soins médicaux jouent ici aussi un rôle crucial.

Permettez-moi de vous présenter brièvement une brochette d'interventions. Je vous donnerai des exemples choisis pour souligner à quel point nos connaissances sont limitées en ce qui concerne l'efficacité et la rentabilité de nos interventions. Cette situation est en partie attribuable au fait que le milieu de la recherche n'a pas généré des données pertinentes pour les politiques publiques. À mon avis, c'est un domaine prioritaire.

Ici, vous pouvez lire le titre suivant « Incidence de la politique de santé publique sur les inégalités ». En conclusion, cette étude vient étayer l'opinion selon laquelle il existe un manque d'information sur l'efficacité et la rentabilité des politiques.

Other examples relate to studies of urban regeneration programs to improve public health and reduce health inequalities. The conclusion here is that there is little evidence of the impact of national urban regeneration investment on socioeconomic or health outcomes. Where impacts have been assessed, these are often small and positive. I should say that it is not that these programs do not work; it is just that it is very difficult to build an evidence base; and if the government is looking for evidence to inform policy, that evidence base could be stronger.

There are other selected examples here. A range of housing interventions was considered in 2000 in the *British Medical Journal*. There was a lack of evidence. There have been studies on the impact of new foods. One particularly interesting study related to large-scale food retail interventions in diet. The idea was that one way we can change people's eating habits is to give them better food choices. Unfortunately, if there was any effect, there was not much effect. The reason was people did not buy it. We need to think about why it is that people develop these food habits over time in their lives. Simply giving them different food did not seem to make a difference, which makes sense. These tastes develop from families and backgrounds and over time. We need to think about early life.

If I can put a little plug in here for building a better evidence base, Canada is well placed to take a leading role in developing policy-relevant evidence. Some of you may have heard of the StatsCan program LifePaths. No finance ministry in the rich world would propose policy initiatives without using simulation models to test different policy options. We should be doing the same thing in population health. Those tools exist right down the road at StatsCan. We are well placed to do that. We are one of the few places in the world that has that kind of technology, and I think we should be doing a better job at trying to bridge this link between epidemiologic and public health evidence into policy-relevant options that can inform policy choices.

I know you have heard a lot about investing early in life and I, too, would push that idea. To give you some examples, this is from an OECD report released a couple of years ago. These are the percentages of children reporting less than six educational possessions. Those are things like a desk, a quiet place to study, a computer for school work, et cetera. In Canada, 20 per cent of kids aged 15 have less than six educational possessions.

D'autres exemples sont tirés d'études portant sur des programmes de revitalisation du milieu urbain en vue d'améliorer la santé publique et de diminuer les inégalités en matière de santé. La conclusion, c'est qu'il existe bien peu de données sur l'incidence d'un investissement national dans la revitalisation du milieu urbain sur les résultats socioéconomiques ou la santé. Lorsqu'on a évalué leurs répercussions, on a constaté qu'elles étaient souvent minimes et positives. Ce n'est pas que ces programmes ne fonctionnent pas; c'est simplement qu'il est très difficile de réunir des preuves factuelles. Et si le gouvernement est en quête de données observables pour fonder sa politique publique, il faudrait que la preuve factuelle soit plus solide.

Il y a aussi d'autres exemples ici. En 2000, le *British Medical Journal* s'est penché sur une série d'interventions dans le domaine du logement. Les données étaient fragmentaires. Il y a eu des études sur l'incidence d'un changement d'alimentation. Une étude particulièrement intéressante portait sur des interventions d'envergure dans les commerces d'alimentation de détail pour modifier le régime alimentaire. On s'était fondé sur l'idée que l'une des façons de modifier les habitudes alimentaires des gens était de leur offrir un meilleur choix d'aliments. Malheureusement, si cela a eu un effet quelconque, il a été minime. Pourquoi? Parce que les gens n'ont pas acheté ces nouveaux aliments. Il nous faut réfléchir à la question de savoir pourquoi les gens développent ces habitudes alimentaires au cours de leur vie. Leur offrir simplement des aliments différents ne semble pas faire de différence, ce qui est logique. Les goûts se développent au fil du temps dans les familles et dans les milieux de vie. Nous devons orienter notre réflexion sur les premières étapes de la vie.

Si je peux me permettre d'intercéder en faveur de la constitution d'une meilleure base de données, le Canada est bien placé pour jouer un rôle de premier plan dans la collecte de données pertinentes au plan des politiques publiques. Certains d'entre vous ont peut-être entendu parler du programme de Statistique Canada appelé LifePaths. Aucun ministre des Finances d'un pays du monde industrialisé ne proposerait d'initiatives de politique publique sans se servir de modèles de simulation pour mettre à l'épreuve différentes options stratégiques. Nous devrions faire la même chose pour ce qui est de la santé des populations. Ces outils existent déjà à Statistique Canada. Nous sommes très bien placés pour mener de tels travaux. Le Canada est l'un des rares pays au monde qui dispose de cette technologie et, à mon avis, nous devrions mieux réussir à étoffer ce lien entre les données épidémiologiques et de santé publique et les options stratégiques susceptibles de façonner les choix de politique publique.

Je sais que vous avez beaucoup entendu parler de l'importance d'investir tôt dans la vie, et je vais moi aussi insister là-dessus. Voici quelques exemples tirés d'un rapport de l'OCDE publié il y a deux ans environ. Il s'agit des pourcentages des enfants ayant moins de six possessions éducatives. On entend par là des choses comme un pupitre, un endroit tranquille pour étudier, un ordinateur pour les travaux scolaires, et cetera. Au Canada, 20 p. 100 des enfants âgés de 15 ans ont moins de six possessions éducatives.

From the same report, these are children who report eating fruit each day. We still have 35 per cent of children in Canada reporting that they eat fruit every day. We can surely do better.

If you look at the social distribution of some of these health outcomes in kids, they relate to delinquent behaviour by income in Canada. Here, again, you see the social gradients that affect these outcomes in kids.

I would recommend a report to you that was released in the last month by the well-known Brookings Institute in the United States entitled *Success By Ten*. They make the following statement:

People make decisions in the face of uncertainty all the time: which job to take, how to invest, whom to marry. Government policy makers similarly are forced to make policy decisions before the available science is perfect.

I have indicated to you that there are some imperfections in that knowledge.

Based on the available evidence, we think that present knowledge strongly favours our proposal of stepped-up investments in early education from birth to age ten.

I find that report quite compelling and I would recommend it to you.

Another area where we can do more is child poverty. Here, I have arrayed the European countries, the Australian states, the Canadian provinces and the U.S. states according to the levels of child poverty. You see the Canadian provinces in red. You see that most of the European countries do better than we do in Canada, Australia and certainly in the United States.

Let us break that down by family structure. This is the amount of child poverty in lone-parent families. I have highlighted Canada at 12 per cent, the U.S. at 17 per cent and Sweden at 21 per cent. Sweden actually has a higher prevalence of single-parenting. The question is what happens to poverty in those families? In Sweden, they have their 21 per cent of lone parents, but only 7 per cent of those families have children in poverty. In the United States, 55 per cent of their lone-parent families have children in poverty and, in Canada, the figure is 52 per cent.

These are policy choices we make. There is no inevitability about this. You can see the enormous range across these countries.

If we look at child poverty taxes and transfers, you see Sweden at 23 per cent. This is poverty generated by the market, basically through salaries before taxes and transfers. There is 23 per cent child poverty in Sweden; 24 per cent in Canada, which is quite similar; and 35 per cent in the U.K. Sweden drops that to 3 per cent by taxes and transfers. In Canada we drop it to

Dans le même rapport, on s'intéresse aux enfants qui disent manger des fruits tous les jours. Encore aujourd'hui, 35 p. 100 des enfants au Canada affirment manger des fruits tous les jours. Nous pouvons sûrement faire mieux.

Si l'on considère la répartition sociale de ces résultats sur la santé des enfants, on note un lien avec le comportement délinquant selon le revenu au Canada. Encore là, on constate que les gradients sociaux ont une incidence sur l'état de santé des enfants.

Je vous recommande un rapport intitulé *Success By Ten*, publié le mois dernier aux États-Unis par le Brookings Institute, dont la réputation n'est plus à faire. On peut y lire l'énoncé suivant :

Les gens prennent constamment des décisions face à l'incertitude : quel emploi accepter, comment investir, qui épouser. Les responsables des orientations politiques du gouvernement sont eux aussi contraints de prendre des décisions avant de disposer de données scientifiques irréfutables.

J'ai déjà mentionné que notre bagage de connaissances laissait à désirer.

En se fondant sur les données disponibles, nous estimons que l'état des connaissances actuelles vient étayer notre proposition d'augmenter les investissements dans la petite enfance, de la naissance à l'âge de 10 ans.

Je trouve ce rapport des plus intéressants et je vous en recommande la lecture.

Un autre domaine où nous pouvons en faire plus, c'est la pauvreté des enfants. Ici, j'ai disposé les pays européens, les États australiens, les provinces canadiennes et les États américains selon leur niveau respectif de pauvreté infantile. Les provinces canadiennes sont en rouge. Comme vous le voyez, la plupart des pays européens font mieux à ce chapitre que nous, au Canada, mieux qu'en Australie et assurément mieux qu'aux États-Unis.

Faisons maintenant une ventilation par structure familiale. Voici le taux de pauvreté infantile parmi les familles monoparentales. J'ai mis en relief le Canada à 12 p. 100, les États-Unis à 17 p. 100 et la Suède à 21 p. 100. En fait, la Suède a une plus grande proportion de familles monoparentales. La question est de savoir quel est le taux de pauvreté dans ces familles. En Suède, il y a 21 p. 100 de parents seuls, mais seulement 7 p. 100 de ces familles ont des enfants pauvres. Aux États-Unis, 55 p. 100 des familles monoparentales ont des enfants pauvres; au Canada, le taux est de 52 p. 100.

C'est le résultat de certains choix politiques que nous faisons. Il n'y a rien d'inévitable là-dedans. On peut constater d'énormes variations d'un pays à l'autre.

Voyons maintenant le rapport entre la pauvreté infantile, les impôts et les transferts; on peut voir que la Suède est à 23 p. 100. C'est un taux de pauvreté créé par le marché, essentiellement par les salaires avant impôts et transferts. Nous avons donc 23 p. 100 de pauvreté infantile en Suède; 24 p. 100 au Canada, ce qui est très proche; et 35 p. 100 au Royaume-Uni. La Suède abaisse ce

17 per cent. In the U.K. it is dropped to 20 per cent. Again, this is an example of policy choices we make about how we expose children to poverty.

Colleagues in the U.K., I think, have written powerfully:

... it is by ending childhood poverty that the greatest proportional improvement in inequalities in health can be made.

Ending child poverty may be the most difficult goal to achieve, but it would have the greatest effect.

How much would that cost? The Innocenti Centre, the UNICEF Centre in Florence, estimates that it would cost less than half a per cent of GNP in Canada.

Another aspect that we should think about in terms of investing in early life is how we spend our money on education. Again, from a different OECD report released in the last couple of months, they make the point that countries do not always spend a great deal on pre-school education, leading to potentially wasted opportunities for children's early development.

Well-known Harvard economist David Cutler recently wrote something for the National Bureau of Economic Research that quite struck me.

The monetary value of the return to education in terms of health is perhaps 50 per cent of the return to education on earnings, so policies that impact educational attainment could have a large effect on population health.

No one would deny the importance of education for earnings. Here they are estimating that the returns on education to health are about half of those to earnings. That seems like an important effect.

In conclusion, I do think it is possible to develop a comprehensive and clear policy framework within which to deal with the social determinants of health and health inequalities.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Lynch.

Our next speaker is Dr. Jody Heymann, a Canada Research Chair in Global Health and Social Policy.

[*Translation*]

Dr. Jody Heymann, Canada Research Chair in Global Health and Social Policy: Mr. Chairman, I thank you for the opportunity to address this committee today.

taux à 3 p. 100 grâce aux impôts et aux transferts. Au Canada, nous l'abaissons à 17 p. 100. Au Royaume-Uni, le taux baisse à 20 p. 100. C'est encore un exemple des choix politiques que nous faisons quant à la manière dont nous exposons les enfants à la pauvreté.

Des collègues du Royaume-Uni, je crois, ont écrit cette déclaration éloquente :

[...] c'est en mettant fin à la pauvreté infantile que l'on peut réaliser, proportionnellement, la plus grande réduction des inégalités en santé.

Mettre fin à la pauvreté infantile, c'est peut-être l'objectif le plus difficile à atteindre, mais c'est celui qui aurait les plus profondes répercussions.

Combien cela coûterait-il? Le Centre Innocenti, qui est le centre établi par l'UNICEF à Florence, estime qu'il en coûterait moins d'un demi pour cent du PNB au Canada.

Un autre aspect auquel nous devrions réfléchir pour ce qui est d'investir dans les premières étapes de la vie, c'est la manière dont nous dépensons notre argent consacré à l'éducation. Dans un autre rapport publié par l'OCDE ces derniers mois, on fait observer que les pays ne consacrent pas toujours énormément d'argent à l'éducation préscolaire, ce qui fait peut-être perdre de précieuses occasions au niveau de l'apprentissage précoce des enfants.

David Cutler, éminent économiste de Harvard, a récemment écrit pour le National Bureau of Economic Research un document qui m'a beaucoup frappé.

La valeur monétaire du rendement de l'éducation en termes de santé est peut-être de 50 p. 100 du rendement de l'éducation sur le plan du revenu, de sorte que des politiques qui influent sur la réussite scolaire peuvent avoir une incidence profonde sur la santé des populations.

Personne ne songerait à nier l'importance de l'éducation pour le revenu gagné. En l'occurrence, on estime que le rendement de l'éducation en termes de santé est égal à environ la moitié du rendement exprimé en termes de revenu gagné. Il semble bien que l'incidence soit importante.

En conclusion, je crois qu'il est possible d'élaborer un cadre de politiques complet et clair grâce auquel on pourrait s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités en santé.

Le président : Merci beaucoup, docteur Lynch.

Notre témoin suivant est la Dre Jody Heymann, titulaire de la chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde.

[*Français*]

Dre Jody Heymann, chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde : Monsieur le président, je vous remercie de me donner l'occasion de prendre la parole devant vous aujourd'hui.

The central social determinants of health are poverty and social inequalities. Policies aiming at reducing their incidence will have the greatest effect on the health of Canadians. And among these policies, those that lead to long term sustainable change are programs that deal with improving the quality of work and education.

As you can see and hear, unfortunately, my French is not yet elegant enough to do justice to this great language. So I will continue my presentation in English, but the text is available in both official languages.

[English]

My experience with the social determinants of health runs deep. Over the past decade and a half, first at Harvard University and now at McGill and Harvard, I have led systematic studies involving over 55,000 households globally in order to understand the impact of social conditions on the health of individuals and their families. Among other roles, I have served in an advisory capacity with the World Health Organization, UNESCO, UNICEF, the International Labour Organization and the United States Senate. We have examined public policies in 177 countries around the world. Within Canada, I have had the great pleasure, for five years, to participate in the Population Health Network of the Canadian Institute for Advanced Research before continuing, with relationships built during that time, to edit a volume with leading Canadian researchers on the social determinants of health. I have been in Canada now for the past two years, founding this new institute at McGill on health and social policy. Thank you for inviting me here to testify on ways to move forward on the social determinants of health.

Most nations spend far more time and resources treating illnesses and injuries than addressing the conditions that give rise to poor health. At this stage, Canada is among most nations in that regard. However, Canada has long been a leader in the research on social determinants of health, and it has an opportunity now to become one of the leaders in taking action. It is a great honour to speak with you as you try to launch these efforts.

The case I want to make to you today is that you will be able to make the greatest difference in the health of Canadians if you reduce poverty and inequalities, the central social determinants of health. You have heard a similar message from Dr. Lynch, and because we come from the same university you might think it was a coordinated message. I have also had the pleasure of working with Dr. Frank over the years. If he says something similar, you might think it was coordinated. In fact, we have independently come to these same conclusions.

Les déterminants sociaux de la santé les plus importants sont la pauvreté et les inégalités sociales. Les politiques visant à réduire leur incidence seront celles qui auront le plus grand impact sur la santé des Canadiens. Et parmi ces politiques, celles qui amènent des changements durables sont les programmes qui mettent en œuvre la qualité du travail et de l'éducation.

Comme vous pouvez le constater, mon français n'est malheureusement pas encore assez élégant pour faire justice à cette belle langue. Je dois donc continuer ma présentation en anglais, mais le texte de cette présentation est disponible dans les deux langues officielles.

[Traduction]

J'ai une grande expérience des déterminants sociaux de la santé. Au cours de la dernière décennie et demie, j'ai dirigé des études systématiques, d'abord à l'Université Harvard et maintenant aux Universités Harvard et McGill, sur plus de 55 000 ménages à l'échelle mondiale pour chercher à comprendre l'effet des conditions sociales sur la santé des personnes et celle de leurs familles. J'ai servi notamment à titre consultatif à l'Organisation mondiale de la santé, à l'UNESCO, à l'UNICEF, à l'Organisation internationale du travail et au Sénat des États-Unis. Nous avons examiné les politiques publiques dans 177 pays. Au Canada, j'ai eu le grand plaisir de participer pendant cinq ans au Réseau du Fonds pour la santé de la population de l'Institut canadien de recherches avancées, après quoi j'ai poursuivi mon travail, en tablant sur les relations établies à cette époque, en dirigeant la rédaction d'un volume, de concert avec des chercheurs canadiens de pointe, sur les déterminants sociaux de la santé. Je suis maintenant au Canada depuis deux ans et j'ai fondé un nouvel institut de l'Université McGill sur la santé et la politique sociale. Merci de m'avoir invitée à témoigner sur les façons de progresser dans l'étude des déterminants sociaux de la santé.

La plupart des nations consacrent beaucoup plus de temps et de ressources à traiter des maladies et des traumatismes qu'à s'attaquer aux conditions qui occasionnent la mauvaise santé. À l'heure actuelle, le Canada ressemble à la plupart des pays à cet égard. Cependant, le Canada est depuis longtemps un chef de file dans la recherche sur les déterminants sociaux de la santé et il a maintenant l'occasion de devenir l'un des chefs de file pour ce qui est de passer à l'action. C'est un grand honneur pour moi de m'adresser à vous au moment où vous vous efforcez de lancer des efforts en ce sens.

L'argument principal que je veux faire valoir aujourd'hui, c'est que vous serez en mesure de faire la plus grande différence au niveau de la santé des Canadiens si vous réduisez la pauvreté et les inégalités, qui sont les principaux déterminants sociaux de la santé. Vous avez entendu un message semblable de la part du Dr Lynch et, comme nous venons de la même université, vous penserez peut-être que nous avons coordonné nos interventions. J'ai également eu le plaisir de travailler avec le Dr Frank au fil des années. Si son intervention va dans le même sens, vous penserez peut-être que c'est concerté. En fait, nous en sommes arrivés de manière indépendante aux mêmes conclusions.

I will lay out some of the evidence as to why I think you need to focus on poverty. If you agree that you need to focus on poverty, then there are only three routes that you can work on to lift families, children, individuals and adults out of poverty. Those are: first, improving working conditions and wages; second, improving educational opportunities so people obtain better jobs; and, third, transferring income. Of these, improving the quality of work and education are the only ones to lead to long-term sustainable change for most working-age adults and children around the world.

So why poverty? From my standpoint, having looked at social determinants for a long time, I have a simple answer. People can give you a long list of social determinants and so can I. Many of them operate through poverty and probably nothing is more important as a single determinant than poverty and inequalities. In Canada, adults from the highest-income households are twice as likely to report being in excellent health as adults in the lowest-income households. Those marked health effects of poverty are well-documented in other high-income countries. In the United States, living in federally-designated poverty areas increases mortality 1.7-fold. Even in Finland, with a strong social welfare system — to name one other country — a large nationally representative study found that those in the lowest income group have 1.7 to 2.4 times higher death rates than those in the highest income group.

These disparities are true for a variety of indicators. In fact, there are 31 health and development indicators for children's outcomes in the U.S. and Canada, all of which are worsened by family income level. It is not true for every single health measure you would find, but it is true for the majority.

Poverty acts directly on health; it also mediates other social determinants of health from safe housing to good nutrition.

Given the central impact of poverty on health and welfare, Canada's current profile is deeply troubling. Despite economic growth, little progress since 1989 has occurred in how many families and individuals in Canada live in low income.

There is a good news part of the story, and I think that is what should encourage us about action. Canada has done well when it comes to seniors. Seniors are reduced from 59 per cent in poverty to 8 per cent after taxes and transfers. Compare that to other OECD countries and you find Canada outperforming Australia, Austria, Belgium, Finland, Germany, Ireland, Italy, Norway, the U.K. and the U.S.

Je vais vous présenter des faits qui expliquent pourquoi vous devez à mon avis mettre l'accent sur la pauvreté. Si vous êtes d'accord pour vous attaquer d'abord et avant tout à la pauvreté, je vais montrer qu'il n'existe vraiment que trois voies pour faire sortir les familles et les particuliers de la pauvreté : premièrement, améliorer les conditions de travail et les salaires; deuxièmement, améliorer les possibilités de s'instruire pour que les gens obtiennent de meilleurs emplois; et troisièmement, transférer des revenus. Des trois, l'amélioration de la qualité du travail et de l'éducation sont les seuls qui entraînent un changement durable pour la plupart des adultes en âge de travailler et pour les enfants dans le monde.

Alors pourquoi la pauvreté? De mon point de vue, moi qui ai étudié pendant longtemps les déterminants sociaux, la réponse est simple. Les gens peuvent vous donner une longue liste de déterminants sociaux et je pourrais en faire autant. Beaucoup de ces déterminants débouchent sur la pauvreté et il est probable qu'aucun déterminant n'est aussi important que la pauvreté et l'inégalité. Au Canada, les adultes faisant partie des ménages les mieux nantis sont deux fois plus susceptibles de se déclarer en excellente santé que les adultes qui font partie des ménages à faible revenu. Ces effets marqués de la pauvreté sur la santé sont bien documentés dans d'autres pays à revenu élevé. Aux États-Unis, le fait de vivre dans un secteur désigné par l'administration fédérale « secteur de pauvreté » augmente le risque de mortalité de 1,7 fois. Même en Finlande, où le régime de bien-être social est bien ancré — c'est le seul autre pays que je vais nommer —, une grande étude représentative à l'échelle nationale a révélé que les gens faisant partie du groupe de revenus le plus bas avaient des taux de mortalité de 1,7 à 2,4 fois supérieurs à ceux des personnes qui se situaient dans la tranche des revenus les plus élevés.

Ces écarts sont avérés pour divers indicateurs. En fait, il y a 31 indicateurs de la santé et du développement mesurés aux États-Unis et au Canada et, dans tous les cas, les résultats pour les enfants empirent en suivant la courbe de diminution du revenu familial. Ce n'est pas vrai pour toutes les mesures de la santé que l'on peut trouver, mais c'est vrai dans la majorité des cas.

La pauvreté se répercute directement sur la santé; elle influe aussi indirectement sur d'autres déterminants sociaux de la santé, comme un logement sûr et une bonne alimentation.

Étant donné l'importance centrale de la pauvreté pour la santé et le bien-être, la situation actuelle du Canada est profondément inquiétante. En dépit de la croissance économique, très peu de progrès ont été accomplis depuis 1989 quant au nombre de familles et de particuliers qui vivent avec un faible revenu au Canada.

Il y a toutefois de bonnes nouvelles et je pense que c'est ce qui devrait nous encourager à aller de l'avant. Le Canada a obtenu de bons résultats dans le dossier des personnes âgées. Le taux de pauvreté des personnes âgées a diminué, passant de 59 p. 100 à 8 p. 100 après impôts et transferts. Si l'on compare aux autres pays de l'OCDE, on constate que le Canada a mieux fait que l'Australie, l'Autriche, la Belgique, la Finlande, l'Allemagne, l'Irlande, l'Italie, la Norvège, le Royaume-Uni et les États-Unis.

However, Canada has not done so well when it comes to children. In fact, out of 24 OECD countries, Canada ranks fifteenth below the midline for its rank of children living in low-income households. Moreover, although average incomes of Canadians have increased during the past decades, not only are we not making progress on poverty, but the gap between rich and poor in Canada has continued to widen.

Given that poverty has such a dramatic impact on health, such a central role in mediating other social determinants, and that Canada has not gone as far as it could in addressing poverty in children and in working-age adults, what can we do about it?

That brings me to these three policy areas. I know you are at the earliest stages of your committee work, but I want to give focus to these areas because ultimately, as you move into the next two years, you will have to decide where to focus and where to spend most of your efforts.

The first of those three areas is better jobs. A number of things can be done in terms of better jobs such as ensuring that the minimum wage is a living wage; ensuring that there are decent working conditions and basic benefits available for all Canadians, a high-enough floor for all working Canadians; providing incentives for companies to create career tracks for low-skilled workers. High-skilled workers have them and low-skilled workers rarely do. They need them if they are to exit poverty through work. We could also provide access to training for low-skilled workers and incentives for employers who come to Canada to offer good working conditions, the kind of incentives that bring the best jobs to Canada. All those efforts that can be made in the area of work.

The second major area is education. In particular, we need to address improving educational quality, attainment of skills and completion of educational programs at advanced levels. Particularly important is the percentage of Canadians who complete high school and who go on to complete post-secondary education. This is an area where Canada deserves to have a lot of pride. The best universities in Canada are, by and large, affordable. They are public universities. There have been great efforts made in that area. At the same time, we have to be aware that reductions in government funding leading to relative increases in tuition fees are affecting access to post-secondary education.

Moreover, less on the rise has been adult education. Adult education is the chance for this generation of working adults to exit poverty. It is crucial. About a quarter of Canadians participate in it, but those who need it the most, those with only a

Toutefois, le Canada n'a pas eu autant de succès pour ce qui est des enfants. En fait, des 24 pays de l'OCDE, le Canada se classe au 15^e rang, donc dans la moitié inférieure, quant au taux d'enfants qui vivent dans des familles à faible revenu. De plus, bien que les revenus moyens des Canadiens aient augmenté au cours des dernières décennies, non seulement ne progressons-nous pas au chapitre de la pauvreté, mais l'écart entre les riches et les pauvres au Canada a continué de s'élargir.

Étant donné que la pauvreté a une incidence aussi dramatique sur la santé, joue un rôle tellement central dans d'autres déterminants sociaux, et que le Canada n'a pas progressé autant qu'il aurait pu le faire pour ce qui est de réduire la pauvreté chez les enfants et les adultes en âge de travailler, que pouvons-nous faire pour y remédier?

Cela m'amène aux trois grands domaines de politique. Je sais que vous en êtes aux premières étapes des travaux de votre comité, mais je veux m'attarder à ces trois domaines parce qu'en définitive, au cours des deux prochaines années, il vous faudra décider à quels éléments précis vous voudrez consacrer la plus grande partie de votre attention et de vos efforts.

Le premier de ces trois domaines est celui de l'amélioration de la qualité des emplois. Diverses mesures peuvent être prises pour améliorer les emplois, par exemple s'assurer que le salaire minimum est un salaire viable; s'assurer que des conditions de travail convenables et des avantages de base soient accessibles à tous les Canadiens, c'est-à-dire garantir un minimum suffisant pour tous les Canadiens qui sont au travail; encourager les compagnies à créer des cheminements de carrière pour les travailleurs peu spécialisés. Les travailleurs spécialisés en bénéficient, mais c'est rarement le cas des travailleurs peu spécialisés. C'est pourtant nécessaire si l'on veut qu'ils réussissent à se sortir de la pauvreté en travaillant. Nous pourrions aussi donner accès à la formation aux travailleurs peu spécialisés et encourager les employeurs qui viennent s'installer au Canada à offrir de bonnes conditions de travail, des encouragements de nature à faire venir les meilleurs emplois au Canada. Tous ces efforts peuvent être déployés dans le domaine du travail.

Le deuxième grand domaine est celui de l'éducation. En particulier, nous devons mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité de l'éducation, l'acquisition de compétences et la réussite de programmes d'éducation à des niveaux avancés. Ce qui est particulièrement important, c'est le pourcentage de Canadiens qui terminent leurs études secondaires et qui font des études postsecondaires. Dans ce domaine, le Canada peut être très fier de sa réussite. Les meilleures universités au Canada sont relativement abordables. Ce sont des universités publiques. Beaucoup d'efforts ont été déployés dans ce domaine. En même temps, les réductions des subventions gouvernementales ont fait augmenter les frais de scolarité, ce qui nuit à l'accès aux études supérieures.

En outre, l'éducation des adultes a connu une hausse moins marquée. L'éducation des adultes, c'est l'occasion pour la génération actuelle d'adultes au travail de sortir de la pauvreté. C'est crucial. Environ le quart des Canadiens y participent, mais

high school degree or less, are the least likely to participate right now in high school education, which has a lot to do with cost availability and family responsibilities, another area that can be addressed.

I said there were two main areas, but in fact there is a third, and it lies at the intersection of work and education. You could put it in either one, but it is important because it benefits both. It makes it so that adults who are working can help exit poverty and children who are in poverty have the best chance. It has a multigenerational impact. I am speaking of early childhood care and education. Because it works on both levels, there is probably nothing more important to do than to address increased access to quality early childhood care and education from zero to five years old. The benefits of early childhood programs have been well shown in terms of cognitive outcomes, social outcomes, primary school, secondary school and work outcomes beyond. We know there are vastly too few spaces for children aged zero to five. Quebec is the only province that has made substantial progress in this regard, but, Canada-wide, hundreds of thousands of children who could benefit from it are not currently benefiting.

Having outlined those areas, I want to urge you to think about one thing, which is that in addressing poverty and targeting programs at the poor, such programs should be made universal. I hope I will be able to convince you that it is not paradoxical and that you should support universal programs. In terms of a wage floor or a benefits floor, in terms of offering universal accessibility to children aged zero to five or to adult education, we know that any universal program will disproportionately benefit the poor. They are the ones who have the worst working conditions and who have the least access to education. Universality will benefit them.

Why make programs universal? It is important to note that substantial international research on policies shows that countries with targeted programs for the poor do less well at alleviating poverty. We know why that it is. Those programs are less likely to be financed in the long run by governments; they are less sustained; and they tend to be lower quality. I hope you will give a lot of conversation to whether such programs should be universal.

In summary, I urge you to focus on the central social determinant of health, poverty and inequalities. In doing so, the only long-term effective means are through improving work and educational outcomes and their intersection. Second, I urge you to make sure that, while being aware of heightened needs of certain sub-populations, these needs are addressed within the context of universal programs.

ceux qui en ont le plus grand besoin, ceux qui n'ont qu'un diplôme d'études secondaires ou moins sont les moins nombreux à participer à l'heure actuelle à l'éducation permanente, ce qui a beaucoup à voir avec le coût abordable et les responsabilités familiales, autre domaine dans lequel on peut agir.

J'ai dit qu'il y avait deux grands domaines, mais en fait, il y en a un troisième qui se trouve à l'intersection du travail et de l'éducation. On pourrait le placer dans l'une ou l'autre de ces catégories, mais c'est important parce que les avantages se font sentir sur les deux plans. Ainsi, les adultes qui travaillent peuvent se sortir de la pauvreté et les enfants qui vivent dans la pauvreté ont les meilleures chances d'en sortir. L'impact est multigénérationnel. Je veux parler des soins éducatifs à la petite enfance. Comme l'incidence se fait sentir sur les deux plans, il n'y a probablement rien de plus important que de renforcer l'accès à des soins éducatifs à la petite enfance de grande qualité disponibles de zéro à cinq ans. Les avantages des programmes destinés à la petite enfance sont bien documentés en termes de résultats cognitifs et sociaux, de résultats obtenus à l'école primaire et secondaire et ensuite dans le monde du travail. Nous savons que le nombre de places est beaucoup trop limité pour les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans. Le Québec est la seule province qui ait enregistré des progrès sensibles à cet égard, mais dans l'ensemble du Canada, des centaines de milliers d'enfants qui pourraient en bénéficier sont actuellement laissés pour compte.

Ayant exposé tout cela, je vous invite instamment à prendre en considération que, pour lutter contre la pauvreté et élaborer des programmes qui ciblent les pauvres, il faut que les programmes soient universels. J'espère réussir à vous convaincre que ce n'est pas paradoxal et que vous devez appuyer des programmes d'application universelle. En termes de salaire minimum ou d'avantages sociaux minimums, pour ce qui est d'offrir l'accès universel aux enfants âgés de zéro à cinq ans et aux adultes qui veulent suivre des cours, nous savons que tout programme d'application universelle avantage les pauvres de manière disproportionnée. Ce sont eux qui ont les pires conditions de travail et qui ont le moins accès à l'éducation. L'universalité les avantage.

Pourquoi adopter des programmes à accès universel? Il importe de signaler que la recherche internationale sur les politiques a démontré que les pays où les programmes ciblent les pauvres ont des résultats moins intéressants pour ce qui est d'atténuer la pauvreté. Nous avons pourquoi c'est le cas. Ces programmes ont moins de chance d'être financés durablement par les gouvernements; ils sont moins soutenus; et ils sont généralement de qualité moindre. J'espère que vous ferez une bonne place dans vos discussions à la question de savoir si de tels programmes devraient être de portée universelle.

En résumé, je vous exhorte à vous attacher en priorité aux principaux déterminants sociaux de la santé, nommément la pauvreté et l'inégalité. Les seuls moyens efficaces à long terme d'agir dans ce domaine sont l'amélioration du travail et des résultats scolaires et le recouplement des deux. Deuxièmement, je vous exhorte, tout en étant bien conscient des besoins particuliers de certains sous-groupes de la population, à essayer de répondre à ces besoins au moyen de programmes à accès universel.

I understand that the committee's efforts will continue through the remainder of this year and into next year. At the Institute for Health and Social Policy at McGill, we are also actively engaged in a program of how to translate what is known about social determinants of health into effective policies and programs. That is at the core of our mission.

We have undertaken two multi-year initiatives, the findings of which may become relevant to you, so I want to mention them briefly in closing. In the first, we are examining the public policies in countries around the world in the areas of working conditions, education and addressing inequalities in 180 countries. We have selected these areas because we think they are core to social determinants. We will be looking at their impact on health outcomes, on economic outcomes and on other national well-being and success outcomes. Second, we have a multi-year initiative in which we are carrying out case studies of the most effective national and provincial policies which aim to improve working conditions for the worst off, expand educational opportunities and decrease poverty. I would be happy to provide further information on these initiatives to the committee and to learn more about how what we do can be most useful to your efforts to improve the health of Canadians.

Thank you for being committed to addressing the critical ways social conditions shape the health of Canadians.

The Chairman: Thank you very much indeed for that excellent presentation.

We will now hear from Dr. John Frank, the Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research. He is here today representing the Institute of Population and Public Health, so he can be tremendously helpful.

[*Translation*]

Dr. John Frank, Scientific Director, Canadian Institutes of Health Research, Institute of Population and Public Health: Mr. Chair, I am very pleased to be here to present to you some very important ideas relating to population health, an area I have been interested in for more than 20 years, either as general practitioner, public health doctor, professor, or researcher.

[*English*]

I will make the rest of my remarks in English but I am happy to take questions in French. I will be able to avoid using all my slides because of the significant degree of overlap and, in fact, convergence amongst us. We decided not to engineer that, as Dr. Heymann said, but rather we thought it valuable for us to think about the most important messages to give you and we converged without much consultation.

Je crois savoir que les travaux du comité se poursuivront tout au long de l'année et même l'année prochaine. À l'Institut de la santé et de la politique sociale de McGill, nous sommes également activement engagés dans un programme visant à traduire ce que nous connaissons en matière de déterminants sociaux de la santé dans des politiques et programmes efficaces. C'est le cœur même de notre mission.

Nous avons entrepris deux initiatives pluriannuelles dont les constatations peuvent vous être utiles et je voudrais donc les mentionner brièvement en terminant. Dans la première, nous examinons les politiques publiques dans 180 pays du monde en ce qui concerne les conditions de travail, l'éducation et la lutte contre les inégalités. Nous avons choisi ces domaines parce que nous croyons qu'ils sont au cœur même des déterminants sociaux. Nous en examinerons l'incidence sur les résultats en matière de santé, sur le plan économique et en termes d'autres résultats de succès et de bien-être national. Deuxièmement, nous avons une initiative pluriannuelle dans laquelle nous effectuons des études de cas des politiques nationales et provinciales les plus efficaces, dans le but d'améliorer les conditions de travail des plus défavorisés, d'élargir les possibilités d'éducation et de réduire la pauvreté et les inégalités. Je me ferai un plaisir de donner plus de renseignements sur ces initiatives au comité et d'en apprendre davantage sur la façon dont ce que nous faisons peut être le plus utile à vos efforts pour améliorer la santé des Canadiens.

Je vous remercie pour votre détermination à vous attaquer aux répercussions importantes des conditions sociales sur la santé des Canadiens.

Le président : Merci beaucoup pour cet excellent exposé.

Nous entendrons maintenant le Dr John Frank, directeur scientifique des Instituts canadiens de recherches en santé. Il témoigne aujourd'hui à titre de représentant de l'Institut de la santé publique et des populations, et il peut donc nous être extraordinairement utile.

[*Français*]

Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé publique et des populations : Monsieur le président, je suis très heureux d'être ici pour vous présenter quelques idées importantes en ce qui a trait à la santé des populations, un domaine auquel je m'intéresse depuis plus de 20 ans, soit à titre d'"omnipraticien, de médecin en santé publique, de professeur ou de chercheur.

[*Traduction*]

Je vais faire le reste de mon exposé en anglais, mais il me fera plaisir de répondre aux questions posées en français. Je serai en mesure d'éviter d'utiliser toutes mes diapositives, à cause du degré important de chevauchement et, en fait, de convergence entre nous. Nous avons décidé de ne pas nous concerter, comme la Dre Heymann l'a dit; il nous a plutôt semblé utile de réfléchir chacun de notre côté aux messages les plus importants à vous transmettre, et il y a eu convergence entre nous trois sans qu'il y ait eu vraiment consultation.

This is a conceptual framework which, although simplistic like all diagrams, I commend to you as a way of thinking about determinants of health as the key set of ideas inside the field called population health, which is developed as much in Canada as anywhere. It simply points out that as we go from womb to tomb, we end up with a set of exposures that affect our biological, genetic and epigenetic endowments. We end up with the health outcomes shown on the upper right. I know, after doing general practice in many different settings around the world for 20 years, most of health care is hard-pressed to get upstream. Dr. Keon was agreeing with us on that earlier. No matter how committed the practitioner, 95 per cent of the patients you see every day have complaints, problems, drugs to review. You will not get much prevention out of that system. However, upstream, the forces you see there conspire to change the exposures inside those families, neighbourhoods, communities, provinces, countries in which we live, and that is changing in a way that policies need to address to get upstream. That is not a new idea, I am sure.

Where do health disparities fit in? There is a somewhat busier version of this graph on the CIHR website. It shows that disparities go back into the page because they are the ways in which patterns of health outcomes are determined differentially by race, ethnicity, by socio-economic status, by geography and, indeed, by gender, to name just a few.

The first message I have is the one that you have already heard. I will use two slides from longitudinal studies that tell us how much early life does matter. We sometimes say that there is such “a long reach” of early life on our health and function. This is the famous 1958 British birth cohort, the work of Chris Power. It simply points out that people at the age of 33 should be in peak health before the decline of middle age sets in. Then you graph the frequency with which they have common problems, the most common of which at that age are mental health. “Self-rated health” is a general questionnaire of how well you rate your health compared to other people your age, but it predicts serious health problems later. This graph also shows the percentage of those who are obese.

You see this strong differential rate, ranging from about 5 per cent for people whose parents' social class was the best, was the highest. This is a U.K. study, so they use the Roman numerals I through V. The people who exhibited the lowest rates of these problems had privileged parents, which is not something that people pick? This has nothing to do with babies but rather with parents. It is the parents' social class that is

Voici un cadre conceptuel qui, bien qu'il soit simpliste comme le sont tous les diagrammes, me semble intéressant parce qu'il présente les déterminants de la santé comme les idées clés dans le domaine appelé la santé des populations, qui fait l'objet de recherches au Canada comme partout ailleurs. Ce diagramme montre simplement que, à mesure que nous cheminons de l'utérus à la tombe, nous sommes exposés à une série de facteurs qui influent sur notre patrimoine biologique, génétique et épigénétique. Nous nous retrouvons avec des résultats pour la santé qui apparaissent dans le coin supérieur droit. Je sais, pour avoir pratiqué la médecine générale dans différents cadres un peu partout dans le monde pendant 20 ans, qu'il est difficile d'aller vers l'amont dans la plus grande partie de l'exercice des soins de santé. Le Dr Keon s'est dit d'accord avec nous là-dessus tout à l'heure. Un praticien a beau être déterminé, 95 p. 100 des patients que l'on voit tous les jours ont des plaintes, des problèmes, des médicaments à réviser. On ne peut pas tirer beaucoup de prévention de ce système. Cependant, en amont, les forces que l'on voit ici conspirent pour changer les éléments auxquels on est exposé dans les familles, les quartiers, les communautés, les provinces, les pays dans lesquels nous vivons, et tout cela change d'une certaine manière les politiques nécessaires pour s'attaquer au problème en amont. Je suis certain que ce n'est pas une idée neuve.

Où se situent les disparités en santé? On peut trouver sur le site web des IRSC une version plus fouillée de ce graphique. Il montre que les inégalités se trouvent plus haut sur la page parce qu'elles sont attribuables au fait que les résultats pour la santé sont déterminés de manière différentielle par la race, l'éthnie, la situation socioéconomique, la géographie et même par le sexe, pour ne nommer que quelques facteurs.

Le premier message que je veux vous transmettre est un que vous avez déjà entendu. Je vais utiliser deux diapositives tirées d'études longitudinales qui montrent à quel point le début de la vie est important. On dit parfois que le début de la vie a une longue portée et nous rejoint dans notre santé et notre fonctionnement. Nous avons ici la fameuse cohorte de naissances britanniques de 1958, tirée des travaux de Chris Power. Cela illustre simplement qu'à l'âge de 33 ans, les gens devraient être à l'apogée de leur santé, avant le début du déclin de l'âge mûr. Le graphique illustre la fréquence des problèmes les plus courants, le plus répandu à cet âge étant lié à la santé mentale. La « santé autoévaluée » est un questionnaire de portée générale par lequel les gens comparent leur santé à celle d'autres personnes du même âge, mais il permet de prédire de graves problèmes de santé qui surgiront par la suite. Ce graphique montre aussi le pourcentage de gens obèses.

On constate un taux différentiel marqué, à partir d'environ 5 p. 100 pour les gens dont les parents appartenaient à la classe sociale la plus élevée. C'est une étude du Royaume-Uni et l'on utilise donc les chiffres romains de I à V. Les gens qui manifestent les taux les plus bas de ces problèmes avaient des parents privilégiés, et ce n'est pas un facteur que les gens choisissent. Cela n'a rien à avoir avec les bébés, mais plutôt avec les parents. C'est

depicted here. The rates of these adverse health outcomes range from being double to triple. In some of them, there are large absolute differences.

For the rates of mental health problems, largely depression and anxiety sufficient to interfere with function, the differences are quite significant. For women, there is a difference between 1 in 12 women having the problem, to 1 in perhaps 6 having the problem if they come from the most disadvantaged social group.

Of course, I hate to say it, but it is all downhill from there. Age 33 is as good as it gets, really.

This is a very old study. I am sorry about the colour, but there is a middle line that is yellow that sits between the green line at the bottom and the red line. This is very old data, but it is compelling because it is the work of Emmy E. Werner, who followed a lot of children on the island of Kauai. There were socio-economic differences despite the fact she worked in a plantation environment. She showed that when there was a biological impairment in the form of perinatal stressor events, such as partial asphyxia or low Apgar scores, the effect on the developmental quotient — that is on the vertical axis — at 20 months of age was strong. The effect of social class was so strong that children in privileged families were so stimulated by paternal interaction — verbal, being read to, social skills, being stimulated to develop fine motor and gross motor skills — that the perinatal effects were almost completely mitigated. In other words, social class can buffer even relatively major biological disadvantage in early life.

As my colleagues have said, there is no point in talking to you about things we cannot change. Let us zero in on two things we can change, one of which people often say we cannot, which is poverty. I will pick up from where they left off.

The poor are not always with us. Indeed, we make tax and transfer decisions every year in every Western country that massively change post-tax and transfer income distribution. We do so largely for fiscal reasons without much attention to the social and health consequences because health scientists are never involved in Treasury Board discussions. The people who are there come from another discipline that we will not name today.

The second remediable factor is lack of cognitively-stimulating environments. This factor is so important that it has actually been listed at one of the top four causes of suboptimal child development in the entire world. A wonderful series of papers — which Dr. Keon can make sure you get through the staff — was published in *The Lancet* on January 6 of this year. It shows is that even at the global level, although you may think that in poor

la classe sociale des parents qui est illustrée ici. Les taux de ces résultats négatifs pour la santé varient du simple au double et même au triple. Dans certains cas, les écarts sont importants en chiffres absolus.

Pour les problèmes de santé mentale, surtout la dépression et un degré d'angoisse suffisant pour nuire au fonctionnement, les différences sont très marquées. Pour les femmes, le taux oscille entre une femme sur douze qui éprouve ce problème à peut-être une femme sur six dans le cas de celles qui viennent du groupe social le plus défavorisé.

Bien sûr, je répugne à le dire, mais tout dégringole à partir de là. En fait, on n'est jamais mieux portant qu'à l'âge de 33 ans.

Ceci est tiré d'une très vieille étude. Je m'excuse pour les couleurs, mais il y a une ligne jaune dans le milieu, entre la ligne verte du bas et la ligne rouge. Ce sont de très vieilles données, mais c'est intéressant parce que ce sont les travaux de Emmy E. Werner, qui a suivi un grand nombre d'enfants dans l'île de Kauai. Il y avait des différences socioéconomiques, en dépit du fait qu'elle travaillait dans un environnement de plantations. Elle a montré que lorsqu'il y a déficience biologique sous forme de stress périnatal, par exemple l'asphyxie partielle ou un indice d'Apgar faible, l'effet sur le quotient de développement — c'est l'axe vertical — à l'âge de 20 mois est très marqué. L'effet de la classe sociale est tellement marqué et les enfants des familles privilégiées ont été tellement stimulés par l'interaction paternelle — verbale, le fait de se faire faire la lecture, aptitudes sociales, stimulation permettant de développer la motricité fine et la motricité globale — que les facteurs périnataux ont été presque complètement effacés. Autrement dit, la classe sociale peut effacer un désavantage biologique même relativement majeur subi au début de la vie.

Comme mes collègues l'ont dit, il ne sert à rien de vous parler de choses que nous ne pouvons pas changer. Attardons-nous à deux éléments que nous pouvons changer, même si l'on dit souvent que nous ne pouvons rien faire contre l'un des deux, à savoir la pauvreté. Je vais reprendre le fil de leur argumentation.

Les pauvres ne restent pas toujours pauvres. En fait, nous prenons chaque année dans tous les pays occidentaux des décisions en matière de fiscalité et de transferts qui changent massivement la répartition des revenus après impôts et transferts. Nous le faisons essentiellement pour des raisons fiscales sans accorder beaucoup d'attention aux conséquences sociales et pour la santé, parce que les scientifiques de la santé ne participent jamais aux discussions du Conseil du Trésor. Les participants à ces discussions viennent plutôt d'une autre discipline que nous ne nommerons pas aujourd'hui.

Le deuxième facteur auquel on peut remédier est l'absence d'un environnement stimulant sur le plan cognitif. Ce facteur est tellement important qu'il a en fait été inscrit en tête de liste comme l'une des quatre causes principales du développement sous-optimal des enfants dans le monde entier. Une remarquable série de communications — le Dr Keon peut veiller à vous les faire parvenir par l'entremise du personnel — a été publiée

countries there would be big impacts of malnutrition and infection and there are, the number two cause of suboptimal human development is still inadequate cognitive stimulation.

How are we doing on health and equality by socio-economic status in Canada? This is data from Russell Wilkins at Statistics Canada. The red line is life expectancy. This graph sums up the death rates at every age after birth; in other words, life expectancy at birth. The top line represents the wealthiest folks by neighbourhood income, and the bottom line is the poorest women by neighbourhood income. You will notice that the gap has not declined at all over a 25-year period. He will soon publish updated data for the subsequent five years.

In men the gap appears wider. This is a bit of an artifact of how well women's real social class is captured by family income of their neighbourhood. There is some mistaken identification there of women's real social class in my view. However, even where we have a clear picture of it in men, it has not reduced at all. The life expectancy gap in the 25 years under observation here did not change at all.

Of course, as Robin Hood knew, the rich get richer and the poor get poorer. This next graph from Canadian Population Health Initiative report entitled *Improving the Health of Canadians* — and I was privileged to co-chair the advisory board two years ago — simply shows that that is even more true in Canada than one may have thought. Over a 29-year period, the poorest 10 per cent, the second-poorest 10 per cent and the third-poorest 10 per cent did not gain any wealth at all in the period. All of the wealth gained was concentrated in the top few deciles of folks at the beginning of the period.

Maybe you think we cannot do much about that and, indeed, I am not proposing a wealth tax, but income is something we change all the time. However, a recent report from the U.N. Commission on Human Rights — and I can send you the reference for it — basically castigates Canada for having one of the worst records, particularly in respect of child poverty, compared to any country at its level of wealth and any country with its apparent values.

I said "apparent values." Let us pursue that a little bit. We may say that this is a given, the way income growth occurred at different levels of income. In 2004, we reached an unenviable state. This graph shows the average earnings of the richest 10 per cent. We moved away from wealth. Wealth is a little bit harder to deal with. However, the earnings were 82 times that earned by the poorest 10 per cent. In terms of income, we are now the most unequal we have ever been as a society. This data is from a report by Armine Yalnizyan of the Canadian Centre for Policy Alternatives released a few weeks ago, and I commend it to you

le 6 janvier dernier dans *The Lancet*. Ces études montrent que, même au niveau mondial, quoique l'on peut s'attendre à ce que la malnutrition et l'infection aient des conséquences marquées dans les pays pauvres, ce qui est d'ailleurs le cas, la deuxième cause du développement humain sous-optimal demeure toujours une stimulation cognitive insuffisante.

Où nous situons-nous au Canada en matière de santé et d'égalité selon la situation socioéconomique? Nous avons ici des données de Russell Wilkins à Statistique Canada. La ligne rouge est l'espérance de vie. Ce graphique illustre les taux de décès à tous les âges après la naissance; autrement dit, l'espérance de vie à la naissance. La ligne du haut représente les gens les plus riches selon le revenu du quartier où ils habitent, et la ligne du bas les femmes les plus pauvres. Vous remarquerez que l'écart n'a pas diminué du tout sur une période de 25 ans. Il va publier bientôt des données mises à jour pour les cinq années suivantes.

Chez les hommes, l'écart semble plus grand. C'est un peu faussé par le fait que la véritable classe sociale des femmes n'est pas toujours bien saisie par le revenu familial selon le quartier. À mon avis, la véritable classe sociale des femmes n'est pas toujours bien identifiée. Quo qu'il en soit, même dans le cas des hommes, pour lesquels nous avons un portrait fidèle, l'écart n'a pas diminué du tout. L'écart quant à l'espérance de vie au cours des 25 années de la période observée n'a pas changé du tout.

Bien sûr, comme Robin des Bois le savait, les riches s'enrichissent et les pauvres s'appauvissent. Le graphique suivant est tiré du rapport de l'Initiative pour la santé de la population canadienne intitulé *Améliorer la santé des Canadiens* — j'ai eu le privilège de coprésider le comité consultatif il y a deux ans — et montre simplement que c'est encore plus vrai au Canada qu'on aurait pu le croire. Sur une période de 29 ans, les plus pauvres, c'est-à-dire les trois déciles les plus pauvres, n'ont pas fait le moindre gain en termes de richesse. L'accroissement de richesse a été concentré en totalité dans les quelques déciles regroupant les gens les plus riches au début de la période.

Vous vous dites peut-être que nous ne pouvons pas y faire grand-chose et, en fait, je ne propose pas un impôt sur la richesse, mais le revenu est un élément que nous changeons constamment. Cependant, un récent rapport de la Commission des droits de la personne de l'ONU — je vous ferai parvenir la référence — dénonce essentiellement le Canada parce qu'il a l'un des pires bilans, surtout pour la pauvreté infantile, en comparaison de tout autre pays ayant le même niveau de richesse et de n'importe quel pays partageant les mêmes valeurs apparentes.

J'ai dit « valeurs apparentes ». Creusons un peu cet aspect. On pourrait dire que c'était inévitable, la manière dont la croissance du revenu a eu lieu à divers niveaux de revenu. En 2004, nous avons atteint une situation peu enviable. Ce graphique montre le revenu moyen des 10 p. 100 les plus riches. Nous nous sommes éloignés de la richesse. La richesse devient un peu plus difficile à atteindre. Cependant, ce revenu était 82 fois plus élevé que celui de la tranche des 10 p. 100 les plus pauvres. Sur le plan des revenus, l'inégalité atteint aujourd'hui un record de tous les temps dans notre société. Ces données sont tirées d'un rapport de

for a very clear and thorough discussion of the wealth and income in Canada and the trends and disparities. The point is that we change after-tax income in profound ways every time we issue a budget.

The next graph has already been depicted by Dr. Lynch, and he commented on it. It is a bit too busy. It points out that without even really trying to, we managed to reduce poverty in seniors from something like 60 per cent of all seniors before taxes and transfers, to a good deal less than 10 per cent of seniors afterwards. It varies with the exact year of the data. That is a wonderful accomplishment, but it is not very deliberate. I admit there were a few moments on Parliament Hill, which some of you may well remember, when some tough seniors confronted various Prime Ministers and others and said, "You better not do us in, because at the polls we are increasingly important group."

Unfortunately, no one was there doing the same for children, or at least the incredibly large and sophisticated lobby of well-intended children's rights people did not have the same effect. As you heard from my colleagues, we are ranked about fifth worst in this graph in terms of how much we reduce poverty in children by the same range of taxes and transfers. We could only get it from around a quarter of children to about a sixth of children, and it has not improved.

There is something missing; there is something wrong. I submit to you that it is about our values. We do not think that the problems of poor children are everybody's problem, but we will think that once we think through the entire lifetime cost of dealing with the consequences that you have already heard about.

It is not as if these issues are not fixable. You have already seen the evidence of on tax and transfers. If other countries like Sweden can get child poverty under 5 per cent, what is wrong with us?

There are indeed new moves afoot, particularly in the province of Ontario, to do something about housing. However, if you count up the total dollars in these initiatives that Ontario announced last week, it is pretty small potatoes. All they plan to build is 1,000 homes with the money they announced, in a province of over 10 million people.

What about cognitive change? Let us have a quick look at something that Fraser Mustard and Margaret McCain made famous in their report a few years ago. We need to have regular monitoring on how we are doing, not only the level of people's human development indices, including literacy, but on the gradient. This is the mean level to show that Canada does pretty well in terms of life expectancy, but not as well as it should, say, compared to the Nordic countries in the upper left corner, Sweden and Norway. The bottom of the graph represents the

Armine Yalnizyan, du Centre canadien de politiques alternatives, qui a été publié il y a quelques semaines et que je vous invite à lire. Vous y trouverez un exposé clair et complet sur la richesse et les revenus au Canada, les tendances et les inégalités. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'à chaque fois que nous publions un budget, nous changeons en profondeur les revenus après impôt.

Le graphique suivant a déjà été décrit et commenté par le Dr Lynch. Il est un peu trop chargé. Il montre que même sans avoir vraiment essayé, nous avons réussi à réduire la pauvreté chez les personnes âgées, qui passe d'environ 60 p. 100 de toutes les personnes âgées avant impôts et transferts à beaucoup moins de 10 p. 100 après impôts et transferts. Le taux varie selon l'année précise. C'est une magnifique réussite, mais elle n'est pas très délibérée. Je reconnais qu'il y a eu sur la colline parlementaire des moments forts, dont certains d'entre vous se rappellent peut-être, quand des personnes âgées coriaces ont confronté divers premiers ministres et leur ont dit : « Vous êtes mieux de ne pas nous laisser tomber, parce qu'au moment du scrutin, nous sommes un groupe de plus en plus important. »

Malheureusement, personne n'en a fait autant pour les enfants ou, en tout cas, le lobby extraordinairement nombreux et sophistiqué des défenseurs des enfants bien intentionnés n'a pas eu le même résultat. Comme vous l'avez entendu de la bouche de mes collègues, nous sommes classés dans ce graphique à peu près au cinquième rang des pires pays pour la mesure dans laquelle nous réduisons la pauvreté des enfants au moyen des mêmes impôts et transferts. Nous avons seulement réussi à faire passer ce taux du quart des enfants à environ un sixième des enfants, et la situation ne s'est pas améliorée.

Il y a quelque chose qui manque; il y a quelque chose qui cloche. Je vous invite à considérer que cela tient à nos valeurs. Nous ne croyons pas que le problème des enfants pauvres est le problème de tout le monde, mais nous en serons convaincus une fois que nous aurons réfléchi au coût intégral, sur la vie entière, des conséquences dont on vous a déjà parlé.

Ce n'est pas comme si ces problèmes étaient insolubles. On vous a déjà montré les faits quant aux impôts et aux transferts. Si d'autres pays comme la Suède peuvent ramener la pauvreté infantile à moins de 5 p. 100, pourquoi pas nous?

Il y a en fait un déblocage, surtout dans la province d'Ontario, pour ce qui est d'agir dans le dossier du logement. Cependant, si l'on additionne les montants en dollars de toutes les initiatives annoncées en Ontario la semaine dernière, on arrive à un chiffre plutôt dérisoire. On prévoit bâtir seulement 1 000 logements avec l'argent annoncé, dans une province de plus de dix millions d'habitants.

Et que dire des changements cognitifs? Jetons un bref coup d'œil à une situation que Fraser Mustard et Margaret McCain ont rendue célèbre dans leur rapport publié il y a quelques années. Nous devons contrôler régulièrement les progrès que nous faisons, non seulement l'indice de développement humain, y compris l'alphabétisation, mais aussi le gradient. Nous avons ici le niveau moyen montrant que le Canada se débrouille assez bien en termes d'espérance de vie, mais pas aussi bien qu'il le devrait, en comparaison par exemple des pays nordiques dans

percentage of people at very low levels of literacy. We have over 40 per cent of people at very low levels of document literacy. They would not be able to read the fine print on a form on the Internet to purchase something through PayPal, for example. You may say that perhaps this is not important, but I would submit that it is indicative of a society that now expects that of you or your rights will not be protected.

Sweden has virtually half that percentage of people at such low levels of document literacy. We need to understand how they achieve that level. We must stop using the excuse that we have the immigrants and they do not. That is really a rotten excuse. Children are children. It can be fixed. We see that this data is strongly correlated with life expectancy; something about societies makes that the case.

The graphs that Fraser Mustard and Margaret McCain put in their report, the *Early Years Study* and the sequel — self-published because the government did not want to draw to the public's attention the failure to actually do enough about that report — highlight the notion that we need to follow not only what is the mean level. Here we have Sweden with a mean level of literacy on an internationally standardized test that is higher, the blue line, but what is the gradient? How much is the slope of the line across the x-axis that represents the parents' level of education? How are the kids' scores on a standardized test in this case of document literacy? We see that our gradient is not bad. It is not much steeper than Sweden's, but they overlap at the top. If you come from a highly educated family in Canada, your scores will be on average the same as the Swedish high socio-economic status family.

If you think about the yellow line, Canada, and the blue line, Sweden, who are we failing? We are not failing anyone who is privileged. They are doing as well as the Swedes. We are failing the people at the bottom, and it is their children we are talking about. We are failing to achieve levels that surely we could achieve.

I think the point that my colleagues made deserves repetition. It is the third point here. Poverty is not the whole story. We need to do better in the area of ending childhood poverty, but I will finish with one or two slides in terms of cognitive stimulation before school.

Ending child poverty would be a significant step and is entirely affordable. In case you did not follow the mathematics in Dr. Lynch's slide about why it is affordable, it is affordable because each year only 1 per cent of the population are babies. In some provinces, the percentage is not even that high. That is why

le coin supérieur gauche, la Suède et la Norvège. Le bas du graphique représente le pourcentage des gens qui se situent aux niveaux les plus bas d'alphabétisation. Nous avons plus de 40 p. 100 des gens qui se trouvent à un niveau très bas de capacité de lecture. Ces gens-là seraient incapables de lire les petits caractères apparaissant sur un formulaire publié sur Internet pour acheter quelque chose au moyen du système PayPal, par exemple. Vous me direz peut-être que ce n'est pas important, mais je soutiens que c'est révélateur d'une société qui attend cela de ses membres, faute de quoi leurs droits ne sont pas protégés.

La Suède a presque la moitié de ce pourcentage des gens aux niveaux les plus bas de la capacité de lecture de textes schématiques. Nous devons comprendre comment les Suédois ont atteint ce niveau. Nous devons cesser d'invoquer comme excuse que nous avons des immigrants et pas eux. C'est vraiment pourri comme excuse. Un enfant, c'est un enfant. Le problème peut être résolu. On peut voir qu'il y a une forte corrélation entre ces données et l'espérance de vie; cela a quelque chose à voir avec la nature des sociétés.

Les graphiques que Fraser Mustard et Margaret McCain ont intégrés dans leur rapport intitulé *Étude sur la petite enfance* et dans le volume qu'ils ont publié ensuite — à compte d'auteur, parce que le gouvernement ne voulait pas attirer l'attention du public sur le fait qu'on n'avait pas fait suffisamment pour donner suite à ce rapport — font ressortir que nous devons suivre non seulement le niveau moyen. Ici, nous avons la Suède dont le niveau moyen d'alphabétisation mesuré d'après la norme internationale est plus élevé, comme l'indique la ligne bleue, mais quel est le gradient? Dans quelle mesure la pente est-elle accentuée en abscisse, qui représente le niveau d'éducation des parents? Quel score obtiennent les enfants à un test standardisé de lecture de textes schématiques? Nous pouvons voir que notre gradient n'est pas mauvais. La pente n'est pas beaucoup plus accentuée que celle de la Suède, mais elles se chevauchent au sommet. Les enfants issus des familles ayant un niveau d'instruction élevé au Canada obtiennent en moyenne les mêmes scores que les familles suédoises ayant une situation socioéconomique élevée.

Si vous suivez la ligne jaune, le Canada, et la ligne bleue, la Suède, qui laissons-nous tomber? Nous ne laissons pas tomber les privilégiés. Ils ont d'aussi bons résultats que les Suédois. Nous laissons tomber les gens qui sont au bas de l'échelle, et plus particulièrement leurs enfants. Nous n'obtenons pas les résultats que nous serions certainement capables d'obtenir.

Je crois que l'argument soulevé par mes collègues mérite d'être répété. C'est le troisième point ici. La pauvreté n'est pas le seul facteur en cause. Nous devons faire mieux pour ce qui est de mettre fin à la pauvreté infantile, mais je vais terminer en présentant une ou deux diapositives sur la stimulation cognitive avant l'école.

Mettre fin à la pauvreté des enfants serait une grande réussite, et c'est tout à fait abordable. Au cas où vous n'auriez pas suivi le calcul mathématique présenté dans la diapo du Dr Lynch expliquant pourquoi c'est abordable, la raison en est que chaque année, les bébés représentent seulement 1 p. 100 de la population.

it is so cheap to end child poverty. It is not like 1952 when the birth rate was three times as high. It is cheap to end child poverty. What is our excuse? The will has to be there.

My last point is about cognitive interventions. Because this material is so widely circulated, I do not need to spend much time on it, but there are some important, almost-apocryphal studies. I want to remind you of a ridiculously small study that we have all seen Dr. Mustard use. It is randomized. It should not have been able to show the effects it did, but it was done in the Black ghettos of Ypsilanti, Michigan, in the early 1960s. They wanted to improve kids' outcomes in school. They gave them a couple of hours several days a week after school of social skills, conversation, fine motor skills, game playing, particularly involving the parents. They "role modeled" for the parents ways to stimulate kids' brains as well as their bodies. They hoped to see big impacts on school success and retention. Those impacts were only evident for a few years, and then the environment around the kids drowned out the effects of the program and nothing was visible after the first half of primary school.

Dr. Lawrence J. Schweinhart would not give up. He kept following people and 27 years later showed enormous differences in favour of the group who had that very modest intervention at ages three and four in that little school, the Perry Preschool. I admit that those changes are not in health outcomes, but they are changes in what I would call citizen success markers, mostly financial. There were some criminological outcomes, which were horrifyingly bad in the control group because it was a ghetto, but they could be expected to predict, as we have already pointed out to you, your health in later life when we all start to become more expensive in Canada to the public purse.

This little study has demonstrated the long reach of intervention. It is not a fatalistic story. Childhood conditions have a long reach. Interventions also have a long reach, but they must include the right elements, such as the parent and cognitive stimulation. They must be of sufficient duration and dose, a couple of years, particularly ages two through four, before kindergarten.

Have you had Dr. Clyde Hertzman speak to you, Dr. Keon?

The Chairman: Not yet. He is coming.

Dr. Frank: The one thing Dr. Hertzman has proven beyond the shadow of a doubt at the Human Early Learning Partnership at the University of British Columbia is that you can very inexpensively measure every kid's readiness to learn when they

Dans certaines provinces, le pourcentage n'est même pas aussi élevé. C'est pourquoi c'est tellement bon marché de mettre fin à la pauvreté des enfants. Ce n'est pas comme en 1952, quand le taux de natalité était trois fois plus élevé. Il ne coûte pas cher de mettre fin à la pauvreté des enfants. Quel est notre excuse? Il faut en avoir la volonté.

Mon dernier point porte sur les interventions cognitives. Comme cette documentation est largement diffusée, je n'ai pas besoin de m'y attarder tellement, mais il y a certaines études importantes qui sont quasi apocryphes. Je tiens à vous rappeler une étude ridiculement limitée que nous avons tous vu le Dr Mustard utiliser. C'est randomisé. L'étude n'aurait pas dû pouvoir montrer les effets qu'elle a effectivement montrés, mais elle a été faite dans le ghetto noir de Ypsilanti, au Michigan, au début des années 1960. On voulait améliorer les résultats scolaires des enfants. On leur a donné deux heures après l'école, plusieurs jours par semaine, pour améliorer les aptitudes sociales, la conversation, la motricité fine, pour faire des jeux de rôle, en particulier en faisant intervenir les parents. Les auteurs ont montré aux parents comment stimuler les cerveaux de leurs enfants aussi bien que leurs corps. Ils espéraient constater un impact important sur la réussite et la persévérance scolaire. Cet impact a seulement été évident pendant quelques années, après quoi l'environnement dans lequel les enfants baignaient a noyé les effets du programme et plus rien n'était visible après la première moitié de l'école primaire.

Dr Lawrence J. Schweinhart a refusé de baisser les bras. Il a continué à suivre les personnes en cause et, 27 ans plus tard, il a pu montrer d'énormes différences en faveur du groupe qui avait bénéficié de cette très modeste intervention à l'âge de trois et quatre ans dans cette petite école, la maternelle Perry. Je reconnais que ces changements ne se situent pas au niveau des résultats en matière de santé, mais ce sont des changements dans ce que j'appellerai les critères de succès du citoyen, surtout sur le plan financier. Il y avait certains résultats criminologiques, qui étaient épouvantablement mauvais dans le groupe témoin parce que c'était dans un ghetto, mais on pouvait s'attendre à ce que ces résultats permettent de prédire, comme nous nous l'avons déjà fait remarquer, l'état de santé plus tard dans la vie, à l'âge où nous commençons tous à coûter plus cher au Trésor public au Canada.

Cette petite étude a fait la preuve de la longue portée de l'intervention. Ce n'est pas une fatalité. La situation vécue dans l'enfance a une longue portée. Les interventions aussi ont une longue portée, mais elles doivent englober les bons éléments, comme la participation des parents et la stimulation cognitive. Elle doit être d'une durée et d'une intensité suffisantes, deux ou trois ans, en particulier à l'âge de deux à quatre ans, avant l'école maternelle.

Est-ce que le Dr Clyde Hertzman a pris la parole devant vous, docteur Keon?

Le président : Pas encore. Il viendra.

Dr Frank : Le Dr Hertzman a prouvé hors de tout doute au Human Early Learning Partnership de l'Université de Colombie-Britannique que l'on peut mesurer à très bon marché la capacité d'apprentissage de chaque enfant au moment où il entre à l'école

enter kindergarten. You just have to get every school board to give you the kindergarten teacher's time to fill in that little form. It makes a difference. He goes all over B.C. He shows them how their kids are doing compared to communities of the same level of income and they say, "Oh, my goodness, we have to do better than that for our kids." We could do this. We could determine how kids are doing when they all come to kindergarten. Of course, that means we have to act earlier. We would do some remedial work. You would want to see school boards' head in that direction. You have to work on the earlier period. You get communities to say, "Yes, look at our record." Dr. Hertzman will give you the full story.

That is the story I came to tell. Early life matters. We can fix at least two bad things, cognitive stimulation and family poverty. We are in a state ourselves of arrested national development because of our failure to follow through on what Canadians hold to be commonly held values but do not act on politically. There are interventions that would make a difference.

The Chairman: Frankly, it has been a real treat. I would like to thank all three of you.

I would raise a couple of points. I notice that none of you talked about maternal health. The last time I heard Fraser Mustard talk, he said that getting to a child after it comes out of the womb is a little too late. You have got to get to the child while it is in the womb, and you have to be sure the mother is healthy. He had some figures. I think he put out another report yesterday, and I am trying to get my hands on it.

He has data showing that not only are kids from an unhealthy mother behind the eight-ball from an intellectual point of view, but they have a higher incidence of cancer, congenital heart disease, you name it. They have a poorer life expectancy and a tremendous bit of morbidity ahead of them. Since none of you commented on that study, I wanted to ask you something that you were not prepared to answer. I would appreciate it if you would have a go at that comment.

Dr. Heymann: When we address poverty, we should not frame it as just child poverty, although I think child poverty does have particularly long impacts. We should be equally worried about adult poverty for two reasons. One, I hope we do not give up on the social determinants of health of people who are already adults. Large among those is adult poverty, and we can do a great deal about adult poverty. There are more adults than there are kids, but we know that work interventions and education interventions will matter for their health and for their kids' health.

maternelle. Il suffit d'obtenir de chaque commission scolaire qu'elle accorde aux enseignants de maternelle le temps voulu pour remplir ce petit formulaire. Cela fait une différence. Il sillonne constamment la Colombie-Britannique. Il montre aux gens où se situent leurs enfants en comparaison d'autres groupes du même niveau de revenu, et les gens disent : « Seigneur, nous devons faire mieux que cela pour nos enfants. » Nous pourrions le faire. Nous pourrions déterminer où se situent les enfants au moment où ils arrivent à l'école maternelle. Bien sûr, cela veut dire que nous devons agir plus précocement. Nous prendrions des mesures de rattrapage. Il faudrait que les commissions scolaires s'orientent dans cette direction. Vous devez travailler à une intervention plus précoce. On se trouve alors face à des collectivités qui disent : « Oui, venez voir notre bilan ». Le Dr Hertzman vous donnera tous les détails.

Voilà donc l'histoire que je suis venu vous raconter. Le début de la vie importe. Nous pouvons résoudre au moins deux problèmes, le manque de stimulation cognitive et la pauvreté familiale. Nous sommes nous-mêmes dans un état de développement national arrêté faute d'avoir mis en pratique des valeurs que les Canadiens tiennent pour acquises, mais auxquelles ils ne donnent pas suite politiquement. Il y a des interventions qui feraient une différence.

Le président : Franchement, ce fut un véritable régal. Je tiens à vous remercier tous les trois.

Je voudrais faire deux ou trois observations. Je remarque qu'aucun d'entre vous n'a parlé de la santé maternelle. La dernière fois que j'ai entendu Fraser Mustard, il a dit que si l'on commence à s'intéresser à un enfant après sa naissance, c'est déjà un peu trop tard. Il faut intervenir quand l'enfant est encore dans le sein de sa mère, et il faut s'assurer que la mère soit en santé. Il avait même des chiffres. Je pense qu'il vient de publier un autre rapport hier et j'essaie de me le procurer.

Il a des données montrant que non seulement les enfants nés d'une mère en mauvaise santé ont du retard du point de vue intellectuel, mais qu'ils ont aussi une plus forte incidence de cancer, de maladies cardiaques congénitales, et cetera. Ces enfants ont une moins bonne espérance de vie et une morbidité très forte qui les attend. Comme aucun d'entre vous n'a commenté cette étude, je voulais vous poser une question à laquelle vous ne vous êtes pas préparés à répondre. Je vous serais reconnaissant de bien vouloir faire une tentative.

Dre Heymann : Quand nous nous penchons sur la pauvreté, nous ne devrions pas nous limiter à la pauvreté des enfants, quoique je pense que la pauvreté infantile a des répercussions particulièrement longues. Nous devrions nous inquiéter tout autant de la pauvreté des adultes, pour deux raisons. Premièrement, j'espère que nous ne renonçons pas à suivre les déterminants sociaux de la santé chez les gens qui sont déjà adultes. L'un des principaux est la pauvreté des adultes et nous pouvons faire beaucoup pour remédier à ce problème. Il y a plus d'adultes que d'enfants, mais nous savons que des interventions au niveau du travail et de l'éducation ont des répercussions sur leur santé et sur la santé de leurs enfants.

That brings me straight to mothers. There is an income gradient in relation to how women get access to prenatal care. There is a gradient on how people do during their pregnancies that is related to income, poverty and inequalities. When we address family health, adult health and the health of mothers, the poverty conditions therein affect overall health.

Should there also be public health interventions to ensure that people are receiving good prenatal care? Absolutely. All three of us have focused on the social determinants, and important public health measures need to be there at the same time. However, if you want to do one thing for mothers, make sure that they, too, are not living in poverty and you will help their pregnancy and help how their kids are faring.

Dr. Frank: One of the other findings of *The Lancet* series of articles on the most remediable causes of poor human development in the world is that there is pretty good evidence that we should be intervening on maternal malnutrition and depression. How to do that well, particularly before pregnancy — and Dr. Keon is right that the current thinking is that this would be optimal — is not simple because, of course, many of the people who are at the highest risk will have babies soonest, unplanned babies, and it is tough to intervene. I do not think we do as good a job as we should do in early high school, because if we wait into middle high school, it is actually a little too late to help people prepare for unplanned parenting. I think we need to think that through, despite the protests of some in the community who will argue that that might increase teenage birth rates. I am less worried about that, actually.

We certainly are not good at providing universal parenting training for people in the age group who need to be prepared. The evidence is not totally in that those kinds of programs make a big difference, but I would argue that when someone is parenting at the age of 17 or 18 and has not even finished high school, almost any program would be better than no program if it contains sound psychological content on helping someone prepare for parenthood. As we all know, the most significant challenge we face in our personal lives is parenting. It is the one job we all find the hardest and the one job we cannot mess up.

Senator Cochrane: It will always be hard.

Dr. Frank: You are right, but it is much harder for people who do not have those personal and material resources.

Dr. Lynch: I think everyone would agree that maternal characteristics are extremely important in terms of the health of babies perinatally, but that importance continues in terms of the

Ce qui m'amène à parler des mères. Il y a un gradient des revenus en rapport avec l'accès des femmes aux soins prénataux. Il y a un gradient de la santé pendant la grossesse qui est lié au revenu, à la pauvreté et à l'inégalité. Quand on se penche sur la santé familiale, la santé des adultes et la santé des mères, l'état de pauvreté influe sur la santé globale.

Devrait-on faire aussi des interventions de santé publique pour s'assurer que les gens reçoivent de bons soins prénataux? Absolument. Nous avons tous les trois mis l'accent sur les déterminants sociaux et il faut pouvoir compter en même temps sur d'importantes mesures de santé publique. Cependant, si vous voulez faire ne serait-ce qu'une seule chose pour les mères, assurez-vous qu'elles non plus ne vivent pas dans la pauvreté et vous les aiderez durant leur grossesse tout en améliorant les perspectives de leurs enfants.

Dr Frank : Une autre conclusion formulée dans cette série d'articles publiés dans *The Lancet* sur les causes les plus remédiabiles du niveau médiocre de développement humain dans le monde est que tout semble indiquer que nous devrions intervenir au niveau de la malnutrition et de la dépression maternelles. Comment faire cela bien, surtout avant la grossesse — et le Dr Keon a raison de dire que, d'après le discours actuel, ce serait la solution optimale —, ce n'est pas simple parce que, bien sûr, bon nombre de celles qui sont les plus à risque ont des bébés à un plus jeune âge, ce sont souvent des grossesses non planifiées, et il est difficile d'intervenir. Je ne crois pas que nous fassions de l'aussi bon travail que nous le devrions au début de l'école secondaire, parce que si l'on attend au milieu du cours secondaire, il est en fait un peu trop tard pour aider des jeunes qui ne sont pas préparés à assumer une parenté imprévue. Je pense que nous devons réfléchir à tout cela, en dépit des protestations de certains, dans la collectivité, qui soutiennent que cela risquerait d'accroître le taux de grossesse parmi les adolescentes. Cela ne m'inquiète pas tellement, en fait.

Chose certaine, nous ne sommes pas tellement bons pour ce qui est de donner une formation dans l'art d'être parent à toutes les personnes du groupe d'âge qui ont besoin de se préparer. Les données ne démontrent pas encore catégoriquement que les programmes de ce genre font une grande différence, mais je soutiens que pour un jeune de 17 ou 18 ans qui n'a même pas terminé l'école secondaire et qui devient parent, presque n'importe quel programme serait mieux qu'aucun programme du tout, s'il renferme un contenu psychologique solide visant à aider quelqu'un à se préparer à l'art d'être parent. Comme nous le savons tous, élever des enfants est le plus grand défi auquel nous sommes confrontés dans nos vies personnelles. C'est le travail que nous trouvons tous le plus difficile et c'est la tâche que nous pouvons le moins nous permettre de rater.

Le sénateur Cochrane : Ce sera toujours difficile.

Dr Frank : Vous avez raison, mais c'est beaucoup plus difficile pour les gens qui n'ont pas les ressources personnelles et matérielles voulues.

Dr Lynch : Je pense que tout le monde est d'accord pour dire que les caractéristiques maternelles sont extrêmement importantes sur le plan de la santé périnatale des bébés, mais que cette

values, dietary habits and the whole complex of parenting that we transmit both socially and biologically to our kids. Having said that, my interest would be, what is the best buy? If we are trying to improve the health of the children, certainly we need to think about the health of the mothers.

If we had to look at the actual effect on the health of the child, my bet would be that the best buy in terms of the effectiveness of interventions would be postnatally — the conditions in which the child grows and develops — and not prenatally. That does not mean we would ignore the mother. I am not saying that, but I think that the biggest effects are postnatally.

Dr. Heymann: I want to add one other piece of information to the postnatal issue. The age of zero to one is a crucial period. We have talked a lot about the big picture issues, but we have to get the details of the laws right. I want to mention two examples.

Employment Insurance in Canada does not cover millions of Canadians because they are involved in doing contingent work, part-time work. As a result, they do not have paid family leave. This affects, in particular, low-income parents who cannot afford unpaid leave to care for children during that vital first year.

The second example is breastfeeding breaks. Of all the interventions that mothers undertake in terms of children's health, breastfeeding reduces sickness and death three to five fold. This happens in poor countries and in rich countries. Our level of mortality and morbidity starts lower, but breastfeeding still has a dramatic impact on health and on cognitive development. The biggest difference in whether a mother breastfeeds is whether she gets maternity leave and breastfeeding breaks. One hundred seven countries around the world guarantee their workers breastfeeding breaks. The United States does not; Canada does not. This could be simply and very cheaply addressed. There are some small, specific interventions, but they are hugely effective.

Senator Fairbairn: I have to say that I am virtually speechless. I have never been in a meeting where I have heard the story of why, in a country like Canada, we have difficult health situations and difficult learning situations. I wish that the three of you could be sent around to speak to every level of government and every political group in this country because what you are saying is the foundation of how we can change a system that is keeping people out of work. It is keeping people in bad health. It is keeping young people from receiving the encouragement they need to learn. It is making certain adults very uneasy about letting people know they do not have the learning skills that are fundamental requirements to raising children and getting a job, all of the things that make for a decent life.

importance se poursuit sur le plan des valeurs, des habitudes de nutrition et de tout le complexe parental que nous transmettons à nos enfants à la fois socialement et biologiquement. Cela dit, la question que je me pose est celle-ci : qu'est-ce qui nous en donne le plus pour notre argent? Si nous essayons d'améliorer la santé des enfants, nous devons certainement réfléchir à la santé des mères.

Si nous devions nous pencher sur l'incidence réelle de la santé de l'enfant, je suis prête à parier que le meilleur ratio coût-efficacité en fait d'interventions se situe au niveau postnatal — les conditions dans lesquelles l'enfant grandit et se développe — et non pas périnatal. Cela ne veut pas dire qu'il faut laisser de côté la mère. Je ne dis pas cela, mais je crois que les conséquences les plus profondes se situent après la naissance.

Dre Heymann : Je veux ajouter un élément d'information sur cette question. L'âge de zéro à un an est une période cruciale. Nous avons beaucoup parlé des grandes questions générales, mais nous devons mettre en place une bonne législation jusque dans les moindres détails. Je vais donner deux exemples.

Des millions de Canadiens ne sont pas protégés par l'assurance-emploi parce qu'ils travaillent à temps partiel ou bien ont des emplois atypiques. En conséquence, ils n'ont pas de congés familiaux payés. Cela touche en particulier les parents à faible revenu qui ne peuvent pas se permettre de prendre des congés non payés pour s'occuper de leurs enfants durant cette première année vitale.

Le deuxième exemple est celui des pauses pour allaitement maternel. De toutes les interventions que les mères peuvent faire relativement à la santé des enfants, l'allaitement maternel réduit de trois à cinq fois l'incidence des maladies et décès. C'est le cas aussi bien dans les pays pauvres que dans les pays riches. Notre niveau de mortalité et de morbidité commence plus bas, mais l'allaitement maternel n'en a pas moins une incidence spectaculaire sur la santé et sur le développement cognitif. Les principaux facteurs qui favorisent l'allaitement maternel, c'est que la mère puisse avoir des congés de maternité et des pauses d'allaitement. Cent sept pays du monde garantissent à leurs travailleuses des pauses d'allaitement. Les États-Unis ne le font pas; le Canada ne le fait pas. Ce problème pourrait être résolu simplement et à très bon marché. Il y a donc de petites interventions pointues qui sont immensément efficaces.

Le sénateur Fairbairn : Je dois dire que je suis quasiment sans voix. Je n'ai jamais assisté à une réunion où j'ai entendu expliquer pourquoi, dans un pays comme le Canada, nous avons des problèmes de santé et des problèmes d'apprentissage. Je voudrais que vous soyez tous les trois envoyés aux quatre coins du pays pour prendre la parole devant tous les gouvernements et tous les groupes politiques, parce que ce que vous dites est la base de ce que nous pouvons faire pour changer un système qui garde les gens au chômage. Il garde les gens en mauvaise santé. Il empêche les jeunes de recevoir les encouragements dont ils ont besoin pour apprendre. Il rend certains adultes très mal à l'aise, les empêchant de faire savoir qu'ils ne possèdent pas les aptitudes qui sont fondamentales pour élever des enfants et trouver un emploi, enfin tout ce qui contribue à une vie convenable.

All of us around this table have been involved in the issue of literacy for a long time. It is probably one of the most frustrating areas to which an individual can commit.

You spoke of Dr. Mustard, who is an icon to those of us who have been involved in these matters. I am glad to hear that he has issued another report, but his report many years ago really became the foundation of the notion of family literacy, how absolutely imperative it is that the very youngest get a head start basically before they are even born.

In your travels to talk to groups and people like ourselves, do you get much in the way of negative response in the sense that what you are saying is so hard to believe it could not be true?

Dr. Frank: I think people mean well. As long as you stay at the level of what should be done, it is a pretty easy conversation, but when you start talking about actual costs and how money would have to be largely raised from taxes in order to be bearable for those at greatest risk, you do run into some backlash.

I was struck by the way in which the Government of Ontario, a couple of governments ago now, dealt with Dr. Mustard and Ms. McCain's first report, the *Early Years Study*. The report was crystal clear about what was needed. It said that we need one centre per neighbourhood where, at no cost, women at highest risk, both in pregnancy and before pregnancy, would feel free to come regularly with their friends and to be with peers who have extra training, as well as a few supervisors with real ECE — early childhood education — training. There would be lots of interaction and zero barriers. If the centre were more than five blocks away on a Canadian winter day and you had a toddler, you would have to forget it.

What did the government do in Ontario? They built centre one per riding, mostly giving out pamphlets, as far as I can tell. What was that all about? It was about looking good and spending nothing. That government had a little ideological problem about spending money, so maybe we should forget it. It is gone. That era is over, but what is our excuse now?

This is not about daycare. Do not get these two things mixed up. Daycare is an important and separate issue that many of you would have a lot more to say about than I. It is a crucial issue and we have dropped the ball on that one, too.

This is about stimulation. This is about getting the brain to reach its optimum potential in the whole of society so that we are internationally competitive.

Nous tous, autour de cette table, avons travaillé pendant longtemps au dossier de l'alphabétisation. C'est probablement l'un des domaines les plus frustrants dans lequel on puisse se lancer.

Vous avez parlé du Dr Mustard, qui est une idole pour ceux d'entre nous qui se sont intéressés à ces questions. Je suis content d'entendre dire qu'il a publié un autre rapport, mais celui qu'il a publié il y a de nombreuses années est vraiment à l'origine de la notion d'alphabétisation familiale et a lancé l'idée qu'il est absolument impératif de donner une longueur d'avance aux enfants dès leur plus jeune âge, en fait avant même leur naissance.

Quand vous prenez la parole devant divers groupes et que vous rencontrez vos homologues, avez-vous des réactions négatives en ce sens que les gens vous disent que c'est tellement difficile à croire que cela ne peut pas être vrai?

Dr Frank : Je pense que les gens sont bien intentionnés. Tant qu'on discute de ce qui doit être fait, la conversation coule facilement, mais dès qu'on se met à parler du coût réel et à rappeler que l'argent nécessaire devra être prélevé essentiellement à même les impôts, pour que le tout demeure abordable pour les personnes les plus à risque, on se heurte effectivement à des réactions négatives.

J'ai été frappé par la manière dont le gouvernement de l'Ontario avait réagi à l'époque au premier rapport du Dr Mustard et de Mme McCain, l'*Étude sur la petite enfance*. Dans ce rapport, on disait très clairement ce qu'il fallait faire. On précisait qu'il fallait dans chaque quartier un centre offrant des services gratuits, où les femmes les plus à risque, autant pendant la grossesse qu'avant même de devenir enceintes, se sentirraient libres de venir régulièrement avec leurs amis pour y rencontrer des femmes dans la même situation qu'elles, mais qui possèdent une certaine formation, ainsi que quelques superviseurs possédant une formation assez poussée dans le domaine de l'éducation des jeunes enfants. Il y aurait beaucoup d'interaction et aucun obstacle. Si le centre était situé à plus de cinq rues de distance, il ne servirait à rien, surtout un jour d'hiver au Canada et pour une femme accompagnée d'un bambin.

Or qu'a fait le gouvernement en Ontario? Il a construit un centre dans chaque circonscription et s'est contenté de distribuer des feuillets d'information, à ma connaissance. Quel était le but recherché? De faire bonne impression sans dépenser un sou. Ce gouvernement-là avait un petit blocage idéologique l'empêchant de dépenser de l'argent et il vaut peut-être mieux l'oublier. Il n'existe plus. Cette époque est disparue, mais quelle excuse avons-nous aujourd'hui?

Je ne parle pas des garderies. N'allez pas mélanger ces deux dossiers. Les garderies constituent un dossier important et distinct et beaucoup d'entre vous en auraient long à dire là-dessus, beaucoup plus que moi. C'est une question cruciale et nous avons gaffé dans ce dossier également.

Je parle plutôt de stimulation. Ce qu'il faut, c'est d'obtenir que le cerveau réalise son plein potentiel dans l'ensemble de la société pour que nous soyons compétitifs internationalement.

Senator Fairbairn: Absolutely, and when we look at your various charts, we note that if it does not get done during the very early ages, then we have a major problem later in that adults are not able to take advantage of available opportunities and live decent lives for themselves and their children. With all of the good things we have in Canada, it is difficult to understand why we are not at the top of the list but well down in the pecking order internationally when it comes to how our adult citizens stand in terms of what they can do well every day of their lives. As I say, it is difficult to understand why we are at 40 per cent in a country like Canada, but it is also real.

Can you give us some advice on promoting what everyone around here believes is fairly obvious? How do we explain, encourage and excite governments to respond in a positive way? We have had ups and downs over the last 20 years, and at the moment we are in a down all across the country. Do you have advice on how we can create the social stimulation required to make this a foundation issue of any government, any Parliament or any group that makes policy decisions and laws throughout this country?

Dr. Heymann: That is a very difficult question to answer, but I will give it a try.

I want to start with your original question of how people react because that is part of the answer to how one gets action. In talking about this issue, my experience is that the public gets it. Wherever I go, people get it. I have talked at forums where folks who are cleaning the room at the beginning stay and listen because they understand that I am talking about their lives. You talk to the bus driver and they understand that this is about their lives. You talk to the professionals in the room who are moderating, and they understand that it is about their lives. Reporters experience it day by day. There is not a problem in getting the information out there so that the general public has an understanding. That is important and is a great asset to us.

The challenge is in thinking about the political reality. It is important to realize that you will have at your fingertips a few different interventions. There are the cheap, easy ones, those with no cost. Let's make them happen. Those have very low barriers. They are not all in place. Ensuring that every woman who works has a right to breastfeed is an important one, and it is inexpensive. It should be straightforward and should happen.

The others are things like early childhood care and education, which you have heard from all of us are really important. Implementing them will require dollars up front, but they will save money in the long run. They will at least pay for a good

Le sénateur Fairbairn : Absolument, et en examinant vos divers graphiques, nous remarquons que si l'on n'intervient pas très précocement, nous avons un grave problème par la suite en ce sens que les adultes ne sont pas en mesure de tirer profit des occasions qui s'offrent à eux et de se ménager une vie convenable pour eux-mêmes et leurs enfants. Compte tenu de tous les bienfaits que nous avons au Canada, c'est difficile de comprendre pourquoi nous ne sommes pas en tête de liste, mais plutôt très loin dans l'ordre hiérarchique des nations quand il s'agit des avantages sur lesquels peuvent compter nos citoyens adultes dans leur vie courante. Je le répète, il est difficile de comprendre pourquoi nous sommes à 40 p. 100 dans un pays comme le Canada, mais c'est pourtant la réalité.

Pouvez-vous nous donner des conseils pour nous aider à convaincre de ce qui nous semble à tous assez évident? Comment pouvons-nous expliquer, encourager et inciter les gouvernements à réagir de manière positive? Nous avons eu des hauts et des bas au cours des 20 dernières années et, à l'heure actuelle, nous sommes dans un creux partout au Canada. Pouvez-vous nous conseiller sur les moyens à prendre pour créer cette stimulation sociale nécessaire, pour que cela devienne un dossier de base pour tout gouvernement, tout Parlement ou tout groupe qui est appelé à prendre des décisions en matière de politiques et de lois partout dans notre pays?

Dre Heymann : C'est une question à laquelle il est difficile de répondre, mais je vais faire une tentative.

Je reviens d'abord à votre question initiale quant à la manière dont les gens réagissent, parce que c'est un élément de la réponse pour faire avancer le dossier. D'après mon expérience, quand nous discutons de cette question, le grand public comprend la situation. Partout où je vais, les gens comprennent. J'ai pris la parole à des tribunes et j'ai parfois remarqué des gens qui, au départ, étaient dans la salle comme employés d'entretien, mais qui sont restés pour écouter parce qu'ils comprenaient que je parlais de leur vie. Quand on en parle aux chauffeurs d'autobus, ils comprennent que cela les touche personnellement. Quand on parle aux professionnels qui sont présents dans la salle à titre de modérateurs, ils comprennent que c'est leur propre vie qui est en cause. Les journalistes en font l'expérience tous les jours. Ce n'est pas un problème de diffuser l'information et d'amener le grand public à comprendre. C'est un point important et c'est un grand atout pour nous.

Le défi est de traduire cela dans la sphère politique. Il est important de vous rendre compte que vous aurez à votre disposition quelques possibilités d'interventions faciles, bon marché ou même gratuites. Faisons-les tout de suite. Les obstacles sont minimes. Les mesures possibles ne sont pas toutes en place. Garantir à toute travailleuse le droit d'allaiter son enfant est une mesure importante et peu coûteuse. Ce devrait être simple et cela doit se faire.

Il y a par ailleurs les soins éducatifs à la petite enfance, dont nous vous avons tous dit la grande importance. Pour mettre cela en oeuvre, il faudra de l'argent au départ, mais ces mesures feront économiser à long terme. Elles s'autofinanceront en grande partie.

portion of themselves. We can debate the exact numbers. It will not cost as much once we start to see the returns, but it will take 10 years or 20 years for the returns to come in.

That is the bigger issue and I would say a couple of things about it. First, Canada has a head start. I am sure it feels like an uphill battle sometimes, but coming from the U.S. context where they truly have yet to embrace these issues, the level of commitment in Canada to public health and public education is an enormous asset because the country will get direct economic returns.

It is quite clear from our global data that part of what needs to be done is to make the case that it will be the only way to economically compete. Most economists will argue that competition will only occur for high income countries like Canada by having the best educated work force. There is no other way to keep salaries and living levels up. That is what early childhood care and education and the interventions that will require dollars are fundamentally about. That is the approach I would recommend, and I can bring out plenty of data to support it. There are many lessons to be learned from countries already investing in it.

Dr. Lynch: When I do presentations such as this one, the groups I talk to feel embarrassed. There is a great mismatch between what we value and what we do. Sometimes they are not even aware that things are this bad. People get emotional and angry. We should be doing better.

Senator Fairbairn: Do they not believe what you tell them?

Dr. Lynch: They do not believe it. When I give these presentations internationally, I find some incredulity in the Nordic countries. They cannot believe that a country like Canada, which is so different from the United States, looks like the United States or more like the United States in the way it treats its youngsters.

Having said that, some of the models that have probably been put forward to you are countries like Sweden and Finland. They treat education very seriously. You must have a master's degree to teach in Finland. They are well paid. Their schools are well funded but locally controlled. They put their money where their mouths are. What do we find? The Nordic countries are extremely competitive. If you look at OECD numbers, Sweden is doing very well in terms of international competitiveness, and part of the reason is the long-term investments they have made.

This will not be a quick fix, but it will be the right investment long-term.

Dr. Frank: When we talk about competitiveness, it is important to be concrete about the fate of people at the left end of the yellow line, people who cannot perform any jobs except direct manual service jobs. We cannot all serve each other \$5 cups

On peut discuter des chiffres exacts. Cela ne coûtera pas aussi cher quand on commencera à en récolter les bénéfices, mais ce ne sera pas avant 10 ans ou 20 ans.

C'est le principal problème et j'ai deux ou trois observations à faire à ce sujet. Premièrement, le Canada a une longueur d'avance. Je suis certaine que vous avez parfois l'impression que c'est une tâche pénible, mais en comparaison du contexte des États-Unis, qui n'ont pas encore vraiment fait de démarrage dans ce domaine, le niveau d'engagement au Canada envers la santé publique et l'éducation est un atout énorme parce que le pays obtiendra des avantages économiques directs.

Il ressort très clairement de nos données mondiales qu'il faut notamment convaincre que c'est le seul moyen d'être compétitifs sur le plan économique. La plupart des économistes soutiennent que le seul moyen d'être compétitifs pour des pays à revenu élevé comme le Canada, c'est d'avoir la main-d'œuvre la plus instruite. Il n'y a pas d'autres moyens de conserver nos salaires et notre niveau de vie élevé. Quand on parle de soins éducatifs à la petite enfance et d'autres interventions qui exigeront de l'argent, voilà de quoi il retourne, fondamentalement. C'est l'approche que je recommande et je peux vous fournir plein de données à l'appui de cet argument. Nous avons beaucoup à apprendre des pays qui investissent déjà dans ce domaine.

Dr Lynch : Quand je fais des exposés devant des groupes comme celui-ci, les gens auxquels je m'adresse se sentent gênés. Il y a un écart énorme entre les valeurs qui nous tiennent à cœur et les gestes que nous posons. Parfois, les gens ne sont même pas conscients que la situation est aussi mauvaise. Ils deviennent émotifs et se mettent en colère. Nous devrions faire mieux.

Le sénateur Fairbairn : Les gens ne croient-ils pas ce que vous leur dites?

Dr Lynch : Ils ne le croient pas. Quand je fais de tels exposés ailleurs dans le monde, je me heurte à une certaine incrédulité dans les pays nordiques. Ils n'arrivent pas à croire qu'un pays comme le Canada, qui est tellement différent des États-Unis, ressemble aux États-Unis ou s'en rapproche dans la manière dont il traite ses enfants et ses adolescents.

Cela dit, on vous a probablement proposé comme modèles des pays comme la Suède et la Finlande. On prend l'éducation très au sérieux dans ces pays. Il faut un diplôme de maîtrise pour enseigner en Finlande. Les enseignants y sont bien payés. Leurs écoles sont bien financées, mais contrôlées localement. Ils ne se contentent pas de paroles, mais n'hésitent pas à dépenser. Que constatons-nous? Les pays nordiques sont extrêmement compétitifs. Voyez les chiffres de l'OCDE : la Suède est très bien placée en termes de compétitivité internationale et c'est en partie grâce aux investissements à long terme que les Suédois ont consenti.

Le problème ne sera pas résolu facilement ni rapidement, mais il faudra investir à bon escient et à long terme.

Dr Frank : Quand on parle de compétitivité, il est important d'être réaliste quant au sort des gens qui se trouvent à l'extrême gauche de la ligne jaune, ceux qui sont incapables d'occuper des emplois autres que ceux exigeant du travail manuel. Nous ne

of coffee. That is not a viable economy. We do not even grow the stuff. We have to have products and services that the rest of the world wants.

In Sweden, the blue line, they are not carrying all those other people. They are not carrying many people who are functionally document illiterate. We are carrying them and they are not competitive. Every time another car parts plant moves out of Southern Ontario to a country with cheaper labour, there is no work for those people. No one is pumping gas any more in my hometown outside London, Ontario, and that is what those guys used to do.

Let us accept it. There is going to be an impossible clash between our aspirations to be competitive and our approach to flattening that gradient.

Senator Fairbairn: Ironically, I have often said that if there are four adults in Sweden who cannot learn or have not learned, I imagine that their government is trying to find them and teach them. We do not have that same push here in Canada, but what you have said is on our record. Perhaps we, as a committee, can find a way to get your comments around to places where decisions are being made, not necessarily from the ground up, but rather making decisions on the basis of the realities that you have set out tonight. Thank you very much.

Dr. Heymann: I want to make a brief comment about competitiveness. We are putting together a study that will look at all the top-ranked competitive countries in the World Economic Forum and their policies in each of these areas. If that would be useful to you in the future, we would be glad to share it. I think it does have important insights. Some countries are well known, such as Sweden, but other countries that provide these benefits are often less well known. For example, Mexicans, as part of their social security, get childcare with their jobs. It is not just high-income countries that are doing it; it is middle-income countries, and Canada can certainly afford it.

Senator Cochrane: Dr. Frank, I have a question about education. I hope it is at the top of everyone's list, but we are seeing a little problem Alberta in that children are not finishing their high school education because they can get a job in the oil fields making just as much money as if they had a degree.

Senator Fairbairn: Or more.

Senator Cochrane: What should be done there?

Senator Fairbairn: You are absolutely right. In Alberta, something like 35 per cent of people coming into the job market cannot do the kind of reading, writing and productivity that is demanded now.

Senator Cochrane: They are getting jobs in the oil fields making big money.

pouvons pas tous nous servir mutuellement des tasses de café à 5 \$. Ce n'est pas une économie viable. Nous ne cultivons même pas cette denrée. Il nous faut des produits et des services que le reste du monde veut se procurer.

En Suède, qui correspond à la ligne bleue, on ne supporte pas un grand nombre de gens qui sont des illettrés fonctionnels. Nous les supportons et ils ne sont pas compétitifs. Chaque fois qu'une usine de pièces d'automobile quitte le sud de l'Ontario pour s'installer dans un pays où la main-d'oeuvre est moins chère, ces gens-là se retrouvent sans travail. Il n'y a plus un seul pompiste dans ma ville natale près de London, en Ontario, et ce sont des emplois de ce genre que ces gens-là occupaient.

Il faut voir la réalité en face. Il y aura collision entre nos aspirations à la compétitivité et notre approche visant à aplanir ce gradient.

Le sénateur Fairbairn : Ironiquement, j'ai souvent dit que s'il y a quatre adultes en Suède qui n'ont pas appris ou qui sont incapables d'apprendre, j'imagine que leur gouvernement s'efforce de les trouver et de leur enseigner ce qu'il faut. Nous n'avons pas cette même volonté au Canada, mais vos propos sont consignés dans notre compte rendu. Peut-être que nous pourrons trouver le moyen de transmettre votre message là où les décisions sont prises, pas nécessairement à partir de la base, mais plutôt quand vient le temps de prendre des décisions en s'inspirant des réalités que vous nous avez exposées ce soir. Merci beaucoup.

Dre Heymann : Je voudrais faire une brève observation sur la compétitivité. Nous sommes en train de mener une étude sur les pays les plus compétitifs du Forum économique mondial et leurs politiques dans chacun de ces domaines. Si nos travaux pouvaient vous être utiles dans vos futures délibérations, il nous ferait plaisir de vous les faire parvenir. Je pense qu'on y trouve matière à réflexion. Certains pays sont bien connus, notamment la Suède, mais d'autres pays qui offrent de tels avantages sont souvent moins connus. Au Mexique, par exemple, dans le cadre de la sécurité sociale, on offre des garderies en milieu de travail. Ce ne sont pas seulement les pays à revenu élevé qui le font, mais aussi des pays à revenu moyen, et le Canada peut certainement se le permettre.

Le sénateur Cochrane : Docteur Frank, j'ai une question sur l'éducation. J'espère qu'elle figure en tête de liste pour tout le monde, mais nous percevons un petit problème en Alberta, en ce sens que les enfants ne terminent pas leurs études secondaires parce qu'ils peuvent trouver un emploi dans le secteur pétrolier et gagner autant d'argent que s'ils avaient un diplôme.

Le sénateur Fairbairn : Ou même plus.

Le sénateur Cochrane : Que devrait-on faire à ce sujet?

Le sénateur Fairbairn : Vous avez absolument raison. En Alberta, quelque 35 p. 100 des nouveaux arrivants sur le marché du travail sont incapables de répondre aux exigences actuelles en matière de lecture, d'écriture et de productivité.

Le sénateur Cochrane : Ils trouvent des emplois dans le secteur pétrolier et gagnent beaucoup d'argent.

Dr. Frank: I would like Dr. Heymann to comment on the specific policies that have been tried to keep people in school. Some countries actually pay people to stay in school, particularly in apprenticeship situations where they are learning a skilled trade. It is one of our weak spots in Canada. There will be a bust part to the economic cycle. We have had it every time.

Senator Cochrane: That is our worry.

Dr. Frank: When we get to the bust part of the cycle, most people want to go back to school. The issue then becomes whether they can get back to school easily without mortgaging the house. What are the barriers to going back and getting more training? Much of the programming, although improved in community colleges, still consists of a significant barrier for people. I think community colleges in Ontario, at least, are trying very hard to give people an even playing field to get back to school, but we need to make that an easy route. There should be no personal financial sacrifice. Maybe an individual needs to apply for a loan, but under good conditions. We need to make it very easy for people to go back to school to upgrade themselves. I would submit that the system of patchwork quilt institutions in the educational sector of Canada does not have a coordinated approach to optimizing adult education.

Dr. Lynch: I cannot remember the exact figures now, but I think it has been estimated that the current generation of kids will go through six or seven different jobs in their lifetimes; they do not have the idea of being in a job for life. The bust will come. There is pretty good evidence that people who are better prepared through high school actually find those lifelong learning routines easier to do. We need to think about the development of human capital over the life course, and that means the ability to go back to school and to retrain so as to have those opportunities. That is what the modern economy will be built upon.

The Chairman: Our next questioner is Senator Callbeck, who has a very interesting dimension to offer this committee because she was the premier of our smallest province for a number of years and can be quite a pragmatist when it comes to implementation, compared to the Premier of Ontario.

Senator Callbeck: I can tell you that implementation is difficult. We tried introducing policies according to the determinants of health. Some were successful and some were not. We opened a clinic in Sherwood, which is a part of Charlottetown. That is still a going concern. It is very well used and was a great experiment. However, I think that it takes a long while to change people's opinions. Most people look at the health system in terms of the more doctors you have and the more hospital beds. That is the way they determine the health system. In order to do these other things, you need dollars, and that takes away from the number of hospital beds and doctors.

Dr Frank : J'inviterai la Dre Heymann à commenter les politiques précises qui ont été mises à l'essai pour réduire le décrochage scolaire. Dans certains pays, on va jusqu'à payer les gens pour rester à l'école, surtout dans des programmes d'apprentissage de métiers spécialisés. C'est l'un de nos points faibles au Canada. Il y aura un creux dans le cycle économique. Cela ne rate jamais.

Le sénateur Cochrane : C'est ce qui nous inquiète.

Dr Frank : Quand l'économie est dans le marasme, la plupart des gens veulent retourner à l'école. La question est alors de savoir s'ils peuvent le faire facilement, sans hypothéquer leur maison. Quels sont les obstacles qui les empêchent de retourner aux études et d'acquérir une formation plus poussée? Le programme d'études, bien qu'il ait été amélioré dans les collèges communautaires, rebute encore beaucoup de gens. Je pense qu'en Ontario, tout au moins, les collèges communautaires font de grands efforts pour faciliter le retour à l'école, mais nous devons en faire encore plus. Il ne devrait y avoir aucun sacrifice financier personnel. Peut-être un candidat devra-t-il demander un prêt, mais dans de bonnes conditions. Nous devons faire en sorte qu'il soit très facile pour les gens de retourner à l'école pour se perfectionner. Je soutiens que le secteur de l'éducation au Canada est une mosaïque d'établissements divers et qu'il n'y a pas de coordination permettant d'optimiser l'éducation des adultes.

Dr Lynch : Je ne me rappelle pas du chiffre précis, mais je pense qu'on a estimé que les enfants d'aujourd'hui vont occuper six ou sept emplois différents durant leur vie; leur objectif n'est pas de conserver le même emploi toute leur vie. Le creux de la vague viendra. Tout indique que les gens qui sont mieux préparés grâce aux études secondaires trouvent plus facile d'appliquer par la suite cette maxime de l'apprentissage tout au long de la vie. Nous devons réfléchir au développement du capital humain tout au long de la vie, et cela veut dire avoir la possibilité de retourner à l'école et de se recycler afin de pouvoir profiter des possibilités qui s'offrent. Telles seront les bases de l'économie moderne.

Le président : La prochaine intervenante est le sénateur Callbeck, qui a une perspective intéressante à offrir au comité, parce qu'elle a été première ministre de notre province la plus petite pendant un certain nombre d'années et qu'elle est capable d'un grand pragmatisme au chapitre de la mise en oeuvre, en comparaison du premier ministre de l'Ontario.

Le sénateur Callbeck : Je peux vous dire que la mise en oeuvre est difficile. Nous avons essayé d'établir des politiques en fonction des déterminants de la santé. Certaines ont été couronnées de succès, d'autres pas. Nous avons ouvert une clinique à Sherwood, qui fait partie de Charlottetown. Elle est encore ouverte, elle a une nombreuse clientèle et c'est une expérience réussie. Cependant, je pense qu'il faut beaucoup de temps pour amener les gens à changer d'opinion. Aux yeux de la plupart des gens, la qualité du système de soins de santé se mesure en nombre de médecins et de lits d'hôpitaux. Mais pour prendre les mesures dont on parle, il faut de l'argent et cela réduit d'autant le nombre de lits d'hôpitaux et de médecins.

Dr. Heymann, you mentioned two initiatives. One was in relation to looking at other countries, and the other was that you are looking at case studies of national and provincial policies, national and local programs. How long have you been doing that and what exactly are you studying?

Dr. Heymann: We are in the earliest stages of a new initiative, which I will tell you about in a second, and one that has been going on for a while. The part that is looking at working conditions has been going on for quite a while. We looked at labour because we think it is a central route out of poverty. A few people marry out of poverty, but not many. People tend to marry in their same income level. Even fewer get lottery tickets and are able to get out, but the most common way to get out of poverty is through better jobs and work. We have spent a lot of time studying that.

We have been evaluating national policies for several years, looking at 177 countries on the public sector side. On the private sector side, for about three years now we have looked at companies around the world that are improving the conditions of their lowest skilled workers while succeeding economically. We are doing that for two reasons. One, we think the solution will be private sector as well as public sector, but two, we think it is important for making the case. Labour conditions must be improved, including legislation that says you need to raise wages to make sure people can have paid family leave or sick days. We have to convince business leaders that they can afford to do this and still succeed. We have undertaken this initiative both because of what it teaches us about the private sector but also because of how it helps make the case for public sector change.

That piece is ongoing, but in September of this year we started a new study. It is a five-year program that will give us the results on work and education within two years. We are reviewing the most successful cases of improving labour conditions. Our focus this year will be on the working poor. Next year the focus will be on educational inequalities, the goal being to improve educational outcomes.

Senator Callbeck: Are you looking at cases in every province?

Dr. Heymann: I wish I could tell you we had enough financial resources to look in every province. It is a fellowship program as well, and we have so many people applying and eager to work with us that with more resources we could readily look at every province. Right now we try to systematically look at which provinces seem to be making the best progress and which ones have particularly unique or interesting programs.

Docteure Heymann, vous avez mentionné deux initiatives. La première consistait à examiner ce qu'on fait dans d'autres pays, et l'autre était que vous faites actuellement des études de cas portant sur les politiques nationales et provinciales, les programmes nationaux et locaux. Depuis combien de temps le faites-vous et qu'étudiez-vous exactement?

Dre Heymann : Nous en sommes aux premières étapes d'une nouvelle initiative dont je vais vous entretenir dans un instant et qui se poursuit depuis un certain temps. La partie de l'étude qui consiste à examiner les conditions de travail se poursuit depuis très longtemps. Nous nous sommes penchés sur le travail parce que nous croyons que c'est une voie centrale pour sortir de la pauvreté. Certaines personnes sortent de la pauvreté grâce au mariage, mais elles sont peu nombreuses. Les gens ont plutôt tendance à épouser des conjoints issus de leur même niveau de revenu. Encore plus rares sont les gagnants à la loterie qui réussissent à s'en sortir, mais la manière la plus courante de sortir de la pauvreté, c'est d'avoir un meilleur emploi et de travailler. Nous avons passé beaucoup de temps à étudier cet aspect.

Nous évaluons les politiques nationales depuis plusieurs années et nous avons étudié le secteur public dans 177 pays. Pour le secteur privé, depuis maintenant trois ans environ, nous examinons des compagnies partout dans le monde qui améliorent les conditions de travail de leurs travailleurs les moins qualifiés tout en réussissant sur le plan économique. Nous faisons cela pour deux raisons. Premièrement, nous pensons que la solution mettra en cause le secteur privé aussi bien que le secteur public, mais deuxièmement, nous trouvons que c'est important pour étayer notre argumentation. Les conditions de travail doivent être améliorées et il faut notamment légiférer pour augmenter les salaires et s'assurer que les travailleurs aient des congés familiaux ou de maladie payés. Nous devons convaincre les dirigeants du monde des affaires qu'ils peuvent se le permettre tout en ayant du succès. Nous avons lancé cette initiative à la fois pour mieux connaître le secteur privé et pour renforcer notre argumentation en faveur d'un changement du secteur public.

Cette étude se poursuit, mais en septembre dernier, nous avons lancé une nouvelle étude. C'est un programme de cinq ans qui nous donnera des résultats sur le travail et l'éducation d'ici deux ans. Nous examinons les exemples les plus réussis d'amélioration des conditions de travail. Cette année, nous mettons l'accent sur les travailleurs pauvres. L'année prochaine, nous étudierons les inégalités en matière d'éducation, l'objectif étant d'améliorer les résultats en éducation.

Le sénateur Callbeck : Étudiez-vous des cas dans toutes les provinces?

Dre Heymann : J'aimerais pouvoir vous dire que nous avons suffisamment d'argent pour mener des études dans toutes les provinces. C'est aussi un programme de bourses et nous avons tellement de demandes et de gens désireux de travailler avec nous que, si nous avions davantage de ressources, nous pourrions facilement étudier toutes les provinces. Actuellement, nous essayons d'examiner systématiquement quelles provinces semblent réaliser les meilleurs progrès et lesquelles ont des programmes particulièrement intéressants.

We are also conducting these studies globally because we think it is crucial for understanding competitiveness. We have done them in every region in the world, but I would welcome input about particularly interesting policies and programs that should be evaluated in different provinces. If we were to get more resources, we could certainly expand the number of approaches.

[Translation]

Senator Pépin: I have read carefully your briefs. You underline the fact that education, employment and housing are important factors. In looking at all these various factors, I notice that education is provincial jurisdiction, but that social determinants involve different levels of government, various departments. The same remark applies to taxation levels.

How could the federal and provincial governments work together to develop a policy? What government structures are necessary to deal with social determinants? Could you make some suggestions to us?

Both levels of government must be able to work together, but how do you see such an approach? You can answer in English if you want.

[English]

Dr. Frank: That is a great question. I know you had Monique Bégin here. I think you should ask her to come back and talk to you about what the educational equivalent would be for the Canada Health Act. The Canada Health Act is a work of genius because it uses federal dollars to leverage certain standards and it basically costs the provinces very heavily not to maintain the standards that we all know.

The electorate has shown repeatedly that no politician had better touch it. You could do the same with education. You would want to do it with both basic and adult education. Transfer payments are probably not what they once were. I assume they are much smaller now, but if they are still there you have a lever. It is not that you are telling people what to do. It is that if the provinces want full payments, they have to come up to international standards. There are certain standards. For example, there must be policies in place to encourage high school completion and to provide certain skills for those that are not academic. There must be low access barriers or no barriers to returning to school, particularly for skilled trades that are in demand. I mean, it is a federation, is it not?

Senator Pépin: Yes.

Dr. Heymann: Without a doubt, you have put your finger on one of the most crucial areas, which is that these are all social policies. Social policies are carried by provinces as well as the federal government.

Nous menons aussi ces études à l'échelle mondiale parce que nous croyons que c'est crucial pour comprendre la compétitivité. Nous en avons fait dans toutes les régions du monde, mais je suis toujours prête à entendre parler de politiques et programmes particulièrement intéressants qui pourraient être évalués dans les diverses provinces. Si nous avions plus de ressources, nous pourrions certainement élargir notre éventail d'activités.

[Français]

Le sénateur Pépin : J'ai lu attentivement vos documents. Vous soulignez le fait que l'éducation, l'emploi et le logement sont des éléments importants. Lorsque qu'on regarde tous ces éléments, on remarque que l'éducation relève des provinces mais que les déterminants sociaux impliquent, quant à eux, différents paliers de gouvernement, différents ministères. C'est la même chose en ce qui concerne les taux d'imposition.

Comment les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral peuvent-ils travailler conjointement, conjuguer leurs efforts pour élaborer une politique? Quelles structures gouvernementales sont nécessaires pour arriver avec des déterminants sociaux? Pourriez-vous nous suggérer des solutions?

Il faut que les deux gouvernements puissent travailler conjointement, mais comment entrevoyez-vous cette approche? Vous pouvez répondre en anglais sans problème.

[Traduction]

Dr Frank : C'est une excellente question. Je sais que vous avez entendu Monique Bégin. Je pense que vous devriez lui demander de revenir pour vous parler de ce qui serait l'équivalent de la Loi canadienne sur la santé dans le domaine de l'éducation. La Loi canadienne sur la santé est une trouvaille géniale parce qu'elle utilise l'argent fédéral pour établir certaines normes et qu'il en coûte très cher aux provinces de ne pas maintenir les normes que nous connaissons tous.

L'électorat a indiqué à maintes reprises qu'aucun politicien ne peut se permettre d'y toucher. Vous pourriez en faire autant pour l'éducation. Il faudrait le faire à la fois pour l'éducation de base et celle des adultes. Les paiements de transfert ne sont probablement plus ce qu'ils étaient. Je suppose qu'ils sont aujourd'hui beaucoup plus limités, mais s'ils existent encore, vous avez un levier. Ce n'est pas comme si vous disiez aux gens ce qu'ils doivent faire. C'est seulement que si les provinces veulent toucher intégralement leurs paiements, elles doivent respecter les normes internationales. Il existe des normes. Par exemple, il doit y avoir en place des politiques visant à encourager l'achèvement des études secondaires et l'acquisition de certaines compétences pour ceux qui n'ont pas d'aptitudes scolaires. Il faut amoindrir ou éliminer les obstacles au retour à l'école, en particulier pour les métiers spécialisés qui sont en demande. Enfin, nous sommes une fédération, n'est-ce pas?

Le sénateur Pépin : Oui.

Dre Heymann : Sans aucun doute, vous avez mis le doigt sur l'un des domaines les plus cruciaux, à savoir que ce sont toutes des politiques sociales. Les politiques sociales sont appliquées par les provinces aussi bien que par le gouvernement fédéral.

I want to mention a couple roles in addition to transfers. There are a variety of ways to do transfers. You are more expert than I am in terms of specifics, but beyond the current health care system, a series of other social transfers exist that are sometimes targeted social transfers. They are not targeted by the population they hit in the way I was talking about before, but targeted in terms of programs. That is an important mechanism. However, there is another mechanism that we should not forget, which is the federal government's role in terms of monitoring, evaluating and highlighting what is going on in the different provinces. It is in the national interest that all provinces come up to a certain standard for the whole population. It is not likely that the provinces who are doing less well are going to highlight this themselves. That is true in any country. However, there is a potential federal role in monitoring what is happening and making information public about the relative successes and gaps in different provinces.

We have the social transfer mechanism, the direct program mechanism, the monitoring mechanism, and then we have pilot programs. Funding is required so that successful examples can then be imitated in other provinces under provincial jurisdiction.

[Translation]

Senator Pépin: I have another question in a completely different area. Dr. Frank talked about care for pregnant women and postnatal care. I must admit that I am surprised. I did not know that there was an impact for pregnant women or for women after birth if they were living at a certain poverty level, but I did not think that this was true from the moment women got pregnant.

[English]

Dr. Frank: There are a few different issues here. One thing that will probably not make a difference is more access to medical care in pregnancy. Good studies have shown in Canada that we achieve good enough levels of medical care in the sense of doing what medical care can do. There is the traditional one-on-one care, doctor-mom, pregnant mom medical care with no midwife and not much time for counselling, sitting down to talk and get people ready to breastfeed and parent. It is all about bio-medical risk factor detection and management. It is important, and we probably do that, but moms from a disadvantaged background may have subclinical or clinical depression and other problems. Treatment takes a lot more than some doctor spending 10 minutes of time every month for six or eight visits. This is all about a big approach.

I think you would want to look at "la maternelle" in France. I have not seen the actual documents and perhaps they are not widely available, but I am told "la maternelle" was started in France to improve perinatal outcomes. I am also told that it is one of the few really clear demonstrations in the world, even in countries at an advanced stage of

Je voudrais mentionner deux autres rôles, en plus des transferts. Il y a divers moyens d'opérer les transferts. Vous connaissez les détails mieux que moi, mais en plus de l'actuel transfert pour les soins de santé, il y a toute une série d'autres transferts sociaux qui sont parfois ciblés. Ils ne ciblent pas des groupes précis de la population comme ce dont je parlais tout à l'heure, mais des programmes particuliers. C'est un mécanisme important. Il y a toutefois un autre mécanisme que nous ne devrions pas oublier, à savoir le rôle du gouvernement fédéral pour ce qui est de contrôler, d'évaluer et de faire valoir les mesures prises dans les différentes provinces. Il est dans l'intérêt national que toutes les provinces s'alignent sur une norme plus élevée pour l'ensemble de la population. Il est improbable que les provinces qui font moins bien le fassent remarquer elles-mêmes. C'est le cas dans n'importe quel pays. Cependant, il y a un rôle fédéral potentiel pour ce qui est de contrôler ce qui se fait et de diffuser publiquement les renseignements sur les succès relatifs et les lacunes des différentes provinces.

Nous avons le mécanisme des transferts sociaux, le mécanisme des programmes directs, le mécanisme de contrôle, et puis nous avons des programmes pilotes. Il faut injecter de l'argent pour que les modèles couronnés de succès puissent être imités dans d'autres provinces dans le cadre des compétences provinciales.

[Français]

Le sénateur Pépin : J'ai une autre question qui n'est pas du tout du même domaine. Le docteur Frank a parlé des soins aux femmes enceintes et des soins postnatals. Je dois avouer que je suis étonnée. J'ignorais qu'il y avait un impact pour des femmes enceintes ou pour celles des soins postnatals, si elles vivent à un certain niveau de pauvreté, mais je ne pensais pas que cela commençait au moment où les femmes étaient enceintes.

[Traduction]

Dr Frank : Vous avez abordé plusieurs points différents. Le fait d'avoir davantage accès à des soins médicaux pendant la grossesse ne fera probablement aucune différence. De bonnes études ont montré au Canada que nous dispensons des soins médicaux à un niveau suffisant dans le sens strictement médical du terme. Ce sont les soins traditionnels dispensés en tête à tête, du médecin à la mère, du médecin à la femme enceinte, il n'y a pas de sage-femme et pas beaucoup de temps pour faire du counselling, pour préparer les femmes à allaiter et les gens à être de bons parents. Tout est axé sur la détection et la gestion des facteurs de risque sur le plan biomédical. C'est important et nous le faisons probablement bien, mais les mères issues de milieux défavorisés peuvent souffrir de dépression clinique ou subclinique et d'autres problèmes. Pour les traiter, il faut beaucoup plus qu'un médecin qui voit la patiente pendant 10 minutes chaque mois pendant six ou huit mois. Il faut une approche plus globalisante.

Je pense que vous auriez intérêt à examiner ce qu'on appelle « la maternelle » en France. Je n'ai pas pris connaissance des documents comme tels et peut-être ne sont-ils pas facilement accessibles, mais on me dit que « la maternelle » est un programme qui a été lancé en France pour améliorer les résultats périnataux. On me dit également que c'est l'une des

socio-economic development, of a concerted effort to provide a wide range of supports for pregnant women universally. Universality can shift birth outcomes. We are not serious about it here in Canada. We would have better outcomes if we were serious about it.

Dr. Lynch: I would only add that it is not just mothers affecting their children but grandmothers as well. There is evidence across multiple generations of deprivation that grandmothers affect their grandchildren via maternal transmissions. You can imagine situations where the grandmother is smoking while her daughter is pregnant. That affects the growth and development of the mother and that affects her ability to carry her own child. Those links have been demonstrated many times, so the situation is even more complicated.

Senator Pépin: I have question regarding breastfeeding. I do agree when you say that we should have a law that says women should be able to breastfeed and have a break.

[Translation]

It has decreased. Now less women are breastfeeding. This means that we must pass a law to this effect, and I quite agree with this. However, how long would they be breastfeeding? What are we to do if they must return to work?

[English]

Dr. Heymann: The notion behind having a basic right to breastfeed while you are working is that people can do it once they go back to work. In terms of duration, you will see a lot of different recommendations, but nine months, 12 months of breastfeeding will still show marked benefits to kids less than six months of age.

These are benefits are outlined in ongoing studies. There are literally scores of studies on this subject. Every time a study is repeated, the benefits are still there in the context of advanced affluent economies and health care. There are protective effects in terms of decreasing deaths from diarrhea and illnesses such as pneumonia. There are some very good, recent randomized studies. They did not randomize breastfeeding, which of course they could not do, but they randomized conditions that supported breastfeeding leading to significant improvements in cognitive outcomes and measurable differences in IQ scores. We know that the benefits of breastfeeding remain strong. The research evidence is also very good that women can breastfeed while they are working, the question being whether their working conditions allow them to do so. That is why that piece of the law is so important. Also, they can breastfeed prior to returning to work if they are able to have paid maternity leave or paid parental leave. It is essential to fix Employment Insurance to make sure that everyone really has those benefits.

rares démonstrations vraiment convaincantes qu'on ait faites dans le monde, même dans des pays qui sont à un stade avancé de développement socioéconomique, d'un effort concerté pour donner à toutes les femmes enceintes un vaste éventail de soutien. L'universalité peut infléchir les résultats à la naissance. Nous ne prenons pas cela au sérieux au Canada. Nous aurions de meilleurs résultats si nous étions sérieux dans nos efforts.

Dr Lynch : J'ajoute seulement que ce ne sont pas seulement les mères qui influent sur leurs enfants, mais les grands-mères également. Nous avons acquis la preuve sur de multiples générations de privations que les grands-mères influent sur leurs petits-enfants au moyen de la transmission maternelle. On peut imaginer des cas où la grand-mère fume pendant que sa fille est enceinte. Cela influe sur la croissance et le développement de la mère et nuit à sa capacité de porter son enfant. Ces liens ont été démontrés à maintes reprises et la situation est donc encore plus compliquée.

Le sénateur Pépin : J'ai une question au sujet de l'allaitement maternel. Je suis d'accord quand vous dites que nous devrions avoir une loi stipulant que les femmes ont droit à une pause pour allaiter.

[Français]

Cela a diminué. Maintenant moins de femmes allaitent leurs enfants. Cela veut dire que s'il faut adopter une loi — je suis tout à fait d'accord — elles allaient jusqu'à quel âge? Que faire si elles doivent retourner au travail?

[Traduction]

Dre Heymann : Le droit fondamental d'allaiter au travail permet aux mères de continuer l'allaitement maternel après le retour au travail. Quant à la durée, il existe de nombreuses recommandations différentes, mais neuf mois, 12 mois d'allaitement maternel suffisent pour entraîner des avantages marqués chez des enfants de moins de six ans.

Ces avantages apparaissent dans des études en cours. Il y a littéralement des dizaines d'études sur la question. Chaque nouvelle étude montre que les avantages subsistent même dans le contexte d'économies riches et de régimes de santé avancés. Il y a un effet protecteur qui diminue le taux de décès causés par la diarrhée et des maladies comme la pneumonie. Il y a d'excellentes études randomisées effectuées récemment. On n'a pas demandé aux mères d'allaiter de façon aléatoire, ce qui est évidemment impossible, mais on a randomisé les conditions permettant l'allaitement maternel et débouchant sur des améliorations marquées au chapitre des résultats cognitifs et des différences mesurables au niveau du QI. Nous savons que les avantages de l'allaitement maternel demeurent marqués. La recherche montre aussi de manière convaincante que les femmes peuvent allaiter tout en travaillant, la question étant de savoir si leurs conditions de travail le leur permettent. C'est pourquoi cette loi est tellement importante. De plus, les femmes peuvent allaiter avant de retourner au travail si elles peuvent prendre un congé de maternité ou parental payé. Il faut absolument modifier le régime d'assurance-emploi pour que ces avantages soient étendus à tout le monde.

[Translation]

Senator Pépin: At the present time, the majority of women who are breastfeeding are on maternity leave because we do not have a labour law to this effect, unless employers who are very compassionate allow them to do so. In Montreal, there are a few daycare centres in workplaces. There are not many of them, but we do have a few. I quite agree that we should introduce such a legislation. It would allow disadvantaged women who need to return to work quickly to breastfeed their kids, which they cannot do presently.

[English]

Senator Fairbairn: In listening to you and the questions and answers about how we could get things going, I have a few thoughts.

For some time now, almost 10 years, there has been a painful effort, but a good one, between the federal and provincial governments to establish a federal-provincial job training agreement, workplace training agreement. It now exists. Presumably it came about with people behind the scenes taking a look at the changes in our society. Jobs very quickly had turned into something different. In order to lift up all of those who were already in the work force, let alone those who were coming into it without particular skills, the federal government and the provinces negotiated this agreement, and it works. The other side of the coin is that there is a vacuum of sorts in that the people who need to learn and who have low literacy levels are staggering through life in a very different world than the one they started out in because of technology.

There was a large, high-level national meeting in Toronto a few years ago that focused on this topic. There were many discussions and group meetings. Literacy advocates tried to explain what it all meant, but a lot of people did not either accept it or want to accept it or understand it at all. The shocker at the end of the day was that every group was asked to put forward their top three ideas with respect to workplace training. Number one was to establish a pan-Canadian literacy program similar to what has been done with labour market training.

That concept has been worked on again and again, but it keeps falling off the table. It does not matter who is in power; it has not happened. There is a big chunk missing there.

In committee hearings on literacy we asked several times about what happened to the notion of a pan-Canadian accord. Somewhere along the line it seems to have ground to a standstill. If proposals concerning learning and training were to come together, we could probably do a lot of good.

The concept is on the table, but it has not come together. I am not quite sure how to make that happen. In listening to all three of you today, my hope is that we can circulate your ideas widely

[Français]

Le sénateur Pépin : Actuellement, la majorité des femmes qui nourrissent leurs enfants sont en congé de maternité parce qu'on n'a pas une loi sur le travail à cet effet, à moins que des employeurs très humains ne le permettent. À Montréal, il y a quelques garderies en milieu de travail. Il n'y en a pas plusieurs mais nous avons quelques unes. Je suis tout à fait d'accord qu'on ait un projet de loi semblable. Cela permettrait aux femmes défavorisées, qui ont besoin de retourner rapidement au travail, d'allaiter leurs enfants, ce qu'elles ne peuvent pas faire maintenant.

[Traduction]

Le sénateur Fairbairn : En écoutant vos interventions et les questions et réponses sur ce que nous pourrions faire pour faire avancer le dossier, des idées me viennent à l'esprit.

Depuis maintenant un certain temps, près de 10 ans, des efforts sont déployés, péniblement mais avec un certain succès, par les gouvernements fédéral et provinciaux pour établir une entente fédérale-provinciale sur la formation en cours d'emploi. Elle existe maintenant. On peut supposer que cette percée est due au fait que des gens en coulisses ont pris conscience des changements survenus dans notre société. Les emplois avaient changé très rapidement. Afin de rehausser le niveau de ceux qui font déjà partie de la population active, sans même parler de tous ceux qui arrivent sur le marché du travail sans aucune compétence particulière, le gouvernement fédéral et les provinces ont négocié cette entente, et elle fonctionne. Le revers de la médaille est qu'il y a en quelque sorte un vide parce que les gens qui doivent apprendre et qui ont un faible niveau d'alphabétisation vivent péniblement dans un monde très différent de celui qu'ils avaient connu au départ, à cause de la technologie.

Il y a quelques années a eu lieu à Toronto une conférence nationale à un niveau élevé portant précisément sur cette question. Il y a eu de nombreuses discussions en groupe. Les partisans de l'alphabétisation ont tenté d'expliquer ce que tout cela voulait dire, mais bien des gens ont refusé de l'accepter ou de le comprendre. A la fin, on a demandé à chaque groupe de proposer trois idées pour la formation en cours d'emploi. En tête de liste, on trouvait la création d'un programme pancanadien d'alphabétisation semblable à ce qui a été fait pour la formation liée au marché du travail.

On est revenu à la charge à maintes reprises dans ce dossier, mais il est constamment remis aux calendes grecques. Peu importe qui est au pouvoir, rien ne se fait. Il manque une pièce importante du puzzle.

Durant les audiences du comité sur l'alphabétisation, nous avons demandé plusieurs fois ce qu'il était advenu de l'idée d'un accord pancanadien. Il semble que la machine se soit enrayer quelque part. Si des propositions concernant l'apprentissage et la formation finissaient par se concrétiser, nous pourrions probablement faire beaucoup de bien.

Le concept est sur la table, mais il ne s'est pas matérialisé. Je ne suis pas certaine de savoir comment faire débloquer le dossier. En vous écoutant tous les trois aujourd'hui, j'espère que nous

because there is a very good reality check here for an agreement that would put learning and training together. We would find that every province in our country would have a much better future ahead of it. It also touches on the main concern of this committee, which for a long time now has been health. In the end, surely a pan-Canadian approach is a large component of whether or not we have a healthy Canada. If you have any ideas about how to get these suggestions in front of the people we have not been able to reach, please tell us.

Senator Cochrane: First, someone mentioned that we have to develop the brain to reach its potential. I just wanted to say that this is the crux of the problem. We do not know how to train the brain to do all the things that it can do.

Second, I do not know why, Dr. Heymann, but I have not heard very much lately about breastfeeding. I have not even seen mothers breastfeed. Eight or nine years ago, I used to see mothers at restaurants take their children aside and breastfeed them, even at the table, but I do not see that any more. Have we stopped advertising all the positives things that breastfeeding does? I was impressed with your comment that breastfeeding has an impact on cognitive development. Could you elaborate? Perhaps we should be putting out more brochures to publicize this fact. Maybe I am old, but I am not seeing enough of this.

Dr. Heymann: I think there are a couple parts to this issue. One is that do people understand the impacts. There are periods when there is an erosion in understanding the importance of breastfeeding, particularly in high-income countries. The assumption is that breastfeeding does not matter as much and that it can be perfectly replaced with formula. To the extent to which those assumptions and misconceptions are part what is going on, then, yes, getting that information out there helps, and every generation needs hear it.

At the same time, social and structural barriers are increasing, which really has to do with the rise in Canada, as in every country we have studied, of mothers in the workforce who have children from the age of zero to one year old. The increase of mothers in the workforce does not in any way need to impede breastfeeding, but, unless we bring our policies up to date, it will.

That is why we have to make sure that people who want to stay home can afford to do so while breastfeeding and nurturing an infant in those early months when it is hardest to put together affordable, quality early care. We must ensure that those who want to or need to return to work have that right. There has been a dramatic transformation over the past 25 years in terms of the rise of number of women who are making the decision to work and breastfeed simultaneously

pourrons diffuser largement vos idées parce qu'il y a là matière à consolider l'argument voulant que l'on conjugue l'apprentissage et la formation. Nous constaterions alors que toutes les provinces de notre pays auraient un avenir beaucoup plus brillant. Cela touche également l'une des principales préoccupations de notre comité depuis longtemps, à savoir la santé. En bout de ligne, il est certain qu'une approche panafricaine est un élément important d'un Canada en bonne santé. Si vous avez des idées sur la manière de faire comprendre ces suggestions aux gens que nous n'avons pas réussi à rejoindre, veuillez nous en faire part.

Le sénateur Cochrane : Premièrement, quelqu'un a dit qu'il faut développer le cerveau pour qu'il réalise son plein potentiel. Je voulais seulement dire que c'est le noeud du problème. Nous ne savons pas comment former le cerveau pour qu'il fasse tout ce qu'il est capable de faire.

Deuxièmement, je ne sais pas pourquoi, docteure Heymann, mais je ne vous ai pas tellement entendu parler dernièrement de l'allaitement maternel. Je n'ai même pas vu de mères en train d'allaiter. Il y a huit ou neuf ans, je voyais des mères au restaurant qui se plaçaient à l'écart pour allaitez leur enfant ou même le faisaient à table, mais je ne vois plus cela. A-t-on cessé de publier tous les bienfaits de l'allaitement maternel? J'ai été impressionnée par votre observation selon laquelle l'allaitement maternel a un impact sur le développement cognitif. Pourriez-vous nous en dire plus long là-dessus? Peut-être devrions-nous publier davantage de brochures pour faire connaître ce fait. C'est peut-être parce que je vieillis, mais je ne vois plus cela assez souvent.

Dre Heymann : Il y a quelques éléments de réponse. D'abord, il faut que les gens comprennent les conséquences. On dirait que, par période, il y a une érosion de la compréhension de l'importance de l'allaitement maternel, en particulier dans les pays à revenu élevé. L'idée se répand que l'allaitement maternel n'a pas tellement d'importance et qu'on peut avantageusement le remplacer par le lait maternisé. Dans la mesure où de telles idées fausses circulent effectivement, je dirais que oui, il est utile de diffuser cette information, et chaque nouvelle génération doit l'entendre.

En même temps, les obstacles sociaux et structurels se renforcent, à cause de l'augmentation, au Canada comme dans tous les pays que nous avons étudiés, du nombre des mères qui sont sur le marché du travail et qui ont des enfants de zéro à un an. L'augmentation du nombre de mères au travail ne devrait nullement faire obstacle à l'allaitement maternel, mais ce sera le cas à moins que nous ne mettions à jour nos politiques.

C'est pourquoi nous devons nous assurer que les mères qui veulent rester à la maison puissent se permettre de le faire, offrant ainsi l'allaitement maternel et des soins à leur bébé au cours des premiers mois de la vie, période pour laquelle il est le plus difficile de trouver des services de garde abordables et de qualité. Nous devons nous assurer que celles qui veulent ou qui doivent retourner au travail en aient le droit. Il y a eu une transformation spectaculaire depuis un quart de siècle quant au nombre de

in those early years. The laws in Canada and elsewhere have not fully caught up with this reality and we very much need them to do that.

Senator Cochrane: What about cognitive development?

Dr. Heymann: I think the evidence on cognitive development is getting better with every study. Early studies suggested that cognitive development mattered with breastfeeding, but they were not what we would call gold standard studies. Instead of having random samples, they asked women if they had breastfed or not and then looked at their adult children many years later. While those early studies suggested for a long time that breastfeeding mattered to cognitive development, people did not know if different women were breastfeeding or not breastfeeding, and so we did not consider them gold standard. Maybe there was a selection bias or a logic problem with the studies.

Now, however, we really do have the gold standard studies. These include, for example, a recent study in which the researchers went to hospitals. In one set of hospitals, they did a series of interventions to promote women breastfeeding and in the other hospital they did nothing. They followed the kids, and IQ scores were higher among children from the hospitals where there was an intervention to promote breastfeeding.

Dr. Lynch: That research was done by a Canadian, actually, so we should be proud of that. It was done in Belarus by our colleague Dr. Michael Kramer.

I wanted to add that we do these comparisons with other countries not because we are Sweden; there is no way we can be Sweden. They have a different culture, history and context. We cannot necessarily transplant what happens in Sweden. We have to be selective about what we do, but these can be inspiring stories. Ninety per cent of women in Sweden participate in the labour force, and if you look at breastfeeding rates, they are better than ours. That is because of the structural supports that exist. It can be done.

Dr. Heymann: Individual countries can be inspiring. When we look around the world and see that over 100 countries guarantee breastfeeding breaks, we know that it is not about one political system, one historical system or one economic or social system. A full range of countries have found a way to do it, so it is something we can do for sure.

Senator Pépin: It would be very good because we would have child care in the workplace everywhere.

The Chairman: The discussion this afternoon has been fascinating. I want to tell our witnesses just how truly grateful we are that they have given us their time.

femmes qui prennent la décision de travailler tout en allaitant leur enfant pendant les premières années. La loi, au Canada comme ailleurs, n'a pas vraiment suivi cette réalité et nous devons vraiment y remédier.

Le sénateur Cochrane : Et le développement cognitif?

Dre Heymann : Je pense que la preuve se renforce avec chaque nouvelle étude dans le domaine du développement cognitif. Les premières études donnaient à penser que l'allaitement maternel favorisait le développement cognitif, mais ces études n'étaient pas menées selon les règles de l'art. Au lieu de créer des groupes témoins choisis au hasard, on demandait aux femmes si elles avaient allaité ou non, après quoi on examinait leurs enfants à l'âge adulte, bien des années plus tard. Ces premières études donnaient à penser depuis longtemps que l'allaitement maternel contribuait puissamment au développement cognitif, mais on ne savait pas si d'autres femmes exclues de l'étude allaient leur enfant ou non, et l'on ne pouvait donc pas considérer ces études comme entièrement fiables. Il y avait peut-être un parti pris dans le choix des sujets ou un problème de logique.

Aujourd'hui, cependant, nous avons vraiment des études menées de manière irréprochable. Je songe notamment à une étude récente dans le cadre de laquelle des chercheurs ont été envoyés visiter des hôpitaux. Dans une première série d'hôpitaux, ils ont fait une série d'interventions pour promouvoir l'allaitement maternel, tandis qu'ils n'ont rien fait dans les autres hôpitaux. Ils ont suivi les enfants et ont trouvé des QI plus élevés parmi les enfants qui étaient passés par les hôpitaux où l'on avait fait des interventions pour promouvoir l'allaitement maternel.

Dr Lynch : Cette recherche a été faite par un Canadien, en fait, et nous avons donc tout lieu d'en être fiers. Elle a été faite en Biélorussie par notre collègue le Dr Michael Kramer.

J'ajoute que nous faisons des comparaisons avec d'autres pays non pas parce que nous voulons être la Suède; il est impossible de transformer le Canada en Suède. Leur culture, leur histoire, leur contexte sont différents. Nous ne pouvons pas nécessairement transplanter ici ce qui se fait en Suède. Nous devons être sélectifs, mais nous pouvons nous inspirer des succès éclatants. Quatre-vingt-dix pour cent des Suédoises font partie de la population active; or leur taux d'allaitement maternel est plus élevé que le nôtre. C'est grâce au soutien culturel qui existe là-bas. Cela peut se faire.

Dre Heymann : Nous pouvons nous inspirer de différents pays. Quand on regarde autour du monde et qu'on constate que plus de 100 pays garantissent des pauses pour allaitement maternel, nous savons que cela n'a rien à voir avec un système politique en particulier, un modèle historique ou un système économique ou social. Un large éventail de pays ont trouvé le moyen de le faire et il est donc certain que nous pouvons en faire autant.

Le sénateur Pépin : Ce serait bien, parce qu'on aurait alors des garderies dans tous les lieux de travail.

Le président : La discussion a été fascinante cet après-midi. Je tiens à dire à nos témoins à quel point nous leur sommes reconnaissants de nous avoir consacré de leur temps.

There is another line of questioning that I would love to pursue with all three of our witnesses, perhaps through a teleconference with the committee about a year from now, I suspect, or maybe a little later. I see some divergence between the three of you when it comes to how to do some of these things. Dr. Heymann is saying that the flat programs really count, such as better jobs, education and early childhood care. Sometimes that suggestion is a little hard to sell. I notice also that if we have the will to do it, we can eliminate early childhood deprivations such as poverty; we should be able to put together programs for children that give them a fair shake.

When we get to the recommendations stage of our report, we will be in touch with you again. Thank you very much indeed.

The committee adjourned.

Il y a un autre domaine que j'adorerais approfondir avec nos trois témoins, peut-être lors d'une téléconférence dans environ un an, ou peut-être encore plus loin dans le temps. Je constate certaines divergences entre vous trois quant à la manière de s'y prendre pour concrétiser certaines mesures. La Dre Heymann dit que les programmes de base comptent pour beaucoup, par exemple de meilleurs emplois, l'éducation et les soins éducatifs à la petite enfance. C'est parfois un peu difficile de convaincre les gens de la validité de cette suggestion. Je remarque aussi que si nous avons la volonté de le faire, nous pouvons éliminer les privations comme la pauvreté pour les jeunes enfants; nous devrions être en mesure d'élaborer des programmes qui donnent aux enfants l'égalité des chances.

Quand nous en serons à l'étape des recommandations de notre rapport, nous communiquerons de nouveau avec vous. Merci beaucoup.

La séance est levée.

Wednesday, March 28, 2007

Institute of Population and Public Health:

Dr. John Frank, Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research.

Global Health and Social Policy:

Dr. Jody Heymann, Canada Research Chair in Population Health.

McGill University:

Dr. John Lynch, Canada Research Chair in Population Health.

Le mercredi 28 mars 2007

Institut de la santé publique et des populations :

Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada.

Santé et politique sociales dans le monde :

Dre Jody Heymann, chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde.

Université McGill :

Dr John Lynch, chaire de recherche du Canada en santé des populations.



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

Wednesday, March 21, 2007

Public Health Agency of Canada:

Dr. Sylvie Stachenko, Deputy Chief Public Officer, Health Promotion and Chronic Disease Control;

Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Strategic Policy, Communications and Corporate Services Branch;

Maura Ricketts, Acting Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Practice and Regional Operations Branch.

Statistics Canada:

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development.

Kunin-Lunenfeld Applied Research Centre:

Sholom Glouberman, Associate Scientist.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 21 mars 2007

Agence de santé publique du Canada :

Dre Sylvie Stachenko, administrateur en chef adjointe de la santé publique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques;

Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générale des politiques stratégiques, des communications et des services généraux;

Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales.

Statistique Canada :

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement.

Kunin-Lunenfeld Applied Research Center :

Sholom Glouberman, scientifique associé.

(Suite à la page précédente)