



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, April 25, 2007
Wednesday, May 2, 2007

Issue No. 3

Fifth and sixth 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 25 avril 2007
Le mercredi 2 mai 2007

Fascicule n° 3

Cinquième et sixième 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, April 25, 2007
(6)

[*English*]

The Senate Subcommittee on Population Health met at 4:22 p.m. this day, in room 9, Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

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

Other senator present: The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Tonina Simeone, Research Analyst, Political and Social Affairs 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 Tuesday, November 28, 2006, 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 Aboriginal Peoples' Health (IAPH) for the Canadian Institutes of Health Research (CIHR):

Dr. Jeff Reading, Scientific Director.

Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba:

John O'Neil, Professor and Director.

Health Canada:

Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch.

Public Health Agency of Canada:

Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate.

Indian and Northern Affairs Canada:

Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations Sector.

Dr. Jeff Reading, John O'Neil, Ian Potter, Jim Ball and Marc Brooks each made statements and replied to questions.

At 6:10 p.m., the subcommittee suspended.

At 6:12 p.m., the subcommittee resumed in camera in room 7, pursuant to rule 92(2)(e) to consider a draft agenda.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 25 avril 2007
(6)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui à 16 h 22 dans la pièce 9 de l'édifice Victoria sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

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

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Eggleton, P.C. (1).

Aussi présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Tonina Simeone, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales et Michael Toye, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 28 novembre 2006, le sous-comité poursuit son étude sur l'incidence des 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 du jeudi 22 février 2007.*)

TÉMOINS :

Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) :

Dr Jeff Reading, directeur scientifique.

Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba :

John O'Neil, professeur et directeur.

Santé Canada :

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Agence de santé publique du Canada :

Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques.

Affaires indiennes et du Nord Canada :

Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, Secteur des politiques socioéconomiques et opérations régionales.

Dr Jeff Reading, John O'Neil, Ian Potter, Jim Ball et Marc Brooks font des déclarations et répondent aux questions.

À 18 h 10, le sous-comité suspend ses travaux.

À 18 h 12, le sous-comité reprend ses travaux à huis clos dans la pièce 7 conformément à l'alinéa 92(2)e) pour examiner son ébauche d'ordre du jour.

It was moved by Senator Cochrane that notwithstanding the decision of the subcommittee on Wednesday, February 21, 2007, the Chair, Deputy Chair and Senator Cook be authorized to make decisions on behalf of the subcommittee with respect to its agenda, to invite witnesses and to schedule hearings.

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

It was agreed that the subcommittee seek authority from the Whips to meet in late afternoon, Thursday, May 31 and Friday, June 1, 2007.

At 6:35 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, May 2, 2007

(7)

[*English*]

The Senate Subcommittee on Population Health met at 4:04 p.m. this day, in room 2, 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).

Other senator present: The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Tonina Simeone, Research Analyst, Political and Social Affairs 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 Tuesday, November 28, 2006, 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 full text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Research Faculty, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit:

Sylvia Abonyi, Canada Research Chair in Aboriginal Health.

Toronto University:

Dr. Kue Young, Professor, Department of Public Health Services.

National Aboriginal Health Organization (NAHO):

Carole L. Lafontaine, Acting Chief Executive Officer;

Mark Buell, Manager, Policy and Communications.

Le sénateur Cochrane propose que, malgré la décision prise par le sous-comité le mercredi 21 février 2007, le président, le vice-président et le sénateur Cook soient autorisés à prendre des décisions au nom du comité en ce qui concerne l'ordre du jour, à inviter les témoins et à établir l'horaire des audiences.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Il est convenu que le sous-comité demande aux whips la permission de se rencontrer en fin d'après-midi le jeudi 31 mai et le vendredi 1^{er} juin 2007.

À 18 h 35, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 2 mai 2007

(7)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui à 16 h 4, dans la pièce 2 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).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

Également présents : De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement : Tonina Simeone, analyste, Division des affaires politiques et sociales, 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 mardi 28 novembre 2006, 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^o 1 du jeudi 22 février 2007.*)

TÉMOINS :

Faculté de recherche, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit :

Sylvia Abonyi, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada.

Université de Toronto :

Dr Kue Young, professeur, Département des services de santé publique.

Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) :

Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire;

Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications.

University of British Columbia — Department of Psychology:

Michael J. Chandler, University of British Columbia
Professor and distinguished health researcher, Canada
Institutes for Health Research (CIHR) and Michael
Smith Foundation for Health Research (MSFHR)
Investigator.

Ms. Abonyi, Dr. Young, Ms. Lafontaine and Mr. Chandler
made opening comments and with Mr. Buell responded to
questions.

At 6:02 p.m., the subcommittee suspended.

At 6:05 p.m., the subcommittee resumed in camera pursuant to
rule 92(2)(e) to discuss a future draft agenda.

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

ATTEST:

*Université de la Colombie-Britannique — Département de
psychologie :*

Michael J. Chandler, professeur au département de
psychologie de l'Université de la Colombie-Britannique
et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé
du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la
recherche en santé.

Mme Abonyi, le Dr Young, Mme Lafontaine et M. Chandler
font des déclarations préliminaires et, avec M. Buell, répondent
aux questions.

À 18 h 2, le sous-comité suspend ses travaux.

À 18 h 5, le sous-comité reprend ses travaux à huis clos
conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement pour discuter d'un
prochain ordre du jour.

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

ATTESTÉ :

La greffière du sous-comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 25, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:22 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: Ladies and gentlemen, we can legally proceed because we have a senator from each side. There are more senators to come; the Senate rose at 4 o'clock.

I want to thank all of you for appearing. This is a truly outstanding panel of people. We are particularly anxious to hear from you early in our hearings so that we can proceed to get some of the early research documents ready. There is so much to be learned about population health from the Aboriginal health area.

It appears that, according to the 2001 census, about 1 million people or 3.3 per cent of Canada's population are Aboriginal: 62 per cent are First Nations; 30 per cent are Metis; 5 per cent are Inuit; and 3 per cent are people of more than one identity. This is a very large contingent of Canadians.

We have five outstanding witnesses today. We have Dr. Reading, Scientific Director, Institute of Aboriginal Peoples' Health for the Canadian Institutes of Health Research. I have known him for a number of years and he was good enough to meet with me earlier today to help us in planning our agenda.

We have Professor O'Neil, Director of the Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba. It is interesting that the CAHR is a joint initiative of the Assembly of Manitoba Chiefs, the faculty of medicine at the University of Manitoba and the Foundations for Health. This centre can be of enormous help to us as we proceed.

We are also deeply grateful to have with us Mr. Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada; Mr. Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Public Health Agency of Canada; and Mr. Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations Sector, Indian and Northern Affairs Canada.

Dr. Jeff Reading, Scientific Director, Institute of Aboriginal Peoples' Health (IAPH) for the Canadian Institutes of Health Research (CIHR): Thank you for the invitation. I want to begin

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 25 avril 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 22 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 pour en faire rapport.

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

[*Traduction*]

Le président : Mesdames et messieurs, la séance est ouverte. Nous pouvons légalement commencer la séance puisque nous avons un sénateur de chaque parti. D'autres sénateurs arriveront; le Sénat s'est ajourné à 16 heures.

Je vous remercie tous de témoigner. Nous entendrons un groupe d'experts vraiment exceptionnel. Nous avons particulièrement hâte de vous entendre tôt dans nos audiences pour pouvoir préparer les premiers documents de recherche. Le domaine de la santé des Autochtones peut nous en apprendre beaucoup sur la santé de la population.

Selon le recensement de 2001, environ un million de personnes ou 3,3 p. 100 de la population canadienne se désignaient comme Autochtones : 62 p. 100 comme Premières nations; 30 p. 100 comme Métis; 5 p. 100 comme Inuits; et 3 p. 100 comme personnes appartenant à plus d'un groupe. C'est un contingent de Canadiens très grand.

Nous accueillons cinq témoins remarquables aujourd'hui. Nous entendrons M. Reading, directeur scientifique de l'Institut de la santé des Autochtones pour les Instituts de recherche en santé du Canada. Je le connais depuis longtemps et il a été assez aimable pour me rencontrer plus tôt aujourd'hui et nous aider à planifier l'ordre du jour.

Nous accueillons aussi M. O'Neil, professeur et directeur du Centre de recherche sur la santé des Autochtones de l'Université du Manitoba. Il est intéressant de noter que le CRSA est une initiative conjointe de l'Assemblée of Manitoba Chiefs, de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba et des Foundations for Health. Ce centre peut nous être d'une aide précieuse dans notre étude.

Nous sommes également profondément reconnaissants de compter parmi nous M. Potter, sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada; M. Ball, directeur de la Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada; et M. Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, secteur des politiques socioéconomiques et opérations régionales, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien.

Jeff Reading, directeur scientifique, Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) : Merci de l'invitation. Je veux commencer en

by acknowledging the traditional territory of the Algonquin people. It is our tradition to start the meeting that way in order to set the context of our discussion that is follow.

Where the health status of Aboriginal peoples in Canada is profoundly different than that of other Canadians, it is strikingly similar to the health disparities experienced by indigenous peoples around the world. To improve health in Canada and abroad for indigenous peoples requires an understanding of a complex array of social, cultural, economic, political and epidemiological issues combined with an appreciation for the interaction nested within a history of upstream dominant political forces that often determine the health of all populations.

Achieving optimal health is linked to political and economic policies of colonization throughout history, but also modern day forces of globalization that affect Canada and other countries with similar circumstances regarding minority indigenous populations. It is these upstream forces and social determinants that are key to our understanding of the root causes of Aboriginal health disparities and indeed indigenous health abroad.

Population health disparities are thus linked to upstream social determinants or the so-called causes of causes. This was first coined by Sir Michael Marmot and is relevant to contemporary Aboriginal peoples' struggles to achieve optimal health and well-being in Canada.

I suggest we need to extend that further. It is about causes of causes of causes. For example, we may have an epidemic of diabetes. The cause of that is upstream because people have limited choices for adequate food and limited choices for physical activity, which predisposes them towards obesity, which in turn predisposes them towards diabetes. The causes of those limited choices are upstream and have to do with social and economic marginalization.

That is linked to the political economy and the historic evolution of Canada as a nation state where the market economy and the trading of furs in the North, for example, was replaced by a welfare economy. There was a rapid transition in the way of life from that subsistence life to one heavily dependent on market goods and without the necessary resources to obtain nutritious foods and things of that nature. Therefore, causes of causes is relevant in Aboriginal communities.

We must think of solutions in the same long-term fashion. There will not be overnight success.

Aboriginal peoples are still confronted with barriers to equal access to health services, which are legally mandated in provisions of the publicly funded health system as articulated in the Canada Health Act.

reconnaissant le territoire traditionnel du peuple algonquin. C'est notre tradition de commencer la réunion de cette façon pour établir le cadre de la discussion.

Alors que l'état de santé des peuples autochtones est tout à fait différent de celui des autres citoyens au Canada, on constate étrangement les mêmes disparités en matière de santé que celles que l'on observe chez les peuples autochtones partout dans le monde. Pour améliorer l'état de santé des peuples autochtones au Canada et à l'étranger, il faut comprendre une gamme complexe de questions sociales, culturelles, économiques, politiques et épidémiologiques ainsi que l'interaction d'une histoire de forces politiques dominantes en amont qui déterminent souvent la santé de toutes les populations.

La santé optimale est liée aux mesures politiques et économiques de la colonisation tout au long de l'histoire, mais également aux forces modernes de la mondialisation qui influent sur le Canada et d'autres pays dont les minorités autochtones vivent une situation semblable. Ces forces en amont et ces déterminants sociaux sont essentiels à notre compréhension des causes profondes des disparités au chapitre de la santé des Autochtones et, bien entendu, de la santé des peuples autochtones à l'étranger.

Les disparités en matière de santé de la population sont donc liées à des déterminants sociaux en amont ou aux soi-disant « causes des causes ». C'est sir Michael Marmot qui a créé cette expression qui s'applique aux efforts considérables déployés par les peuples autochtones contemporains pour jouir d'une santé et d'un bien-être optimaux au Canada.

Je suggère de pousser l'idée plus loin. Il faut remonter aux « causes des causes des causes ». Par exemple, nous avons peut-être une épidémie de diabète. La cause de cette épidémie est en amont parce que les gens ont des choix limités en matière d'alimentation et d'activité physique, les prédisposant ainsi à l'obésité et, par le fait même, au diabète. Les causes de ces choix limités sont en amont et se rattachent à la marginalisation sociale et économique.

Cela est lié à l'économie politique et à l'évolution historique du Canada en tant qu'État-nation où l'économie de marché et la traite des fourrures dans le Nord, par exemple, ont été remplacées par une économie de bien-être. Le mode de vie des Autochtones s'est transformé rapidement, passant d'un mode de vie de subsistance à un mode de vie fortement dépendant des produits du marché et sans les ressources nécessaires pour se procurer des aliments nutritifs et des choses du genre. Par conséquent, les causes des causes des causes s'appliquent aux collectivités autochtones.

Nous devons trouver des solutions à long terme. Nous n'obtiendrons pas un succès instantané.

Les peuples autochtones sont toujours confrontés à des obstacles en matière d'égalité d'accès aux services de santé, qui sont prescrites dans les dispositions du système de santé public, comme l'énonce la Loi canadienne sur la santé.

Canada has taken a bold step with the creation of a national institute for research on Aboriginal people's health. We have recently made policy where the governing council at CIHR agreed to support and make policy a set of guidelines for research ethics involving Aboriginal peoples. Essentially, this has created an ethical space within the agency to articulate and advance the knowledge agenda for Aboriginal health research nested within a dominant mainstream institution, the Canadian Institutes of Health Research.

The Institute of Aboriginal Peoples' Health has made progress in addressing urgent and emergent health concerns through an advanced knowledge agenda partnered with Aboriginal communities and eminent research scientists. We have made a lot of effort and progress in building health research capacity connected to institutions of higher learning, but also informed by Aboriginal peoples living in their communities.

We have articulated a process for translating health research into practice and have developed national guidelines, as I mentioned, for the ethical conduct of research. Altogether, this represents an opportunity for the academy and shows the way, in terms of implementing a vision, for Aboriginal health in Canada.

I wanted to keep my comments relatively short because I have produced an extensive review of social determinants that goes through early life, prenatal, maternal issues, child health, education, addictions, food security and health care access. I will not try to give you a sense of all of that in five or seven minutes. I would like to thank you for the opportunity and will be happy to answer any questions you may have.

John O'Neil, Professor and Director, Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba: Thank you for inviting me to speak to you on one of the most important public health issues confronting the nation today.

The question before us is both a simple and a complex one. The evidence is clear that health inequities in the Aboriginal population are largely determined by inequities in the social, economic and cultural conditions that characterize Aboriginal communities. Poor housing, limited employment opportunities and inadequate community infrastructure and services are widely cited in the scientific literature as the key determinants of poor health outcomes.

Equally clear is the evidence indicating that these conditions will likely only change through Aboriginal self-government. Globally, in nations, societies and communities where citizens exercise more authority over the fundamental conditions of life in an equitable and culturally consistent way, health outcomes are generally better even when relative poverty is taken into account.

Le Canada a pris une mesure audacieuse en créant un institut national de recherche sur la santé des peuples autochtones. Nous avons récemment élaboré des politiques par lesquelles le conseil d'administration de l'IRSC a accepté d'appuyer et d'élaborer un ensemble de lignes directrices en matière d'éthique pour la recherche visant les peuples autochtones. Cette décision a permis essentiellement de créer un espace éthique au sein de l'institut pour organiser et faire progresser le programme du savoir pour la recherche en matière de santé des Autochtones au sein de l'organisation de base principale destinée à l'ensemble de la population, les Instituts de recherche en santé du Canada.

L'Institut de la santé des Autochtones a réalisé des progrès pour s'attaquer à des préoccupations sanitaires pressantes et émergentes grâce à un programme du savoir avancé mené en partenariat avec les collectivités autochtones et d'éminents chercheurs. Nous avons fait d'énormes efforts et progrès en vue de renforcer notre capacité de recherche en santé en s'associant à des établissements d'enseignement supérieur, mais aussi en tenant compte de l'avis des Autochtones vivant dans leur collectivité.

Nous avons conçu un processus pour mettre en pratique la recherche en santé et élaboré des lignes directrices nationales, comme je l'ai mentionné, pour que les recherches soient menées dans le respect de l'éthique. Dans l'ensemble, cet effort représente une occasion pour les milieux universitaires et montre la voie à suivre dans la mise en œuvre d'une vision pour la santé des Autochtones au Canada.

Je voulais que mes commentaires soient relativement brefs parce que j'ai préparé un examen complet des déterminants sociaux qui traite notamment des questions touchant la petite enfance, la période prénatale, la maternité, la santé des enfants, l'éducation, les dépendances, la sécurité alimentaire et l'accès aux soins de santé. Je n'essaierai pas de vous donner un aperçu de tous ces thèmes en cinq ou sept minutes. Je tiens à vous remercier de me donner l'occasion de témoigner devant vous et je serai ravi de répondre à vos questions.

John O'Neil, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba : Je vous remercie de m'avoir invité pour traiter de l'une des questions de santé publique les plus importantes auxquelles est confrontée la nation à l'heure actuelle.

La question que nous avons à débattre est à la fois simple et complexe. Il est clairement démontré que les inégalités observées chez les Autochtones sur le plan de la santé dépendent en grande partie des conditions sociales, économiques et culturelles qui caractérisent les collectivités autochtones. Les ouvrages scientifiques citent généralement le logement inadéquat, les possibilités d'emploi limitées et l'infrastructure et les services communautaires inappropriés comme étant les principaux déterminants du piètre bilan de santé.

Il est démontré tout aussi clairement que ces conditions ne changeront vraisemblablement que par le biais de l'autonomie gouvernementale des Autochtones. De façon générale, dans les nations, sociétés et collectivités où les citoyens ont plus de prise sur les conditions de vie fondamentales d'une manière équitable et cohérente sur le plan culturel, l'état de santé est généralement

In the Aboriginal context, increasing evidence is accumulating to support the premise that Aboriginal communities that are self-governing and have strong cultural continuity with traditions have lower rates of health problems.

As I have indicated, the answer to the question before us is a simple one. The primary social determinant of health in Aboriginal communities is self-government. The solution to improving health status in Aboriginal communities, I submit, is also simple, and that is to increase self-government. The complexity begins when we begin to examine the meaning of self-government and the mechanisms for achieving it.

Self-government has two dimensions. First, it is about an individual community or nation making autonomous decisions that determine the ways in which resources and opportunities are distributed and accessed. The literature is clear at all levels: Autonomous decision-making about resource and opportunity distribution is clearly linked to improved health status.

Second, self-government is meaningful only in the context of cultural continuity. All societies have structures and processes for making decisions that promote the collective good that are rooted in cultural decisions and that may differ significantly from one society to the next. Failure to recognize the significance of these differences and their importance to governance can be perilous. I ask you to reflect for a moment on the global conflict between Western democratic values and the desire in many Islamic countries for state-level governments that reflect sharia law as an example of these kinds of challenges. Clearly the difference between Aboriginal approaches to self-government and Canadian governance models are not as dramatic, particularly since Western parliamentary traditions borrowed significantly from Iroquois governance models.

The essential premise remains important. Aboriginal communities with clear mechanisms for maintaining continuity with their cultural traditions, however defined, revised or restructured, have better health outcomes. Governance mechanisms in these communities must reflect the core cultural values related to decision making or they risk undermining the fundamental idea of self-governance.

The next question that must be asked is why most Aboriginal communities are not self-governing and why it is so difficult to restore self-governance where it is weak or absent. Unfortunately, the answer is rooted in the colonial history of Aboriginal people's relationship with the Canadian state. I say "unfortunately" because it has, to some extent, become unfashionable to blame colonization and history for the problems that afflict Aboriginal communities today. Although current governments may acknowledge the historical mistakes that have created much of

meilleur même lorsqu'on tient compte de la pauvreté relative. Dans le cas des Autochtones, de plus en plus de données viennent appuyer l'hypothèse que les collectivités autochtones qui sont autonomes et qui ont une continuité culturelle solide et des traditions enregistrent des taux de problèmes de santé inférieurs aux autres collectivités.

Comme je l'ai signalé, la réponse à la question qui nous intéresse est simple. Le principal déterminant social de la santé dans les collectivités autochtones est l'autonomie gouvernementale. À mon avis, la solution pour améliorer l'état de santé dans les collectivités autochtones est également simple, il s'agit d'accroître l'autonomie gouvernementale. La question se complique quand on se met à examiner la signification de l'autonomie gouvernementale et les mécanismes pour la réaliser.

L'autonomie gouvernementale comporte deux dimensions. Premièrement, c'est la collectivité ou la nation particulière qui prend des décisions autonomes qui déterminent comment les ressources et les possibilités sont distribuées et comment on peut y accéder. Les ouvrages sont clairs sur tous les plans : la prise de décisions autonome au sujet de la distribution des ressources et des possibilités est manifestement liée à une amélioration de l'état de santé.

Deuxièmement, l'autonomie gouvernementale n'a de sens que dans le contexte d'une continuité culturelle. Toutes les sociétés sont dotées de structures et de processus de prise de décisions favorisant le bien de la collectivité qui sont ancrés dans les décisions culturelles et qui peuvent être fort différents d'une société à l'autre. Il peut être dangereux de ne pas reconnaître la valeur de ces différences et leur importance pour la gouvernance. Je vous demande de réfléchir un instant au conflit mondial qui oppose les valeurs démocratiques occidentales et la volonté de nombreux pays islamiques d'instaurer des gouvernements d'État qui se conforment à la charia, comme illustration de ce genre de défis. Il est clair que la différence entre les approches des Autochtones à l'égard de l'autonomie gouvernementale et les modèles de gouvernance canadiens n'est pas énorme, d'autant plus que les traditions parlementaires occidentales se sont beaucoup inspirées des modèles de gouvernance iroquois.

L'hypothèse fondamentale demeure importante. Les collectivités autochtones dotées de mécanismes clairs pour perpétuer leurs traditions culturelles, peu importe comment elles sont définies, revues ou remaniées, ont de meilleurs bilans de santé. Les mécanismes de gouvernance dans ces collectivités doivent être représentatifs des valeurs culturelles fondamentales liées à la prise de décisions sinon ils risquent d'ébranler le principe fondamental de l'autonomie gouvernementale.

Il convient ensuite de se demander pourquoi la plupart des collectivités autochtones ne sont pas autonomes et pourquoi il est si difficile de rétablir l'autonomie gouvernementale là où elle est faible ou inexistante. Malheureusement, la réponse se trouve dans l'histoire coloniale touchant la relation des peuples autochtones avec l'État canadien. Je dis « malheureusement », car il est devenu, dans une certaine mesure, démodé de blâmer le colonialisme et l'histoire pour les problèmes qui affligent les collectivités autochtones aujourd'hui. Bien que les gouvernements actuels

the misery in Aboriginal communities — witness the residential school legacy — contemporary thinking and policy development favours a more forward-looking approach.

However, colonization is about much more than historical mistakes that cannot be changed. Aboriginal communities once exercised complete authority over lands and resources. These self-governing nations were not utopias. Conflict occurred in and among diverse communities. Some members benefited from traditional political structures more than others but, in general, governance structures had evolved to provide the maximum benefits to the majority of community members, and the evidence suggests that the health status of pre-colonial Aboriginal nations in Canada was enviable by today's standards.

Colonization as an historical process works on two levels. On the most obvious level, it works to remove the levers of decision-making and ownership of resources from the hands of the people and puts these decisions and resources in the hands of a foreign or occupying nation. On a less obvious level, colonization captures the soul of a people, undermining a sense of self-efficacy and being able to determine a future at the individual, community and societal levels. Again, the evidence is clear that this loss of self-efficacy or personal and community autonomy can have a profound effect on health outcomes at all levels.

Canadian governments over the past 50 years have made some effort at decolonization, establishing community governments and resolving land claims, but the impact of colonization remains as a primary barrier to achieving self-determination in Aboriginal communities and, as a consequence, I would submit, the primary barrier to reducing health inequities.

There have been many attempts over the past decade to develop solutions to the colonial legacy and to achieve self-government in Aboriginal communities. In particular, the Royal Commission on Aboriginal Peoples a decade ago addressed the same question that we are addressing today, and it reviewed similar evidence and drew similar conclusions, as you will hear in the other presentations before you. Here we are again engaged in a similar discussion with potentially similar outcomes: agreement on the roots of the problem but unwillingness to tackle the fundamental determinant of health inequities in Aboriginal communities.

You will hear in other presentations before you descriptions of important efforts by different government departments to tackle this issue. Health programs are being transferred to community control. Programs are in place to foster self-esteem and cultural pride in children, but I submit that however well-intentioned these programs are, they do not address the root causes of the problems, the causes of the causes of the causes. I fear that if we continue in this tradition of tinkering with the policy and program

peuvent reconnaître que les erreurs du passé sont largement responsables de la misère qui sévit dans les collectivités autochtones — les séquelles des pensionnats indiens en témoignent —, la pensée et l'élaboration des politiques modernes privilégient une approche davantage tournée vers l'avenir.

Cependant, la colonisation ne se limite pas aux erreurs historiques qui ne peuvent être changées. Les collectivités autochtones exerçaient à une certaine époque la pleine autorité sur leurs terres et leurs ressources. Ces nations autonomes ne sont pas des utopies. Le conflit s'est manifesté au sein d'une même collectivité et entre diverses collectivités. Certains membres ont profité plus que d'autres des structures politiques traditionnelles mais, de façon générale, les structures de gouvernance avaient évolué de manière que la majorité des membres de la collectivité puissent en profiter au maximum. Les faits donnent à penser que l'état de santé des nations autochtones au Canada avant la colonisation était enviable selon les normes d'aujourd'hui.

Le colonialisme en tant que processus historique fonctionne à deux niveaux. Au niveau plus évident, elle retire la prise de décisions et la propriété des ressources aux peuples pour les remettre entre les mains d'une nation étrangère ou occupante. À un niveau moins évident, le colonialisme s'empare de l'âme d'un peuple, sapant le sentiment d'autoefficacité et la capacité de déterminer l'avenir d'un particulier, d'une collectivité et d'une société. Là encore, les faits montrent clairement que cette perte d'autoefficacité ou d'autonomie de la personne et de la collectivité peut avoir des effets profonds sur la santé à tous les égards.

Au cours des 50 dernières années, les gouvernements canadiens ont fait des efforts de décolonisation en créant des gouvernements communautaires et en réglant des revendications territoriales, mais les effets du colonialisme demeurent un obstacle principal à la mise en œuvre de l'autonomie gouvernementale dans les collectivités autochtones et, à mon avis, le principal obstacle à la réduction des inégalités au chapitre de la santé.

Nous avons essayé à maintes reprises au cours de la dernière décennie de trouver des solutions à l'héritage colonial et d'instaurer l'autonomie gouvernementale dans les collectivités autochtones. Plus particulièrement, il y a une dizaine d'années, la Commission royale sur les peuples autochtones s'est attardée à la question que nous étudions aujourd'hui, a passé en revue des faits semblables et a tiré des conclusions similaires, comme vous l'entendrez dans d'autres exposés qui vous seront présentés. Nous sommes encore une fois engagés dans une discussion semblable qui aboutira probablement aux mêmes résultats : nous nous entendrons sur les sources du problème mais nous ne voudrions pas nous attaquer au déterminant fondamental des inégalités en matière de santé dans les collectivités autochtones.

Dans d'autres exposés, on vous décrira les efforts considérables déployés par différents ministères pour régler le problème. La responsabilité des programmes de santé est transférée aux collectivités. Des programmes sont en place pour promouvoir l'estime de soi et la fierté culturelle chez les enfants, mais je signale que même si ces programmes sont motivés par de bonnes intentions, ils ne s'attaquent pas à la source des problèmes ou aux causes des causes des causes. Je crains que si nous continuons

levers of the bureaucracy to address a fundamental structural issue in Canadian statecraft, we, or at least our children, will be gathered around tables like these in 10 years addressing the same questions and bemoaning the lack of progress.

Although I have argued that the processes for achieving a simple solution of self-government as the social determinant of health equity in Aboriginal communities are complex, I would like to propose some simple but not necessarily original solutions.

First, Aboriginal communities must have more flexible authority over the resources available to them to strengthen local social, economic and cultural conditions in ways that relate to health outcomes. I believe that one way to achieve this is to reconsider the current state separation of administering social determinant resources separate from health resources. Before you today are representatives from several federal departments, and these departments are committed to progressive policies that reflect population health models that we are discussing, but coordination across these departments in the context of a population health model remains an illusion. At the community level, dependence and accountability for resources to address social determinants is structurally separate from accountability for improving health outcomes. This seems to me to be fundamentally contradictory to all of the evidence before you on this issue.

Second, a restructuring of the federal responsibility for improving coordination of resources across multiple agencies and jurisdictions must occur subject to Aboriginal authority. Aboriginal self-government must be supported to function at the community, regional and national levels, and federal programs and resource allocation must be accountable to Aboriginal authorities at all of these levels.

Third, the resource base that should be historically available to Aboriginal social development must be honoured and equitably accessible. It is a myth that Aboriginal communities are poor. Although there are exceptions, most Aboriginal nations occupy territory that produces most of the wealth of this country. Resolving land claims, recognizing treaty rights and developing agreements that equitably distribute this wealth should be the first priority in order to strengthen the social determinant infrastructure of Aboriginal communities.

If I have time, and I think I do, I would mention two global examples of situations where indigenous peoples have achieved a higher degree of self-government than we have in Canada and, as a result, have better health outcomes. The first example is the Maori of New Zealand. Maori self-government is recognized constitutionally in New Zealand, and Maori institutional development across all sectors is significantly ahead of virtually

de jouer avec les leviers des politiques et des programmes de la bureaucratie pour corriger un problème structurel fondamental dans la gouvernance canadienne, nous ou, à tout le moins, nos enfants devons nous réunir dans dix ans pour discuter des mêmes questions et dénoncer l'absence de progrès.

Même si j'ai soutenu que le processus pour trouver une solution simple d'autonomie gouvernementale en tant que déterminant social d'équité en matière de santé dans les collectivités autochtones est complexe, j'aimerais proposer quelques solutions simples, mais pas nécessairement originales.

Premièrement, les collectivités autochtones doivent jouir d'un pouvoir plus souple sur les ressources mises à leur disposition pour renforcer les conditions sociales, économiques et culturelles locales liées à la santé. À mon avis, une façon d'y parvenir est de revoir l'administration de l'État qui gère actuellement les ressources affectées aux déterminants sociaux distinctement des ressources affectées à la santé. Des représentants de plusieurs ministères fédéraux sont ici aujourd'hui et ces ministères adhèrent à des politiques progressistes qui sont représentatives des modèles en matière de santé de la population dont nous discutons actuellement, mais la coordination d'un modèle en matière de santé de la population uniforme pour tous ces ministères demeure une illusion. À l'échelle communautaire, la dépendance et la responsabilité des ressources affectées aux déterminants sociaux sont structurellement distinctes de la responsabilité d'améliorer l'état de santé. À mon avis, cela semble contredire fondamentalement toutes les données qui sont devant vous sur cette question.

Deuxièmement, il faut réorganiser la responsabilité du gouvernement fédéral pour améliorer la coordination des ressources parmi une multitude d'agences et d'administrations sous l'autorité autochtone. L'autonomie gouvernementale des Autochtones doit être mise en œuvre à l'échelle communautaire, régionale et nationale, et les programmes fédéraux et l'affectation des ressources doivent être imputables devant les autorités autochtones à tous ces paliers.

Troisièmement, les ressources qui devraient être historiquement disponibles pour le développement social des Autochtones doivent leur être remises et être équitablement accessibles. La pauvreté des collectivités autochtones est un mythe. Même s'il y a des exceptions, la plupart des nations autochtones occupent un territoire qui produit la majorité de la richesse du pays. Le règlement des questions relatives aux revendications territoriales, la reconnaissance des droits issus de traités et l'établissement d'accords visant la distribution équitable de cette richesse devraient être la priorité pour renforcer l'infrastructure des déterminants sociaux des collectivités autochtones.

Si j'ai assez de temps, et je crois que c'est le cas, je citerais deux exemples dans le monde où des Autochtones ont obtenu une plus grande autonomie gouvernementale que nous au Canada et, par conséquent, ont une santé meilleure. Tout d'abord, prenons les Maoris en Nouvelle-Zélande. L'autonomie gouvernementale des Maoris est reconnue constitutionnellement en Nouvelle-Zélande. Le développement institutionnel des Maoris dans tous les secteurs

all other indigenous nations. Maori health outcomes are certainly not ideal, but they are better in comparison to similar indigenous indicators in Australia, Canada and the U.S.

The second example is more complex. Two years ago I visited indigenous villages in a region of Colombia controlled by anti-government, paramilitary forces. The Colombia government no longer exercises authority in this region, and indigenous communities who once were part of governance systems much like Canada's are now essentially completely autonomous. They have done two things in response. One is to re-establish traditional trading systems across villages to ensure agricultural and renewable resources are equitably distributed. The second is to establish an organization outside their territory that contracts with the central government to provide health and social services on a per capita basis. The federal government simply provides the funding and does not expect accountability because the villages are beyond their jurisdiction in a practical sense. This organization has established primary health care services that integrate traditional medicine across the region and they serve nearly three times the population that is recognized in their government contract. Although we are still in the process of documenting the health impacts of these systems, early evidence suggests that these villages are among the healthiest in Colombia.

To conclude, the Royal Commission on Aboriginal Peoples made similar arguments to what I have proposed here and 10 years later we have made some progress at the community levels. We are beginning to address this issue at the regional or provincial level, but at the national level Aboriginal authorities remain largely advisory and their authority waxes and wanes, dependent on the political interests of the federal government. Equitable resource distribution remains contentious. Some land claims have been settled but most remain unsolved, and conflict continues over access to traditional lands. Aboriginal health inequities continue to be the number one public health problem in the country.

Thank you for the opportunity to speak to you today. I sincerely hope these discussions contribute to new approaches to restoring Aboriginal self-government as the primary determinant of improved health outcomes in Aboriginal communities and nations.

Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada: Thank you for inviting me today. Thank you for choosing to discuss Aboriginal issues in the context of your work. A discussion of social determinants in Canada needs to include the stories of First Nations and Inuit people. While I cannot relate their stories, I can tell you about how we in Health Canada have been working in partnership with

a une bonne longueur d'avance sur celui de presque toutes les autres nations autochtones. Les résultats en matière de santé des Maoris ne sont certainement pas idéaux, mais sont supérieurs à des indicateurs semblables chez les Autochtones en Australie, au Canada et aux États-Unis.

Le second exemple est plus complexe. Il y a deux ans, j'ai visité des villages autochtones dans une région de la Colombie sous l'autorité de forces paramilitaires, antigouvernementales. Le gouvernement de la Colombie n'exerce plus aucune autorité dans cette région et les collectivités autochtones qui faisaient autrefois partie des systèmes de gouvernance très semblables à ceux du Canada sont maintenant totalement autonomes. Ils ont pris deux mesures suite à ce changement. D'une part, ils ont rétabli les systèmes de commerce traditionnels entre les villages pour veiller à ce que les ressources agricoles et renouvelables soient distribuées équitablement. D'autre part, ils ont créé une organisation à l'extérieur de leur territoire qui conclut des contrats avec le gouvernement central pour offrir des services sociaux et de santé selon la proportion de la population. Le gouvernement fédéral ne fait que fournir le financement et ne s'attend à aucune reddition de comptes parce que les villages ne relèvent pas de sa compétence, à toutes fins pratiques. Cette organisation a mis sur pied des services de soins de santé primaires qui intègrent la médecine traditionnelle dans toute la région et dessert près de trois fois la population qui est prévue dans son contrat avec le gouvernement. Même si nous sommes encore en train de documenter les effets de ces systèmes sur la santé, des données préliminaires donnent à penser que ces villages sont parmi les plus en santé de la Colombie.

Pour terminer, la Commission royale sur les peuples autochtones avait invoqué des arguments semblables à ceux que j'ai proposés ici et, dix ans plus tard, nous avons réalisé des progrès à l'échelle communautaire. Nous commençons à nous attaquer au problème à l'échelle régionale ou provinciale mais, à l'échelle nationale, les autorités autochtones jouent encore un rôle surtout consultatif et leur autorité connaît des hauts et des bas, selon les intérêts politiques du gouvernement fédéral. La distribution équitable des ressources reste un sujet litigieux. Certaines revendications territoriales ont été réglées, mais la plupart ne le sont toujours pas et le conflit entourant l'accès aux terres traditionnelles se poursuit. Les iniquités en matière de santé dont font l'objet les Autochtones continuent d'être le principal problème en santé publique au pays.

Je vous remercie de me permettre de témoigner devant vous aujourd'hui. J'espère sincèrement que ces discussions favoriseront l'adoption de nouvelles approches au rétablissement de l'autonomie gouvernementale autochtone comme principal déterminant d'une santé meilleure dans les collectivités et nations autochtones.

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada : Je vous remercie de l'invitation. Je vous suis reconnaissant d'avoir choisi de discuter des questions touchant les Autochtones dans le cadre de vos travaux. Tout débat sur les déterminants sociaux au Canada ne peut ignorer l'histoire des Premières nations et des Inuits. Je ne peux pas vous raconter leur histoire, mais je peux

First Nations and Inuit and what we have learned from those partnerships, as well as what we have learned and applied from the evidence base on social determinants of health.

[*Translation*]

Our mandate at the First Nations and Inuit Health Branch is to improve health outcomes for Aboriginal people, to ensure access to health care services, and also to support greater control for First Nations and Inuit over the health system. A major focus for us is health care services, which are included among the determinants of health.

However, as you know and have heard from other presentations, there are a number of other factors that have a major impact on health status.

[*English*]

You have heard about Michael Marmot's research in relation to health and social ranking. He demonstrated that people rank according to their social position and this is linked to their health status and life expectancy. There is a gradient from top to bottom which applies in Canada as well. The extent of social marginalization of Aboriginal people is reflected in health disparities in Canada.

Although there have been significant improvements in the health status of Aboriginal people in Canada, their health status continues to fall well below that of the general population. This is related to many of the same determinants that affect people in all societies: income, education, employment and housing.

The social and economic status of Aboriginal peoples is lower than that of non-Aboriginal people in general. Educational attainment is lower, fewer people are employed and average incomes are lower. These data are from the Canadian Population Health Initiative, CPHI, and Statistics Canada. There are also gaps in social and economic supports for early childhood development, which is another important determinant of health.

[*Translation*]

To add to the complexity of the situation, there are some historical factors that are particular to Aboriginal people and that are quite distinct from factors that affect other marginalized groups in Canada. The health status of Aboriginal people in Canada is affected by unique determinants related to the history of colonization, and their efforts to regain some level of self-determination and community control.

[*English*]

Professor Marmot found that what determines different rates of disease has much more to do with how much control you have over your life circumstances and the degree to which you are able to participate fully in society; that is called capabilities.

Canadian researchers Chandler and Lalonde did some work in this area and demonstrated that "the risk of suicide in First Nations youth is strongly associated with the ways in which these

vous dire que nous travaillons de concert avec les Premières nations et les Inuits et que nous avons tiré des enseignements de ces partenariats ainsi que des travaux menés sur les déterminants sociaux de la santé.

[*Français*]

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a pour mandat d'améliorer la santé des Autochtones, d'assurer l'accès aux services de la santé et de soutenir un contrôle accru du système de santé pour les Premières nations et les Inuits. Nous plaçons au centre de nos préoccupations les services de soin de santé, qui sont au nombre des déterminants de la santé.

Comme vous le savez et comme d'autres témoins vous l'auront indiqué, d'autres facteurs ont aussi une incidence majeure sur l'état de la santé.

[*Traduction*]

Vous connaissez les travaux de Michael Marmot, qui a mis en évidence les liens existant entre, d'une part, le statut social et, d'autre part, la santé et l'espérance de vie. Les inégalités s'accroissent plus on descend dans l'échelle sociale, ce qui est aussi vrai au Canada, où les disparités en matière de santé sont révélatrices de la marginalisation sociale des peuples autochtones.

Même si l'état de santé des Autochtones s'est sensiblement amélioré au Canada, il reste bien inférieur à celui de la population générale, ce qui est lié à un grand nombre de mêmes déterminants qui ont une incidence sur les gens dans toutes les sociétés : le revenu, l'éducation, l'emploi et le logement.

Le statut social et économique des peuples autochtones est inférieur à celui des autres Canadiens en général. D'après les données de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) et de Statistique Canada, la performance scolaire est plus faible, moins de gens ont un emploi et le revenu moyen est plus bas. De plus, tous ces facteurs ont une incidence sur le développement des jeunes enfants, un autre déterminant important de la santé.

[*Français*]

Pour compliquer davantage la situation, certains facteurs historiques sont propres aux peuples autochtones et différents de ceux qui influencent d'autres groupes marginalisés au Canada. L'état de santé des peuples autochtones au Canada est lié à des déterminants particuliers par rapport à la colonisation et aux efforts déployés par les Autochtones pour retrouver un certain degré d'autodétermination et de contrôle de leur communauté.

[*Traduction*]

M. Marmot a constaté que les différents taux de maladies sont davantage tributaires du degré de contrôle de son propre destin et de la capacité de participer pleinement à la société, ce qu'on appelle les capacités

Certains travaux des chercheurs canadiens Chandler et Lalonde ont porté sur cette question et ont montré que le risque de suicide chez les jeunes Autochtones est fortement lié aux

young persons undertake to construct and defend a sense of identity that allows them to survive . . . despite often dramatic individual and cultural change.”

Chandler and Lalonde identified six markers: self-government, participation in land claims, education, health, cultural activities, and the management of police and fire. They demonstrate that the variability in suicide rates across native communities is associated with the efforts of these communities to regain control of their cultural life and to regain a sense of cultural continuity. Communities that have taken active steps to preserve and rehabilitate their own cultures are also those communities in which youth suicide rates are dramatically lower or nonexistent; they just do not have them.

[Translation]

In a similar vein, through the Harvard Project in the U.S., professors Cornell and Kalt have found that among American Indian communities, sovereignty is positively associated with stronger economic and social development, which encompasses a number of important health determinants.

The programs of the First Nations and Inuit Health Branch reflect the evidence base on health determinants in four key areas: health services, healthy childhood development, aboriginal control and cultural continuity.

[English]

We have been working with First Nations and Inuit partners and provinces and territories to improve the access and quality of services for promoting and protecting health as well as health care. This means better integration of services between the various players that deliver services, as well as increasing First Nations and Inuit capacity to participate in the design, delivery and governance of services. We have increased the number of and access to nursing services in many of our communities. We are currently working with the B.C. government and B.C. First Nations to develop a tripartite agreement that we believe will improve health services and, ultimately, the health status of B.C. First Nations.

Experiences in the early years lay the foundation for a child's development, affecting lifelong health, well-being and learning outcomes. During this period, critical neurological developments related to functions such as vision, emotional control and language take place. While conditions are improving, the general health status of Aboriginal children in Canada ranks below the national average.

moyens qu'ils prennent pour se forger et défendre un sentiment d'identité qui leur permet de survivre... souvent malgré d'énormes changements individuels et culturels.

Chandler et Lalonde ont défini six indicateurs : l'autonomie, la revendication territoriale, l'éducation, la santé, les activités culturelles et la gestion des services de police et d'incendie. Ils montrent que la variabilité du taux de suicide dans les collectivités autochtones de tout le pays est associée aux efforts qu'elles déploient pour reprendre contrôle de leur vie culturelle et recréer un sentiment de continuité culturelle. Les communautés qui ont pris des mesures énergiques pour préserver et réhabiliter leur culture sont également les communautés où le taux de suicide chez les jeunes est nettement inférieur ou inexistant; ils n'en ont tout simplement pas.

[Français]

Dans le même ordre d'idée, les professeurs Cornell et Kalt ont constaté, dans le cadre du projet American Harvard, que chez des communautés amérindiennes des États-Unis la souveraineté va de pair avec un développement économique et social plus solide, ce qui englobe un certain nombre de déterminants importants de la santé.

Les programmes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits rendent des comptes à la base de données probante sur la détermination de la santé dans quatre domaines en particulier : les services de santé, le développement des enfants en santé, le contrôle exercé par les Autochtones et la continuité culturelle.

[Traduction]

Nous collaborons avec nos partenaires des Premières nations et nos partenaires inuits ainsi qu'avec les provinces et les territoires pour améliorer la qualité des services de promotion et de protection de la santé et de soins de santé, de même que l'accès à ces services. Cela suppose une meilleure intégration des services entre les divers intervenants qui fournissent les services et le renforcement de la capacité des Premières nations et des Inuits de participer à l'élaboration, à la prestation et à la gestion des services. Nous avons augmenté le nombre de services infirmiers dans un grand nombre de nos communautés et en avons amélioré l'accès. À l'heure actuelle, nous travaillons de concert avec les Premières nations et le gouvernement de la Colombie-Britannique à l'élaboration d'un accord tripartite qui, à notre avis, améliorera les services de santé et, au bout du compte, l'état de santé des Premières nations de cette province.

Les expériences vécues au cours des premières années établissent les bases du développement de l'enfant et influent sur la santé, le mieux-être et l'apprentissage tout au long de la vie. Pendant cette période, d'importants développements neurologiques liés à la vue, à la maîtrise des émotions et au langage surviennent. Même si les conditions s'améliorent, l'état de santé général des enfants autochtones est inférieur à la moyenne canadienne.

We are working with mothers and infants, as well as young children, through a couple of programs I will mention. One is Maternal and Child Health, a program that has a long-term goal of supporting pregnant First Nations women and families with infants and young children who live on reserve to reach their fullest developmental and lifetime potential. The Maternal and Child Health Program realizes this goal through providing home visits by nurses during pregnancy, post-partum and early childhood; service coordination for families with special needs; and increased access to health promotion activities. We have allocated \$110 million over five years to this program improvement.

The second area of focus is Aboriginal Head Start On Reserve, AHSOR. That program provides early childhood intervention that targets the needs of young First Nations children up to six years of age. The primary goal of the program is to demonstrate that locally controlled and designed intervention strategies can provide First Nations preschool children with a positive sense of themselves, a desire for learning, and opportunities to develop fully and successfully as young people. We are expanding this program and are now spending \$57.3 million per year, providing services to 9,400 children in over 330 communities. This preschool intervention supports the development of the physical, intellectual, social, spiritual and well-being of First Nations children.

To date, some additional observed benefits of the program include a positive change in children's attitudes as they learn to socialize and utilize the basic skills they require in school; First Nation language development and use; the provision of nutritious foods for children and the education of their parents and staff about the relationship between nutrition and a child's capacity to learn and develop. Promoting physical activity is a key curriculum component at all sites, often in response to the growing concern regarding the early onset of type 2 diabetes.

We continue to work with Indian and Northern Affairs Canada on self-government agreements and to ensure that issues related to health are addressed. Within our mandate in Health Canada, we support the transfer of health services to First Nations and Inuit communities, which involves gradually removing control of resources and responsibilities for community health services and programs into the hands of First Nations communities. Health Canada has been transferring the responsibility of health services since 1988, and to date more than 80 per cent of First Nations communities are involved in this continuum of control. Most of them have taken over the day-to-day delivery of health services on reserve.

Nous intervenons auprès des mères, des nourrissons et des jeunes enfants par l'entremise de quelques programmes que je vais mentionner. L'un est le Programme de santé maternelle et infantile qui vise à offrir un soutien à long terme aux femmes enceintes des Premières nations et aux familles ayant des nourrissons et des jeunes enfants qui vivent dans les réserves afin que leur progéniture atteigne un plein potentiel de développement tout au long de leur vie. Pour ce faire, le programme comprend des visites à domicile pendant la grossesse, après la naissance et durant la petite enfance, offre des services de coordination à l'intention des enfants ayant des besoins particuliers et de leur famille et facilite l'accès aux activités de promotion de la santé. Nous avons alloué 110 millions de dollars sur cinq ans pour améliorer le programme.

La deuxième priorité est le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones vivant dans les réserves (PAPAR). Ce programme offre une intervention durant la petite enfance qui vise à répondre aux besoins des jeunes enfants des Premières nations âgés de six ans et moins. Son principal objectif est de montrer que des stratégies élaborées et dirigées localement sont en mesure d'inculquer aux enfants autochtones d'âge préscolaire un sentiment de fierté et le désir d'apprendre, et de leur donner la possibilité de se développer pleinement et de réussir. Nous élargissons ce programme et dépensons actuellement 57,3 millions de dollars par année pour desservir 9 400 enfants dans plus de 330 collectivités. Cette intervention à l'âge préscolaire favorise le mieux-être et le développement physique, intellectuel, social et spirituel des enfants des Premières nations.

À ce jour, le programme entraîne également d'autres effets bénéfiques, parmi lesquels citons : un changement d'attitudes positif à mesure que les enfants apprennent à socialiser et à utiliser les compétences de base nécessaires à la réussite scolaire; l'apprentissage et l'usage des langues des Premières nations; l'approvisionnement en aliments nutritifs et la sensibilisation des parents et du personnel à la relation qui existe entre les besoins nutritionnels et la capacité de l'enfant d'apprendre et de se développer. La promotion de l'activité physique est un élément clé offert à tous les sites, souvent en réponse à l'aspect préoccupant de la manifestation précoce du diabète de type 2.

Nous continuons de collaborer avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien sur les accords d'autonomie gouvernementale afin que les questions liées à la santé soient prises en compte. Dans le cadre de notre mandat, nous soutenons le transfert des services de santé aux collectivités des Premières nations et des Inuits, ce qui comprend le transfert progressif des ressources et de la responsabilité des services et des programmes. Santé Canada a commencé à transférer la responsabilité de la prestation des services de santé en 1988 et jusqu'ici, plus de 80 p. 100 des collectivités des Premières nations participent au processus du « continuum de contrôle ». La plupart d'entre elles ont pris la relève de la prestation quotidienne des services de santé dans les réserves.

[Translation]

Greater control is phased in over time through a capacity-building approach. This includes a comprehensive assessment of community readiness — experience, strengths and weaknesses in program and financial management — in order to take on more responsibility for planning and managing their health programs. Over time, recipients may wish to move to a higher or lower degree of control as their capacity and circumstances change. The First Nations and Inuit perspective on health is distinguishable by a strong holistic emphasis. This includes not only broad social and economic determinants of health, but also cultural distinctions that play an important role in maintaining health at the level of the individual, the family and the community. Integral to such an approach is enabling the First Nations and Inuit to have an effective role in the planning and delivery of their health services.

[English]

First Nations and Inuit Health Branch is working with partners and communities to explore innovative approaches to service to promote the integration of Western and indigenous knowledge. This will increase access to culturally appropriate services and blends traditional and Western approaches, enabling a holistic continuum of health services.

A primary goal of our Aboriginal Health Human Resources Initiative is to increase access to culturally appropriate services. The initiative aims to increase the number of First Nations, Inuit and Metis health professionals and paraprofessionals. We are exploring conditions conducive to the retention of First Nations, Inuit and Metis health care workers and to provide non-Aboriginal health care workers working in First Nations communities with the cultural competencies that can improve their health services.

The First Nations and Inuit Health Branch has been supporting research such as that related to the work of the World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. Policy papers on First Nations, Inuit and Metis have been written and will ensure that any discussion of inequities includes Canadian Aboriginal perspectives as well as global perspectives on the determinants of indigenous health.

[Translation]

At the end of the month, we will be participating in a symposium being hosted by Australian Commissioner Fran Baum. We have supported the development of policy papers from the First Nations, Inuit, and Metis perspective that will form the basis of Canada's contribution to the discussion. A consolidated report from that symposium is expected to form the basis of a presentation on a global perspective on indigenous health.

[Français]

Le transfert se fait progressivement à la faveur du renforcement des capacités des bénéficiaires. Cela comprend des évaluations exhaustives de l'état de préparation de la communauté, expérience, forces et faiblesses et en gestion des programmes et des finances, pour ce qui est d'assurer une responsabilité accrue dans la planification et la gestion des programmes de santé. Avec le temps, le bénéficiaire peut accroître ou diminuer son niveau de contrôle en fonction de la capacité et de la situation. La perspective des Premières nations et des Inuits en matière de santé se distingue en mettant nettement l'accent sur les approches holistiques, ce qui comprend non seulement les déterminants sociaux et économiques généraux de la santé, mais également les aspects culturels qui jouent un rôle important dans le maintien de la santé individuel, familial et communautaire. Une telle approche doit essentiellement permettre aux Premières nations et aux Inuits de jouer un rôle réel dans la planification et dans la prestation de leurs services de santé.

[Traduction]

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits travaille de concert avec des partenaires et des collectivités pour trouver des approches novatrices à l'égard des services pour favoriser l'intégration du savoir occidental et autochtone, ce qui améliorera l'accès à des services adaptés à la réalité culturelle et alliera les approches traditionnelles et occidentales en permettant d'offrir un continuum de services de santé plus holistique.

L'un des principaux objectifs de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone est d'accroître l'accès à des services adaptés à la réalité culturelle. Cette initiative vise à accroître le nombre de membres des Premières nations, d'Inuits et de Métis qui choisissent de devenir des professionnels ou des paraprofessionnels de la santé. Nous examinons également les conditions qui seraient propices pour maintenir en poste les travailleurs de la santé des Premières nations et des collectivités inuites et métisses et les travailleurs de la santé non autochtones qui oeuvrent dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a soutenu la recherche, notamment dans le cadre des travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé. Des documents d'orientation ont été rédigés sur les Premières nations, les Inuits et les Métis, qui feront en sorte que tout débat sur les disparités tienne compte du point de vue des Autochtones du Canada ainsi que d'une perspective mondiale des déterminants de la santé autochtone.

[Français]

À la fin du mois, nous participerons à un symposium dont l'hôte sera le commissaire australien, M. Fran Baum. Nous avons appuyé l'élaboration de documents d'orientation adoptant le point de vue des Premières nations, des Inuits et des Métis qui formeront la base de la contribution du Canada au débat. Un rapport de synthèse du symposium devrait servir de point de départ à une communication portant sur une perspective mondiale de la santé des Autochtones.

[English]

This presentation will be given to the WHO commissioners when they meet in Vancouver in June.

These are some of the initiatives that the First Nations and Inuit Health Branch have in place within our own mandate, which build upon the evidence related to social determinants of health. At the interdepartmental level, our approach is to work closely with other departments and agencies to promote intersectoral action on the social determinants of Aboriginal health.

Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Public Health Agency of Canada: Thank you. I am pleased to be here today on behalf of the Public Health Agency of Canada to speak to the social and other determinants of health affecting Canada's Aboriginal communities.

Since you have previously heard about the agency from Dr. Sylvie Stachenko, I will not review the agency's mission and mandate in detail. However, I will take a moment to outline our key roles and relate those to our work on the social determinants and in turn the health inequalities experienced by Canada's First Nations, Inuit and Metis peoples.

Our mission is to promote and protect the health of all Canadians, including Aboriginal peoples, through leadership, partnership, innovation and action in public health. The agency's primary role is to work in collaboration with its partners to mobilize pan-Canadian initiatives, including unique federal efforts, in preventing disease and injury as well as promoting and protecting national and international public health. This work includes facilitating multi-sectoral efforts to advance action on the social determinants of health.

The agency is firmly committed to addressing the health inequalities experienced by First Nations, Inuit and Metis peoples. We take the approach of working with partners from the health portfolio, national and regional Aboriginal organizations, provincial and territorial governments and the international arena.

While we need to deepen our knowledge of the complexities of the issues, excellent work is currently being done to better understand the determinants of health for all Canadians. However, as you have heard, there are unique historical governance and cultural dimensions that converge to exacerbate these forces with respect to Aboriginal peoples, negatively affecting determinants such as access to health care and appropriate individual, family and community supports. Continued collaborative efforts are needed to better understand the interplay of those determinants so that we can more effectively address them, including those impacting urban and other off-reserve Aboriginal peoples.

[Traduction]

Cet exposé sera présenté aux Commissaires de l'OMS au moment de leur rencontre à Vancouver, en juin.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a mis en place, dans le cadre de son mandat, des initiatives qui s'appuient sur les données liées aux déterminants sociaux de la santé. À l'échelon interministériel, notre approche consiste à collaborer étroitement avec les autres ministères et organismes afin de favoriser une démarche intersectorielle en matière de déterminants sociaux de la santé autochtone.

Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada : Merci. J'ai le plaisir d'être ici aujourd'hui au nom de l'Agence de santé publique du Canada pour parler de l'incidence des déterminants sociaux de la santé sur les collectivités autochtones du Canada.

Puisque Mme Sylvie Stachenko vous a déjà parlé de l'agence, je ne reverrai pas la mission et le mandat de l'agence en détail. Toutefois, je prendrai un instant pour souligner nos rôles clés et notre travail relatif aux déterminants sociaux afin de corriger les inégalités en matière de santé chez les Premières nations, les Inuits et les Métis.

Notre mission est de promouvoir et de protéger la santé de tous les Canadiens, y compris des Autochtones, grâce au leadership, au partenariat, à l'innovation et à l'action en santé publique. Le rôle principal de l'agence est de travailler en collaboration avec ses partenaires pour mobiliser des initiatives pancanadiennes, y compris des efforts fédéraux uniques, afin de prévenir les maladies et les blessures ainsi que pour promouvoir et protéger la santé publique nationale et internationale. Ce travail comprend les efforts multi-sectoriels pour faire progresser les mesures prises à l'égard des déterminants sociaux de la santé.

L'agence s'est fermement engagée à corriger les inégalités en matière de santé chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, en travaillant avec des partenaires du portefeuille de la santé, des organisations autochtones régionales et nationales, les gouvernements provinciaux et territoriaux et de la scène internationale.

Bien que nous devions approfondir notre connaissance des complexités des problèmes, un excellent travail est en cours pour mieux comprendre les déterminants de la santé pour tous les Canadiens. Toutefois, comme vous l'avez déjà entendu, des dimensions de gouvernance historique et culturelles uniques convergent pour exacerber ces forces concernant les Autochtones, qui ont des effets négatifs sur des déterminants comme l'accès aux soins de santé et le soutien individuel, familial et communautaire approprié. Des efforts de collaboration continus sont nécessaires pour mieux comprendre l'interaction de ces différents déterminants de sorte que nous puissions les corriger plus efficacement, y compris ceux qui influent sur les Autochtones en milieu urbain et hors réserve.

The agency has supported work on the determinants of Aboriginal health in a number of ways. For example, we were instrumental in establishing and are continuing to support the creation and operation of the National Collaborating Centre for Aboriginal Health, which has the mandate to generate, synthesize and transfer public health knowledge.

This centre was specifically created to increase the capacity of Aboriginal people to address their determinants of health through facilitating the development and exchange of information to inform policies, practices and future public health interventions. The centre is guided by a national advisory committee that includes, importantly, public health experts from the Assembly of First Nations, the Inuit Tapiriit Kanatami, ITK, the Metis National Council and the Government of Nunavut.

The agency has also established and provides ongoing support to the Canadian Reference Group on Social Determinants of Health, which includes Aboriginal and First Nations and Inuit Health Branch representatives. One initiative currently underway, which Mr. Potter referred to, is exploring self-determination as a determinant of Aboriginal health both globally and in Canada. This important project will be reported on in June 2007 in Vancouver.

Within the broader federal health portfolio, Health Canada plays a key role in addressing health issues facing all Aboriginal peoples. This role is led and coordinated by the First Nations and Inuit Health Branch, and you have already heard much about this from Mr. Potter. I would like to emphasize that the agency and this branch have been building a collaborative and effect relationship at the program level working with Aboriginal organizations to address First Nations public health issues, such as pandemic planning and the prevention and control of HIV and AIDS, tuberculosis, diabetes and cancer.

In the context of our broader policy work, the agency has begun to engage bilaterally with the AFN and ITK and will be meeting with other national and regional Aboriginal organizations to discuss public health issues and to work more effectively together to address these.

Within the context of the federal-provincial-territorial collaboration required, the Public Health Network is in place and supported by the agency and represents the key mechanism for federal-provincial-territorial collaboration and coordination on public health issues while respecting jurisdictional responsibilities in public health. The network council, its senior and central governance body, has been working with national Aboriginal organizations on opportunities for appropriate inclusion of Aboriginal health expertise and advice in the work of the network and its expert group substructure.

The agency is also working with Health Canada, a number of provinces and territories and national Aboriginal organizations as a member of two advisory committees to the Aboriginal Health Transition Fund being managed by a secretariat within Mr. Potter's branch. This initiative is intended to address the gaps

L'agence a soutenu le travail sur les déterminants de la santé des Autochtones de bien des façons. Par exemple, nous avons joué un rôle essentiel et avons appuyé la création du Centre national de collaboration de la santé autochtone, qui a le mandat de produire et de transférer les connaissances sur la santé publique.

Le centre a été établi précisément pour accroître la capacité des Autochtones à examiner leurs déterminants de la santé en facilitant l'élaboration et l'échange de renseignements pour éclairer les politiques, les pratiques et les interventions futures en santé publique. Le centre est guidé par un comité consultatif national composé d'experts de la santé publique de l'Assemblée des Premières Nations, de l'Inuit Tapiriit Kanatami, du Ralliement national des Métis et du gouvernement du Nunavut.

L'agence a également formé un Groupe de référence canadien sur les déterminants sociaux de la santé comprenant des Autochtones et des représentants de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, et offre un soutien constant à ce groupe. Une initiative menée actuellement, que M. Potter a mentionnée, explore l'autonomie comme déterminant de la santé autochtone au Canada et dans le monde entier, qui fera l'objet d'un rapport en juin 2007 à Vancouver.

Dans le vaste portefeuille fédéral de la santé, Santé Canada joue un rôle clé en étudiant les défis de la santé auxquels sont confrontés tous les Autochtones. Ce rôle est coordonné par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, et vous en avez beaucoup entendu parler par M. Potter. J'insiste sur le fait que l'Agence et la Direction ont noué une relation de collaboration efficace, en travaillant avec des organisations autochtones à examiner des questions de santé publique chez les Premières nations telles que la planification des pandémies et la prévention et le contrôle du VIH/sida, de la tuberculose, du diabète et du cancer.

Dans le contexte du travail plus général sur l'élaboration des politiques, l'agence a commencé à s'engager bilatéralement avec l'APN et l'ITK, et se réunira avec d'autres organisations autochtones nationales et régionales pour discuter des besoins en santé publique et collaborer plus efficacement en vue d'y répondre.

Dans le contexte de la collaboration fédérale-provinciale-territoriale requise, le réseau de santé publique mis en place et appuyé par l'agence constitue le principal mécanisme pour la collaboration et la coordination relatives aux questions de santé publique, dans le respect des compétences provinciales et territoriales en matière de santé publique. Le conseil du réseau, qui représente son organisme de gouvernance principal et central, a travaillé avec les organisations autochtones nationales en vue d'inclure les conseils et le savoir-faire des Autochtones en matière de santé dans les travaux du réseau et des sous-groupes d'experts.

L'agence travaille également avec Santé Canada, plusieurs provinces et territoires et des organisations autochtones nationales, en tant que membre de deux comités consultatifs du Fonds pour l'adaptation des services de santé à l'intention des Autochtones géré par un secrétariat de la direction générale de

in health status between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians through providing support to projects undertaken by provinces and territories.

As you have heard, it is widely understood that early childhood development is a key determinant of health and that early investments yield positive future outcomes for individuals and communities. The Public Health Agency of Canada has three community-based programs that seek to ensure that children have a healthy start in life. These include the Community Action Program for Children, the Canada Prenatal Nutrition Program and the Aboriginal Head Start program in urban and northern communities. It is important to note that we operate these programs collaboratively with partners, including provinces and territories, and in many cases with Aboriginal organizations and communities.

The agency also addresses the public health needs of the broader Aboriginal population through its work on key issues such as diabetes. For example, we lead the renewed Canadian Diabetes Strategy, focusing on preventing diabetes among those who are at higher risk for developing type 2 diabetes, including Aboriginal people, who are three to five times more likely to have this disease than non-Aboriginal Canadians.

Overall, our programs are designed to help strengthen public health capacity, including that of Aboriginal peoples and communities, and in so doing, address some of the most important determinants of their health.

On the issue of health information, as you are aware, there are significant limitations regarding data and information on the health of Aboriginal peoples and specific challenges before us with respect to privacy protection in the collection, use and dissemination of personal health information. Access to this data is crucial for our understanding of the impact of the social determinants of health on all Canadians, including Aboriginal peoples. The agency is currently working with the First Nations and Inuit Health Branch and others in the health portfolio on a number of fronts to address health information issues related to First Nations and Inuit, and it recognizes the need to collaborate with Aboriginal organizations more broadly to address these issues with respect to all Aboriginal peoples.

In closing, as we look to the future, the agency is enhancing its overall capacity to address the social determinants of health in general, continuing to build understanding and increased focus on Aboriginal public health issues and needs more specifically.

The agency views health holistically and looks at the health system broadly, including with an upstream public health lens. Our focus is clearly on a system for health. We recognize that in

M. Potter. Cette initiative vise à éliminer l'écart dans le domaine de la santé qui existe entre les Canadiens autochtones et les Canadiens non autochtones en soutenant des projets menés par les provinces et les territoires.

Comme vous venez de l'entendre, il est largement admis que le développement des jeunes enfants est un déterminant clé de la santé et que les investissements précoces assureront aux personnes et aux collectivités des résultats positifs à l'avenir. L'Agence de santé publique du Canada administre trois programmes communautaires qui veillent à s'assurer que les enfants commencent du bon pied. Ces trois programmes sont le Plan d'action communautaire pour les enfants, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et du Nord. Il est important de noter que nous administrons ces programmes en collaboration avec des partenaires, dont les provinces et les territoires et, dans bien des cas, avec les organisations et les collectivités autochtones.

L'agence répond également aux besoins de santé publique de la population autochtone dans son ensemble par son travail sur des enjeux importants comme le diabète. Par exemple, elle dirige la nouvelle Stratégie canadienne sur le diabète, qui met l'accent sur la prévention du diabète chez les personnes à risque pour le diabète de type 2, notamment les Autochtones qui sont de trois à cinq fois plus susceptibles de développer cette maladie que les Canadiens non autochtones.

Dans l'ensemble, nos programmes sont conçus pour aider à renforcer la capacité de santé publique, y compris celles des Autochtones et de leurs collectivités et, par le fait même, à traiter certains des déterminants les plus importants de leur santé.

En ce qui concerne les renseignements sur la santé, comme vous le savez, il y a certaines limitations importantes relativement aux données et aux renseignements sur la santé des Autochtones, et des défis particuliers nous attendent au chapitre de la protection de la vie privée dans la collecte, l'utilisation et la communication des renseignements personnels sur la santé. L'accès à ces données est crucial pour que nous comprenions l'impact des déterminants sociaux de la santé sur tous les Canadiens, notamment sur les Autochtones. L'agence travaille actuellement sur plusieurs fronts avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et avec d'autres partenaires du portefeuille de la santé afin de contrer les problèmes en matière de renseignements sur la santé concernant les Premières nations et les Inuits. L'agence reconnaît la nécessité de collaborer davantage avec les organisations autochtones pour régler ces problèmes en ce qui concerne l'ensemble des Autochtones.

En conclusion, comme perspective d'avenir, l'agence est en train d'améliorer sa capacité globale pour faire face aux déterminants sociaux de la santé en général, parallèlement à ses efforts continus pour mieux comprendre et mettre un accent accru sur les problèmes et les besoins de santé publique des Autochtones en particulier.

L'agence considère la santé de façon globale et s'intéresse au système des soins de santé dans son ensemble, tout en adoptant une optique de santé publique en amont. Notre point de mire vise

building this system, Aboriginal peoples must be engaged and empowered in the development of the design and delivery of their health and wellness strategies.

Recognizing the importance of provinces and territories in the delivery of public health services to all Canadians, including Aboriginal peoples, we are dedicated to strengthening the Public Health Network as a platform for broader collaboration.

I would like to refer to the words of Malcolm King, a principal investigator for the Alberta Aboriginal Capacity and Developmental Research Environments network, who stresses that governments need to respect Aboriginal peoples' health aspirations and work with Aboriginal leaders and communities to improve health. To this end, the agency will develop a framework to guide and enhance our future activities in this area through collaboration with national and regional Aboriginal organizations, the health portfolio and other partners.

Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations Sector, Indian and Northern Affairs Canada: I would like to thank the chair and committee members for the opportunity to speak primarily on the subjects of housing and water as they relate to social determinants of health for First Nations people on reserve.

All Canadians need decent, affordable housing and safe drinking water, and it is well recognized that for many First Nations people on reserve, this is all too often not the situation.

[Translation]

Today, I will speak about the water and housing situation on reserve, as it relates to population health. This is because the federal government responsibility and involvement with these issues is primarily on-reserve.

[English]

Within Indian and Northern Affairs Canada, we have compiled a community well-being index based on data from the 2001 Census of Canada. This index, which includes education, labour force activity, income and housing, confirms that a substantial number of First Nations communities score lower than other Canadian communities in terms of community well-being.

Although First Nations communities made up approximately 13 per cent of all Canadian communities in 2001, 92 of the bottom 100 communities were First Nations. Only one First Nation ranked among the top 100 Canadian communities. Housing and income are identified as two of the more important factors in explaining this gap.

clairement un système pour la santé. Nous reconnaissons que, pour édifier ce système, les Autochtones doivent jouer un rôle actif et se prendre en main dans la conception et la prestation de leurs stratégies en matière de santé et de bien-être.

Conscients de l'importance des provinces et des territoires dans la prestation des services de santé publique à tous les Canadiens, y compris aux Autochtones, nous sommes déterminés à renforcer le réseau de santé publique en tant que tremplin pour une collaboration plus vaste.

J'aimerais me référer aux paroles de Malcom King, chercheur principal de l'Alberta Aboriginal Capacity and Developmental Research Environments Network, qui souligne que les gouvernements doivent respecter les aspirations des Autochtones en matière de santé et travailler avec les dirigeants et les collectivités autochtones pour améliorer la santé. À cette fin, l'agence élaborera un cadre destiné à guider et à améliorer nos activités futures dans ce domaine, en collaboration avec les organisations autochtones nationales et régionales, le portefeuille de la santé et les autres partenaires.

Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, Secteur des politiques socioéconomiques et opérations régionales, Affaires indiennes et du Nord Canada : Je voudrais remercier le président et les membres du comité de me donner l'occasion de parler du logement et de l'approvisionnement en eau dans le contexte des déterminants sociaux de la santé pour les membres des Premiers nations qui vivent dans des réserves.

Tous les Canadiens doivent disposer d'un logement décent et abordable, ainsi que de l'eau potable sécuritaire, et il est largement reconnu que, pour bien des Autochtones vivant dans des réserves, ce n'est pas toujours le cas.

[Français]

Aujourd'hui, je tiens à m'exprimer sur la situation ayant trait à l'approvisionnement en eau et au logement dans les réserves, en ce qui concerne la santé de la population. Ceci découle du fait que la responsabilité et l'implication du gouvernement fédéral dans ces enjeux se situent surtout dans les réserves.

[Traduction]

Au sein du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, nous avons compilé un indice du bien-être des collectivités, d'après les données provenant du recensement du Canada de 2001. Cet indice, qui comprend l'éducation, la participation au marché du travail, les revenus et le logement, confirme qu'un nombre important de collectivités des Premières nations affichent des résultats inférieurs à ceux des autres collectivités canadiennes au chapitre du bien-être des collectivités.

Même si, en 2001, les collectivités des Premières nations ne représentaient qu'environ 13 p. 100 de toutes les collectivités canadiennes, 92 des 100 collectivités ayant les plus faibles résultats étaient des Premières nations. Seule une collectivité des Premières nations s'est classée parmi les 100 meilleures collectivités canadiennes. Le logement et les revenus constituent les facteurs les plus importants pour expliquer cet écart.

[Translation]

Water quality also shows deficits. The most often cited is the drinking water advisory which is in place in 89 First Nations communities. This number fluctuates somewhat by season, and by other variations at community level.

For housing, the Government of Canada makes significant contributions to support First Nations to deliver on-reserve housing. Expenditures total \$261 million annually, including \$138 million through Indian and Northern Affairs Canada and close to \$123 million from Canada Mortgage and Housing Corporation.

[English]

The current Indian and Northern Affairs Canada policy framework for on-reserve housing gives First Nations the flexibility to determine how best they wish to use the housing funds. It encourages First Nations control, capacity, development and shared responsibility such as establishment of rental regimes and utility charges as well as ownership options and better access to private capital.

More and more First Nations have recognized that they will not be able to resolve their housing shortfall and needs by relying solely on government funding. Instead, they are tapping into the resources available amongst community members, in some cases to pay rent as well as to buy and maintain their own homes. By pooling the resources from government, the private sector, community members and the community itself, they are turning housing on reserve from a liability into a community asset. They recognize as well that houses built to code and maintained well by the band and the occupants last longer and provide a healthier living environment.

On April 20, 2007, Ministers Prentice and Solberg affirmed the government's commitment to provide First Nations on reserve with the same housing opportunities and responsibilities as other Canadians by announcing the creation of a \$300-million First Nations market housing fund. The fund represents a new and innovative market-based approach that will increase the housing supply on reserve and give many First Nations families the opportunity to own or rent their own homes. The fund will help to provide up to 25,000 new housing units over the course of the next 10 years.

[Français]

On dénote aussi des carences en ce qui a trait à la qualité de l'eau. Celle qui est mentionnée le plus souvent concerne l'avis sur la qualité de l'eau potable, qui est en place dans environ 89 collectivités de Première nation aujourd'hui. Ce nombre fluctue selon les saisons et des autres variations au niveau des communautés.

En ce qui a trait au logement, le gouvernement du Canada effectue des contributions importantes afin d'appuyer les Premières nations en vue de fournir du logement dans les réserves. Les dépenses se chiffrent à 261 millions de dollars annuellement, donc 138 millions de dollars par l'entremise des Affaires indiennes et du Nord canadien et près de 123 millions de dollars de la part de la Société canadienne d'hypothèques et de logement.

[Traduction]

La politique-cadre fédérale actuelle du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada sur le logement dans les réserves accorde aux Premières nations une flexibilité pour déterminer, à leur gré, la façon optimale d'utiliser les fonds affectés au logement. Cette politique-cadre encourage le contrôle autochtone, le renforcement des capacités et le partage des responsabilités, par exemple l'établissement de régimes de location et des frais de services, ainsi que des options de propriété et un meilleur accès au capital privé.

Un nombre croissant de Premières nations reconnaissent que le financement gouvernemental ne suffit pas, à lui seul, pour résoudre leurs déficits de logement et leurs besoins à cet égard. Elles font plutôt appel aux ressources disponibles auprès des membres de la collectivité, dans certains cas pour payer le loyer, ainsi que pour acheter et entretenir leur propre maison. Grâce à la mise en commun des ressources en provenance du gouvernement, du secteur privé, des membres de la collectivité et de la collectivité elle-même, les Premières nations parviennent à transformer le logement qui constituait un passif en un actif communautaire dans les réserves. Elles reconnaissent également que les logements construits conformément à un code et bien entretenus par la bande et les occupants durent plus longtemps et offrent un milieu de vie plus sain.

Le 20 avril 2007, les ministres Prentice et Solberg ont affirmé l'engagement du gouvernement de fournir aux Premières nations vivant dans les réserves les mêmes possibilités et responsabilités en matière de logement que celles des autres Canadiens, en annonçant la création d'un fonds d'aide au logement du marché des Premières nations, d'une valeur de 300 millions de dollars. Le fonds représente une approche nouvelle et innovatrice axée sur le marché qui accroîtra la disponibilité de logements dans les réserves et permettra à de nombreuses familles des Premières nations de posséder ou de louer leur résidence. Le fonds favorisera la construction d'un maximum de 25 000 nouveaux logements au cours des 10 prochaines années.

[Translation]

In 1995, mould was first identified as an issue in First Nations communities. Remediation activities commenced the same year and have continued, funded under the department's annual First Nation Band Housing allocation. These activities are carried out by and at the discretion of individual bands. There is no federal funding allocated specifically to the remediation of mould in First Nations communities.

[English]

Nationally, Indian and Northern Affairs Canada, Health Canada, Canada Mortgage and Housing Corporation and the Assembly of First Nations formally presented a draft strategy on moulds that deals with specific actions and responsibilities, timelines, objectives and performance indicators to the Standing Committee on Public Accounts last November 30 to address and to eradicate the problems of mould in on-reserve housing. The next step will be the development of a communication strategy and, in collaboration with First Nations, the implementation of an awareness process to implement this strategy.

Turning now to water, all of us know the health concerns and risks associated with the treatment of drinking water, specifically on reserve. The Canadian government has been assisting First Nations in the provision of water by funding water and wastewater systems for several decades. Since 2003, the Government of Canada, specifically through INAC and Health Canada, has invested in excess of \$1 billion in the capital construction, operation and maintenance of water and wastewater treatment plants on reserve. This funding has been used to train and certify water plant operators, develop standards and create a monitoring program to ensure that the plants are run effectively and maintained and that the water is properly treated.

[Translation]

Under its First Nations Water Management Strategy, Indian and Northern Affairs Canada uses what is known as a multi-barrier approach to ensure that water is safe for consumption. This means that there are multiple barriers protecting drinking water from possible contaminants or mistakes that could render water unsafe.

[English]

This approach helps to create a redundancy in protection so that should one barrier fail to stop the contamination of water, another barrier acts as a check against the system, thereby making certain that the drinking water is safe. The multi-barrier approach

[Français]

En 1995, on a déterminé que la moisissure constituait un problème chez les collectivités des Premières nations. Des activités d'assainissement furent amorcées la même année et se sont poursuivies grâce au financement annuel du ministre pour les crédits du logement des bandes des Premières nations. Ces activités sont accomplies à la discrétion des bandes individuelles. Il n'existe pas de financement fédéral réservé uniquement à l'élimination de la moisissure dans les collectivités des Premières nations.

[Traduction]

Au plan national, le 30 novembre dernier, le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, Santé Canada, la Société canadienne d'hypothèques et de logement et l'Assemblée des Premières nations ont présenté officiellement une stratégie provisoire contre la moisissure au Comité permanent des comptes publics. Cette stratégie comportait des mesures et des responsabilités précises, des échéanciers, des objectifs et des indicateurs de rendement afin de résoudre les problèmes de moisissure dans les logements des réserves. La prochaine étape consistera à élaborer un plan de communication et, en collaboration avec les Premières nations, à mettre en œuvre un processus de sensibilisation pour appliquer cette stratégie.

Passons maintenant au dossier de l'eau. Nous connaissons tous les préoccupations et les risques pour la santé associés au traitement de l'eau potable, particulièrement dans les réserves. Depuis plusieurs décennies, le gouvernement du Canada aide les Premières nations dans l'approvisionnement de l'eau par le financement des réseaux d'aqueduc et des égouts. Depuis 2003, le gouvernement du Canada, plus précisément par l'entremise d'AINC et de Santé Canada, a investi plus de un milliard de dollars dans la construction, l'exploitation et l'entretien des usines de traitement de l'eau potable et des eaux usées dans les réserves. Ce financement a également servi à former et à homologuer les exploitants d'usines de traitement de l'eau, à élaborer des normes et à créer un programme de surveillance afin d'assurer le fonctionnement et l'entretien efficaces des usines et le traitement approprié de l'eau.

[Français]

En vertu de la Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations, Affaires indiennes et du Nord canadien utilise ce que l'on désigne comme une approche à barrières multiples afin de faire en sorte que l'eau soit propre à la consommation. Ceci signifie qu'il existe des barrières multiples de protéger l'eau potable contre les contaminants ou les erreurs qui pourraient rendre l'eau impropre à la consommation.

[Traduction]

Cette approche permet de créer une protection accrue. De cette façon, si une barrière défectueuse n'arrivait plus à empêcher la contamination de l'eau, une autre barrière prendrait alors la relève dans le système, garantissant ainsi la salubrité de l'eau

is the standard in water management and is a concept that is fully accepted by the Canadian Council of Ministers of the Environment.

Further, in March 2006 Minister Prentice outlined a five-point plan of action designed to address water issues in First Nations communities. This plan of action fits within the framework of the First Nations Water Management Strategy that was put into practice in 2003 and focused on the key points that will have the most impact on the provision of safe drinking water. Specifically, the plan of action called for the issuing of a clear protocol on drinking water standards; ensuring that mandatory training — operator certification — and oversight of water systems by certified operators were put into place; addressing the drinking water concerns for a determined set of high-risk communities; creating an expert panel to provide options for a regulatory regime for drinking water on reserve; and further reporting on the progress of the plan of action.

[Translation]

These initiatives have yielded measurable improvements. In March 2006, there were some 193 water treatment plants categorized as high risk systems. Today that number stands at 97, and Indian and Northern Affairs Canada continues to work with First Nations to further reduce the number.

[English]

You will be pleased to know that First Nations children and educators were also involved in the drive for safe and sustainable use of water. Working with Health Canada and Environment Canada and in collaboration with First Nations teachers, students and the Assembly of First Nations, Indian and Northern Affairs Canada recently developed the *Water is a Treasure* school kit for children. It is a bilingual, interactive resource that includes a poster, a variety of fun and educational activities and a list of Internet resources. Its key themes consist of the value of protecting water now and for future generations and the appreciation for the importance of clean, safe and reliable water from its source to the tap and back to the source.

It must be acknowledged that despite ongoing efforts and support, many First Nations continue to face significant challenges to establishing safe and effective water management regimes. Core challenges include the high costs of mobilization, construction and maintenance of facilities in remote and isolated locations; the lack of economies or independent resources to properly fund system operation and maintenance; and limited local capacity and ability to retain trained and qualified, certified operators.

potable. L'approche à barrières multiples constitue la norme en matière de gestion de l'eau et son concept est entièrement accepté par le Conseil canadien des ministres de l'Environnement.

De plus, en mars 2006, le ministre Prentice a exposé les grandes lignes d'un plan d'action en cinq points destiné à régler les problèmes d'eau dans les collectivités des Premières nations. Ce plan d'action s'inscrit dans le cadre de la Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations qui a été mise en pratique en 2003 et qui se penchait sur les principaux points qui influencent le plus l'approvisionnement en eau potable salubre. Plus particulièrement, le plan d'action faisait appel à des mesures telles que l'établissement d'un protocole clair sur les normes en matière d'eau potable, la mise en place d'une formation obligatoire — d'une homologation des exploitants — et la supervision des systèmes de traitement par des exploitants homologués; la résolution des préoccupations liées à l'eau potable dans une série déterminée de collectivités les plus à risque; la création d'un groupe d'experts chargé de proposer des options en vue d'établir un cadre de réglementation sur l'eau potable dans les réserves; et la production plus poussée de rapports sur les progrès réalisés grâce au plan d'action.

[Français]

Ces initiatives ont donné lieu à des progrès tangibles. En mars 2006, on dénombrait quelque 193 usines de traitement de l'eau qui figuraient au nombre des systèmes à risque élevé. On en compte aujourd'hui 97 et Affaires indiennes et du Nord canadien continue à travailler avec les Premières nations en vue de réduire davantage ce nombre.

[Traduction]

Vous serez heureux d'apprendre que les enfants et les enseignants dans les collectivités des Premières nations participent également aux efforts visant une utilisation sécuritaire et durable de l'eau. Grâce au concours de Santé Canada et d'Environnement Canada, de même que celui des enseignants et des étudiants autochtones et de l'Assemblée des Premières nations, le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada a récemment mis au point une trousse pédagogique pour les enfants, intitulée *L'eau est un trésor*. Il s'agit d'une ressource interactive bilingue qui comprend une affiche, diverses activités amusantes et éducatives, de même qu'une liste de ressources Internet. Les principaux thèmes abordés sont l'importance de protéger l'eau maintenant et pour les prochaines générations et l'importance de pouvoir compter sur de l'eau propre, salubre et fiable de la source au robinet et du robinet à la source.

Il faut reconnaître que malgré les efforts et le soutien continus, de nombreuses Premières nations sont toujours aux prises avec des défis de taille pour établir des régimes de gestion des eaux sécuritaires et efficaces. Parmi ces défis de base, on compte les coûts élevés de mobilisation, de construction et d'entretien des installations dans les endroits éloignés et isolés; l'absence d'économies d'échelle ou de ressources autonomes pour financer adéquatement l'exploitation et l'entretien des systèmes; et une capacité locale limitée ainsi qu'un manque de capacité pour retenir les exploitants certifiés, formés et qualifiés.

In conclusion, our vision is that First Nations Canadians will have the same opportunities and responsibilities as other Canadians. We realize there is much left to be done, and through this statement I have shared what I believe is a concrete action plan or approach on water and housing that will serve to bring this vision closer to reality and will contribute to improved population health among First Nations people.

The Chairman: I thank all the witnesses for their excellent presentations. If it is agreed, we will begin with questions to Mr. O'Neil. I would bring you back, Mr. O'Neil, to the importance of self-government, which you mentioned.

All senators here today are in agreement that effective health services and so forth have to be organized at the community level. We accept that principle. The issue of self-government is much more complex than is organizing health services at the community level or organizing from the ground up. How effective will community health services be if they can be implemented prior to the changes that allow for self-government, which might take some doing?

Mr. O'Neil: The first question is complex. The intent of my remarks was to express the goal for improving the health status of Aboriginal communities, in particular First Nations communities, as well as Inuit, Metis and urban Aboriginal communities. That goal is to achieve a higher level of self-government as the ultimate social determinant that we are addressing. We are moving on that path. As my colleagues have outlined, efforts are being made in that direction. Certainly, representatives from the various Aboriginal communities are working on this issue as well. My remarks were meant not to suggest that it is not happening but rather to maintain momentum and to try to put in place policies and resources to speed up the process to achieve that goal more quickly.

It is an important question you have asked. In the absence of real self-government, local control or administration of services and local administration of health services, housing, education, or economic opportunities are at best half measures, but that does not mean we should not do them.

Our research centre was involved with First Nations and Inuit Health Branch in doing an evaluation of the transfer of health services over the last decade. We interviewed health directors in a large sample of First Nations across the country who had undertaken the health transfer. A significant majority of those health directors, almost all of them, said that this was a good thing, that they had achieved certain goals in terms of improving both the quality and the cultural sensitivity or acceptability of those services. At the same time, many of them felt that to some extent they were continuing, to use their phrase, to administer

En terminant, notre vision est de permettre aux Canadiens des Premières nations d'avoir les mêmes occasions et responsabilités que les autres Canadiens. Nous sommes conscients qu'il reste encore beaucoup à faire et, dans le cadre de mon exposé, je vous ai présenté un plan d'action ou une approche en matière de logement et d'eau potable que je juge concret. Ce plan d'action servira à transformer notre vision en réalité et contribuera à améliorer la santé des Premières nations.

Le président : Je remercie tous les témoins pour leurs excellents exposés. Si vous êtes d'accord, nous allons commencer par des questions adressées à M. O'Neil. J'aimerais revenir, monsieur O'Neil, sur l'importance de l'autonomie gouvernementale que vous avez mentionnée.

Tous les sénateurs ici présents sont d'accord qu'il faut mettre en place des services de santé efficaces, et ainsi de suite, au niveau communautaire. Nous acceptons ce principe. La question de l'autonomie gouvernementale est beaucoup plus complexe que celle de mettre en place les services de santé à un niveau communautaire ou à un niveau ascendant. Quel sera le degré d'efficacité des services de santé communautaires s'ils peuvent être mis en œuvre avant d'apporter des changements propices à l'autonomie gouvernementale, ce qui nécessitera beaucoup de travail?

M. O'Neil : La première question est complexe. Mes remarques visaient à exprimer le but pour l'amélioration de l'état de santé des collectivités autochtones, en particulier des collectivités des Premières nations, ainsi que celui des Inuits, des Métis et des collectivités autochtones urbaines. Ce but consiste à atteindre un niveau supérieur d'autonomie gouvernementale, qui constitue le déterminant social ultime que nous visons. Nous sommes en train de suivre cette voie. Comme mes collègues l'ont souligné, des efforts sont déployés en ce sens. Bien sûr, les représentants des diverses collectivités autochtones y travaillent aussi. Mes propos ne visaient pas à suggérer l'idée que cela ne se faisait pas, mais plutôt à continuer sur notre lancée et à essayer de mettre en place des politiques et des ressources pour accélérer le processus afin d'atteindre ce but plus rapidement.

Vous avez posé une question importante. En l'absence d'une autonomie gouvernementale réelle, le contrôle local ou l'administration locale des services et l'administration locale des services de santé, de l'éducation ou des possibilités économiques sont, dans le meilleur des cas, des demi-mesures, mais cela ne signifie pas que nous ne devrions pas les prendre.

Notre centre de recherche a collaboré avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pour une évaluation du transfert des services de santé au cours de la dernière décennie. Nous avons interrogé des directeurs de la santé dans un échantillon important de Premières nations partout au pays qui avaient transféré les services de santé. La grande majorité de ces directeurs de la santé, en fait presque la totalité, ont indiqué que le transfert avait été positif, qu'ils avaient atteint certains buts sur le plan de l'amélioration de la qualité et de la sensibilité culturelle ou de l'acceptabilité de ces services. En même temps,

their own misery. They did not have the resources and the levers to change the fundamental conditions that were producing the problems that they were now responsible for trying to resolve.

We found in our work that, for the most part, if you saved money in your health budget at the community level, you were unable to put that money into housing. There are a few arrangements in the country where that kind of flexibility is possible with considerable effort, but most communities do not have that flexibility. If you are able to manage your resources at the community level and you want to put more money into the social determinant side to bring down your costs on the health service side, you do not have that flexibility. Provincial and municipal governments have that flexibility, but Aboriginal governments for the most part do not. That is one of the areas we need to work on.

Self-government in the area of health services is not a sufficient measure to address these broader conditions. Local and regional governments need to be supported in trying to integrate across the different kinds of programs and resources they have available to them and to try to realize savings in the service end in order to invest that money and those resources back into the determinant end.

Senator Eggleton: How will self-government work on a practical basis in dealing with these social determinants of health for the Aboriginal population in urban areas, off-reserve areas? How complex a situation does that bring you into? I can understand self-government on a reserve basis, but what about the urban areas in Toronto and other places? How would you see it being of assistance then in dealing with these issues?

Mr. O'Neil: It is complex, as you have indicated. There are ways of setting up institutional structures that provide more accountability for Aboriginal communities living in urban areas to Aboriginal authorities, not necessarily creating a fourth level of government, but having Aboriginal authorities responsible for housing, for providing services for the elderly in the community, for health services.

The pure concept of self-government that might be more easily developed on-reserve and in remote and northern communities clearly is not as easily implemented in the Aboriginal context, but it is a continuum. We all recognize it is not an absolute condition.

In the urban context, there are efforts in different parts of the country to develop Aboriginal-controlled authorities that have delegated responsibility for municipal governments to provide certain kinds of services and resources to their Aboriginal constituencies. It will vary from one city to another depending on the size and distribution of Aboriginal populations.

bon nombre d'entre eux jugeaient qu'ils continuaient, dans une certaine mesure, à administrer leur propre misère — pour emprunter leurs termes. Ils n'avaient pas les ressources ni les leviers nécessaires pour changer les conditions fondamentales à l'origine des problèmes qu'il leur incombait maintenant d'essayer de résoudre.

Notre travail nous a révélé, de façon générale, que si vous économisez de l'argent dans votre budget de la santé au niveau communautaire, vous ne pouvez pas investir cet argent dans le logement. On compte quelques mécanismes au pays qui permettent ce genre de flexibilité avec un effort considérable, mais la plupart des collectivités n'ont pas cette flexibilité. Si vous pouvez gérer vos ressources au niveau communautaire et si vous voulez investir plus d'argent dans les déterminants sociaux pour réduire vos coûts liés aux services de santé, il ne vous est pas possible de le faire. Les gouvernements provinciaux et municipaux ont cette flexibilité, mais les gouvernements autochtones, pour la plupart, ne l'ont pas. C'est un problème que nous devons régler.

L'autonomie gouvernementale dans le domaine des services de santé n'est pas une mesure suffisante pour aborder ces conditions plus générales. Les gouvernements locaux et régionaux doivent être soutenus dans leurs tentatives d'intégrer les différents types de programmes et de ressources dont ils disposent et de réaliser des économies dans les services afin d'investir cet argent et ces ressources dans les déterminants.

Le sénateur Eggleton : Comment l'autonomie gouvernementale fonctionne-t-elle, dans la pratique, en ce qui a trait aux déterminants sociaux de la santé pour la population autochtone en milieu urbain, à l'extérieur des réserves? À quel point cette situation s'avère-t-elle complexe pour vous? Je peux comprendre l'autonomie gouvernementale dans les réserves, mais qu'en est-il des régions urbaines à Toronto et ailleurs? Comment cela servira-t-il alors pour régler ces questions, selon vous?

M. O'Neil : C'est une question complexe, comme vous l'avez indiqué. Il y a des façons d'établir des structures institutionnelles qui offrent aux autorités autochtones plus de responsabilité à l'égard des collectivités autochtones en milieu urbain, pas nécessairement en créant un quatrième niveau de gouvernement, mais en donnant aux autorités autochtones la responsabilité des logements, de la prestation de services pour les personnes âgés dans la collectivité et des services de santé.

Le concept brut d'une autonomie gouvernementale qui peut être développée plus facilement dans les réserves et dans les collectivités isolées et du Nord, n'est évidemment pas applicable aussi facilement dans le contexte autochtone, mais il s'agit d'un continuum. Nous reconnaissons tous que ce n'est pas une condition absolue.

Dans le contexte urbain, des efforts sont déployés dans différentes régions du pays pour établir des autorités sous contrôle autochtone auxquelles les gouvernements municipaux délégueront des responsabilités afin de fournir certains types de services et de ressources à leurs circonscriptions autochtones. Cela variera d'une ville à l'autre, selon la taille et la répartition de la population autochtone.

In Winnipeg, there is a significant investment in an Aboriginal centre that has a health clinic that provides other social services and that draws funding from government sources. It is envisioned as one-stop-shopping for Aboriginal populations in that sector of the city. Strengthening those kinds of institutions and authorities is the mechanism that is the way forward to improving health for urban Aboriginal populations.

The broader context of self-government is that many First Nations people in cities are still under the jurisdiction of their First Nations governments that are outside of the cities and communities. Strengthening their responsibility for delivering a range of services across a migrant, mobile population is another way of strengthening the concept of self-government for the Aboriginal population.

Senator Eggleton: Then you have the further complexity in some of the large urban areas where people come from different tribal backgrounds or origins and so have different roots into the self-government process back from where they originate. That would probably mean whole different structures of self-government.

Mr. O'Neil: There are certainly differences and people have different traditions, and there are different interests at stake, but in my experience, where the resources have been available and the opportunity is there, Aboriginal governments are cautious but quite willing to build collaborative institutions and structures in order to administer them. It is not easy, but it is possible.

Senator Pépin: You may not have time to elaborate, but in your presentation you mentioned that coordination across the different departments of the federal government in the context of a population health model remains an illusion. After that, you said that at the community level, dependence and accountability for resources to address social determinants is structurally separate from accountability for improving health outcomes. You said that that seems to you to be fundamentally contradictory to all the evidence before you on this issue.

I listened to all the other presentations. How do we organize or plan something that will work with respect to coordination?

Mr. O'Neil: In the presentations, you heard that there are efforts nationally and regionally to bring together different government departments, different jurisdictions, provincial and federal, around some of the recommendations that came out of the Kirby report about trying to resource communities to deal with social determinants as well as health services.

It comes back to the question asked earlier and the answer is similar. I will take a step back. One of the things I find most distressing in my work in meeting with chiefs and leaders in Aboriginal communities is that they do not see the relationship we are talking about here. They see health services as provided by

À Winnipeg, un investissement considérable est accordé à un centre autochtone doté d'une clinique qui offre d'autres services sociaux et qui est financée par le gouvernement. Ce que l'on entrevoit, c'est un centre à guichet unique pour les Autochtones vivant dans ce secteur de la ville. Le renforcement de ce type d'institutions et d'autorités constitue le mécanisme à suivre pour améliorer la santé des Autochtones en milieu urbain.

Dans le contexte plus général de l'autonomie gouvernementale, de nombreux membres des Premières nations dans les villes relèvent toujours de leurs gouvernements des Premières nations qui se trouvent à l'extérieur des villes et des collectivités. Une autre façon de renforcer le concept de l'autonomie gouvernementale pour la population autochtone, c'est de consolider leur responsabilité pour offrir une vaste gamme de services à une population migrante et mobile.

Le sénateur Eggleton : La complexité est alors d'autant plus amplifiée dans certaines des grandes régions urbaines où les gens proviennent de différentes traditions ou origines tribales. Par conséquent, ils ont des racines différentes au niveau du processus d'autonomie gouvernementale qui remontent à leur lieu d'origine. Cela voudrait dire probablement qu'il y a des structures très différentes d'autonomie gouvernementale.

M. O'Neil : Il existe certainement des différences et les gens ont différentes traditions. Différents intérêts sont en jeu mais, d'après mon expérience, lorsque les ressources sont disponibles et lorsqu'il existe une occasion, les gouvernements autochtones sont prudents, mais assez disposés à bâtir des institutions et des structures de collaboration afin de les administrer. Ce n'est pas facile, mais c'est possible.

Le sénateur Pépin : Vous n'aurez peut-être pas le temps d'approfondir cela, mais dans votre exposé, vous avez mentionné que la coordination entre les différents ministères du gouvernement fédéral dans le contexte d'un modèle de santé de la population reste une illusion. Vous avez ensuite mentionné qu'au niveau communautaire, la dépendance et la responsabilité envers les ressources pour régler les déterminants sociaux sont structurellement séparées de la responsabilité d'améliorer les résultats de santé. Vous avez ajouté que, selon vous, c'était fondamentalement contradictoire à toutes les preuves dont vous disposez sur ce sujet.

J'ai écouté tous les autres exposés. Comment devrions-nous procéder pour organiser ou planifier quelque chose qui fonctionnera au plan de la coordination?

M. O'Neil : Comme vous l'avez entendu dans les exposés, des efforts sont déployés à l'échelle nationale et régionale pour rassembler les différents ministères gouvernementaux, les différentes juridictions, aussi bien provinciales que fédérale, autour de quelques-unes des recommandations tirées du rapport Kirby en vue d'essayer de ressourcer les collectivités pour régler les déterminants sociaux ainsi que les services de santé.

Cela revient à la question posée précédemment, et la réponse est similaire. Je vais revenir un peu en arrière. Une des choses que je trouve les plus dérangeantes dans mon travail, durant mes rencontres avec les chefs et les dirigeants des collectivités autochtones, c'est le fait qu'ils ne voient pas la relation dont il

the First Nations and Inuit Health Branch and the negotiation for them is about increasing the envelope of health services, increasing the money being put in. They see that as one political environment, and the other political environment is working with Indian and Northern Affairs Canada. They do not see them as connected. Some do and some do not.

From the community up to the federal government we need to build a broader understanding of the coordination of those resources so that if the community can realize savings in its health or social services budget, it can invest that money back into infrastructure. There are ways now. It is not as difficult to do now as it was five or 10 years ago, but there is quite a way to go in achieving those goals.

The Chairman: You stated that coordination remains an illusion. I have become convinced over the past number of years listening to testimony involved in previous reports that coordination can occur only at the community level. Is that correct or incorrect?

Mr. O'Neil: It must occur first at the community level. The communities must be the fundamental integrating institutional block in this. It must also occur at all other levels. One without the other does not work.

Within their cultural traditions communities understand this holistically, but then they have to go to different agencies with different unrelated proposals. We had a brief conversation before the meeting about water quality. There are different departments with different responsibilities and different individuals. If that is not coordinated outside the community, then the community is at a disadvantage to do that coordination.

The coordination is not as well developed as it should be. It is not that there are not processes in place and efforts to bring about more of that coordination, but I think we all agree there is a way to go and it could be much stronger.

The Chairman: Thank you very much indeed. Mr. Reading, the opportunity for cross-fertilization and collaboration is tremendous, as we were discussing earlier today. All the presentations here this afternoon show you have much in common.

How closely is your Institute of Aboriginal Peoples' Health aligned with the Institute of Population Health? I understand the organization of Canadian Institutes of Health Research. I know how the worker bees sit around the same table planning their projects. Is there cross-fertilization between the Institute of Population Health and your Institute of Aboriginal Peoples' Health?

est question ici. Ils considèrent les services de santé comme des services offerts par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et, pour eux, les négociations visent à accroître l'enveloppe des services de santé et à augmenter les fonds à cet égard. Ils considèrent ce domaine comme un environnement politique à part. L'autre environnement politique, c'est le travail avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Ils ne voient aucun rapport entre les deux. Certains le voient et d'autres ne le voient pas.

Nous devons instaurer, des collectivités jusqu'au gouvernement fédéral, une compréhension plus vaste de la coordination de ces ressources. De cette façon, si la collectivité peut réaliser des économies dans son budget de santé ou de services sociaux, elle pourra investir cet argent dans l'infrastructure. Il existe désormais des moyens d'y arriver. Ce n'est plus aussi difficile de le faire qu'il y a cinq ou dix ans, mais on a du chemin à faire pour atteindre ces objectifs.

Le président : Vous avez indiqué que la coordination restait une illusion. Au cours des dernières années, après avoir écouté les témoignages dans les rapports précédents, j'ai fini par me convaincre que la coordination ne peut survenir qu'au niveau communautaire. Est-ce exact?

M. O'Neil : Cela doit se passer d'abord au niveau communautaire. Les collectivités doivent être le pilier institutionnel fondamental pour cette intégration. Cela doit aussi se produire à tous les autres niveaux. L'un ne va pas sans l'autre.

À l'intérieur de leurs traditions culturelles, les collectivités comprennent cela de façon globale, mais elles sont ensuite obligées de s'adresser à différents organismes avec différentes propositions sans aucun lien entre elles. Nous avons eu une brève conversation avant la séance sur la qualité de l'eau. Il existe différents ministères avec différentes responsabilités et différents individus. Si cela n'est pas coordonné à l'extérieur de la collectivité, alors la collectivité est désavantagée dans ce rôle de coordination.

La coordination n'est pas aussi développée qu'elle devrait l'être. Je ne veux pas dire qu'aucun processus n'est en place et qu'aucun effort n'est déployé pour accroître cette coordination, mais je crois que nous sommes tous d'accord qu'il y a encore du chemin à faire et qu'il y a lieu de redoubler d'efforts.

Le président : Merci beaucoup. En effet, monsieur Reading, il existe une énorme possibilité d'enrichissement mutuel et de collaboration, comme nous en avons discuté plus tôt aujourd'hui. Les exposés de cet après-midi nous montrent que vous avez beaucoup de points en commun.

Jusqu'à quel point votre Institut de la santé des Autochtones s'apparente-t-il à l'Institut de recherche sur la santé des populations? Je comprends la façon dont sont organisés les Instituts de recherche en santé du Canada. Je sais comment les fournis ouvrières s'assoient autour de la même table pour planifier leurs projets. Y a-t-il un enrichissement mutuel entre les Instituts de recherche sur la santé des populations et votre Institut de la santé des Autochtones?

Mr. Reading: Yes, there is, certainly at the institute level because we represent a population-based institute. We are not specific to a discipline, a disease, or a body part as some other institutes are. We have interests across all domains of the other institutes: cancer, heart and lung, gender, et cetera. We do collaborate quite a bit with all of the institutes.

Having said that, the Institute of Population and Public Health has a special relationship, as does the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, because of the issues that are contained within the mandates of those institutes. We are collaborating on a number of issues with Public Health Agency of Canada. It was mentioned that the National Collaborating Centres for Public Health has a centre dedicated to Aboriginals in the University of Northern British Columbia. I am on the advisory council of all the collaborating centres and that advisory council is chaired by John Frank, the scientific director of the Institute of Population and Public Health.

Last weekend, I opened a talk on community campus collaborations in health. That was an international conference with a group based in Washington State in the United States. The assistant director of the Institute of Population and Public Health, who was on the committee organizing that meeting, had put my name forward.

These are the kinds of things that happen on a daily basis that you do not read in reports. A strength of the Canadian Institutes of Health Research is that we meet every month with Alan Bernstein and the vice presidents to articulate national health research priorities. In that process we wind up having hallway conversations about what is happening in our various domains.

When it comes to social determinants, obviously we have a very strong joint vested interest in the processes. When we talk about Monique Bégin, Michael Marmot, the WHO Commission on Social Determinants of Health, the meetings taking place in Vancouver and other places in the world, we are participating with our colleagues on a formal and an informal basis. That is one of the strengths of what we have created in Canada.

Incidentally, it is the only institute at the national level, anywhere in the world, that focuses on indigenous peoples' health. It is a leadership role for Canada, but it is also quite innovative. It is a niche for Canada when we talk about advanced research.

The Chairman: I am a great believer in the CIHR organization. I think it was a dream come true for everyone in research.

Senator Eggleton: I have a question for Dr. Reading and one for anybody and everybody who might want to answer it.

Dr. Reading, your slide chart on health disparities shows the difference in life expectancy between registered Indians and the general population. Tuberculosis is 6 times higher,

M. Reading : Oui, il y en a, certainement au niveau de l'Institut parce que nous représentons un institut basé sur la population. Notre champ d'activité ne se concentre pas exclusivement sur une discipline, une maladie ou une partie du corps, comme c'est le cas d'autres instituts. Nous avons des intérêts qui recourent tous les domaines des autres instituts : le cancer, le cœur et les poumons, le genre, et cetera. Nous collaborons pas mal avec tous les instituts.

Cela dit, l'Institut de la santé publique et des populations a une relation spéciale, tout comme l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, à cause des questions visées par les mandats de ces instituts. Nous collaborons avec l'Agence de santé publique du Canada dans plusieurs dossiers. On a mentionné que les Centres nationaux de collaboration en santé publique ont un centre spécialisé sur les questions autochtones à l'Université du Nord de la Colombie-Britannique. Je suis membre du conseil consultatif de tous les centres de collaboration et ce conseil consultatif est présidé par John Frank, le directeur scientifique de l'Institut de la santé publique et des populations.

La semaine dernière, j'ai prononcé un discours d'ouverture sur les collaborations entre les campus communautaires dans le domaine de la santé. Et il s'agissait d'une conférence internationale avec un groupe basé dans l'État de Washington aux États-Unis. La directrice associée de l'Institut de la santé publique et des populations, qui siégeait au comité ayant organisé cette réunion, avait proposé mon nom.

C'est le genre de choses qui arrivent tous les jours, mais qui ne sont pas mentionnées dans les rapports. Notre réunion mensuelle avec Alan Bernstein et les vice-présidents afin de formuler les priorités nationales de recherche en santé est l'un des points forts des Instituts de recherche en santé du Canada. Ce faisant, nous finissons par avoir des conversations dans les couloirs sur ce qui se passe dans nos divers domaines.

En ce qui concerne les déterminants sociaux, il va de soi que nous nous intéressons tout particulièrement au processus, conjointement aux autres. Lorsque nous parlons de Monique Bégin, de Michael Marmot, de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, des réunions qui ont lieu à Vancouver et ailleurs dans le monde, nous participons avec nos collègues de façon formelle et informelle. C'est l'une des forces de ce que nous avons créé au Canada.

Au fait, il s'agit du seul institut national, dans le monde entier, axé sur la santé des peuples indigènes. C'est un rôle de leadership pour le Canada, mais c'est aussi un rôle assez innovateur. Il s'agit d'un créneau en matière de recherche de pointe pour le Canada.

Le président : Je suis un fervent partisan de l'organisation des IRSC. Je crois que c'était la réalisation d'un rêve pour tous les chercheurs.

Le sénateur Eggleton : J'ai une question pour M. Reading et une autre pour quiconque voudrait y répondre.

Monsieur Reading, votre diapositive sur les disparités sur le plan de la santé montre la différence de l'espérance de vie entre les Indiens enregistrés et la population générale. La tuberculose

diabetes 2.7 times higher, suicide rates 4.3 times higher and for the Inuit, 11 times higher. These numbers depict the stark reality of a major problem we face in this country.

I assume that these statistics are for reserve and non-reserve together. Do you have any information as to what the statistics would look like if they were separated between reserve and non-reserve?

Mr. Reading: I am glad you asked that question. These are aggregate data. In some cases they are for Inuit, in some cases for First Nations, some for urban Aboriginals and some for community. When we produce national data and compare it to national data for other Canadians, it is on aggregate.

Interestingly, if you take a graph and you plot health versus wealth, you have a linear relationship: as your income improves so does your health. That is the social determinants and health paradigm. However, there is a scatter of health and wealth on that graph. In other words, for a given level of wealth, some communities are healthier than others. The ones that are healthier than others at the same level of wealth are the more resilient communities.

The area of resilience is an interesting question. What is it that makes some communities more resilient than others? In the context of Aboriginal communities, does it involve culture, the role of women as caregivers or the advice given by elders? We do not know the answers to some of those interesting questions.

The question is also relevant to mainstream social determinants. You do find very wealthy communities that are dysfunctional and where people's level of health is not comparable to other communities that have fewer resources.

It is often tempting to say, for example, that it is important to have income because income is the one determinant that purchases the other determinants. However, that is not the whole story. Many other factors are involved.

We did an international request for applications in a partnership with Australia, New Zealand and Canada through the CIHR and the national funding agencies of those other countries. We asked the researchers and the community people in all three countries what would be the most important question. We all agreed that resilience was the important question.

We did an international review and we picked the best proposals. It was chaired by a Native American researcher funded by the U.S. National Institutes of Health who did not have a vested interest in any of the outcomes. It turned

est six fois supérieure, le diabète est 2,7 fois supérieur, le taux de suicide est 4,3 fois supérieur et, pour les Inuits, 11 fois supérieur. Ces chiffres illustrent la dure réalité d'un grave problème auquel nous faisons face dans ce pays.

Je suppose que ces statistiques incluent à la fois les Autochtones dans les réserves et ceux hors des réserves. Avez-vous une idée de ce que seraient les statistiques séparées pour les Autochtones vivant dans les réserves et ceux vivant hors des réserves?

M. Reading : Je suis heureux que vous ayez posé cette question. Il y a des données cumulatives. Elles concernent parfois les Inuits, parfois les Premières nations, parfois les Autochtones en milieu urbain et parfois la collectivité. Lorsque nous produisons des données nationales et lorsque nous les comparons aux données nationales concernant les autres Canadiens, nous utilisons des données cumulatives.

Il est intéressant de noter que si l'on représente graphiquement la santé par rapport à la richesse, on obtient une relation linéaire : à mesure que le revenu s'améliore, la santé s'améliore aussi. Cela illustre les déterminants sociaux et le paradigme de la santé. Toutefois, dans ce graphique, la santé et la richesse sont dispersées. Autrement dit, pour un niveau de richesse donné, certaines collectivités sont en meilleure santé que d'autres. Les collectivités dont l'état de santé est meilleur que les autres au même niveau de richesse sont les plus résilientes.

Le domaine de la résilience est une question intéressante. Qu'est-ce qui rend certaines collectivités plus résilientes que d'autres? Dans le contexte des collectivités autochtones, est-ce que cela dépend de la culture, du rôle des femmes en tant que pourvoyeuses de soins ou des conseils donnés par les aînés? Nous ignorons les réponses à certaines de ces questions intéressantes.

La question s'applique aussi aux déterminants sociaux dans l'ensemble de la société. On peut trouver des collectivités très riches qui sont dysfonctionnelles et où le niveau de santé des personnes n'est pas comparable à d'autres collectivités ayant moins de ressources.

Il est souvent tentant de dire, par exemple, qu'il est important d'avoir un revenu parce que le revenu est un déterminant qui permet d'acheter les autres déterminants. Toutefois, le tableau n'est pas complet. Beaucoup d'autres facteurs entrent en jeu.

Nous avons fait un appel international de demandes, en partenariat avec l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Canada par le biais des IRSC et des organismes de financement nationaux de ces autres pays. Nous avons demandé aux chercheurs et aux intervenants communautaires des trois pays d'indiquer quelle serait la question la plus importante. Nous avons tous convenu que la résilience était la question importante.

Nous avons fait un examen international et avons sélectionné les meilleures propositions. Ce travail était présidé par un chercheur autochtone américain, financé par le National Institutes of Health des États-Unis qui n'avait aucun intérêt

out that HIV ranked number one, mental health and addictions number two, and workforce development issues number three.

The questions that come out of this are very interesting. What makes some workers more resilient? Why are these workers capable of handling extremely heavy workloads while others burn out? What makes some communities better able to cope with the stresses and pressures related to HIV or mental health?

I am alluding to the whole characterization of native communities as being sick and dysfunctional. It is very insidious, quite pervasive and a form of racism. If you pick up *The Toronto Star*, *The Globe and Mail* or the *National Post*, you will undoubtedly find stories of native Canadians that have to do with dysfunction, such as sniffing gasoline, physical violence or being unable to manage financial affairs. The stories of wellness and resilience in the face of challenging health circumstances are not published in the newspaper, yet there are many of them out there. We can see that this generation has more people graduating with degrees, but there is this disparity. We must try to balance the negative message with a positive one.

In the context of your question and previous questions, when a community is characterized as dysfunctional, that undermines its legitimate aspiration to achieve a level of self-government. In other words, you will not spend millions of dollars on someone to manage a complex process if you think that they are dysfunctional, if the whole system of media and research characterizes that community as being unable to manage its own resources. That is a dilemma. It undermines the power relationships.

One of the most important factors is that we must focus on resiliency. What are the factors associated with strong and healthy communities in the context of very difficult circumstances that, frankly, I do not think many people in this room would be able to tolerate?

Senator Eggleton: I agree. In terms of the statistics, they can break out differently between the urban and reserve and between Inuit and First Nations or Metis. Perhaps when we come to the point of making recommendations, we might find it useful to know some of that. The solutions may not apply right across the board.

After Professor O'Neil put a lot of emphasis on self-government, I did not hear much about it. I suppose we all agree that self-government is a good thing, and we want to go in that direction. However, it comes down to the question of how much it plays into the issue, at this point in time, in dealing with social determinants of health.

direct dans les résultats. Il s'est avéré que le VIH arrivait au premier rang, suivi de la santé mentale et des toxicomanies; les questions de perfectionnement de la main-d'œuvre étaient au troisième rang.

Les questions qui émanent de ce travail sont très intéressantes. Qu'est-ce qui rend certains travailleurs plus résilients? Pourquoi ces travailleurs sont-ils capables de faire face à des charges de travail très lourdes alors que d'autres n'y parviennent pas? Qu'est-ce qui rend certaines collectivités plus aptes à faire face au stress et aux pressions liés au VIH ou à la santé mentale?

Je fais allusion à toute cette tendance qui consiste à stéréotyper les collectivités autochtones comme étant des collectivités malades et dysfonctionnelles. C'est très insidieux, assez répandu et, en quelque sorte, raciste. Si vous jetez un coup d'œil dans le *Toronto Star*, le *Globe and Mail* ou le *National Post*, vous tomberez sans aucun doute sur des articles relatifs à des Canadiens autochtones portant sur des dysfonctions, comme l'inhalation d'essence, la violence physique ou l'incapacité de gérer les finances. Les histoires sur le bien-être et la résilience dans des circonstances difficiles pour la santé ne sont pas publiées dans les journaux, pourtant il y a en beaucoup. Nous pouvons constater que cette génération compte plus de diplômés, mais il y a cette disparité. Nous devons essayer d'équilibrer les messages négatifs par des messages positifs.

Dans le contexte de votre question et des questions précédentes, lorsqu'une collectivité est qualifiée de dysfonctionnelle, cela sape son aspiration légitime à atteindre un niveau d'autonomie gouvernementale. En d'autres termes, vous n'allez pas donner des millions de dollars à une collectivité pour gérer un processus complexe si vous pensez qu'elle est dysfonctionnelle, si tout le système des médias et de la recherche la caractérise comme étant inapte à gérer ses propres ressources. C'est un dilemme. Cela mine les relations de pouvoir.

Nous devons, et c'est l'un des facteurs les plus importants, mettre l'accent sur la résilience. Quels sont les facteurs associés à des collectivités fortes et saines à la lumière de circonstances très difficiles que, pour vous dire franchement, pas grand monde dans cette salle ne pourrait tolérer?

Le sénateur Eggleton : Vous soulevez une bonne question. En ce qui concerne les données, elles peuvent être différentes pour les milieux urbains et les réserves ainsi que pour les Inuits, les Premières nations et les Métis. Lorsque viendra le temps de formuler des recommandations, il serait sans doute utile de connaître quelles sont ces différences. Les solutions ne s'appliqueraient peut-être pas à tous.

Depuis que M. O'Neil a amplement insisté sur l'autonomie gouvernementale, je n'ai pas entendu beaucoup de commentaires sur ce sujet. Je pense que nous sommes tous d'accord pour dire que l'autonomie gouvernementale est une bonne chose et que nous souhaitons faire en sorte que les Autochtones l'acquière. Cependant, il faudrait mesurer son importance actuelle relativement aux déterminants sociaux de la santé.

I believe the chairman indicated that this is a long-term endeavour, and we need to find the shortest route to solutions. I wonder if any of the other panellists have any comments to make about self-government.

Mr. Potter: I could perhaps speak for a moment about Health Canada's approach, because we are trying to manage two things at the same time. The mandate of our branch is to improve health outcomes of First Nations and Inuit people and also to ensure that they have access to health services.

The long term is the improved outcomes, and self-government is definitely part of that. Therefore, we work with Indian and Northern Affairs Canada, which has the legal responsibility to represent the federal government in those negotiations that deal with governance and authorities. At the same time, we are trying to see more governance and more self-management by First Nations in the health care system that we operate. There is our support to the broader self-government effort where First Nations can take over broad government functions, but there is also the delivery and management of health services.

I have talked about how we have transferred in large part the day-to-day health care service delivery to First Nations and we work with them to do that. Similarly, we are trying to work with them to integrate the services we deliver with the provincial services because the federal government funds only a limited number of health services on reserve. The bulk of the health services that First Nations on reserve get, namely hospital services and physician services, is under provincial responsibility. We are working with them to see if they can have a larger role to play in the provincial government's delivery of services so that it can be a more integrated system with greater authority by self-government.

Another aspect of self-government is being able to have the people of your community deliver the services that you want. We are supporting First Nations and Inuit to get the education necessary to be doctors, nurses, dentists and other health managers and administrators so that they can populate the health services and self-government can take on the role of delivery. They are there and they understand the culture.

On the other side at Health Canada, we are trying to encourage that cultural aspect. We fund and we are very grateful that the Governor General has agreed to be a patron of the National Aboriginal Role Model Program, where a process selects about 17 young people who go out and show that they can succeed, that there is success in Aboriginal communities. It gives a sense of pride. We contribute to the National Aboriginal

Je crois que le président a mentionné qu'il s'agit d'une initiative à long terme, et qu'il faut donc trouver des solutions le plus vite possible. J'aimerais savoir si d'autres témoins ont des commentaires à faire sur l'autonomie gouvernementale.

M. Potter : Je pourrais parler pendant quelques minutes de l'approche de Santé Canada, qui essaie de faire deux choses à la fois. Notre direction générale a pour mandat d'améliorer le bilan de santé des Premières nations et des Inuits ainsi que de s'assurer qu'ils ont accès à des services de santé.

L'objectif à long terme est de pouvoir faire un meilleur constat, et l'autonomie gouvernementale joue certainement un rôle dans l'atteinte de ce but. Par conséquent, nous travaillons avec Affaires indiennes et du Nord Canada, qui a l'obligation légale de représenter le gouvernement fédéral dans le cadre des négociations concernant l'autonomie gouvernementale et les pouvoirs. En particulier, nous aimerions voir plus d'indépendance et de prise en charge de la part des Premières nations pour ce qui est du système de soins de santé que nous gérons. De façon générale, nous appuyons les efforts visant l'atteinte de l'autonomie gouvernementale au sens large, qui concerne la prise en charge de certaines grandes fonctions gouvernementales, mais nous nous concentrons surtout sur la prestation et la gestion autonomes des services de santé.

Comme je l'ai mentionné, nous avons délégué aux Premières nations une grande part de la responsabilité à l'égard de la prestation quotidienne des services de soins de santé, et nous les appuyons dans leurs efforts. En outre, nous essayons de collaborer avec elles afin d'intégrer les services que nous fournissons à ceux qui relèvent des provinces, puisque le gouvernement fédéral ne finance qu'un nombre limité de services de santé dans les réserves. La majorité des services offerts aux Premières nations dans les réserves, c'est-à-dire les services hospitaliers et les services médicaux, sont de compétence provinciale. Nous travaillons avec les Premières nations afin qu'elles puissent jouer un plus grand rôle dans la prestation des services assurés par les gouvernements provinciaux afin qu'elles bénéficient d'une plus grande autonomie et qu'il existe un système plus intégré.

Un autre aspect de l'autonomie gouvernementale réside dans la capacité des membres des collectivités à fournir les services souhaités. Nous aidons les Premières nations et les Inuits à obtenir la formation dont ils ont besoin pour devenir médecins, infirmiers, dentistes ou administrateurs de services de santé, ce qui leur permettra de s'occuper eux-mêmes de la prestation des services. Comme ils font partie des collectivités, ils comprennent la culture.

Pour sa part, Santé Canada essaie d'encourager la mise en valeur de la culture. Dans le cadre du Programme national des modèles autochtones, que nous finançons, et qui bénéficie de l'appui de la gouverneure générale, et nous lui en sommes d'ailleurs très reconnaissants, on choisit environ 17 jeunes qui ont montré qu'ils peuvent réussir et, par le fait même, que la réussite existe chez les Autochtones. Ce programme fait naître un

Achievement Awards process where they try to encourage Aboriginal people to have a sense of pride and culture.

We also work with Aboriginal people to ensure that their traditional medicine and healing are integrated with the services as best we can. There are all sorts of legal difficulties in trying to manage this, but we think our service should support a more holistic understanding of health; often our usual service does not give enough attention to the cultural and spiritual aspects. Therefore, we have within many of the centres that we fund healing lodges and traditional healers who can try to work with a more Western medicine specialist.

We see these as all part of the self-government perspective, not just the legal instrument of self-government but also self-government in its many manifestations.

Senator Cochrane: I believe you mentioned earlier during the first round of questions from Senator Eggleton that your main focus is on groups that are resilient. You referred to the resilience of communities to become self-sufficient and have fewer problems.

Mr. Reading: I was suggesting that there are important lessons to learn from communities that are healthier at a similar level of income and resources than communities that are not as healthy. In terms of research, we are not too sure about what constitutes resiliency in the context of some communities.

Aboriginal people do not have a monopoly on that question. It is a relevant question for all communities in Canada.

Senator Cochrane: I look at the adverse, whereby if we would concentrate on the opposite, on those individuals and communities who are truly deprived and who cannot cope, maybe by doing that, we could find even one solution.

Mr. Reading: I do not want to suggest for a moment that we would ever ignore a community that is experiencing extreme poverty, for example. We know enough that in those circumstances where the determinants of health are so severely lacking there are basic health measures we can implement. Part of the reason we are having this dialogue is that we know quite a bit about what constitutes healthy communities. There is a lack of political will to move on some of these basic fundamental aspects. We are talking about adequate water in a country that has a human development index that ranks among the top in the globe. Yet, First Nations are ranked somewhere around sixty-third, comparable to Thailand and Mexico and middle-income countries. Many communities within the province of Ontario, as recent reports in *The Globe and Mail* have shown, are at low-income country levels like sub-Saharan Africa and places like that. Yes, I could not agree with you more, and it is extremely frustrating.

My opinion differs from the conversation here around governance quite a bit. I think there has to be a radical rethinking of governance. It has to be based on a Jeffrey Sachs

sentiment de fierté. Nous contribuons aux Prix nationaux d'excellence décernés aux Autochtones en vue de les encourager à être fiers d'eux et de leur culture.

Nous collaborons également avec les Autochtones afin d'intégrer le mieux possible leur médecine et méthodes de guérison traditionnelles aux services de santé. Cela entraîne toutes sortes de difficultés d'ordre juridique, mais nous croyons que nous devons favoriser une approche plus holistique en matière de soins de santé, les aspects culturel et spirituel étant souvent négligés dans la prestation des services. Par conséquent, dans un grand nombre des centres que nous finançons, il existe des pavillons de ressourcement, et des guérisseurs peuvent essayer de travailler avec des spécialistes de la médecine occidentale.

À notre avis, toutes ces mesures contribuent à l'autonomie gouvernementale, non seulement du point de vue juridique, mais à de nombreux autres niveaux.

Le sénateur Cochrane : Lorsque vous répondiez au sénateur Eggleton durant le premier tour de table, vous avez dit, je crois, que vous vous intéressez surtout aux collectivités vigoureuses qui sont en mesure de devenir autonomes et qui ont moins de problèmes.

M. Reading : On peut en apprendre beaucoup en étudiant les collectivités qui sont plus vigoureuses que d'autres ayant des moyens financiers et des ressources comparables. La recherche ne nous a pas encore permis de déterminer pour certaines collectivités ce qui les rend vigoureuses.

Ce genre d'examen ne vaut pas seulement pour les Autochtones; il est valable pour toutes les communautés canadiennes.

Le sénateur Cochrane : D'un autre côté, si on étudie les gens et les localités qui sont vraiment démunies et qui ne savent pas comment s'y prendre, on pourrait peut-être trouver ne serait-ce qu'une seule solution.

M. Reading : Je ne veux absolument pas laisser entendre que nous devrions négliger un groupe de la population qui éprouve des difficultés, comme l'extrême pauvreté. Nous savons très bien que lorsque les déterminants de la santé sont faibles, nous pouvons mettre en œuvre des mesures sanitaires de base. Si cette discussion a lieu, c'est en partie parce que nous avons une bonne idée de ce qui constitue une collectivité saine. Il existe un manque de volonté politique à l'égard de certains des aspects fondamentaux. Prenons par exemple le problème de l'eau potable. Le Canada figure parmi les premiers pays au classement de l'indicateur du développement humain dans le monde, et pourtant, les Premières nations occupent la 63^e place, ce qui est comparable à la Thaïlande, au Mexique et aux pays à revenu intermédiaire. Comme en a fait état le *Globe and Mail* récemment, un bon nombre de collectivités en Ontario vivent dans les mêmes conditions que les habitants des pays à faible revenu, comme l'Afrique subsaharienne. Je suis entièrement d'accord avec vous, la situation est très décourageante.

Je ne partage pas le même point de vue concernant l'autonomie gouvernementale; je crois qu'une remise à plat s'impose. Elle doit être basée sur un modèle semblable à celui proposé par

kind of model. He is a world economist who takes an approach of differential diagnosis to the problem of communities and even nation states. For example, to have sustainable economic development, you need to have a sharing of resources at the regional level. Canada is an economy based on natural resource extraction. We cannot get away from that. The irony is that the resources are extracted along with the wealth, and they flow south where people drive Mercedes and live in 6,000-square-foot houses, while people who live in the regions where the resources are extracted from have a depletion of the assets. It is more insidious than that, because before industry came to the region they were able to have a traditional way of life where they could gather food from the forest in the traditional ways, and in many cases environmental degradation left by multi-national firms extracting resources has reduced that asset and reduced the ability of those people to be able to extract a living, and consequently they rely on handouts from the government and have to go to a food store where they do not have adequate nutritional choices for their children.

Senator Cochrane: You do not have to go to the native community to find that.

Mr. Reading: No, but we are talking about native health. If you want to hear the truth, I will give it to you.

The Chairman: Senator Cochrane is from Newfoundland and is worried about her oil.

Mr. Reading: I am from Newfoundland as well.

Senator Fairbairn: I am glad we have this group. Mr. Potter and I have known each other for a long time. He is still in there and still working. That is a very helpful and comforting thought.

The question was raised about the importance of self-government. I would say it is at the very foundation of what we are talking about here today.

I live surrounded in the southwest corner of Alberta with Treaty No. 7, and right across the river is the Blood Tribe. They are the largest and wealthiest community in Canada, but when you are on reserve, you see just what we are talking about here. There are great difficulties. With the best will in the world, somehow we do not get it right very often in the way in which we are dealing with our friends. This is truly a problem, because we have much to answer for. There was a time when our Aboriginal community, wherever it was in Canada, did get along pretty well. We came along with all sorts of changes and rules and laws and whatever. The Aboriginal people have the will, I think, but they need the tools to get where they want to go and we want them to go, and that is a very difficult part of this equation.

Today I was flying back from Saskatchewan and reading in the newspaper that we have gone through so many issues where health care has not been available, either at the beginning or in between or even at the end. Historically, we have watched communities virtually pass away from smallpox. We read in the

Jeffrey Sachs, un économiste connu mondialement qui utilise une approche qu'il appelle le diagnostic différentiel pour étudier les problèmes qu'ont certains groupes de la population et même certains États-nations. Pour assurer un développement économique durable, le partage des ressources au niveau régional est essentiel. L'économie canadienne repose sur l'exploitation des ressources naturelles. C'est la réalité. L'ironie est que les ressources extraites sont exportées vers le sud en même temps que la richesse; là où les gens conduisent des Mercedes et vivent dans des demeures de 6 000 pieds carrés, alors que les habitants des régions d'où proviennent ces ressources s'appauvrissent. Ce qui est encore plus déplorable, c'est qu'avant que l'industrie vienne s'installer dans ces régions, la population était capable de vivre selon un mode de vie traditionnel; elle dépendait, par exemple des richesses de la forêt pour se nourrir. Dans bien des cas, la dégradation de l'environnement causée par les multinationales qui exploitent les ressources a entraîné une diminution de ces richesses et, par le fait même, de la capacité des gens par le fait même d'assurer leur subsistance. En conséquence, pour se nourrir, ils doivent dépendre de l'aide gouvernementale et des épiceries, où il y a un manque d'aliments nutritifs adéquats pour leurs enfants.

Le sénateur Cochrane : Ce problème n'existe pas seulement dans les collectivités autochtones.

M. Reading : Non, mais nous parlons de la santé des Autochtones. Si vous voulez connaître la réalité; la voici.

Le président : Le sénateur Cochrane vient de Terre-Neuve-et-Labrador et s'inquiète en ce qui concerne les ressources pétrolières de la province.

M. Reading : Moi aussi, je viens de là.

Le sénateur Fairbairn : Je suis ravie que nous soyons tous ici. Cela fait longtemps que nous nous connaissons, M. Potter et moi. Il continue à être très actif, et c'est très rassurant.

On a discuté de l'importance de l'autonomie gouvernementale. Je dirais que c'est à la base des problèmes que nous soulevons aujourd'hui.

J'habite le Sud-Ouest de l'Alberta, là où a été signé le Traité n° 7, et de l'autre côté de la rivière vit la Tribu des Blood. Il s'agit de la collectivité la plus grande et la plus riche au Canada, mais si vous visitez la réserve, vous verrez ce dont on parle aujourd'hui. Elle connaît d'importantes difficultés. Même avec toute la volonté du monde, il semble que nous échouons souvent quand vient le temps d'aider nos amis. Et c'est réellement un problème, parce que nous avons des comptes à rendre. Il fut un temps où les Autochtones dans l'ensemble du Canada s'en tiraient assez bien jusqu'à ce que nous imposions des changements, des règlements et des lois. Les Autochtones ont la volonté, mais il faut leur donner les moyens d'atteindre les objectifs qu'ils veulent atteindre et que nous voulons qu'ils atteignent; et cela fait partie du problème.

Aujourd'hui, en revenant de la Saskatchewan en avion, j'ai lu dans un journal que très souvent les soins de santé n'ont pas été disponibles. Dans le passé, nous avons vu des collectivités presque entières disparaître à cause de la variole. On apprend aussi dans les journaux qu'on s'interroge maintenant sur ce qui s'est passé

paper about a whole new door that has opened on the question of what happened with children in schools with respect to tuberculosis. We have to be partners with our native people when we talk about self-government and wanting to help. It is not because we have to; it is because we want to. That is a message that does not get through all the time.

We have talked about diabetes and about tuberculosis, but one thing did not come up today, and I wonder if some of you could raise it because it is an issue with the health of our Aboriginal people from their earliest moments. Something that is very troubling is fetal alcohol syndrome. We did have a wonderful senator here in our midst from the Yukon, and that was going to be her whole cause as a senator. How can we help? I am really looking at you, Mr. Reading. How can we hold out a hand and try to work with the native people? It is so simple, of all the health issues. It is a question of if you do not drink, then you can have healthy babies and healthy lives. We ought to be able to help with that, and maybe this is something in our work as a committee that we could help with.

Mr. Reading: I addressed this in the background paper I wrote for this, and it is part of the official submission. In studies that look at women who engage in smoking and consumption of drugs and alcohol during pregnancy, there is certainly an overrepresentation of First Nations and Aboriginal women, but when you actually include non-Aboriginal women and you control for the effects of Aboriginal versus non-Aboriginal, the factors that come out are poverty. It is all linked to poverty, so the main policy lever is the eradication of poverty. Like so many issues, poverty is driving ill health, not only in Canada but around the world. As we heard, the Blood Tribe have perhaps high income, but there could be within that community nested pockets of extreme poverty. This whole dialogue is about addressing the social determinants and looking at those.

One of the best ways to resolve poverty is through education. You obtain an education, you obtain employment, and from employment you get the resources and purchase the services you need. You also gain not just the financial aspect but also an appreciation of things. All the studies have shown that these are associated factors.

Fetal alcohol syndrome is a perfect example of what I was talking about before, where the native community gets branded with an issue that essentially characterizes them as being totally dysfunctional. The fact is that fetal alcohol syndrome is starting to show up in women who are working as executives, do not know they are pregnant in the first trimester and are drinking socially to keep up with their male counterparts in the business world because it is expected. We do not see executive women characterized as being totally dysfunctional, but they are starting to have babies with fetal alcohol syndrome or fetal alcohol effects.

dans les pensionnats en ce qui concerne la tuberculose. Il faut établir des partenariats avec les Autochtones quand il s'agit de les aider à atteindre l'autonomie gouvernementale. Ce n'est pas parce qu'on doit le faire, mais parce qu'on veut le faire. Cependant, ce message n'est pas toujours transmis.

On a parlé du diabète et de la tuberculose, mais une question qui n'a pas été soulevée — et j'aimerais qu'on en parle aujourd'hui parce qu'elle concerne la santé des Autochtones en début de vie — est celle du syndrome d'alcoolisation fœtale, un problème très grave. Une extraordinaire collègue, qui représente le Yukon, avait affirmé son intention de s'attaquer principalement à ce dossier. Comment pouvons-nous venir en aide? Cette question s'adresse à vous, monsieur Reading. Comment pouvons-nous tendre la main aux Autochtones et travailler avec eux? De toutes les questions de santé, c'est celle à laquelle il est le plus facile de répondre : quand on ne boit pas, on donne naissance à des enfants en santé et on mène une vie saine. Nous devrions être capables d'intervenir, et le comité pourrait peut-être faire quelque chose.

M. Reading : Je traite de cette question dans les notes d'information que j'ai préparées et présentées. Des études effectuées sur les femmes qui fument et qui consomment de la drogue et de l'alcool pendant la grossesse montrent une surreprésentation de femmes autochtones et des Premières nations. Toutefois, si l'on tient compte des femmes non autochtones et que l'on compare les deux groupes, on constate que le facteur en commun est la pauvreté. Puisque tout est lié à la pauvreté, l'objectif premier est l'élimination de ce problème. Comme de nombreux autres facteurs, la pauvreté a des conséquences néfastes sur la santé non seulement au Canada mais partout dans le monde. Nous avons mentionné que le revenu des membres de la Tribu des Blood est élevé; toutefois, il se pourrait que l'extrême pauvreté existe au sein de cette communauté. Toute cette discussion a pour objet d'examiner les déterminants sociaux et de trouver des moyens de les améliorer.

L'éducation constitue une des meilleures façons de résoudre le problème de la pauvreté. Elle permet de trouver un emploi, d'avoir un revenu et ainsi de pouvoir assumer le coût des services nécessaires. Grâce à l'éducation, nous pouvons non seulement améliorer notre situation financière, mais profiter de la vie. Toutes les études montrent que ces facteurs sont liés.

Le syndrome d'alcoolisation fœtale est un excellent exemple de ce dont je vous parlais précédemment, c'est-à-dire lorsqu'une communauté autochtone est cataloguée comme étant totalement dysfonctionnelle. En fait, ce syndrome commence à apparaître chez les femmes qui occupent un emploi de gestionnaire, qui ignorent qu'elles sont enceintes durant le premier trimestre de leur grossesse et qui boivent quelques verres à l'occasion pour agir comme leurs homologues masculins dans le monde des affaires, parce que c'est ce qu'on attend d'elles. Ces femmes ne sont pas cataloguées comme étant totalement dysfonctionnelles, mais elles commencent à donner naissance à des enfants atteints du syndrome d'alcoolisation fœtale ou souffrant des effets de l'alcoolisme fœtal.

The Chairman: I am afraid we have to vacate the room because someone else is coming in here.

We did not get to ask questions of Mr. Ball and Mr. Brooks, but unfortunately, that is the name of the game. We have limited time. We could have gone on for another two hours.

Since we are not being evicted just at the moment, there was one very important issue raised by you, Mr. Ball, and that is the flow of information. Are you connecting with Canada Health Infoway with their new initiatives and new funding? I know the Public Health Agency of Canada is connecting with Canada Health Infoway, but I mean specifically in this area, is there a connection that will allow you to wire the system, so to speak?

Mr. Ball: Canada Health Infoway is certainly creating a foundation for better information collection management and, ultimately, its application. There are some fundamental issues that we need to resolve, as I mentioned, concerning privacy protection and use of information related to Aboriginal peoples. Those issues need to be addressed. We are working together within the health portfolio and with Aboriginal organizations in order to do that.

Clearly, Canada Health Infoway is one of the sources of support that will build a better foundation overall for information on population health of all Canadians and, hopefully, Aboriginal people.

Senator Cook: Thank you. First I should apologize for coming in late, but conflict with meetings does that to us around here.

I listened to all the expertise, the wisdom and all those components that are there, designed to care for those people and to bring them up to the norm. I wonder when all this will manifest itself in a community setting.

I am from Newfoundland and Labrador. I preoccupy my head, as I am sure Senator Cochrane does, with a model community in Conne River that is just wonderful. I try to see what elements are missing that makes Davis Inlet so different from Conne River and I see a lack of opportunity. Where do the people in Davis Inlet work? What do they do? What is there for their children? They still live in isolation, whereas the people in Conne River are connected.

At what point can we do something across the spectrum? Last week, I heard that a dozen eggs in Davis Inlet costs \$8. When we look at nutrition, is there some way we can use subsidies so that those people do not feel they are getting handouts, that they are on a level playing field when it comes to the purchase of food? Surely that is one of the policies?

Why can we not move? We can build wells in Angola. I have helped as a member of the Girl Guide Movement. Why can those simple community projects not happen in our First Nations communities? Because, for sure, we destroyed them. I preoccupied

Le président : J'ai bien peur qu'il nous faille libérer cette pièce, car quelqu'un d'autre voudrait entrer.

Nous n'avons pu poser de questions à MM. Ball et Brooks, mais c'est la règle du jeu. Le temps dont nous disposons est limité. Nous aurions pu continuer encore pendant deux bonnes heures.

Étant donné que nous ne devons pas quitter la salle immédiatement, il y a une question très importante soulevée par vous, monsieur Ball, dont je voudrais parler. Elle concerne la diffusion de l'information. Avez-vous accès à Inforoute Santé du Canada et êtes-vous au courant de leurs récentes initiatives et de leur nouveau financement? Je sais que l'Agence de santé publique du Canada est branchée à Inforoute Santé du Canada mais, dans ce cas particulier, y a-t-il une connexion qui vous permet de vous brancher au système, pour ainsi dire?

M. Ball : Inforoute Santé du Canada jette certainement les bases d'une meilleure gestion de la collecte d'informations ce qui, au bout du compte, est bon pour son application. Comme je l'ai dit, nous devons résoudre certains problèmes fondamentaux concernant la protection de la vie privée et l'utilisation des renseignements relatifs aux Autochtones. Nous devons nous pencher sur ces problèmes. Nous travaillons en collaboration au sein du portefeuille de la santé et avec les organisations autochtones dans ce but.

Il est évident qu'Inforoute Santé du Canada constitue l'un des piliers qui permettra de mieux établir les fondements de la collecte d'informations sur la santé de la population canadienne en général et celle des peuples autochtones en particulier.

Le sénateur Cook : Merci. Tout d'abord, je vous prie de m'excuser pour mon retard. Cela arrive lorsque les réunions se chevauchent.

J'ai écouté tous les experts dans leur grande sagesse et compris tout ce qu'on met en œuvre pour venir en aide à ces personnes et les ramener à la normalité. Je me demande quand tout cela se concrétisera au sein de la communauté.

Je viens de Terre-Neuve-et-Labrador. Je m'intéresse beaucoup, tout comme sans aucun doute le sénateur Cochrane, à une communauté modèle tout à fait remarquable à Conne River. J'essaie de comprendre ce qui manque à la communauté de Davis Inlet pour qu'elle soit si différente de celle de Conne River et je me rends compte que c'est le manque de possibilités. Où les gens de Davis Inlet travaillent-ils? Que font-ils? Quelles sont les ressources offertes à leurs enfants? Ils vivent encore en vase clos, tandis que les gens de Conne River sont branchés à Internet.

Comment pouvons-nous intervenir? La semaine dernière, j'ai entendu dire qu'une douzaine d'œufs coûtait 8 \$ à Davis Inlet. Pour répondre à leurs besoins nutritionnels, pourrions-nous recourir à des subventions afin que ces personnes n'aient pas l'impression qu'on leur fait la charité, et qu'elles aient des chances égales aux autres en ce qui concerne l'achat de nourriture? Ce serait certainement une politique à envisager.

Pourquoi ne pouvons-nous pas agir? Nous pouvons creuser des puits en Angola. J'y ai participé comme membre du Mouvement des guides. Pourquoi ces simples projets communautaires ne peuvent-ils pas aboutir dans nos communautés des Premières

myself for years with residential schools and our First Nation people and I woke up yesterday and no, it will never end. Now it is tuberculosis and the things we did not know that happened to those people.

I have thrown a lot of questions that I would like a few simple answers to, thank you.

Mr. Brooks: I will try to respond to a few of them. I have actually done quite a bit of work with Conne River in the past. There are always determinants for what makes a community successful and what does not. We do appreciate the problems with Davis Inlet. A fundamental determinant with Conne River is leadership. When you have a leader and council that has a vision and a community plan to put the vision together that encompasses socioeconomic components, where the community is today, where they hope to be in 10 or 15 years down the road and how they will get there, including all components like health, education, economic development, maintenance, caring for infrastructure and developing partnerships with other communities, that goes a long way.

I realize there are many issues with Davis Inlet and I cannot say too much on that.

One issue you did bring up, senator, was subsidization. Our department has a program referred to as food mail. I do not run that program, but it does provide partial subsidization, recognizing, to be honest, that food in remote communities is extremely expensive. I have heard cases of a litre of milk costing \$12 in some communities. We are looking at some determinants of health right there. Getting fresh produce in many communities is virtually impossible because of the excessive cost to get it there.

Senator Cook: Are you saying that with the subsidies those are prices to the consumer?

Mr. Brooks: I do not know enough about the program to give you precision, but I would be willing to come back and provide that information.

Senator Cook: It is a dignified way of approaching a problem. People have a right to decent food and a right to live wherever they want.

Mr. Reading: In Ontario, and across Canada, the liquor control board makes sure that a bottle of alcohol, like rum or whisky, is set at a standard price for a province; if you buy it in Northwestern Ontario it will be the same price as it is in Ottawa. However the price of food varies quite a bit.

If we can afford to subsidize and democratize the purchase of alcohol across the province, even in remote areas, why can we not democratize and equalize the price of food for children? It seems to be backwards. I would not mind having to pay a higher price for alcohol to have a guaranteed basket

nations? Parce que nous les avons sacrifiées, bien sûr. Durant des années, je me suis occupée de la question des pensionnats autochtones et de nos Premières nations et hier, je me suis réveillée en disant non, cela n'aura jamais de fin. Maintenant, ces personnes font face à la tuberculose et à des problèmes que nous ignorions.

J'aimerais qu'on me donne quelques réponses simples aux questions que j'ai posées. Merci.

M. Brooks : Je vais essayer de répondre à quelques-unes de vos questions. J'ai beaucoup travaillé pour Conne River dans le passé. Il y a toujours des éléments déterminants qui font qu'une communauté s'en sort bien ou pas. Nous sommes conscients des problèmes de la communauté de Davis Inlet. Le leadership est un facteur essentiel à Conne River. Ce qui contribue grandement au succès de cette communauté, c'est le fait qu'elle a un dirigeant et un conseil dotés d'une vision, assortie d'un plan pour la mettre en œuvre. Celle-ci porte sur les facteurs socioéconomiques, la situation dans la communauté aujourd'hui, les projections sur 10 ou 15 ans et les moyens requis pour qu'elles se concrétisent, y compris la santé, l'éducation, le développement économique, l'entretien des infrastructures et le développement de partenariats avec d'autres communautés.

Je comprends qu'il existe beaucoup de problèmes à Davis Inlet et je ne peux pas trop en parler.

Vous avez soulevé la question des subventions, sénateur. Notre service a un programme que l'on nomme Aliments-poste. Je ne gère pas ce programme, mais je sais qu'il couvre, au moyen de subventions, une partie des frais d'expédition, en tenant compte, bien franchement, du prix extrêmement élevé des aliments dans les communautés éloignées. Dans certaines, un litre de lait coûte 12 \$. Il s'agit là d'aliments essentiels pour la santé. Pour bon nombre de communautés, l'accès à des produits frais est pratiquement impossible à cause du coût excessif du transport des marchandises.

Le sénateur Cook : Êtes-vous en train de dire qu'on pratique ces prix malgré les subventions accordées?

M. Brooks : Je ne connais pas assez le programme pour vous l'affirmer, mais je pourrais revenir et vous fournir l'information.

Le sénateur Cook : C'est une façon habile d'éluder la question. Les gens ont droit à de la nourriture décente et peuvent vivre là où ils le veulent.

M. Reading : En Ontario et ailleurs au Canada, la régie des alcools s'assure que le prix d'une bouteille d'alcool, comme du rhum ou du whisky, est le même partout dans la province, qu'on l'achète dans le Nord-Ouest de l'Ontario ou à Ottawa. On ne peut pas en dire autant pour le prix de la nourriture.

Si nous pouvons subventionner et rendre accessible l'alcool partout dans la province, même dans les régions éloignées, pourquoi ne pouvons-nous pas le faire pour les aliments destinés aux enfants? Ça semble illogique. J'accepterais de payer plus cher pour de l'alcool si on me garantissait un panier de nourriture

of food that had all the nutritional components for healthy development. To me, that is a doable thing we can recommend.

The Chairman: We will see that that is in the report for sure.

Thank you very much. We really do have to run. We are in somebody else's territory right now.

To the committee, could we have a five minute in camera meeting in the room next door? We had a meeting of the steering committee yesterday on which we would like to report.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Wednesday, May 2, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:04 p.m. to examine and report upon 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: Good afternoon, everyone. Thank you for coming, many of you from right across our land, to be with us.

This study on population health fundamentally looks at all of the factors that influence health, including the health care system, but there are at least 13 major determinants that we have now identified in Canada and the rest of the world. We hope to analyze these determinants in detail and make recommendations about the health of segments of our population that are not as healthy as they should be at this point in time. We hope their health status can be improved through our recommendations.

Without further ado, we shall begin. Our first witness is Professor Sylvia Abonji, the Canada Research Chair in Aboriginal Health of the Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, University of Saskatchewan.

Sylvia Abonji, Canada Research Chair in Aboriginal Health, Research Faculty, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit: Thank you very much for this invitation. I am extremely honoured to be invited here today to share my experiences with this committee.

As I have given you my notes, I thought it might be useful to tell you about myself, in order for you to know the context I am coming from with my comments.

dans lequel je retrouverais tous les éléments nutritionnels nécessaires à une saine croissance. À mon avis, c'est une chose réalisable que nous pouvons recommander.

Le président : Nous verrons certainement à ce que cette recommandation apparaisse dans le rapport.

Merci beaucoup. Nous devons vraiment partir. Nous occupons la place de quelqu'un d'autre présentement.

Chers membres du comité, pourrions-nous nous réunir à huis clos durant cinq minutes dans la pièce voisine? Nous avons tenu une réunion du comité directeur hier et nous aimerions vous présenter un compte rendu.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le mercredi 2 mai 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 4 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, et en faire rapport.

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

[*Traduction*]

Le président : Bonjour, tout le monde. Merci à tous d'être venus; bon nombre d'entre vous avez traversé tout le pays pour être ici avec nous.

L'étude sur la santé des populations vise essentiellement à examiner tous les facteurs qui ont une incidence sur la santé, y compris le système de soins de santé, mais il existe au moins 13 grands déterminants que nous avons maintenant cernés au Canada et dans le reste du monde. Nous espérons analyser ces déterminants en détail et formuler des recommandations concernant l'état de santé de certains segments de notre population, qui n'est pas aussi bon qu'il devrait l'être. Nous espérons que nos recommandations permettront d'apporter des améliorations dans ce sens.

Sans plus tarder, nous allons commencer. Nous accueillons d'abord la professeure Sylvia Abonji, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, Université de la Saskatchewan.

Sylvia Abonji, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada, Faculté de recherche, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit : Je vous remercie infiniment de votre invitation. Je suis très honorée d'avoir été invitée ici aujourd'hui pour faire part de mes expériences au comité.

Comme je vous ai donné mes notes, j'ai cru qu'il pourrait être utile de vous parler de moi pour que vous connaissiez le contexte dans lequel se situent mes commentaires.

I have been lucky for the past seven years to be working with the Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit — SPHERU — working with northern Saskatchewan communities to look at their perspectives on the determinants of health. I will share today some of that experience from there.

At the beginning, it is important to say that I myself am not Aboriginal. I come from immigrant and refugee parentage. I am a first-generation Canadian, to put it in context. The views I am sharing are the perspective of a researcher who has worked with some of these communities. I have a Ph.D. in anthropology from McMaster University. We have a fairly diverse background on the panel here, so it might be useful to know what our disciplinary roots are.

As I said, for the past seven years, I have been with SPHERU and am also with the Department of Community Health and Epidemiology at the University of Saskatchewan. My comments today stem from the research experiences and community relationships I have developed as part of SPHERU. Our unit is made up of an 11-member interdisciplinary research team with a mission to promote health equity by understanding and addressing health disparities through policy-relevant research. We have identified three major theme areas in Saskatchewan that we focus on: northern and Aboriginal health, healthy children, and rural health. We have different people who take a lead on those areas.

I know one of the things the Senate committee is interested in involves interventions. We recognize that there are multiple levels of interventions around the determinants of population health targeted from individuals at risk up to communities and more broadly. Just to add to that, we try to think of the research approach that we take also as a kind of intervention, the approach we take being capacity-building, shared control, and cultural relevance of the work we do as a unit.

When I inquired about some of the questions the committee might have for us today, one of them was around the determinants of health in the Aboriginal populations of Canada. Your interest might be how those determinants differ from the 13 identified for Canadians in general. How do these health determinants interconnect? What is the capacity of government to engage with the determinants of health, and what are the priority areas for action?

Again, the entree to that conversation in Saskatchewan has been through some of the health issues with which people identify when we begin a conversation about why. Some of the things people talk about that lead to poor health status are mental health and addictions issues, high suicide rates, chronic health conditions such as diabetes and heart disease, and high rates of injury and death from preventable injuries, and high rates of violence.

J'ai la chance de travailler depuis sept ans à la Saskatchewan Population Health Evaluation Research Unit — la SPHERU — et de travailler auprès des collectivités du Nord de la Saskatchewan pour examiner leurs points de vue sur les déterminants de la santé. Je vous ferai part aujourd'hui de cette expérience.

Il est important de mentionner d'entrée de jeu que je ne suis pas Autochtone. Je suis une Canadienne de première génération dont les parents étaient des immigrants réfugiés. C'est à titre de chercheuse ayant travaillé auprès de quelques-unes de ces collectivités que je m'adresse à vous aujourd'hui. Je possède un doctorat en anthropologie de l'Université McMaster. Les témoins réunis aujourd'hui ont un bagage passablement diversifié, alors il peut être utile de savoir quelle est notre formation.

Comme je l'ai dit, au cours des sept dernières années, j'ai occupé un poste à la SPHERU et je travaille aussi au département de santé communautaire et d'épidémiologie de l'Université de la Saskatchewan. Mon exposé d'aujourd'hui est fondé sur les études que j'ai réalisées et les relations communautaires que j'ai nouées dans le cadre de mon travail à la SPHERU. Notre service se compose d'une équipe de recherche interdisciplinaire de 11 membres, dont la mission consiste à promouvoir l'équité en matière de santé en examinant et en comprenant les disparités sur le plan de la santé dans le cadre d'études stratégiques. Nous avons cerné trois thèmes principaux en Saskatchewan sur lesquels nous nous concentrons : la santé des habitants du Nord et des Autochtones, la santé des enfants et la santé en milieu rural. Diverses personnes dirigent les travaux dans ces secteurs.

Je sais que le comité sénatorial s'intéresse, entre autres, aux interventions. Nous reconnaissons qu'il y a de multiples niveaux d'interventions qui s'articulent autour des déterminants de la santé des populations, allant des interventions auprès des personnes à risque aux interventions à l'échelle de la collectivité. Par ailleurs, nous considérons l'approche de la recherche que nous effectuons comme une sorte d'intervention, puisqu'elle est axée sur la capacité, le contrôle partagé et la pertinence culturelle des travaux que notre service effectue.

Lorsque j'ai demandé quelles questions le comité pourrait nous poser aujourd'hui, l'une d'elles portait sur les déterminants de la santé chez les populations autochtones du Canada. Vous seriez peut-être intéressés de savoir comment ces déterminants diffèrent des 13 principaux facteurs qui touchent la santé des Canadiens en général. Comment ces déterminants de la santé sont-ils liés? Quelle est la capacité du gouvernement d'influer sur les déterminants de la santé, et quels sont les secteurs prioritaires?

Quand nous abordons ce sujet en Saskatchewan, nous parlons tout d'abord des problèmes de santé auxquels les gens s'identifient. Les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, les taux de suicide élevés, les maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiaques, les taux élevés de blessures et de mortalité attribuables à des blessures évitables ainsi que les taux élevés de violence sont quelques-uns des facteurs que les gens associent à un piètre état de santé.

People also talk about having limited involvement in the delivery of health services at the local level and not feeling empowered to take responsibility for their own health, on an individual level and with families and communities.

At the same time, people say that there are significant strengths in northern Saskatchewan that create a fertile ground for innovative partnerships, a couple of which I will talk about later.

In the main, there is a strong tradition of partnership in the province as a whole, a strong sense of unity in a very diverse group, a very strong sense of community in the North and a very strong desire to change some of the health issues that I briefly alluded to.

In terms of our research role and how we became involved in northern Saskatchewan, it began with doing a health transfer evaluation for one of the organizations in the province, and that is simply having the services for which they have control and funding — they need an evaluation of that every five years. Hence, we began there. At the same time, we were also working with the Inuit Tapiriit Kanatami, who had asked us to look at some of the indicators of health in a framework that would make sense.

In working with these diverse groups, we learned that both were highlighting common concerns about understanding and addressing the key determinants of health from within frameworks driven by culturally relevant notions of health and well-being developed at the local community level. As we tackled both of the contracts we were doing, communities were asking larger-level questions that could not be answered with the kinds of indicators around aggregations of individual data. They were interested in knowing how all of their programs and services — not just, for example, the health programs, social services and justice — intersect to create a healthier community. How do these things fit into their view of a healthy community? At the same time, they are arguing how we measure progress in these areas with the kinds of indicators we use. The development of those indicators also needs to be defined at the community level and should reflect local definitions of health and well-being.

That led to a research project that we have just been wrapping up with the northern Saskatchewan communities. We worked with them to define broad domain areas, which looked very much like the health determinants that you might see, and to identify some indicators. There is a framework diagram in the papers that I circulated, and the northern communities collectively agreed that that framework is the one for how they see the health of their communities.

We also looked at the fact that there is that common framework, but recognizing the diversity, we came up with a suite of measures that communities could apply in each of these health determining areas, with the communities saying that some of those made sense for them but others did not. To measure progress in culture and identity, one community might use three

Les gens disent aussi qu'ils s'occupent peu de la prestation des services de santé au niveau local et qu'ils n'ont pas le pouvoir d'assumer la responsabilité de leur propre santé, aux niveaux individuel, familial et communautaire.

Par ailleurs, il y a aussi des points forts importants dans le Nord de la Saskatchewan qui constituent un terrain fertile pour les partenariats novateurs, dont je vous parlerai plus tard.

Dans l'ensemble, il existe une tradition bien ancrée de partenariat dans la province, un solide sentiment d'unité dans un groupe pourtant très diversifié, un profond sentiment d'appartenance à la communauté dans le Nord et un vif désir de régler quelques-uns des problèmes de santé dont j'ai brièvement fait allusion.

Concernant notre rôle de chercheurs et la façon dont nous avons commencé nos travaux dans le Nord de la Saskatchewan, nous avons d'abord fait une évaluation des transferts relatifs à la santé pour un des organismes de la province — une évaluation doit être faite tous les cinq ans simplement pour avoir les services pour lesquels ils ont un contrôle et un financement. Les choses ont donc commencé ainsi. Durant la même période, nous avons travaillé aussi avec l'Inuit Tapiriit Kanatami, qui nous avait demandé d'examiner les indicateurs de la santé dans un cadre qui serait pertinent.

Nos travaux auprès de ces groupes ont fait ressortir des préoccupations communes au sujet de l'importance d'examiner et de comprendre les déterminants de la santé de la population à partir de cadres tenant compte des notions culturelles de santé et de bien-être dans les collectivités locales. Au cours de l'exécution des deux contrats, les collectivités ont soulevé des questions plus générales auxquelles nous ne pouvions pas répondre au moyen des indicateurs fondés sur des regroupements d'expériences individuelles. Elles voulaient savoir comment tous leurs programmes et services — et non seulement les programmes de santé, les services sociaux et la justice, par exemple — interagissaient pour créer une communauté plus en santé. Comment ces choses correspondaient à leur perception d'une collectivité en santé? De même, elles remettaient en question la façon dont nous mesurions le progrès dans ces domaines avec les indicateurs que nous utilisions. Ces indicateurs devaient aussi être définis au niveau de la collectivité et tenir compte des définitions locales de la santé et du bien-être.

Ces travaux ont mené à un projet de recherche que nous venons tout juste de terminer auprès des collectivités du Nord de la Saskatchewan. Nous avons travaillé avec elles pour définir les principaux domaines de la santé, qui ressemblaient beaucoup aux déterminants de la santé, et pour cerner certains indicateurs. Il y a un diagramme dans les documents que j'ai distribués, et les collectivités du Nord ont convenu ensemble que ce diagramme correspond à la façon dont elles voient la santé des collectivités.

Nous nous sommes penchés sur le fait qu'il existe ce cadre commun, mais en reconnaissant la diversité, nous sommes arrivés à une série de mesures que les collectivités pouvaient appliquer dans chacun de ces secteurs déterminants pour la santé; les collectivités nous ont dit que quelques-unes de ces mesures étaient pertinentes pour elles, mais que d'autres ne l'étaient pas. Pour

or four measures, while another community might use two of the same measures but two other measures as well. There is some variability in how they assess how they are doing in a particular area.

In suggesting some of measures people might use, we also wanted to look at what is already being collected in national-level surveys and what can be comparable there. We identified some of those and areas where data already exists for people.

We wanted to be able to compare how communities are doing across and not just within, the idea of a core set of indicators that could be common, with variability built in with indicators that might be community-specific, so that communities also can get a sense of how they are doing in their place.

In some domain areas, there are some good indicators that people are already measuring in surveys elsewhere. In other areas, such as culture and identity, there are not good measures yet, so there needs to be some development.

I also wanted to say that this idea about measures and indicators is just information. With respect to what that information means and how it is interpreted, it is important to have that kind of discussion happen at multi-levels, including the community, so that you get a sense from community members as to what it means if we are saying “X percentage of people are speaking our language,” “Y percentage of people have access to a certain physical activity.”

The framework I have suggested identifies some of the health determining areas and maybe some of the measures that one might use. What is not yet clear is how those health determinants might interact with each other, and work still needs to be done in this area. There is this whole notion of why we want to measure that as opposed to this. How does that tell us what is happening? How do some of the things we are measuring under identity and culture intersect with what we are seeing in our services and infrastructure?

Part of the concern about understanding that dynamic at the local level is the larger-level work being done around developing indices, in which a whole bunch of measures are grouped and weighed in a particular way to come up with a sense of a collective well-being — which is very important work, the concern being that in aggregating up to those levels, some of the nuances might be lost by looking at some of those individual indicators. It is important to highlight that the indicator and indices happening at a national level is important, but the community side of things also must be taken into account. This is much in agreement with the Canadian Institute for Health Information in terms of what they are thinking as well.

Another question was about the capacity of government to encourage a population health approach in Aboriginal communities. My involvement there is not direct, but I wish to point to two directions where there are some successful multi-jurisdictional population health partnerships taking place in

mesurer le progrès en matière de culture et d'identité, une collectivité peut utiliser trois ou quatre mesures, tandis qu'une autre pourrait utiliser deux de ces mesures et deux autres différentes. La façon dont elles évaluent leur situation dans un domaine particulier varie.

En proposant ces mesures, nous voulions aussi examiner les données qui étaient déjà recueillies dans les enquêtes à l'échelle nationale et ce qui pouvait être comparé. Nous avons identifié certaines données ainsi que les domaines où des données existaient déjà.

Nous voulions être en mesure de comparer les collectivités les unes aux autres et non seulement face à elles-mêmes, l'idée étant d'avoir un ensemble commun d'indicateurs, avec certaines variables qui seraient propres à chacune des collectivités, pour que celles-ci puissent savoir un peu comment elles se situent.

Dans certains domaines, il existe de bons indicateurs que les gens mesurent déjà dans le cadre d'enquêtes. Dans d'autres domaines, comme la culture et l'identité, des mesures adéquates n'ont pas encore été élaborées, et il est nécessaire d'en concevoir.

Je tenais à dire également que ces mesures et ces indicateurs ne sont que des données. Quant à leur signification et leur interprétation, le débat doit se tenir à de multiples niveaux, y compris auprès de la collectivité, pour que vous sachiez au contact de ses membres ce que cela signifie quand on dit « X p. 100 de la population parlent notre langue », « Y p. 100 de la population ont accès à une certaine activité physique ».

Le cadre que j'ai proposé présente certains domaines déterminants pour la santé et certaines mesures pouvant être utilisées. Or, on ne sait pas encore exactement comment ces déterminants de la santé peuvent interagir, et des travaux sont encore nécessaires à ce chapitre. Il reste à savoir pourquoi nous voulons mesurer ceci par rapport à cela. Qu'est-ce que cela nous dit sur une situation donnée? Comment les choses que nous mesurons relativement à l'identité et la culture interagissent avec ce que nous voyons dans les services et les infrastructures?

Il est difficile de comprendre cette dynamique au niveau local en partie parce que les indices sont élaborés à une échelle plus vaste, où toute une série de mesures sont groupées et pondérées d'une façon particulière pour en arriver à un certain sens du bien-être collectif; ce travail est très important, mais il faut savoir qu'en regroupant les mesures à ces niveaux, certaines nuances peuvent être perdues quand on songe à certains indicateurs individuels. Il importe de souligner que les indicateurs et les indices que l'on relève à l'échelle nationale sont importants, mais la dimension communautaire doit aussi être prise en considération. Cet avis est partagé par l'Institut canadien d'information sur la santé.

On s'est demandé également quelle est la capacité de l'État d'encourager une approche globale de la santé des populations autochtones. Je ne m'occupe pas directement de cette question, mais j'aimerais proposer deux pistes de solution. Il y a d'abord des partenariats plurigouvernementaux en matière de santé de la

northern Saskatchewan that might be good models to look at. The other direction is to look at what is happening in the realm of research and role of the federal government.

The first is the Northern Health Strategy in northern Saskatchewan, which was recognized by the Romanow commission on the future of health care as a successful health partnership. The Northern Health Strategy working group that handles that strategy includes partners from six federal and First Nation jurisdictions, six provincial jurisdictions and one multi-jurisdictional health organization, which is the other health partnership that is a good model to look at.

The Northern Health Strategy partnership developed the Shared Paths for Northern Health project, which was funded through Canada's Primary Health Care Transition Fund, the Aboriginal envelope, and that funding allowed them to develop technical advisory committees that were organized around some of these major health issues identified earlier. Those committees were comprised of people delivering services and community members receiving those services. They worked together to develop plans to deal with those across the North and across the Aboriginal communities, First Nations, Metis and the provincial communities.

The technical advisory committees around specific issues were supported by other committees that focused on areas of human resources, information technology and health information systems as well as other committees and components that looked at cross-jurisdictional issues. As they were raising questions around how these things were supposed to work and how their plan was to be implemented, they could go to these committees with some of the barriers they were running into. The other health partnership was the Athabasca Health Authority.

In terms of priority areas, one priority is to look at how some of those health partnerships are working in northern Saskatchewan as innovative models. A second one is to continue funding initiatives such as Canada's Primary Health Care Transition Fund, which helped the Northern Health Strategy in its planning activities. Another one that is unfolding is the Aboriginal Health Transition Fund. It has been around for three years, but no money is flowing yet to the communities. That is just starting. Three years down the road, the proposals that have come from communities are in the assessment stage now, so it is a fairly slow rollout.

Another priority is more research in the community health frameworks and indicators area, in particular, around the intersections of the health determining conditions. The approach to that needs to be a community-based partnership approach. I will leave it there.

The Chairman: Thank you. I have some questions I would like to ask you, but I will hold them until the other presenters have spoken.

population qui sont fructueux dans le Nord de la Saskatchewan et qui pourraient servir de modèles. L'autre piste consiste à examiner ce qui se passe dans le milieu de la recherche ainsi que le rôle du gouvernement fédéral.

Parlons d'abord de la stratégie de santé dans le Nord, que la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada a reconnue comme étant un partenariat fructueux en matière de santé. Le groupe de travail de la stratégie de santé dans le Nord comprend des représentants de l'administration fédérale, de six Premières nations, de six administrations provinciales et d'un organisme de santé plurigouvernemental, qui est l'autre partenariat en santé pouvant servir de modèle.

Le partenariat de la stratégie de santé dans le Nord a permis de concevoir le projet Shared Paths for Northern Health, qui a été financé au moyen du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, l'enveloppe Autochtone, ce qui a permis de mettre sur pied des comités consultatifs techniques qui étaient organisés autour de quelques-uns des grands enjeux en matière de santé identifiés précédemment. Ces comités se composaient de fournisseurs de services et de résidents bénéficiaires de ces services. Ils ont travaillé ensemble pour élaborer des plans destinés aux collectivités du Nord, aux collectivités autochtones, celles des Premières nations, aux collectivités métisses et provinciales.

Les comités consultatifs techniques chargés des enjeux ont été soutenus par d'autres comités qui se concentraient sur les ressources humaines, la technologie de l'information et la gestion de l'information sur la santé, ainsi que par d'autres comités et éléments du projet chargés des questions pangouvernementales. Tandis qu'ils se posaient des questions sur la façon dont ces choses devaient fonctionner et la façon dont leur plan devait être mis en œuvre, ils pouvaient s'adresser à ces comités lorsqu'ils rencontraient certains obstacles. L'autre partenariat en matière de santé était l'Athabasca Health Authority.

Concernant les domaines prioritaires, il faut notamment examiner comment ces partenariats en santé fonctionnent dans le Nord de la Saskatchewan et peuvent servir de modèles novateurs. Il faut aussi continuer de financer des initiatives comme le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, qui a aidé la stratégie de santé dans le Nord dans ses activités de planification. Il y a aussi le Fonds pour l'adaptation des services de santé à l'intention des Autochtones, qui existe depuis trois ans, mais les collectivités n'ont encore rien reçu. Les choses commencent à peine à bouger. Trois ans plus tard, les propositions formulées par les collectivités sont à l'étape de l'évaluation maintenant, alors la mise en œuvre se fait très lentement.

Il faut également poursuivre les études sur les cadres et les indicateurs de la santé des collectivités autochtones, en particulier sur les interconnexions entre les déterminants de la santé. L'approche à adopter ici est un partenariat axé sur la collectivité. Je vais m'arrêter ici.

Le président : Merci. J'aimerais vous poser quelques questions, mais je le ferai après que les autres témoins auront pris la parole.

Dr. Kue Young, Professor, Department of Public Health Services, Toronto University: I, too, am honoured to be invited to be here. I have never been a witness in any situation, so this is a first for me.

I previously submitted a book chapter on health determinants. I am also here to flog the rest of the book, which I will deposit with the committee so you can order it for everyone else.

I shall only make a few general remarks about health determinants in the Aboriginal population of Canada. It is heartening that the Senate subcommittee has taken an interest in the topic of health determinants of Aboriginal people in Canada. It does not need repeating that Aboriginal people suffer substantial disparities in health status compared to the rest of Canadians. Much research has documented these disparities and the evidence pointing to their origins in broad socio-economic and behavioural determinants that exist.

As a little bit of a background, I speak as an academic researcher who has devoted some 30 years of his professional life in the field of Aboriginal health. I started out as a young general practitioner, when there was no grey hair, in Sioux Lookout in northwestern Ontario, working in a small, rural hospital serving First Nations people and flying out to remote communities, working alongside nurses and community health representatives to provide primary health care. It was an exhilarating experience, introducing me, who came from the Far East, with its teeming millions of people, to a different kind of medical practice and, more important, to Aboriginal people and their culture. Since that time, I have engaged in public health administration, teaching and research in both Northern Canada and developing countries. I have done quite a bit of research on Aboriginal health, and my current research interests focus on the prevention of diabetes.

Now I will be more provocative. Thirty years ago, I thought I knew the solution to the problem of health disparities between Aboriginal people and other Canadians. Today, I am not too sure that there are ready solutions. We all know what the problems are, and we are quite sure of their causes, but despite a massive amount of human financial resources these disparities have not been erased. There are communities in northwestern Ontario that I have visited repeatedly over the years, and I am sad to conclude that not only has health and well-being not improved but that in many cases the situation has become worse. A few weeks ago, *The Globe and Mail* carried a full-page article about a community in northwestern Ontario. This is a community I know very well. This article, published in 2007, could easily have been published in 1977, with not a single word changed, and even the name of the community would remain the same.

I would be happy to engage with you a discussion about some of the issues and some ideas that could help redress this disparity.

Dr Kue Young, professeur, Département des services de santé publique, Université de Toronto : C'est un honneur pour moi également d'être invité ici. Je n'ai jamais témoigné, dans aucun cadre, alors c'est une première pour moi.

J'ai déjà présenté le chapitre d'un livre sur les déterminants de la santé. Je suis ici également pour déposer le reste du livre, alors vous pourrez le commander pour tous les autres.

Je ferai seulement quelques observations générales sur les déterminants de la santé de la population autochtone du Canada. C'est encourageant de voir que le sous-comité sénatorial s'intéresse à cette question. Je ne crois pas qu'il faille insister sur le fait qu'il y a des écarts considérables entre l'état de santé des peuples autochtones et celui des autres Canadiens. Beaucoup de recherches ont documenté ces écarts et ont démontré qu'ils ont pour origine de vastes déterminants socioéconomiques et comportementaux.

Je vous adresse la parole à titre de chercheur en milieu universitaire qui a passé près de 30 ans de sa vie professionnelle dans le domaine de la santé des Autochtones. J'ai commencé ma carrière comme omnipraticien à Sioux Lookout, dans le Nord-Ouest de l'Ontario, alors que je n'avais pas de cheveux gris. Je travaillais dans un petit hôpital rural desservant des patients des Premières nations et je me rendais par avion dans des collectivités éloignées pour travailler côte à côte avec des infirmières et des représentants en santé communautaire afin de donner des soins de santé primaires à la population. Pour moi qui suis originaire de l'Extrême-Orient, où la population est très dense, ce fut une expérience exaltante de m'initier à une pratique différente de la médecine et, surtout, de faire connaissance avec les peuples autochtones et leur culture. Depuis cette époque, j'ai travaillé dans les secteurs de l'administration de la santé publique, de l'enseignement et de la recherche, dans le Nord du Canada et dans des pays en développement. J'ai effectué beaucoup de recherches sur la santé des Autochtones, et mes travaux actuels sont axés sur la prévention du diabète.

Ce que je vais dire maintenant sera plus contrariant. Il y a 30 ans, je pensais connaître la solution au problème des écarts entre l'état de santé des Autochtones et celui des autres Canadiens. Aujourd'hui, je ne suis plus trop certain qu'il existe des solutions toutes faites. Nous connaissons tous les problèmes et nous sommes assez certains des causes, mais malgré des quantités énormes de ressources, tant humaines que financières, les écarts ne se sont pas rétrécis. Dans certaines collectivités du Nord-Ouest de l'Ontario que j'ai visitées à plusieurs reprises au fil des années, je suis triste de conclure que non seulement la santé et le bien-être des habitants ne se sont pas améliorés, mais que, dans de nombreux cas, la situation s'est aggravée. Il y a quelques semaines, le *Globe and Mail* a publié une page complète sur une collectivité du Nord-Ouest de l'Ontario, que je connais très bien. Cet article, publié en 2007, aurait pu être publié en 1977 sans qu'un seul mot ne soit changé, ni même le nom de la collectivité.

Je serais heureux de m'entretenir avec vous sur quelques-uns des enjeux et quelques idées qui pourraient contribuer à rétrécir cet écart.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Young. We will now hear from the National Aboriginal Health Organization.

Carole L. Lafontaine, Acting Chief Executive Officer, National Aboriginal Health Organization (NAHO): Good afternoon. It is an honour to be here once again. NAHO welcomes this opportunity to appear before the committee today.

NAHO is an Aboriginal-designed-and-controlled body that strives to influence and advance the health and well-being of Aboriginal peoples through knowledge-based activities and strategies. First Nations, Metis and Inuit concepts of health incorporate the mental, physical, spiritual, emotional and social aspects of health. Furthermore, the health and well-being of individuals and communities are interdependent and equally important.

Over one million people in Canada identify as Aboriginal, representing 3.3 per cent of the overall population. Sixty-two per cent are First Nations, 30 per cent are Metis, and 5 per cent are Inuit. Each group is significantly distinct from the other and has a unique history. Within each group, there is also considerable diversity. Compared to the general Canadian population, the Aboriginal population is young, with 50 per cent under the age of 25, rapidly increasing in size, with the highest birth rate in Canada, and mobile, with large segments increasingly concentrated in urban and inner-city areas.

Understanding the interactive nature of the social determinants of health requires a holistic response to the complex dilemmas faced by First Nations, Inuit and Metis communities. Woven together, the meagre social indicators corresponding to First Nations, Inuit and Metis affect quality of life and health status of Aboriginal peoples.

Additionally, the health of First Nations, Metis and Inuit is further affected by such factors as geography and access to health services. For example, the health profile of an Inuit community in Northern Quebec versus a First Nations community located within 20 kilometres of an urban area is distinct and shaped by access to health services, mental and physical, access to affordable healthy food, access to post-secondary education and to employment opportunities. Geographical considerations render pan-Aboriginal approaches inappropriate.

While the social and broader determinants of health offer a comprehensive analysis of understanding the pathways leading to the disparities in the health status of Aboriginal peoples in general, First Nations, Inuit and Metis require a specific lens and appropriate solutions accounting for their historic and contemporary realities.

Specifically, here are some examples of how the social determinants of health interact to affect specific populations. For Inuit, the high cost of food combined with low incomes of Inuit families facilitate food insecurity in Canada's North. I will

Le président : Merci beaucoup, docteur Young. Nous écouterons maintenant la porte-parole de l'Organisation nationale de la santé autochtone.

Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire, Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) : Bonjour. C'est un honneur pour moi d'être ici encore une fois. L'ONSA est ravie de pouvoir comparaître devant le comité aujourd'hui.

L'ONSA est un organisme conçu et contrôlé par des Autochtones, qui tente d'influencer et de faire avancer la santé et le bien-être des peuples autochtones par des activités et des stratégies fondées sur la connaissance. Chez les Premières nations, les Métis et les Inuits, les concepts de santé comprennent les dimensions mentale, physique, spirituelle, affective et sociale de la santé. De plus, la santé et le bien-être des personnes et des collectivités sont interdépendants et tout aussi importants.

Au Canada, plus d'un million de personnes s'identifient comme Autochtones, ce qui représente 3,3 p. 100 de la population totale. De ce nombre, 62 p. 100 sont des membres des Premières nations, 30 p. 100 sont des Métis et 5 p. 100 sont des Inuits. Chaque groupe est distinct l'un de l'autre et a une histoire qui lui est propre. Il existe également une grande diversité au sein de chaque groupe. En comparaison avec la population canadienne en général, la population autochtone est jeune — 50 p. 100 ont moins de 25 ans — elle augmente rapidement, ayant le plus haut taux de natalité au Canada, et elle est mobile, ayant de larges segments de plus en plus concentrés dans des zones urbaines.

Pour comprendre la nature interactive des déterminants sociaux de la santé, il faut une approche holistique devant les dilemmes complexes auxquels sont confrontés les Premières nations, les Inuits et les Métis. Mis ensemble, les quelques indicateurs sociaux correspondant aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis influent sur la qualité de vie et l'état de santé des peuples autochtones.

De plus, les facteurs tels que la géographie et l'accès aux services de santé exercent une influence sur la santé des Premières nations, des Métis et des Inuits. Par exemple, le profil de santé d'une collectivité inuite du Nord du Québec est bien différent de celui d'une collectivité des Premières nations située à 20 kilomètres d'une zone urbaine; ce profil est tributaire de l'accès aux services de soins de santé, tant mentale que physique, de l'accès à des aliments sains abordables, de l'accès aux études postsecondaires et des possibilités d'emploi. Les considérations d'ordre géographique rendent les approches panautochtones inappropriées.

Tandis que les déterminants sociaux et généraux de la santé offrent un portrait plus global des facteurs menant à certains écarts relativement à l'état de santé des peuples autochtones, la situation particulière des Premières nations, des Inuits et des Métis nécessite un éclairage qui leur est propre et des solutions qui tiennent compte de leur réalité historique et contemporaine.

Voici quelques exemples montrant comment les déterminants sociaux de la santé interagissent et affectent certaines populations en particulier. Pour les Inuits, le coût élevé des aliments conjugué au faible revenu des familles contribue à créer une insécurité

give you an extreme example: One litre of McCain orange juice in Pond Inlet costs \$21.69, versus approximately \$3 elsewhere in Canada in 2006. A nutrition and food security pilot project in Nunavut found that five out of six Inuit households were classified as food insecure.

The low education attainment by Inuit youth can affect life choices. High-level literacy makes it possible for people to have the knowledge and the understanding they need for education, employment and coping skills and provides the best foundation in making healthy life choices.

Overcrowded households affect mental health and illnesses such as respiratory, skin and intestinal illnesses. Investments in housing can augment the mental health of Inuit families, but complementary investments in education and community infrastructure can lead to improvements in the overall health of the community.

For Metis, the limited comprehensive data on Metis in general makes it difficult to precisely gauge the social determinants of health for Metis. The best sources include census data and the Aboriginal Peoples Survey where there is a Metis supplement.

Data from the 2001 Aboriginal Peoples Survey reveal that Metis experience disadvantage from childhood. Low income and single parenting jeopardize access to nutritious food and quality housing, two fundamental determinants of health with specific impacts on healthy child development.

Compounding this, employment and income shape overall quality of life in both rural and urban settings.

For First Nations, incomplete education levels and inadequate income translate into high dependency on social assistance. Overcrowded and substandard housing can stress the mental health of First Nations by facilitating social tension and depression. When accessing health services, many First Nations face linguistic and cultural barriers in dealing with mainstream service providers. Developing culturally competent health care provisions can enhance the quality of health care and services for First Nations people.

Although multiple challenges exist when addressing the disparities experienced by First Nations, Metis and Inuit, specific evidence can support appropriate solutions corresponding to the realities of each population. Public policies and fiscal allocations are better informed by specific data that show the scope of needs in First Nations, Inuit and Metis communities. Fractured jurisdictional responsibilities, lack of communication and duplication in research further complicates a needed comprehensive approach.

alimentaire dans le Nord du Canada. Je vais vous donner un exemple extrême : en 2006, un litre de jus d'orange McCain coûtait 21,69 \$ à Pond Inlet, alors qu'il se vendait environ 3 \$ partout ailleurs au Canada. Un projet pilote sur la nutrition et la sécurité alimentaire mené au Nunavut a permis de constater que cinq foyers inuits sur six vivaient dans l'insécurité alimentaire.

Le faible taux de scolarité que l'on observe chez les jeunes Inuits a un effet sur leurs choix de vie. Un haut niveau d'alphabétisation donne aux gens la possibilité d'acquérir les connaissances et la compréhension dont ils ont besoin pour étudier, occuper un emploi et s'adapter, et il est le meilleur garant d'une vie saine.

La surpopulation des logements contribue aux problèmes de santé mentale et physique, comme les maladies respiratoires, cutanées et intestinales. Les investissements dans le logement peuvent contribuer à la santé mentale des familles inuites, mais un investissement complémentaire dans les infrastructures éducatives et communautaires peuvent contribuer à améliorer la santé globale de la collectivité.

Concernant les Métis, les données limitées dont on dispose sur les Métis en général font en sorte qu'il est difficile de mesurer précisément les déterminants sociaux de la santé des Métis. Les meilleures sources d'information sont les recensements et l'Enquête auprès des peuples autochtones, dans laquelle on trouve un supplément sur les Métis.

L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 révèle que les Métis sont désavantagés dès l'enfance. Le fait d'avoir un faible revenu et le fait de vivre dans un foyer monoparental compromettent l'accès à des aliments nutritifs et à un logement de qualité, deux déterminants fondamentaux de la santé qui ont un impact précis sur le développement de l'enfant.

Ajoutons que l'emploi et le revenu façonnent la qualité de vie globale tant en milieu rural qu'en milieu urbain.

Pour les Premières nations, les faibles taux de diplomation et les revenus inadéquats engendrent une forte dépendance à l'aide sociale. Le fait de vivre dans un logement surpeuplé et non conforme aux normes peut exacerber les problèmes de santé mentale chez les Premières nations en favorisant la tension sociale et la dépression. Lorsqu'ils font appel aux services de santé, les membres des Premières nations se butent souvent à des obstacles linguistiques et culturels dans leur contact avec les fournisseurs de services. La formation de fournisseurs de soins de santé culturellement compétents peut augmenter la qualité des soins et des services de santé offerts aux Premières nations.

Même si on se heurte à de nombreuses difficultés lorsqu'on cherche des moyens de combler l'écart qui existe entre les Premières nations, les Métis et les Inuits et le reste de la population canadienne, des données précises peuvent permettre de trouver des solutions qui correspondent aux réalités de chacun de ces peuples. Les politiques publiques seront mieux adaptées si elles s'appuient sur des données précises qui révèlent l'ampleur des besoins des Premières nations, des Inuits et des Métis. La fragmentation des compétences, le manque de communication et des chevauchements dans la recherche nuisent à l'application de l'approche globale qui s'impose.

Due to the interactive nature of the social determinants, improving the health status of First Nations, Inuit and Metis requires short-, medium- and long-term goals that address the multiple priorities of each population.

Thank you for inviting NAHO to offer our insight to this Senate Subcommittee on Population Health. We appreciate and acknowledge your commitment to this work. If we can provide you with additional information, please contact our office. In the packages that we distributed, you will find supporting materials as well as background documents and suggestions for further research.

The Chairman: Thank you. We will hear from Dr. Michael J. Chandler, Professor at the University of British Columbia and distinguished health researcher with the Canadian Institutes for Health Research and with the Michael Smith Foundation for Health Research. I knew Michael Smith very well; he was a wonderful man.

Dr. Michael J. Chandler, University of British Columbia Professor and distinguished health researcher, Canadian Institutes for Health Research (CIHR), and Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR) Investigator, University of British Columbia — Department of Psychology: Thank you for honouring me by asking me to speak to the committee. I read with interest the committee's proceedings when some of my colleagues, all of whom are heads of something, appeared to give evidence. I am not the head of anything but am still what is quaintly called a "curiosity-driven researcher" — unemployed researcher, actually.

That aside, I will tell you about a project that has been going on for at least a dozen years in British Columbia. The project has to do with looking at the social determinants of the issue of Aboriginal youth suicide. I will use four quick talking points.

First, even though the research I will allude to was done in B.C., and even though it is about suicide, I shall try to make the case that those are perhaps not as narrowing as might be suggested and that there is some generalized ability from these findings to not only other provinces but also to other issues of the health of Aboriginal people. Second, I shall talk about what I will call the actuarial fiction of trying to paint in broad strokes claims about suicide in Aboriginal communities. Third, I shall unpack a notion, which I will refer to as cultural continuity, to persuade you that it is of critical importance that Aboriginal communities both achieve some sense of connectedness to their traditional past and gain some kind of control over their civic futures and that it is only by accomplishing those things that we can hold out hope of dealing with some of these health disparities. Fourth, I shall suggest a couple of action and policy implications that might flow from this work.

Compte tenu des liens qui existent entre les déterminants sociaux, afin d'améliorer la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, il faut établir des objectifs à court, à moyen et à long terme qui concernent les diverses priorités de chacun de ces peuples.

Je vous remercie d'avoir invité l'ONSA à formuler ses observations à propos du sujet étudié par le sous-comité sur la santé des populations. Nous vous sommes reconnaissants de mener ces travaux. Si vous croyez que nous pouvons vous fournir de l'information supplémentaire, veuillez communiquer avec nous. Parmi la documentation que nous vous avons remise, vous trouverez des documents d'information ainsi que des propositions quant à d'autres sujets de recherche.

Le président : Merci. Nous allons maintenant entendre le Dr Michael J. Chandler, professeur à l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé. Je connaissais très bien Michael Smith; il était un homme extraordinaire.

Dr Michael J. Chandler, professeur au département de psychologie de l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé : Je vous remercie de me faire l'honneur de m'inviter à m'adresser au comité. J'ai lu avec intérêt les comptes rendus des séances lors desquelles certains de mes collègues, qui sont tous des dirigeants, ont comparu. Je ne suis pas un dirigeant, mais je suis tout de même ce qu'on appelle étrangement un chercheur motivé par la curiosité.

Cela étant dit, je vais vous parler d'un projet qui a été entrepris il y a au moins une douzaine d'années en Colombie-Britannique. Il s'agit d'une étude sur les déterminants sociaux liés au suicide chez les jeunes Autochtones. Mon exposé comprendra quatre points.

Premièrement, même si l'étude dont je vais vous parler est menée en Colombie-Britannique et qu'elle porte sur le suicide, je vais tenter de démontrer que les constatations peuvent permettre, contrairement à ce qu'on pense, de faire des déductions non seulement par rapport à la situation qui existe dans d'autres provinces, mais aussi en ce qui concerne d'autres problèmes de santé observés chez les Autochtones. Deuxièmement, je vais parler de ce que j'appelle la fiction actuarielle sur laquelle on s'appuie pour faire des affirmations à propos du suicide au sein des communautés autochtones. Troisièmement, je vais vous expliquer une notion que j'appelle la continuité culturelle afin de vous persuader qu'il est essentiel que les Autochtones développent un sentiment d'appartenance à leur culture traditionnelle et qu'ils aient le contrôle de leur avenir, car c'est seulement cela qui pourra nous permettre d'espérer combler les écarts qui existent sur le plan de la santé. Quatrièmement, je vous citerai quelques répercussions sur les mesures et les politiques que pourraient avoir ces travaux.

I will pick off those four points as quickly as I can, one at a time, and briefly comment on the fact that the data I want to describe to you from B.C. is about suicide as opposed to some broader palette of questions about health disparity.

It is important to see youth suicide as a kind of coal miners' canary. I am the son of a Welsh coal miner — and as you know miners carried canaries into the coal mines. When the canaries fell off their perch and died, everyone knew it was time to take action because hazards were abounding. I want to suggest that suicide is like that. When communities fail to create a living environment in which young people feel that life is worth living, then we know that serious problems stretch throughout the whole of their health and well-being.

Relating to the issue of the fact that I will report on B.C. data, I know from the material that I read that the committee is very concerned with the units of analysis problem. You have intuited that it is probably not wise to talk about suicidality or any other health problem in terms of some generic reporting figure for the whole of Canada. You have asked questions about urban versus reserve Aboriginals and about Metis versus Inuit versus First Nations communities. There is a struggle not only in this committee but also in the scientific community at large to find a proper level of analysis. At one extreme there is the possibility of ending up with a conglomerate of anecdotes by looking at individual cases; at the other extreme, we are talking about the whole of the Canadian Aboriginal population with the intuition that that will not work. In my case, we tried to make and win the argument that the best level of analysis is probably the level that is most respectful of Aboriginal culture. Therefore, we have chosen band-level analysis of data to try to get at that question.

The bands happen to be in British Columbia, where there happen to be almost 200 of them. It is an enormously diverse population, with 14 different languages spoken and radically different living circumstances and histories. In a moment, I will tell you about our attempt to look at the restricted problem of youth suicide as it emerges across those 200 bands.

In terms of the broader implications of my research, I shall say a bit about this somewhat curious notion of the idea of generic claims about suicide in Canada as actuarial fictions. When people take all of the youth suicides in Canada and divide out by the number of young Aboriginal people and get a suicide rate that is between 5 and 20 times the national average, it is not uninteresting, and people did not get their sums wrong; at the same time, it is largely not only empty of real meaning but somehow equating the notion of suicidality and Aboriginality, which is often done in the press, and is a subtle form of racism. I will try to make that point. I believe two graphs were circulated to you. One is a spiky-looking thing called figure one. If you do not have it, I will describe it.

It plots on the vertical dimension suicide rates and along the bottom it lists out bands. If it turned out that what band you happened to be a member of had no bearing on the likelihood

Je serai aussi bref que possible, et je tiens à vous rappeler que les données dont je vais vous faire part concernent le suicide en Colombie-Britannique.

Il est intéressant de comparer le suicide chez les jeunes au canari du houilleur. Je suis le fils d'un houilleur gallois, et comme vous le savez, les houilleurs emmenaient avec eux des canaris dans les mines de charbon. Lorsque les canaris mourraient, tout le monde savait qu'il était alors temps d'agir parce que cela signifiait que les dangers étaient nombreux. Le suicide est comparable à cela. Lorsque les communautés ne réussissent pas à créer un milieu au sein duquel les jeunes ont le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue, nous savons alors que de graves problèmes touchent leur santé et leur bien-être.

Pour ce qui est du fait que je vais parler des données recueillies en Colombie-Britannique, je tiens à vous dire que je sais, d'après ce que j'ai lu, que le comité est grandement préoccupé par le problème que posent les unités d'analyse. Vous pensez qu'il n'est probablement pas judicieux de parler du suicide ou de tout autre problème de santé en s'appuyant sur des données qui portent sur l'ensemble du Canada. Vous avez demandé d'obtenir des comparaisons entre les Autochtones qui vivent en milieu urbain et ceux qui habitent dans les réserves ainsi qu'entre les Métis, les Inuits et les Premières nations. Tout comme vous, les scientifiques se demandent quel serait le niveau approprié d'analyse. D'un côté, il est possible qu'on se retrouve avec une multitude d'anecdotes si nous nous penchons sur des cas individuels; et d'un autre côté, si nous parlons en fonction de l'ensemble des Autochtones du Canada, nous avons le sentiment que ce n'est pas exactement ce qu'il faut faire. Selon nous, le meilleur niveau d'analyse est probablement celui qui tient le mieux compte de la culture autochtone. Par conséquent, nous avons décidé de procéder à une analyse des données pour chaque bande.

Les bandes en question vivent en Colombie-Britannique, province où on en trouve près de 200. Il s'agit d'une population extrêmement diversifiée, où on recense 14 langues différentes ainsi que des conditions de vie et des passés très variés. Dans un instant, je vais vous parler de notre tentative d'examiner le problème du suicide chez les jeunes au sein de ces 200 bandes.

Auparavant, je vais aborder la question des affirmations génériques au sujet du suicide au Canada, que je qualifie de fictions actuarielles. Lorsqu'on divise le nombre de suicides chez les jeunes au Canada par le nombre de jeunes Autochtones et que nous obtenons un taux de suicide qui est de 5 à 20 fois supérieur à la moyenne nationale, il s'agit tout de même d'une statistique intéressante et exacte, mais en même temps, elle est largement dépourvue de signification, et en plus, le fait d'associer les Autochtones au suicide, ce que la presse fait souvent, constitue une forme subtile de racisme. C'est ce que je vais tenter de faire valoir. Je crois que deux graphiques vous ont été distribués. L'un d'eux est intitulé « Figure 1 ». Si vous ne l'avez pas sous les yeux, je vais vous le décrire.

Sur la ligne verticale, on trouve les taux de suicide et sur la ligne horizontale, le nom des bandes. S'il s'avérait que la bande dont vous faites partie n'a eu aucune influence sur la possibilité que les

that youth in that community would commit suicide, that graph would be flat; it would be the same for every community. I draw your attention to the fact that it is not like that at all; in fact, it is just the opposite. That graph shows a radically saw-toothed pattern where, in many instances, the rate of suicide for a particular community essentially touches the ground, meaning there are no suicides. In others, the rate is hundreds of times the national average.

I want you to take away from that that, if you sum across all of that, it turns out that something like 90 per cent of the extravagant number of suicides in British Columbia are owed to only 10 per cent of the bands. Half the bands in the province have no suicides in what is now a 13-year reporting period.

That, if one can say so about our own data, is interesting and alarming. Any claim about the suicidal Aboriginal flies out the window in the face of such evidence. It is clear that we simply cannot talk about suicide as an Aboriginal problem; we have to talk about it as a problem that is characteristic of some communities and not others.

With that point, hopefully, made, let me go on to the third of my talking points. Here is where I promised to unpack the notion of cultural continuity. Once you look at a graph such as figure 1, the problem that inquiring minds want to solve is this: What is true of those bands that have no suicides? What distinguishes them from bands that have as many as 800 times the national average of suicides? If we could figure that out, then we would be off and running somehow. Much of the research that my colleagues and I have been doing is to try to answer that question.

I want to caution that, unfortunately, the ordinary way of addressing this problem is to go on a fishing expedition. You troll through 10,000 Statistics Canada variables hoping to snag something that correlates with the difference between bands that have high and low suicide rates. My caution would be that, if you do that, you will probably come up empty, and, if you do not, you will not know what to make of the results that you got in the first place. You have to have a theory-driven reason to look for what might account for the radical differences between these bands.

There is a long back story about how my own research group has tried to do this, and time will not permit me to go into that story, but it began with a decade of research — not into Aboriginal communities; in fact, not even Aboriginal people, just young people in general — asking what it was that characterized the difference between kids who were actively suicidal and kids who were not. The bottom line is that we ended up looking at an issue we call personal continuity of self; that is, young people who live in a rapidly changing world have to somehow understand themselves to be the same person they used to be and somehow have a commitment to the person they are en route to becoming. If you do not have that, you do not have any faith or hope about your own future.

jeunes de cette communauté se suicident, la ligne de ce graphique serait plate; ce serait le cas pour toutes les collectivités. J'attire votre attention sur le fait que ce n'est pas du tout le cas. La ligne du graphique est en dents de scie, et on peut observer que, dans bien des cas, le taux de suicide est nul. Dans d'autres cas, on peut voir que le taux est des centaines de fois plus élevé que la moyenne nationale.

Ce qu'il faut constater à partir de ce graphique, c'est que 90 p. 100 du nombre extrêmement élevé de suicides en Colombie-Britannique ont eu lieu au sein de 10 p. 100 des bandes seulement. C'est donc dire que la moitié des bandes de la province n'ont connu aucun suicide depuis 13 ans.

On peut dire à propos de ces données qu'elles sont intéressantes et alarmantes. À la lumière de ces statistiques, il devient impossible d'affirmer que les Autochtones sont suicidaires. Il est évident que nous ne pouvons tout simplement pas prétendre que le suicide constitue un problème chez les Autochtones; nous devons en parler comme étant un problème qui touche certaines communautés uniquement.

Cela étant dit et bien compris, j'ose espérer, permettez-moi de passer au troisième point de mon exposé. J'en suis rendu à vous expliquer la notion de continuité culturelle. Après avoir examiné le graphique dont je viens de vous parler, les esprits curieux se poseront les questions suivantes : qu'est-ce qui explique le taux de suicide nul chez certaines bandes? Qu'est-ce qui les distingue des bandes qui enregistrent un taux de suicide qui peut être jusqu'à 800 fois supérieur à la moyenne nationale? Si nous pouvions le déterminer, ce serait un bon point de départ. La majorité des recherches que mes collègues et moi-même menons vise à répondre à ces questions.

Je tiens à souligner que, malheureusement, la façon habituelle de procéder pour essayer de trouver des réponses à ces questions consiste à parcourir des milliers de données recueillies par Statistique Canada, en espérant tomber sur certaines qui permettraient d'établir une corrélation avec la différence qui existe entre les bandes qui ont un taux de suicide élevé et les autres. Si on choisit de procéder ainsi, il est probable qu'on n'en retire rien, mais si on ne le fait pas, on ne pourra rien faire des résultats qu'on a obtenus. Il faut avoir une raison motivée par une théorie pour chercher ce qui pourrait expliquer l'écart extrême qui existe entre ces bandes.

Je n'aurai pas assez de temps pour vous expliquer comment mon groupe de recherche en est venu à se pencher là-dessus. Je peux vous dire brièvement que nous avons d'abord mené des recherches pendant une dizaine d'années — non pas sur les communautés autochtones, mais bien sur les jeunes en général — en vue de déterminer ce qui distinguait les enfants suicidaires de ceux qui ne l'étaient pas. Cette recherche nous a amenés à examiner ce que nous appelons la continuité personnelle. Selon cette notion, un jeune qui vit dans un monde en rapide évolution doit comprendre qui il est pour pouvoir continuer d'être la même personne et il faut qu'il soit prêt à être la personne qu'il est en voie de devenir. Sinon, il n'aura aucune confiance ni aucun espoir envers l'avenir.

The research I want to talk about is an attempt to project that notion of continuity onto the cultural level and ask what it means for a culture that too can only exist and is constituted by the fact that it has a history and a future. The question is this: What could we find that would be some expression of the effectiveness with which some communities but not others have achieved the sense of their cultural continuity connecting them to their traditional past and to their own, as yet unrealized, futures?

We were handicapped here because we had to find available data that somehow spoke to these questions. We proceeded in two steps. Wave one of this research operation covered a five-year period, 1987 to 1992, and we tried to pick out things that we believed were expressive of the efforts on the part of communities to hook up with their traditional pasts and to gain control over their own civic futures. We came up with half a dozen such measures. They include — and I know this is a topic of special interest to the committee — self-government, as well issues of whether the community had control over health delivery systems, educational and policing systems, and had created some vehicle for the preservation of culture, such as a community centre.

I want to turn your attention to what is now figure 2 in the handout. That figure means to demonstrate that, if you score every Aboriginal community in British Columbia, all 197 of them, in terms of how many of those six factors about cultural continuity they have, the answer could be all of them, none of them or everything in between. The graph shows that all those communities that have all of those factors have no suicides. Every community that has none of those factors has a suicide rate essentially 150 times the national average.

Again, if one can say so about one's own work, that too is startling. If you have this handful of things that can be said about you as a community, there will be no suicides in your community. If you have none of them, woe be upon you.

The second wave of data replicated that for the period 1997 to 2000, and in effect perfectly replicated it, but in addition it went on to add three new variables. One of those variables included whether the communities had control over child welfare services. Another was whether they had more than half of their tribal council made up of women. If you like, I could try to unpack why that is important, but it comes down to the fact that, in Aboriginal cultures and in other cultures, women are traditionally the cultural keepers and kin keepers. Finally, we most recently collected data about the success with which communities are hard at work preserving their indigenous languages. It turns out that all three of those factors — control over welfare, the number of women in Aboriginal government and efforts to preserve language — also strongly correlate with suicide rate, and if you throw them into the mix, again, every band that has all those factors has no suicides and every band that has none of these factors has an alarming suicide rate.

La recherche dont je veux vous parler vise à transférer cette notion de continuité sur le plan de la culture et à déterminer ce qu'elle signifie pour une culture qui elle aussi peut uniquement exister parce qu'elle a un passé et un futur. La question à poser est celle-ci : qu'est-ce qui fait que certaines communautés, contrairement à d'autres, ont réussi à développer un sentiment de continuité culturelle qui leur permet de faire un lien entre leur passé et leur avenir?

Le problème, c'est que nous devons trouver des données portant sur ces éléments. Nous avons procédé en deux étapes. Dans un premier temps, nos recherches ont porté sur une période de cinq ans, c'est-à-dire de 1987 à 1992. Nous avons tenté de déceler des facteurs qui témoignaient selon nous des efforts déployés par des communautés pour développer un sentiment d'appartenance à leur culture traditionnelle et d'avoir le contrôle sur leur avenir. Nous en avons dénombré une demi-douzaine. On compte notamment — et je sais qu'il s'agit d'un sujet qui intéresse particulièrement le comité — l'autonomie gouvernementale, le contrôle à l'égard des services de santé, de l'éducation et des services de police et l'existence d'éléments visant à préserver la culture, par exemple des installations comme des centres communautaires.

Je veux maintenant attirer votre attention sur le deuxième graphique, qui vise à démontrer que, si on calcule combien de ces six facteurs existent chez chacune des 197 communautés autochtones de la Colombie-Britannique, le résultat pourrait varier entre 0 et 6. Le graphique montre bien que les communautés où tous ces facteurs sont présents n'affichent aucun suicide. À l'inverse, les communautés où tous ces facteurs sont absents enregistrent un taux de suicide 150 fois supérieur à la moyenne nationale.

Si je puis dire, c'est une constatation tout à fait incroyable. Si une communauté a tous ces facteurs, elle ne connaîtra pas de suicide, tandis qu'une autre qui n'en a aucun présentera un taux de suicide élevé.

Dans un deuxième temps, nous avons recueilli les mêmes données pour la période allant de 1997 à 2000, mais nous avons recensé trois nouveaux facteurs. Le premier est le contrôle à l'égard des services de protection de l'enfance. Le deuxième est le fait que la moitié des membres du conseil tribal sont des femmes. Je peux vous expliquer si vous le voulez pourquoi ce facteur est important. Chez les Autochtones et dans d'autres sociétés, les femmes sont traditionnellement des protectrices de la culture et de la famille. Enfin, nous avons récemment recueilli des données au sujet de la mesure dans laquelle les collectivités s'efforcent de préserver leurs langues autochtones. Il s'avère que ces trois facteurs — le contrôle à l'égard des services de protection de l'enfance, le nombre de femmes au sein du gouvernement autochtone et les efforts afin de préserver la langue — sont aussi étroitement liés au taux de suicide, et encore une fois, on a constaté que les bandes où tous ces facteurs sont présents ne connaissent aucun suicide, alors que celles où ils sont tous absents affichent un taux de suicide alarmant.

If time permits, I will say two quick things about what I believe to be policy and action implications. One of these, which is self-evident from the demonstration, is that there is a radical difference community by community in terms of suicide rate — and I would remind you that half of B.C.'s Aboriginal communities have no suicides. I take it to be obvious that any pan-intervention that tries to make the same remedy for every band is simply nonsensical. You are out there solving problems in communities where they do not exist or applying the same solutions to problems in communities in which these problems unfold differently. Somehow there is an important lesson about the specificity with which we need to pinpoint our intervention efforts.

A second and related implication has to do with a long topic, about indigenous knowledge. I am imagining producing a book on how to become a good colonizer. Chapter one would be entitled something like “Epistemic Violence.” You would go into any community you wanted to colonize and immediately define all of that community's indigenous knowledge as null and void. You would do that because, if they do nothing, you would be entitled to treat them as chattel and children who could be ordered about, hopefully, in their best interests. In many cases, that is exactly what happened in our context.

What is evident in the data that is presented in figure 1 — which shows that half the communities not only have no suicides, but have a lower rate of suicide than the general population — is that they obviously know something about how to run a community where young people think life is worth living. We could learn from them and they could learn from one another.

That is really my third point, which has to do with the overworked notion of knowledge transfer and the exchange of best practices. If you are in the business that I am in, writing grants and trying to live up to them, you know that you have to spend a lot of your time explaining how you are transferring knowledge. What that ordinarily means is that knowledge is a product of the academy — people like myself generating knowledge — and then it is handed over to people in government and elsewhere, who are brokers of that and who try to direct it to the users of that knowledge. That model is all top down, all trickle down.

There are two or three things — and Dr. Young said this in talking about how this community looked exactly like it looked 30 years ago. That is not working very well for a number of reasons. One is perhaps that it is not very well informed about on-the-ground conditions, and the other is that it is deeply resented. People do not like to have knowledge made in Ottawa or New York City somehow parachuted into their community, root and branch, and delivered to them. They resent this and often undermine it.

The top-down model does not work very well, or often does not. If it is true that half the communities, at least in B.C, have sufficient indigenous knowledge that they have no suicides — fewer than our

Si le temps le permet, je vais parler brièvement de certaines répercussions de ces constatations selon moi sur les politiques et les mesures. Il est évident qu'il existe une très grande différence entre les divers taux de suicide de chaque communauté — et je vous rappelle à ce sujet que la moitié des collectivités autochtones de la Colombie-Britannique ne connaissent aucun suicide. Il est donc clair qu'il est tout simplement insensé d'essayer d'appliquer une solution unique à l'ensemble des bandes. Il est inutile de vouloir régler des problèmes qui n'existent pas dans certaines communautés ou d'appliquer la même solution à des problèmes qui n'évoluent pas de la même façon dans toutes les collectivités. Nos efforts d'intervention doivent par conséquent être adaptés en fonction des communautés.

Deuxièmement, il faut penser au savoir autochtone. J'ai déjà réfléchi au contenu d'un livre qui expliquerait comment devenir un bon colonisateur. Le premier chapitre pourrait s'intituler par exemple « La violence épistémique ». Il s'agit de déclarer nul le savoir autochtone détenu par les membres de la communauté que l'on veut coloniser. Ainsi, on aurait le droit de considérer ces gens comme des biens personnels et de dicter des ordres aux enfants, pour leur bien, en principe. Dans de nombreux cas, c'est exactement ce qui s'est produit.

Ce qui ressort clairement des données présentées dans le premier graphique — qui montre que chez la moitié des communautés, il n'y a pas de suicide ou le taux de suicide est plus bas que dans le reste de la population en général — c'est que ces communautés en question savent comment gérer une collectivité au sein de laquelle les jeunes estiment que la vie vaut la peine d'être vécue. Nous avons des choses à apprendre d'elles et elles peuvent également apprendre l'une de l'autre.

Cela m'amène d'ailleurs à mon troisième point, qui porte sur la notion galvaudée qu'est le transfert des connaissances et l'échange des pratiques optimales. Dans mon domaine, où on doit demander des subventions, il faut passer beaucoup de temps à expliquer comment les connaissances seront transférées. Habituellement, les connaissances proviennent des universitaires — des gens comme moi — qui les transmettent à des personnes au sein des gouvernements et ailleurs, qui elles essaient de les passer à leur tour aux gens qui devront les utiliser. Il s'agit d'une méthode de transfert descendante.

Il y a deux ou trois problèmes — et c'est ce qu'a affirmé le Dr Young quand il a fait remarquer que cette communauté est identique à ce qu'elle était il y a 30 ans. Cette méthode ne fonctionne pas très bien pour diverses raisons. Premièrement, il y a un manque d'information à propos des conditions sur le terrain, et deuxièmement, il existe un profond ressentiment. Les gens n'aiment pas que des connaissances émanant d'Ottawa ou de New York leur soient en quelque sorte balancées; ils n'aiment pas ça et ils les critiquent souvent.

La méthode de transfert descendante fonctionne rarement bien. S'il est vrai que la moitié des communautés, du moins en Colombie-Britannique, détiennent un savoir autochtone suffisant

general population has — then there is knowledge there. What about the lateral transfer of knowledge from community to community?

That is not without its problems. There is resentment and competition and every other kind of thing that is true of every community in the Aboriginal world. However, there is knowledge there, and my money is on the expectation that there would be less resistance to the sharing of indigenous knowledge than there would be another round of trickle-down, top-down information being parachuted in from Ottawa.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Chandler. That is absolutely fascinating testimony.

Before I go to the senators, I want to make a couple of comments. What we have been hearing so far is that we are not going to affect the problems very much of population health from 30,000 feet — in other words, with high-level bureaucracy. It will have to be done at the community level. We also heard previously, and heard again today, that governance is a big issue for Aboriginal people. When they get control of their governance, they seem to do well, and when they cannot get control of it, they have huge problems.

I will ask one specific question of you, Ms. Abonyi, before I ask the senators to go to questions, just to clarify our further hearings a bit. You mentioned that your structural framework is in keeping with the CIHI initiative — and we will be hearing about that in the next month. How close is it to the structural framework of CIHR, namely, the Institute Aboriginal Peoples' Health and the Institute of Population and Public Health? Is it in sync with them also?

Ms. Abonyi: I would say yes. One of the points I was going to come to was that the Institute for Aboriginal Peoples' Health, in particular, has recognized this kind of framework, and also the approach to developing these kinds of frameworks. That has played an important role in the capacity to do that.

Senator Callbeck: Ms. Abonyi, I wanted to clarify something about the Primary Health Care Transition Fund. It was my understanding that the Northern Health Strategy was funded through that fund. You go on to say that the fund is important but that it is cumbersome and hard to access and that there has not been any money flowing.

Ms. Abonyi: The second one I am referring to is from the Kelowna Accord out of 2004 — a new initiative. Regarding the Primary Health Care Transition Fund, Aboriginal envelope, I cannot speak to it too much. In working with some of these partners around the Northern Health Strategy, these are some of the challenges they talk about — writing the proposals to

pour faire en sorte qu'il n'y ait aucun suicide chez elles — ce qui est mieux que dans la population en général — c'est donc dire qu'elles détiennent des connaissances. Qu'en est-il du transfert latéral des connaissances d'une communauté à une autre?

Cela aussi pose des problèmes. Il y a aussi du ressentiment et de la compétition, comme c'est le cas dans l'ensemble des milieux autochtones dans le monde. Cependant, comme les connaissances existent, je serais prêt à parier qu'il y aurait moins de résistance face au partage du savoir autochtone qu'à la transmission de connaissances qui proviennent directement d'Ottawa.

Le président : Je vous remercie beaucoup, monsieur Chandler. C'était un témoignage tout à fait fascinant.

Avant de donner la parole aux sénateurs, j'ai deux commentaires à faire. Ce qu'on a entendu dire jusqu'à maintenant, c'est que, dans la position où nous sommes, nous ne pourrions pas avoir une grande influence sur la santé des populations. C'est au niveau des communautés que les choses se passeront. Nous avons aussi entendu dire, aujourd'hui comme lors de séances précédentes, que la gouvernance est un élément très important pour les peuples autochtones. Lorsqu'ils peuvent agir de façon autonome, ils semblent bien s'en tirer, mais lorsque ce n'est pas le cas, ils sont confrontés à d'énormes problèmes.

Avant de permettre aux sénateurs de poser leurs questions, j'aurais une précision à vous demander en vue de nos audiences futures, madame Abonyi. Vous avez indiqué que votre cadre structurel est conforme à l'initiative de l'Institut canadien d'information sur la santé dont nous entendrons parler au cours du prochain mois. Dans quelle mesure se rapproche-t-il des composantes structurelles des Instituts de recherche en santé du Canada, à savoir l'Institut de la santé des Autochtones et l'Institut de la santé publique et des populations? Travaillez-vous en synchronisation avec ces organisations?

Mme Abonyi : Je dirais que oui. Je voulais notamment faire valoir que l'Institut de la santé des Autochtones, notamment, a reconnu la valeur de ce type de cadre ainsi que l'approche utilisée pour le mettre en place. Cette reconnaissance a grandement contribué à notre capacité d'intervention en ce sens.

Le sénateur Callbeck : Madame Abonyi, j'aimerais avoir un éclaircissement au sujet du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. J'avais cru comprendre que la Stratégie en matière de santé dans le Nord était financée au moyen de ce fonds. Vous avez souligné l'importance de ce fonds, mais vous avez aussi indiqué qu'il exigeait beaucoup de formalités et était difficile d'accès en plus de noter l'insuffisance des sommes disponibles.

Mme Abonyi : Dans le second cas, je faisais référence à l'Accord de Kelowna de 2004, une nouvelle initiative. Pour ce qui est du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, je ne pourrais pas beaucoup vous parler de l'enveloppe prévue pour les Autochtones. Les partenaires avec lesquels nous avons collaboré dans le cadre de la Stratégie en matière de santé dans

these, having them evaluated in a timely manner and having the funds released.

Senator Callbeck: That clears that up.

Dr. Young, you have certainly have had a lot of experience; you talk about working in the northwestern Ontario area. You said that you are sad to conclude that health and welfare of the First Nations, Metis and Inuit people have not improved and that, in many cases, the situation has become worse. You paint a very depressing and sad situation. Are there any health determinants that are being addressed properly here?

Dr. Young: First, I want to say that I did paint an unduly pessimistic picture. That was probably a momentary thing; most days, I am actually a much better person.

If you look at some clues, life expectancy is increasing. Even in the worst sub-Saharan country in the world, however, life expectancy is increasing, so it is not something we need to be particularly proud of. The infant mortality rate is going down but the disparity is still there.

There are some other determinants. The education level, in general, is increasing. For employment, not much has been changed. If you look at some of these crude sorts of measurements that are routinely collected, they paint a diverse picture, but that is not really where the action is. Mr. Chandler's research is really looking at different kinds of determinants. That is where the interesting things appear. Certain things are definitely much better. Some communities are still functional and coherent and cohesive. Yet, there are multiple cases in Canada where brand new communities are built from the ground up, where people are moved from one place to another; we build them new schools, new roads and buildings and within five years they are burned down. There are the kinds of cases that give one a sense of what else can we do.

We tend also not to bring up success stories. We are guilty of always looking at the bad side of things. There are communities that are doing well. Over the years, there are communities that have managed to sustain themselves despite all kinds of assaults from the outside.

It is a mixed picture, but the real important issue is that there is not a single solution. There is no magic bullet that will say, "Do this and everyone will be fine."

Senator Callbeck: Dr. Chandler, on your graph on the second page, how many communities are represented here?

Mr. Chandler: One hundred ninety-seven.

le Nord nous ont notamment fait part des difficultés associées à la rédaction des propositions requises, à l'évaluation de ces propositions en temps opportun et au versement des fonds accordés.

Le sénateur Callbeck : Voilà qui nous permet de mieux comprendre.

Docteur Young, vous possédez certes une vaste expérience; vous avez notamment travaillé dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Vous avez dit devoir conclure avec regret que la santé et le bien-être des Premières nations, des Métis et des Inuits ne se sont pas améliorés et que, dans bien des cas, la situation s'est même détériorée. Vous nous avez brossé un tableau fort triste et déprimant de la situation. Y a-t-il des déterminants de la santé qui sont vraiment pris en charge de manière adéquate?

Dr Young : D'abord et avant tout, je veux dire que je n'ai pas brossé un tableau plus pessimiste qu'il ne le fallait. Ce n'était probablement que passager; la plupart du temps, je suis beaucoup plus agréable.

Si l'on examine quelques indices, on constate que l'espérance de vie augmente. Mais comme elle est également à la hausse même dans les pays subsahariens les plus mal en point de la planète, il n'y a pas lieu d'en tirer une fierté particulière. Le taux de mortalité infantile est à la baisse, mais la disparité demeure.

Il y a quelques autres déterminants à considérer. En général, le niveau de scolarité augmente. Du côté de l'emploi, la situation n'a guère évolué. Si on se fie à certaines de ces mesures sommaires qui sont habituellement compilées, on obtient un portrait très varié, mais ce n'est pas vraiment là que les choses se passent. Les recherches de M. Chandler portent en fait sur différents types de déterminants. C'est là où ça devient intéressant. Certaines choses se sont, sans l'ombre d'un doute, nettement améliorées. Il y a des communautés qui demeurent fonctionnelles et conservent leur cohésion. Cependant, il y a eu au Canada de nombreux cas où des communautés ont été mises sur pied à partir du néant, où des gens sont déplacés d'un endroit à un autre; on érige de nouvelles écoles, de nouvelles routes et de nouveaux édifices et, en l'espace de cinq ans, tout cela est rasé. C'est le genre de situation qui nous incite à nous demander s'il n'y aurait pas lieu de privilégier d'autres solutions.

Nous avons aussi tendance à ne pas faire valoir les histoires de réussite. Nous faisons l'erreur de toujours présenter le mauvais côté de la médaille. Il y a des communautés qui s'en tirent très bien. Au fil des ans, elles sont parvenues à demeurer viables malgré des attaques de toutes sortes en provenance de l'extérieur.

Il y a donc du pour et du contre, mais il faut surtout comprendre qu'il n'existe pas de solution unique. Il n'y a pas de formule magique qui ferait en sorte que tout le monde pourrait bien se porter.

Le sénateur Callbeck : Monsieur Chandler, combien de communautés sont représentées sur votre graphique de la deuxième page?

M. Chandler : Cent quatre-vingt-dix-sept.

Senator Callbeck: In that, where we see the number “6,” I understand that means that when the six qualities you talked about are in the community there are no suicides. How many communities would be in that group?

Mr. Chandler: Almost half of the 197. That is a part of the story you do not hear and that Dr. Young was alluding to. Our trouble in understanding that comes with painting the statistics about these things with too broad a brush. We learn about an Aboriginal suicide rate — and we are looking at many things beyond Aboriginal suicide rate. We are looking at school dropout rate, accident rates and other things, and the picture is always the same. There is enormous variability from community to community in all of these negative outcomes. Talk about suicide makes it into the press, and it creates this illusion of despair.

What is remarkable is that pilloried and savaged as many of these communities have been, they have survived remarkably well. Somehow, if we are trying to ferret around for a solution, our attention needs to be riveted upon those communities that are behaving so successfully against odds. One important thing about this is that many of the things that these communities do that seemingly relate to the good health outcome status were not undertaken for the purposes of improving health. No one, to my knowledge, tried to achieve self-government while saying to him or herself, “and this will reduce youth suicide.” They may have had some generic assumption that it would improve life in general. A lot of energy and money has been directed towards things like suicide prevention, whereas much of the evidence suggests that the things that are most somehow protective against problems like youth suicide were undertaken for a broader purpose. There is a lesson to be learned in that as we try to figure it out. Certainly, it is not a lesson lost on Aboriginal people. They talk about holistic approaches. Perhaps we are being invited to share an Aboriginal perspective on this.

Senator Callbeck: You say half are in that group as compared to the other end — the “0” — of the chart. How many are in that?

Mr. Chandler: In the most extravagantly high group, there are probably only two or three communities. One of the problems, and this is a researcher’s problem, is that in small communities, and some of these bands have 200 or 500 people in them, one suicide can jack the incidence rate for that community way up. We have tried to address that question by looking not only at bands but at band councils. Band councils, at least in British Columbia, are typically aggregates of 12 to 15 individual bands. All of the evidence that I have reported to you holds with reference to band councils as well as bands, although by the time

Le sénateur Callbeck : Nous voyons également le chiffre « 6 ». Je suppose que cela signifie qu’en présence des six qualités dont vous avez parlé au sein de la communauté, il n’y a pas de suicide. Combien de communautés se retrouveraient dans ce groupe?

M. Chandler : Près de la moitié des 197. C’est le côté de la médaille dont vous n’entendez jamais parler; c’est à cela que le Dr Young faisait allusion. Si nous n’arrivons pas à bien comprendre la situation, c’est parce que ces statistiques sont présentées dans une perspective trop générale. On entend parler du taux de suicide chez les Autochtones, mais nous nous intéressons à bien d’autres aspects de leur situation. Nous nous penchons également sur le taux de décrochage scolaire, le taux d’accident et bien d’autres facteurs, et le portrait est toujours le même. Pour tous ces aspects négatifs, les résultats varient énormément d’une communauté à l’autre. En parlant du suicide, on attire l’attention des médias, mais on crée également cette illusion de désespoir.

Ce que je note tout particulièrement, c’est que bon nombre de ces communautés qui ont été couvertes d’infamie et amèrement critiquées ont réussi à survivre remarquablement bien. Dans notre recherche d’une solution, il faudrait d’une manière ou d’une autre porter notre attention sur ces communautés qui se tirent si bien d’affaire contre toute attente. À ce chapitre, il est important de noter que plusieurs des mesures prises par ces collectivités qui sont reliées à de bons résultats en matière de santé n’ont pas été mises en œuvre dans ce but particulier. À ma connaissance, aucune communauté n’a tenté d’accéder à l’autonomie gouvernementale en se disant que cela allait permettre de réduire le suicide chez les jeunes. On croyait peut-être d’une manière générale que les conditions de vie s’en trouveraient améliorées pour l’ensemble des aspects. Beaucoup d’efforts et d’argent ont été consacrés à des mesures comme la prévention du suicide, alors même que la plupart des informations disponibles indiquaient que les actions qui semblent d’une certaine manière assurer la meilleure protection contre des problèmes comme le suicide chez les jeunes ont été entreprises en visant des objectifs plus généraux. C’est donc un enseignement dont il faut s’inspirer dans la détermination de l’approche à adopter. Il ne fait aucun doute que la leçon a été retenue par les Autochtones. Ils parlent d’approches holistiques. Il serait peut-être bon que nous adoptions la perspective autochtone dans ce dossier.

Le sénateur Callbeck : Vous avez dit que la moitié des communautés est incluse dans ce groupe, mais combien se retrouve à l’autre extrémité du graphique — le « 0 »?

M. Chandler : Dans le groupe où la situation est la plus précaire, il n’y a probablement que deux ou trois communautés. L’un des problèmes pour les chercheurs vient du fait que dans les petites communautés, et je pense à certaines bandes qui ne comptent que 200 ou 500 personnes, un seul suicide peut faire grimper en flèche le taux d’incidence pour la communauté. Nous avons essayé de contourner le problème en considérant les conseils de bande, plutôt que chacune des bandes individuellement. Les conseils, tout au moins en Colombie-Britannique, regroupent généralement entre 12 et 15 bandes.

you get to the band council level I think it is something like 15 per cent of the band councils have no suicides. All it takes is one person in one band somewhere to change that picture.

Senator Callbeck: That is certainly interesting. Ms. Lafontaine, you talked about the First Nations, Inuit and Metis. Are there health determinants that are more specific or relevant to one group than another, or are they basically all same?

Mark Buell, Manager, Policy and Communication Unit, National Aboriginal Health Organization (NAHO): In your package, we provided some background information, including a deck entitled "Broader Determinants of Health in an Aboriginal Context. That is taken from some work NAHO did back in 2001. The determinants of health that Health Canada recognizes all apply to First Nations, Inuit and Metis; however, there is a context with First Nations, Inuit and Metis that you do not see with the general Canadian population. We put forth that there are additional broader determinants that need to be looked at. They include such things as colonization, globalization, migration, because clearly Aboriginal people are becoming increasingly urban, cultural continuity — which Dr. Chandler has spoken to at length. Another determinant is territory. Land, as a connection to indigenous knowledge, traditional knowledge, is linked to all other determinants, including self-determination, economic development and poverty. Other determinants of health include access to health services and access to education services — determinants of health that have a lot to do with geography — poverty, and we know Aboriginal peoples in general experience high levels of poverty, and self-determination. Each of these applies to First Nations, Inuit and Metis. How they apply, I would say, and Dr. Chandler has raised it, depends on the community less than the population.

Senator Johnson: You said they apply to Inuit and Metis.

Mr. Buell: And First Nations, yes.

Senator Eggleton: Let me try to get in three quick questions, starting with Dr. Young.

You said that we all know what the problems are and that we are also quite sure of their causes but that, despite massive amounts of resources, both human and financial, these disparities are not been erased. You said there was no magic bullet. That would indicate then that the solution is not necessarily more human or financial resources. What is the cause of human and financial resources not working? Is it an organizational matter? What is the solution?

Toutes les données que je vous ai soumises sont valables tant pour les conseils que pour les bandes elles-mêmes, mais je peux vous préciser qu'environ 15 p. 100 des conseils de bande n'ont connu aucun suicide. Il suffit d'une seule personne dans une bande au sein du conseil pour changer la situation.

Le sénateur Callbeck : Voilà qui est fort intéressant. Madame Lafontaine, vous nous avez parlé des Premières nations, des Inuits et des Métis. Y a-t-il des déterminants de la santé qui se rapportent davantage à l'un ou l'autre de ces groupes, ou sont-ils à peu près équivalents?

Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications, Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) : Dans notre documentation, nous vous fournissons certains renseignements généraux sous le titre « Déterminants généraux de la santé dans un contexte autochtone ». Ces données proviennent de travaux menés par l'ONSA en 2001. Les déterminants reconnus par Santé Canada s'appliquent tous aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis; il faut cependant noter que le contexte est différent pour ces trois groupes par rapport à la population canadienne en général. Nous voulons également souligner qu'il convient aussi de prendre en considération d'autres déterminants de nature plus vaste. Ils comprennent des facteurs comme la colonisation, la globalisation, la mobilité, étant donné que la population autochtone est de toute évidence en train de s'urbaniser, la continuité culturelle — dont M. Chandler vous a entretenu longuement. Le territoire est également un déterminant à prendre en compte. Étant donné ses liens avec le savoir et les traditions autochtones, le territoire est relié à tous les autres déterminants, y compris l'autodétermination, le développement économique et la pauvreté. Parmi les autres déterminants de la santé, on note l'accès aux services de santé et à l'éducation — des déterminants étroitement associés à la situation géographique — la pauvreté, et nous savons à quel point les Autochtones sont confrontés d'une manière générale à des taux de pauvreté élevés, et l'autodétermination. Tous ces déterminants s'appliquent à la fois aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis. Comme M. Chandler l'a fait valoir, je dirais que la mesure dans laquelle ils vont s'appliquer dépend davantage de la communauté elle-même que de la population qui la constitue.

Le sénateur Johnson : Vous avez dit que ces déterminants s'appliquaient aux Inuits et aux Métis.

M. Buell : Et aux Premières nations, oui.

Le sénateur Eggleton : Je vais essayer de vous poser trois brèves questions, en commençant par le Dr Young.

Vous avez indiqué que nous connaissons tous les problèmes qui se posent et que nous avons également une très bonne idée de leurs causes, mais que, malgré les énormes ressources humaines et financières qui y sont consacrées, on n'arrive pas à éradiquer ces disparités. Vous avez souligné qu'il n'y avait pas de formule magique. On pourrait en conclure que la solution ne réside pas nécessairement dans l'injection de ressources humaines ou financières additionnelles. Pourquoi les efforts consentis ne produisent pas les résultats escomptés? Est-ce une question d'organisation? Quelle est la solution?

Dr. Young: I have to be careful in responding to that, because I do not want to give the impression that no resources will improve health. I am not trying to say that. I am saying that merely increasing the quantity of resources will not help. How those resources are used and how they are distributed and how they are targeted, what group is receiving it, is as important.

In a more philosophic level, in a kind of academic environment, how you improve health — at one level, health is an individual responsibility. You educate people and make them do the right things, and health will improve. At the other extreme, you have the societal or macro view. Change society, and health will get better. There are these two extremes between which we tend to swing back and forth.

I have been in this game long enough to realize that neither one of them holds the true answer, because, clearly to improve health, certain preconditions must be met. At the societal level, things must happen, but the individual must also do certain things, so there is a role for the health care system to do certain things well. I am not sure that the health care system as it exists now is doing what it is supposed to do well.

If you look at the economic analysis, and unfortunately there are not that many studies being done on the economics of First Nations health care, the per capita expenditure is really a lot higher than in the rest of the Canadian population. There are transportation costs. If you are looking at purely a cost-benefit angle, we are not getting the bang for the buck. Despite what we are spending, we are not getting enough in health outcomes.

The solution is not to pour more money but to spend the money wisely in areas that have the most effect. This is where this whole issue of evidence-based health and medicine comes into play. We are doing a lot of things just because we have always done them before, and we are not looking at the effects. Do suicide prevention crisis phone lines really work? We have to test those types of interventions and see whether they really work.

This is at a very micro-level, but on the other extreme we also need certain changes in society that allow those things to happen.

Senator Eggleton: When you talk about the health care system in this case, are you referring to just the province of Ontario where your experience has been or are you saying all across Canada?

Dr. Young: I would hesitate to paint a broad stroke to the whole country. Let us talk about remote areas, which apply to the territories and the northern parts of provinces. Right now, Canada does some things very well. We are the world leader in

Dr Young : Je vais me montrer prudente dans ma réponse, car je ne voudrais pas donner l'impression qu'une injection de ressources ne pourrait pas améliorer la situation en matière de santé. Ce n'est pas ce que je veux dire. Je veux simplement faire valoir que l'on n'améliorera pas les choses en se contentant d'augmenter la quantité de ressources. Il est tout aussi important de déterminer la façon dont ces ressources sont utilisées, réparties et ciblées, et quel groupe en bénéficie.

D'un point de vue plus philosophique, et en quelque sorte théorique, on pourrait se dire que la santé est une responsabilité individuelle. Pour améliorer la situation en matière de santé, il faut sensibiliser les gens pour les inciter à adopter de bons comportements. À l'autre extrême, il y a la perspective sociétale ou macro-environnementale. Il faut changer la société pour que la situation s'améliore au chapitre de la santé. Nous avons tendance à aller de l'un de ces extrêmes à l'autre.

Je travaille dans ce secteur depuis suffisamment longtemps pour avoir compris que la véritable solution ne passe pas par ces deux extrêmes, car on doit, de toute évidence, satisfaire à certaines conditions préalables pour améliorer la santé. À l'échelon sociétal, certaines mesures doivent être prises, mais chaque citoyen doit également adopter certains comportements, ce qui fait que le système de santé a un rôle à jouer en se montrant efficace sous différents aspects. Je ne suis pas sûre que notre système de santé, dans sa forme actuelle, s'acquitte bien de ce rôle.

Si l'on examine l'analyse économique, et il faut malheureusement regretter le peu d'études qui sont menées sur les facteurs économiques liés aux soins de santé pour les Premières nations, les dépenses par habitant dépassent vraiment de beaucoup celles consenties pour le reste de la population canadienne. Si l'on se limite à une optique de rentabilité, on peut dire que nous n'en avons pas pour notre argent. Compte tenu de ce que nous dépensons, nous n'obtenons pas de résultats suffisants en matière de santé.

La solution ne consiste donc pas à injecter davantage de fonds, mais bien à utiliser l'argent de façon judicieuse dans les secteurs où les effets sont les plus sentis. C'est là qu'entre en jeu toute cette question des services de santé et de la médecine fondée sur des preuves. Nous nous contentons bien souvent de répéter les interventions du passé sans considérer leurs effets. Est-ce que les lignes téléphoniques pour la prévention du suicide fonctionnent vraiment? Il faut évaluer les mesures de ce genre pour déterminer si elles produisent effectivement des résultats.

On parle ici de mesures à prendre dans une perspective très ciblée, mais nous devons également, à l'autre extrémité du spectre, changer certaines choses au sein de la société pour permettre une telle évolution.

Le sénateur Eggleton : Lorsque vous nous parlez des systèmes de santé, faites-vous uniquement référence à la province de l'Ontario où vous avez travaillé ou est-ce que vos commentaires sont valables pour l'ensemble du Canada?

Dr Young : J'hésiterais à affirmer que mes observations peuvent s'appliquer à l'ensemble du pays. Parlons un instant des régions éloignées, c'est-à-dire des territoires et des parties septentrionales des provinces. À l'heure actuelle, le Canada se

putting nurse practitioners in isolated areas, where they function as physicians, and yet that is not very well advertised. We are shying away from that.

Clearly, technology can help in terms of using telehealth technology. Those are technological fixes that may or may not be applicable in all areas.

Senator Eggleton: My second question goes to Ms. Lafontaine. At the last meeting we had, Professor John O'Neil made a presentation in which he said that the primary social determinant of health in Aboriginal communities is self-government. Do you agree with that, and if self-government is a key factor for those who are on reservations, in terms of social determinants of health solutions, what about those who live in the urban areas, where you would have lots of bands? How would that work as per Mr. O'Neil's comments?

Ms. Lafontaine: I do not think that it is something that I or NAHO can comment on. It is more in the political environment. It is more appropriate for the political Aboriginal organizations to deal with these types of issues. I do not know. Do you want to add something, Mr. Buell?

Mr. Buell: The key point we would like to get across is not that one determinant is more important than any other. What is important is how those determinants interact within an Aboriginal context. Any interventions that are based on single determinants — it would probably be best focus on interventions that would address how the determinants interact. Finding the place where they interact and tethering your interventions to those areas would gain our support.

Senator Eggleton: Dr. Chandler, I have to ask you — and you can respond to that question as well — this is astounding information. We have an abundance of information that paints a very gloomy picture — life expectancy being less for First Nations, infant mortality rates higher, chronic disease rates higher for Aboriginals. With respect to the suicide rate, we are told that overall, First Nations, five to six times higher and Inuit 11 times higher. Your chart says that almost 40 per cent of communities have no recorded deaths by suicide. There are two things I should like to know. One, while your study is based on B.C., do you suspect that it also would apply in other parts of the country, to about the same extent, more or less? Can you go over the formula these communities have found to come up with that, please. As well, if you can take the suicide rate figures that I just gave you a moment ago and bring them down to nothing, as you have done in 40 per cent of the Aboriginal communities, what about these other things — life expectancy, unemployment, chronic diseases — are they also much less in these communities as well?

montre très efficace dans certaines de ses interventions. Nous sommes les chefs de file mondiaux quant à l'utilisation d'infirmiers et d'infirmières praticiennes qui jouent le rôle de médecins dans les régions isolées. Nous ne semblons toutefois pas vouloir nous en vanter beaucoup.

De toute évidence, la technologie peut nous être utile en permettant le recours à la télémédecine. Il s'agit de solutions technologiques qui ne sont pas nécessairement applicables dans tous les secteurs.

Le sénateur Eggleton : Ma deuxième question s'adresse à Mme Lafontaine. À notre dernière réunion, M. John O'Neil nous a indiqué dans son exposé que le principal déterminant social de la santé des communautés autochtones est l'autonomie gouvernementale. Êtes-vous d'accord avec cette affirmation? Si l'autonomie gouvernementale est un facteur clé parmi les déterminants sociaux de la santé pour les Autochtones vivant dans les réserves, qu'en est-il de ceux qui résident en milieu urbain, où l'on retrouve un grand nombre de bandes? Comment les choses se passent-elles à ce niveau, si l'on s'en tient aux observations de M. O'Neil?

Mme Lafontaine : Je ne crois pas que cette question relève de mes compétences, pas plus que de celles de l'ONSA d'ailleurs. Elle s'inscrit davantage dans le contexte politique. Il est préférable que les organisations politiques autochtones s'occupent de ce genre de questions. Je ne sais pas. Avez-vous quelque chose à ajouter, monsieur Buell?

M. Buell : Nous voulons surtout faire valoir qu'il n'y a pas un déterminant qui soit plus important que les autres. Ce qui compte d'abord, c'est la manière dont ces déterminants interagissent dans un contexte autochtone. Au lieu d'interventions fondées sur des déterminants isolés, il vaudrait mieux concentrer nos efforts sur l'interaction entre les déterminants. Nous serions favorables à des mesures qui cibleraient ces interactions et moduleraient nos interventions en conséquence.

Le sénateur Eggleton : Monsieur Chandler, je dois vous dire — vous pourrez répondre également à la question — que ces données sont stupéfiantes. Vous nous présentez beaucoup d'informations qui nous brossent un tableau très sombre de la situation — espérance de vie moindre pour les Premières nations, taux de mortalité infantile plus élevé, taux de maladies chroniques supérieur pour les Autochtones. Quant au taux de suicide, on nous dit qu'il est cinq ou six fois supérieur, dans l'ensemble, pour les Premières nations et 11 fois plus élevé pour les Inuits. Votre graphique indique que près de 40 p. 100 des communautés n'ont enregistré aucun décès par suicide. Il y a deux choses que j'aimerais savoir. Premièrement, comme votre étude portait sur la Colombie-Britannique, croyez-vous que la situation soit la même dans les autres régions du pays, dans une mesure à peu près semblable, plus ou moins? Pourriez-vous nous indiquer comment ces communautés sont arrivées à ces résultats? De plus, si vous pouviez prendre les chiffres sur le taux de suicide que vous nous avez fournis tout à l'heure et les ramener à zéro, comme l'ont fait 40 p. 100 des communautés autochtones, est-ce que ces autres éléments — espérance de vie, chômage, maladies chroniques — sont également moins présents dans ces communautés?

Mr. Chandler: The data is from B.C. We have recently scored a federal grant to try to move this model to Manitoba. With luck, we will be able to answer with authority whether it also works in Manitoba. Manitoba was chosen for a reason. It has many Aboriginal people and problems in their Aboriginal communities. In good time, I will be able to answer with authority about that.

If you ask me to speculate, I believe the B.C. data is “generalizable” to other provinces and territories. First, across Canada, the overall suicide rate, and name any other health problem that occurs to you, is disproportionately high in Aboriginal communities, but that is again painting with an extremely broad brush. I believe, but do not know for a fact, if you looked at suicide, or name another health-related issue, anywhere in Canada you would find variability across communities. Whether you would find 40 to 50 per cent with no problems, maybe it is only 20 per cent with no problems, but they would be there.

If you then are in search of a solution to this problem, studying the difference between the communities with and without this problem is not again a simple and sovereign solution, but it is a smart way to spend your energies. Look at the difference between the communities that do and do not have obesity or diabetes. Maybe there is no community that does not have elevated diabetes rates, but I bet there are.

As a general strategy, this is an effective strategy. Not only does it position you in a way that alerts you to what the possible solutions are, but also it begins to lift the burden of despair felt by the community and the sense on the part of the country at large that this is an insolvable problem.

If I could speak to the question about whether John O’Neil is right, that self-government is somehow the pinion question here, I certainly appreciate his reasons for saying that, but I would argue slightly differently. I believe there are two sets of forces at work in the Aboriginal communities with which I have personal experience. One of these sets of hopes or expectations is pinned on retrieving a lost traditional past. Another set of expectations is the opposite, which says forget the traditional past, let us try to gain some kind of civic control over our future. In fact, there are often internal wars going on within communities about which of these is the better way to proceed, and there is often disrespect between the groups.

M. Chandler : Les données viennent de la Colombie-Britannique. Nous venons tout juste de décrocher une subvention fédérale pour essayer d’appliquer ce modèle au Manitoba. Avec un peu de chance, nous serons en mesure d’indiquer de façon concluante si ce schéma fonctionne également là-bas. Ce n’est pas sans raison que nous avons choisi le Manitoba. On y retrouve de nombreux Autochtones et bien des problèmes au sein de ces communautés. Le moment venu, je pourrai vous fournir une réponse bien étayée à ce sujet.

Si vous me demandez des hypothèses, je vous réponds que je crois que les données de la Colombie-Britannique peuvent être généralisées pour les autres provinces et territoires. Dans un premier temps, le taux général de suicide pour l’ensemble du Canada, et c’est la même chose pour n’importe quel autre problème lié à la santé, est disproportionnellement élevé au sein des communautés autochtones, mais il s’agit encore là d’un tableau brossé à grands traits. Je pense, sans toutefois pouvoir l’affirmer, qu’un examen de la situation du suicide, ou de tout autre problème de santé, dans n’importe quelle région du Canada, révélerait des variations entre les communautés. Plutôt que 40 ou 50 p. 100 des collectivités n’ayant pas de problèmes, vous n’en trouveriez peut-être que 20 p. 100, mais elles seraient tout de même là.

Dans la recherche d’une solution, l’étude des différences entre les communautés, selon qu’elles soient ou non aux prises avec le problème, n’est pas nécessairement l’avenue unique et incontournable, mais c’est une façon judicieuse de déployer les énergies. Il faut voir quelles sont les différences, par exemple, entre les communautés qui éprouvent des problèmes d’obésité ou de diabète et celles qui en sont épargnées. Il n’y a pas nécessairement de collectivité qui n’enregistre un taux de diabète élevé, mais je dirais que cela est possible.

À titre d’approche générale, il s’agit d’une stratégie efficace. Vous vous retrouvez ainsi en meilleure position pour dégager les pistes de solutions possibles, mais cela contribue également à soulager ces collectivités du désespoir qui les accable et à faire en sorte que le reste du pays ne croit plus qu’il s’agit d’un problème irresoluble.

Si vous me permettez de me prononcer quant à l’affirmation de John O’Neil à l’effet que l’autonomie gouvernementale serait le déterminant principal, je vous dirais que je comprends certes les motifs qui l’incitent à dire cela, mais que j’aurais une opinion légèrement différente. Je pense qu’il y a deux ensembles de forces qui se manifestent au sein des communautés autochtones que je connais personnellement. Il y a d’une part différentes espérances ou attentes qui s’inscrivent dans une volonté de retrouver les traditions perdues. À l’opposé, il y a tous ceux qui soutiennent qu’il faut oublier le passé et essayer, à titre de société, d’exercer un certain contrôle sur l’avenir. En fait, ces forces opposées donnent souvent lieu à des querelles intestines au sein des communautés quant à la meilleure façon de procéder, une situation qui est souvent à l’origine d’un manque de respect entre les différents groupes.

When I try to promote the idea of continuity of culture as somehow a better alternative than the notion of self-government, it is really because the notion of continuity is Janus-faced. It is looking back to the past and to the future at the same time. It somehow helps to heal a rift between these two kinds of community groups.

We have really strong data that suggest that attempting to rehabilitate your Aboriginal language is strongly associated with reduced suicide. There is no money to be made in rehabilitating an indigenous language. If the WHO is right, no matter how hard you work at it, three generations later it will be gone anyway. It is not an economic enterprise but it is an attempt to recoup some sense of meaningful connection to one's past.

I would argue that self-government is a manifestation of a community's attempt to situate themselves in time. It has these two features, both connecting to one's past and gaining some control over the future.

The Chairman: That is tremendously interesting, Dr. Chandler. I must say that the information coming out is tremendously interesting to the committee.

Fundamentally, looking at this from the top, we wonder why it is in this huge rich land with a small population that Canada ranks fourteenth in the world in population health. If we can study this properly, we are not truly fourteenth in the world. In some places, we are two-hundredth in the world; in other places, we are well above the rest of the world. It is good to know that the science is unfolding to begin to provide some answers.

[Translation]

My question is about Aboriginal youth. It is important to take care of the very young, but also of Aboriginal youth from 8 to 16 years old. A number of them lack schooling and end up unemployed. They often live in poverty and suffer discrimination.

What would you say are the main health determinants for the Aboriginal youth population? What form do you think a youth strategy would take? Should we have the same approach for Aboriginal youth living in cities? How could all that be coordinated? I think that looking after Aboriginal youth is very important.

[English]

Mr. Chandler: I missed the first part of your comment so I do not know to whom the question was directed.

[Translation]

Senator Pépín: No problem, you can answer.

[English]

Mr. Chandler: My group has recently completed a study in which we looked at the same set of factors that predicts youth suicide rates by community — self-government, control of health and education, welfare, et cetera — to see whether they also

Quand j'essaie de faire valoir l'idée que la continuité de la culture est préférable au concept d'autonomie gouvernementale, c'est vraiment parce que le concept de la continuité est un concept à deux faces. Il est axé à la fois sur le passé et l'avenir. D'une certaine façon, il contribue à combler un fossé entre ces deux types de communautés.

Nous avons des données très rigoureuses qui nous portent à croire que les tentatives de rétablissement des langues autochtones sont très liées à la baisse du taux de suicide. Il n'est pas rentable de rétablir une langue autochtone. Si l'OMS a raison, même si on y travaille avec acharnement, trois générations plus tard, elle va être disparue. Ce n'est pas une économie, mais c'est un moyen de tirer un sens profond de son passé.

Je dirais que l'autonomie gouvernementale est une manifestation de la tentative d'une communauté de se situer dans le temps. Elle a ces deux caractéristiques : elle lie les gens à leur passé tout en les rendant maîtres de leur avenir.

Le président : C'est extrêmement intéressant, monsieur Chandler. Je dois dire que l'information qui ressort est extrêmement intéressante pour le comité.

Dans le fond, quand on regarde la situation d'en haut, on se demande pourquoi c'est sur cette terre immensément riche où vit une petite population que le Canada occupe le 14^e rang au monde quant à la santé de la population. Si l'on étudie bien la situation, on voit que nous ne sommes pas vraiment quatorzièmes au monde. À certains égards, nous sommes deux centièmes au monde et à d'autres, nous faisons bien meilleure figure que le reste du monde. Il est bon de savoir que la science commence à nous apporter des réponses.

[Français]

La question que je vais poser concerne les jeunes autochtones. Il est important de s'occuper de la petite enfance, mais aussi des jeunes autochtones âgés de 8 à 16 ans. Plusieurs d'entre eux manquent de scolarité et se retrouvent sur le chômage. Souvent, ils vivent dans la pauvreté et souffrent de discrimination.

Selon vous, quels seraient les principaux déterminants de la santé pour la jeune population autochtone? Quel accent doit-on mettre sur la stratégie de la jeunesse? Doit-on avoir la même approche avec les jeunes autochtones des milieux urbains? Comment pourrait-on coordonner tout cela? Je crois qu'il est très important de s'occuper de ces jeunes autochtones.

[Traduction]

M. Chandler : Je n'ai pas compris le début de ce que vous avez dit, donc je ne sais pas à qui votre question s'adresse.

[Français]

Le sénateur Pépín : Pas de problème, vous pouvez répondre.

[Traduction]

M. Chandler : Mon groupe vient de terminer une étude pour laquelle il s'est penché sur les facteurs mêmes qui nous permettent de prévoir les taux de suicide par communauté : l'autonomie gouvernementale, le contrôle de la santé et de l'éducation, le

predict school dropout rates. In B.C., approximately 30 per cent of Aboriginal youth complete a high school diploma. Actually, among the general population, it is only 70 per cent, which is astounding. However embarrassed you are that only 70 per cent of the general population earns a high school diploma, it is more tragic still that only 30 per cent of the Aboriginal community achieves that. If you unpack that data and ask, “What about community by community?” you will find that many Aboriginal communities in British Columbia have never graduated a high school student — not one — whereas the rate in other communities, although not quite the same as the rate in the general population, is very close to it.

Senator Pépin: I never heard anything like this before.

Mr. Chandler: Again, if we had a graph that showed high school completion rates, it would be extremely saw-toothed. We already know that a set of community level factors predict which communities are doing a better job. That is not the complete answer to your question, but it is a step. It suggests that if these social-cultural resources are in place, then children will complete school.

The deeper question is why some of these communities are doing better. Although we cannot answer that question entirely, we can stave off some hypotheses. It is not a question of poverty — although I have to be careful in saying that because the entire Aboriginal community is deeply depressed socio-economically in comparison to the rest of the community. Forget for the moment about the rest of the community and look within the Aboriginal world itself. Their various predictors of socio-economic status do not predict either suicide or school dropout rate, and I can try to unpack that with you. The first intuition is that it is a matter of money, but it does not seem to be within the community-by-community differences in school completion rate or in the suicide rate. You might also guess that it is the people who are extremely rural versus the people who are more urban — but that does not work either.

While I do not want to pretend that we have all the answers to all of these questions, we have a solution strategy, that is, a way of looking that produces some results and a way that discounts some possible expectations that do not bear up to scrutiny.

Part of your question, as I understood it, was on the importance of emphasizing the youthful sector of Aboriginal communities. Certainly, that is exactly right on, but we do not have to do that by working out little programs for individual children. Rather, we have to work, I believe, at the level of community restructuring.

Senator Pépin: I am stunned because we hear so much about suicide in young Aboriginals and how they cannot cope and live like other young people. You tell us that in B.C only 30 per cent

bien-être, et cetera. Nous voulions voir s'ils étaient indicateurs également du taux de décrochage scolaire. En Colombie-Britannique, environ 30 p. 100 des jeunes Autochtones terminent leurs études secondaires. En fait, dans la population générale, il n'y en a que 70 p. 100 qui les terminent, ce qui est ahurissant. Même s'il y a de quoi être gêné que seulement 70 p. 100 des membres de la population générale décrochent un diplôme d'études secondaires, il est encore plus tragique que seulement 30 p. 100 des Autochtones y arrivent. Si l'on analyse ces données communauté par communauté, on se rend compte que dans beaucoup de collectivités de la Colombie-Britannique, jamais un élève n'a terminé ses études secondaires, jamais, alors que dans d'autres collectivités, bien que le taux de diplomation ne soit pas le même que dans la population générale, il est très près.

Le sénateur Pépin : Je n'avais jamais rien entendu de tel.

M. Chandler : Encore une fois, si nous avons un graphique illustrant le taux de diplomation d'études secondaires, les courbes seraient vraiment en dents de scie. Nous savons déjà qu'il y a des facteurs communautaires qui nous indiquent quelles collectivités font le meilleur travail. Cela ne répond pas complètement à votre question, mais c'est un premier pas. Cela nous indique que si les ressources socioculturelles sont mises en place, les enfants vont terminer leurs études.

La question de fond à nous poser, c'est pourquoi certaines communautés s'en tirent mieux que d'autres. Même si nous ne pouvons pas tout à fait répondre à cette question, nous pouvons émettre quelques hypothèses. Ce n'est pas une question de pauvreté, même si je dois faire attention en le disant, parce que tout le peuple autochtone est très désavantagé socioéconomiquement en comparaison avec le reste de la population. Oublions un instant le reste de la population et tournons-nous vers le monde autochtone lui-même. Leurs divers indicateurs de statut socioéconomique ne permettent pas de prévoir le taux de suicide ou de décrochage scolaire, et je peux vous expliquer pourquoi. La première intuition, c'est que c'est une question d'argent, mais l'argent ne semble pas justifier les différences dans le taux de diplomation ou de suicide d'une collectivité à l'autre. On pourrait également présumer qu'il y a des différences entre les régions très rurales et les régions plus urbaines, mais ce n'est pas concluant non plus.

Je ne prétends pas que nous avons toutes les réponses à toutes ces questions, mais nous avons une stratégie de solution, c'est-à-dire une façon de voir qui produit des résultats et qui réduit certaines attentes possibles qui ne tiennent pas la route.

Si j'ai bien compris votre question, vous soulignez l'importance de mettre l'accent sur les jeunes des communautés autochtones. C'est tout à fait vrai, mais nous n'avons pas à le faire en menant des petits programmes pour chaque enfant. Nous croyons plutôt qu'il faut restructurer la communauté.

Le sénateur Pépin : Je suis renversée parce que nous entendons tellement parler du suicide chez les jeunes Autochtones et de leur difficulté à vivre comme les autres jeunes. Vous nous dites

of them have a high school education. We need to know and understand your strategy.

[*Translation*]

Now, turning to Aboriginal women, their situation is quite different from that of other Canadian women. A number of them have significant health problems.

What are the main health determinants for Aboriginal women? Where are the gaps in our understanding of the main determinants? Then, what are the indicators and the steps that we must take to fill those gaps?

[*English*]

Dr. Young: On women's health, the same health determinants apply to men as apply to women, such as socio-economic conditions, smoking and physical activity. In women's health, relating to reproduction is in addition and family violence is very important. In reproductive health, for example, the Aboriginal population has a much higher fertility rate and a higher rate of teen pregnancy. That introduces a whole dimension of health issues, both for herself and her children. Family violence is, of course, a major problem, but, unfortunately, that is one area where we do not have good information as to how common it is.

If you want to highlight two or three things that are of particular importance to women, I would say family violence and reproductive health.

Ms. Abonyi: The other one that seems to be emerging is the difference in sexually transmitted diseases. The rates for HIV and so forth are higher in the female population than among men.

Senator Pépin: Do you have any specific recommendations for a way that we should handle that situation?

Ms. Abonyi: I would add to what I have been hearing some of the others say. It is about looking at some of the intersections of these determinants and understanding what is happening and looking at places where we are not seeing some of these issues, namely, how are some of these determinants intersecting there to produce healthy populations, rather than trying to look at the intersections around poor health.

Mr. Chandler: I do not have much to add, but I do have two things. First, two years passed in B.C. without a single young woman committing suicide. In general, their suicide rate is much lower than it is in males — and that is not only true for the Aboriginal world, it is true in general. It is perhaps too early to say, but there is a declining overall provincial rate of suicide, and it is due principally to the reduction among young women. If I were to speculate as to why that might be, it seems that when one's culture has been ripped from beneath one's feet, there

qu'en Colombie-Britannique, seulement 30 p. 100 d'entre eux obtiennent un diplôme d'études secondaires. Nous devons connaître et comprendre votre stratégie.

[*Français*]

Maintenant, en ce qui concerne la santé des femmes autochtones, leur situation est tout à fait différente de celle des autres femmes canadiennes. Plusieurs d'entre elles ont des problèmes de santé très importants.

Quels seraient les principaux déterminants de la santé pour les femmes autochtones? Quelles sont les lacunes en matière d'information des principaux déterminants? Enfin, quels sont les indicateurs et les mesures que nous devons prendre pour combler ces lacunes?

[*Traduction*]

Dr Young : Les mêmes déterminants de la santé s'appliquent aux hommes et aux femmes; il y a notamment la situation socioéconomique, le tabagisme et l'activité physique. Chez les femmes, il y a aussi tout ce qui concerne la santé de la reproduction et la violence conjugale, qui est très importante. Sur le plan de la santé de la reproduction, par exemple, la population autochtone a un taux de fertilité et de grossesse chez les adolescentes particulièrement élevé. Cela donne une dimension particulière aux problèmes de santé, tant pour la femme que pour ses enfants. Bien entendu, la violence conjugale est un grave problème, mais malheureusement, nous n'avons pas assez de bons renseignements pour déterminer à quel point elle est répandue.

Si l'on veut souligner deux ou trois choses qui sont d'une importance particulière pour les femmes, je dirais qu'il y a la violence conjugale et la santé de la reproduction.

Mme Abonyi : L'autre facteur qui semble émerger, c'est la différence quant à la contamination par les maladies transmissibles sexuellement. Les taux de contamination par le VIH et d'autres maladies sont plus élevés dans la population féminine que dans la population masculine.

Le sénateur Pépin : Avez-vous des recommandations particulières à nous faire sur la façon de corriger cette situation?

Mme Abonyi : J'aimerais ajouter une chose à ce que j'ai entendu de la bouche des autres. Il faut étudier les interactions entre ces déterminants et comprendre ce qui se passe; il faut observer ce qui se passe là où ces problèmes ne semblent pas présents, c'est-à-dire examiner comment ces déterminants s'entrecroisent pour produire des populations en santé plutôt que d'essayer d'analyser leurs interactions quand ils minent la santé des populations.

M. Chandler : Je n'ai pas grand-chose à ajouter, mais je voudrais souligner deux choses. Premièrement, pendant deux ans en Colombie-Britannique, il n'y a pas une seule jeune femme qui s'est suicidée. En règle générale, le taux de suicide chez les femmes est bien inférieur à celui chez les hommes, et cela est vrai non seulement dans le monde autochtone, mais dans la population en général aussi. Il est peut-être trop tôt pour tirer des conclusions, mais le taux de suicide semble diminuer en général dans la province, ce qui est principalement attribuable à la baisse du taux

continue to be meaningful roles for women, roles that reach back into history, and perhaps the issue of early teen pregnancy is related to this.

It seems to me that young Aboriginal men have no cultural place in the world. We are doing just the beginnings of a study where we are looking at bands in which there is a role for men that had status traditionally, like fishing, and there are other places where Aboriginal people pick fruit, which had nothing to do with their history. Some of the social determinants, like suicide and school dropout rates, are higher in those communities where there is no culturally respectable role for men.

The Chairman: I recall being in Iqaluit where a young man testifying before us said just that. He said: "There is nothing left for us. We used to be the hunters and gatherers, but that is no longer necessary. The women have a place in society, but we do not have one." That is very depressing stuff.

Senator Cochrane: I have a supplementary to my colleague's first question. You said that only 30 per cent of Aboriginal graduate from high school. In speaking with several teachers who go to various isolated communities to teach the Aboriginal children, I am hearing that there is a certain time when they cannot teach because only one or two of the children will show up, all because their families take the children out hunting and things of that nature. Maybe we should be looking at having a different type of school system.

Mr. Chandler: Again, the school system that we have for the general population, where people get their summers off, was dictated by agricultural norms in the general population. We know how to do that. We have not bothered to or worked to figure out how to make the framing of the school system fit within the lives of different cultural groups. It is not rocket science; we could do it if we wanted to. If there were political will to do it, it could be done.

Ms. Abonyi: In one of the Northern Ontario schools where I worked, they worked the curriculum around goose breaks in spring and fall, so there was no school during those times. You are staying longer in the summer, but students were out for goose breaks. You do not have to choose between a dimension of cultural health and your educational health, for example.

Senator Cochrane: Did that work?

Ms. Abonyi: It was going very well there, yes.

Dr. Young: I want to caution that we should not assume that all Aboriginal communities want to have their traditional ways. They live in the globalized world of the twenty-first century. They need to know how to use a computer and the Internet. They will get jobs in the business world. You cannot say, "Go and become a hunter." That will not work for them. They will have

chez les femmes. Si je devais deviner pourquoi il baisse, je dirais que quand on a perdu tout contact avec sa culture, il continue d'y avoir des rôles qui ont du sens pour les femmes, des rôles qui ont toujours existé dans l'histoire, et la question de la grossesse chez les jeunes adolescentes n'est peut-être pas étrangère à tout cela.

J'ai l'impression que les jeunes hommes autochtones n'ont pas de place culturelle dans le monde. Nous commençons à peine une étude dans le cadre de laquelle nous examinons les bandes où les hommes ont un rôle à jouer qui a un prestige traditionnel, comme de pêcher, et d'autres bandes, où les Autochtones cueillent des fruits, ce qui n'a rien à voir avec leur histoire. Certains déterminants sociaux, comme les taux de suicide et de décrochage sont plus marqués dans les collectivités où il n'y a plus de rôle respectable culturellement pour les hommes.

Le président : Je me rappelle être allé à Iqaluit, où un jeune homme qui témoignait devant nous a dit exactement la même chose. Il a dit : « Il ne reste plus rien pour nous. Avant, nous étions chasseurs et cueilleurs, mais ce n'est plus nécessaire. Les femmes ont une place dans la société, mais nous n'en avons pas. » C'est très déprimant.

Le sénateur Cochrane : J'ai une autre question à vous poser dans la foulée de la première question de ma collègue. Vous avez dit que seulement 30 p. 100 des Autochtones terminaient leurs études secondaires. Quand je parle avec plusieurs enseignants qui se rendent dans des collectivités isolées pour enseigner aux enfants autochtones, ils me disent qu'il y a des périodes où ils ne peuvent pas enseigner parce qu'il n'y a que un ou deux enfants à l'école, parce que leurs familles les amènent chasser, entre autres. Peut-être devrions-nous envisager de leur offrir un système scolaire différent.

M. Chandler : Encore une fois, le système scolaire destiné à la population générale, dans lequel les gens sont en congé l'été, a été conçu en fonction des normes agricoles de la population générale. Nous savons quoi faire. Nous n'avons pas pris la peine de nous demander comment adapter le cadre scolaire à la vie des différents groupes culturels. Ce n'est pas sorcier, nous pourrions le faire si nous le voulions. S'il y avait une volonté politique en ce sens, ce serait possible.

Mme Abonyi : Dans l'une des écoles du Nord de l'Ontario où j'ai travaillé, l'horaire a été organisé en fonction de congés au printemps et à l'automne pour la chasse à l'oie, afin qu'il n'y ait pas d'école pendant ces périodes. Les élèves restent à l'école plus longtemps l'été, mais ils ont un congé de chasse à l'oie. Ils n'ont pas à choisir entre une dimension de leur santé culturelle et leur santé éducative, par exemple.

Le sénateur Cochrane : Est-ce que cela fonctionnait?

Mme Abonyi : Cela fonctionnait très bien, oui.

Dr Young : Je tiens à vous mettre en garde contre le risque de présumer que toutes les communautés autochtones veulent conserver leur mode de vie traditionnel. Ils vivent dans l'ère de la mondialisation du XXI^e siècle. Ils doivent apprendre à utiliser l'ordinateur et l'Internet. Ils vont se trouver des emplois dans le monde des affaires. On ne peut pas leur dire : « Devenez

to decide what kind of education is best for them. Maybe the majority today would opt for, “We want a computer in every classroom rather than let us go off and hunt.”

Senator Fairbairn: This is a very educational presentation that all of you have given to us.

Because I do a lot of work in literacy and education, I wish to dig a little deeper into this. I noticed, Mr. Chandler, in your comment, that in the case of British Columbia there are communities that have achieved a measure of self government, were quick off the mark to litigate for Aboriginal title to traditional lands, that promote women in positions of leadership and that have supported the construction of facilities for the preservation of culture. Much of that put together comes down to a level of education — or up, as the case may be. Ms. Lafontaine, you used a percentage of 90 per cent when you were doing your presentation on the issue of literacy and the difficulties.

In the larger picture, is the question of education or literacy a foundation issue in bringing on some of the negative parts of Aboriginal life, which, of course, would include suicide at any age level? Is that lack of learning or the desire to learn or the encouragement to learn a foundation issue to the problem?

Mr. Chandler: To have a well-reasoned answer to your question, I would have to have some information that I do not have. If you look at those communities, your intuition is that the communities that have struggled to achieve a measure of self-government and have litigated for Aboriginal title — that somehow that was driven by the fact that beneath all that there was a higher level of education. Maybe that is right; I do not know the answer to that. My intuition is that it is often very surprising how few people are required in a band to make some of these things work. Although I do not have the data in hand, if you could go back and discover what the educational level of this group was 30 years ago, it would not be that the groups that have succeeded were somehow at the top of the heap in terms of having better education. It is that somehow a group of community leaders has emerged, somehow almost beyond reason, out of a very bad situation and are driving progress in their communities.

I am certainly convinced that if we could raise the educational level of the whole Aboriginal world, it would not make a huge difference. We may not have to wait the 30 years for that to happen. It seems as if it is happening in pockets, not because people somehow have secretly become educated. I really do not know the answer to your question. If you ask why some communities produce these markers of success and others do not, the best answer is that some things that you would have guessed were the reasons they are not, such as more money at their disposal. I do not know whether they were better educated. I do not think so.

chasseurs. » Cela ne va pas fonctionner pour eux. Ils doivent décider quel type d'éducation leur convient le mieux. Peut-être qu'aujourd'hui, la majorité d'entre eux choisiraient d'avoir un ordinateur dans toutes les classes plutôt que d'avoir un congé pour chasser.

Le sénateur Fairbairn : Votre témoignage est très instructif.

Comme je travaille beaucoup dans le domaine de l'alphabétisation et de l'éducation, j'aimerais creuser un peu le sujet. Monsieur Chandler, j'ai remarqué dans vos observations qu'en Colombie-Britannique, il y a des collectivités qui ont acquis l'autonomie gouvernementale dans une certaine mesure, qui ont été vites à revendiquer des titres autochtones sur leurs terres ancestrales, qui favorisent la présence des femmes au pouvoir et qui appuient la construction d'établissements pour la préservation de la culture. Tout cela mis ensemble témoigne d'un certain niveau d'éducation. Madame Lafontaine, vous avez lancé le chiffre de 90 p. 100 dans votre exposé sur l'alphabétisation et les difficultés.

Si l'on regarde la situation dans son ensemble, l'éducation et l'alphabétisation sont-elles des solutions fondamentales aux parties négatives de la vie autochtone, qui comprennent évidemment le suicide à tout âge? Est-ce que le manque d'apprentissage, de désir d'apprendre ou encore d'incitation à apprendre est à la source du problème?

M. Chandler : Pour répondre de façon réfléchie à votre question, il me faudrait des renseignements que je n'ai pas. Quand on observe ces collectivités, on a l'impression que celles qui se sont battues pour obtenir l'autonomie gouvernementale dans une certaine mesure et qui ont revendiqué des titres autochtones sont également celles où le niveau de scolarisation était le plus élevé. C'est peut-être vrai, mais je ne peux pas vous répondre. Je serais porté à croire que très souvent, il est étonnant de voir à quel point il faut peu de gens dans une bande pour que le déclic se fasse. Je n'ai pas de données en main, mais si l'on analysait le niveau de scolarité de ces groupes il y a 30 ans, les groupes qui ont réussi le mieux ne seraient pas nécessairement ceux ayant la meilleure éducation. La clé, c'est plutôt qu'il y a un groupe de leaders qui s'est démarqué, d'une façon qui ne s'explique presque pas, dans une situation très mauvaise et qui a été un moteur de progrès dans ces collectivités.

Je suis tout à fait persuadé que si nous augmentions le niveau de scolarité des Autochtones, cela ne ferait pas une grande différence. Nous n'avons peut-être pas besoin d'attendre 30 ans pour cela. Il semble que cela arrive ici et là et que ce n'est pas parce que les gens se sont secrètement instruits d'une façon ou d'une autre. Je ne connais vraiment pas la réponse à votre question. Si vous me demandez pourquoi certaines communautés arrivent à produire ces indicateurs de succès et d'autres non, la meilleure réponse que je peux vous donner, c'est que les raisons qu'on serait porté à donner ne sont pas les bonnes, comme le fait que ces communautés ont de l'argent à leur disposition. Je ne sais pas si elles étaient mieux éduquées. Je ne le pense pas.

There is some interesting work by a man from Harvard, Stephen Cornell, who writes about an interesting intersect between traditional forms of government and the kind of government form that happened to be imposed by the federal or provincial government of the day. This is clearest in the U.S. where the forward march across the continent was fairly regular and federal policy kept changing as it intersected with bands further and further west. It was an almost accidental coming together of a certain kind of similarity between traditional forms of government and the kind that was being imposed. In all those cases where there was that kind of convenient mix, bands who seemed to have no resources have succeeded enormously well. Other bands that were sitting on a gold mine of resources have fallen into despair. It is a very complicated question. The work by Cornell and colleagues is a step in that direction, but no one can really answer the question you are asking right now.

Ms. Lafontaine: It is important to promote education within our youth. NAHO has a program, the National Aboriginal Role Model Program, where every year we pick 12 role models, four First Nations, four Inuit and four Metis. Those 12 role models yearly are tasked with going into communities and promoting education as well as their achievements. The last announcement of the role models was done by the Governor General here in Ottawa. It seems to be a successful program. When we started three years ago, we received maybe 50 or 60 nominations. We have just finished a call for submissions and we received over 150 nominations. That was really exciting. It generates a lot of positive attitude within the youth community. There is interest and they want to meet these role models and speak to them. We get several requests for them to attend community events and present themselves and their achievements. It is a very positive tool, one that allows youth to see that there is something out there for them, as well as promoting education in a large part.

Senator Cochrane: Are there boys and girls?

Ms. Lafontaine: Yes.

Mr. Buell: With regard to your comment on literacy, what Ms. Lafontaine was referring to in her presentation is that it depends on how you define literacy. There is a 2004 research paper from NAHO that looks at literacy in an Inuit-specific context. It looked at the idea of literacy as defined as a higher level analytical skill to make informed choices about one's life, not necessarily the ability to read or write.

Senator Cook: I am the last one on the list. Much has been said and much needs to be done.

I struggle for understanding here. I come from Newfoundland and Labrador. My first introduction to the problems of First Nations people was the issue of the residential schools. I am a

Il y a un homme à Harvard, du nom de Stephen Cornell, qui écrit sur un lien intéressant entre les formes traditionnelles de gouvernement et la forme de gouvernement imposée par le gouvernement fédéral ou provincial du moment. C'est particulièrement clair aux États-Unis, où la conquête du continent s'est faite à un rythme assez régulier et où la politique fédérale a changé constamment au fur et à mesure où les colonisateurs rencontraient de nouvelles bandes toujours plus à l'ouest. C'était presque une rencontre accidentelle d'une certaine similitude entre des formes traditionnelles de gouvernement et les modèles qui étaient imposés. Dans tous les cas où ce type de mélange approprié a été établi, des bandes qui semblaient ne pas avoir de ressources ont extrêmement bien réussi. D'autres bandes qui avaient à portée de main une mine d'or de ressources sont tombées dans la décrépitude. C'est une question très complexe. Le travail de Cornell et de ses collègues est un pas dans la bonne direction, mais personne ne peut vraiment répondre à la question que vous posez.

Mme Lafontaine : Il est important de favoriser l'éducation chez nos jeunes. L'ONSA a un programme intitulé le Programme national des modèles autochtones dans le cadre duquel nous sélectionnons 12 personnes modèles chaque année : quatre des Premières nations, quatre Inuits et quatre Métis. Ces 12 modèles ont le mandat pendant toute une année de se rendre dans les collectivités pour faire la promotion de l'éducation et de leurs réalisations. C'est ici, à Ottawa, que la gouverneure générale a annoncé les derniers modèles. Ce programme semble porter fruit. Quand nous l'avons lancé, il y a trois ans, nous avons reçu peut-être 50 ou 60 candidatures. Nous venons tout juste de clore un appel de candidature, et nous en avons reçues plus de 150. C'est vraiment excitant. Ce programme génère une attitude très positive parmi les jeunes. Il y a de l'intérêt; ils veulent rencontrer ces modèles et leur parler. Nous recevons plusieurs demandes pour que ces modèles participent à des événements dans la communauté, qu'ils se présentent et présentent leurs réalisations. C'est un outil très positif, qui permet aux jeunes de voir qu'il y a quelque chose pour eux et qui fait en grande partie la promotion de l'éducation.

Le sénateur Cochrane : Est-ce qu'il y a des garçons et des filles?

Mme Lafontaine : Oui.

M. Buell : Concernant ce que vous avez dit sur l'alphabétisme, Mme Lafontaine a mentionné dans son exposé que tout dépendait de la définition qu'on donnait à l'alphabétisme. En 2004, l'ONSA a publié des résultats de recherche sur l'alphabétisme dans un contexte exclusivement inuit. Les chercheurs se sont penchés sur l'idée de définir l'alphabétisme comme l'acquisition de compétences analytiques élevées pour faire des choix éclairés dans sa vie et pas nécessairement comme des compétences en lecture ou en écriture.

Le sénateur Cook : Je suis la dernière sur la liste. Beaucoup de choses ont été dites, et il y a beaucoup à faire.

J'essaie de comprendre. Je viens de Terre-Neuve-et-Labrador. Quand j'ai entendu parler pour la première fois des problèmes des peuples des Premières nations, c'était dans le contexte des

member of the United Church of Canada. It was a big learning curve in trying to understand that phenomenon in places so far away from my remote island.

I am still preoccupied about the impact of that era. I am wondering how many children were involved. Was it an exodus of the population that ended up in residential schools? I still struggle with that one. How do you get your cultural continuity if it was taken from you?

Last night's news carried a story about the government apologizing for that terrible time in our history. The chief still wanted something more. Parliament apologized, but the chief wished that the government had done that.

How realistic is it for that generation to be able to let go? That question preoccupies me. Does it manifest itself in those people?

My question is one of a wish. Given that 50 per cent of Aboriginal people are under the age of 25, and it is a fast-growing population, and the White population are older and have fewer babies, if each one of you had to take a first step and to use your wisdom to help that group of people, what would you do? How would you use your wisdom to help those people through this maze that we are trying to get through?

Dr. Young: Are you referring to the residential school survivors?

Senator Cook: You can speak from your knowledge, understanding and experience.

I went to a conference on poverty for my church about 20 years ago. There were circles, talks and dialogue. There was an elder from the Cypress Hills band who never spoke for three days. The last session was: Who will roll away the stone? We had to take our stone when we went there and put it back with a solution. When she put her stone in, she looked at us — we were predominantly Caucasian. She said: "You White people talk too much." I fear we are trying to understand; you have all accumulated wisdom and experience. At some point, we have to put our foot in the water and implement something. That is what I am asking. How would you take your first step to address some of these issues?

Mr. Chandler: Everyone is looking down.

Dr. Young: I am too timid to tackle that.

Senator Cook: Someone has to. We have to.

Mr. Buell: It is a very difficult question. If I had the answer, I probably would not be sitting here right now.

It goes back to something Ms. Lafontaine mentioned, celebrating successes of Aboriginal youth through things like the role model program, but also research into those communities that are doing something right and finding out what is going right in that 50 per cent of communities in B.C. That is happening

pensionnats. Je fais partie de l'Église Unie du Canada. J'ai eu une grande courbe d'apprentissage pour essayer de comprendre ce phénomène dans des endroits si éloignés de mon île isolée.

Je suis toujours inquiète des répercussions de cette époque. Je me demande combien d'enfants ont été touchés. L'envoi dans les pensionnats a-t-il créé un exode de la population? J'essaie toujours de le comprendre. Comment peut-on assurer sa continuité culturelle quand on se fait prendre sa culture?

Hier soir, on pouvait voir au téléjournal que le gouvernement s'est excusé de ce sombre chapitre de notre histoire. Le chef voulait quand même plus. Le Parlement s'est excusé, mais le chef aurait voulu que le gouvernement le fasse.

Comment est-il possible pour cette génération d'oublier? Cette question me préoccupe. Est-ce qu'elle se manifeste chez ces personnes?

Ma question est un peu comme un souhait. Étant donné que 50 p. 100 des Autochtones ont moins de 25 ans et que leur population croît rapidement, alors que la population des Blancs est plus âgée et que les Blancs ont moins d'enfants, si chacun d'entre vous devait prendre une première mesure et utiliser toute sa sagesse pour aider ces groupes, que feriez-vous? Comment utiliseriez-vous votre sagesse pour aider ces gens à se sortir de cette impasse?

Dr Young : Parlez-vous des survivants des pensionnats?

Le sénateur Cook : Vous pouvez me répondre d'après vos connaissances, votre compréhension de la situation et votre expérience.

J'ai assisté à une conférence sur la pauvreté donnée dans mon église il y a une vingtaine d'années. Il y avait des tables rondes, des discussions et des dialogues. Il y avait une aînée de la bande de Cypress Hills qui n'avait pas parlé pendant trois jours. Le dernier atelier s'intitulait Who will roll away the stone? Nous devions prendre une pierre et proposer une solution en la rendant. Quand elle a remis sa pierre, elle nous a tous regardés — nous étions surtout des Caucasiens. Elle a dit : « Vous, les Blancs, parlez trop. » Je crains que nous essayions de comprendre; vous avez tous acquis de la sagesse et de l'expérience. Un moment donné, il faut se mouiller et faire quelque chose. C'est ce que je demande. Quelle serait la première chose que vous feriez pour régler ces problèmes?

M. Chandler : Tout le monde regarde par terre.

Dr Young : Je suis trop gênée pour m'attaquer à cette question.

Le sénateur Cook : Quelqu'un doit le faire. Il le faut.

M. Buell : C'est une question très difficile. Si j'avais la réponse, je ne serais probablement pas assis ici aujourd'hui.

Cela me fait penser à une chose qu'a dite Mme Lafontaine : il faut célébrer les réussites des jeunes Autochtones grâce à des initiatives comme le programme des modèles, mais également étudier les collectivités qui se portent bien et comprendre pourquoi 50 p. 100 des collectivités de la Colombie-Britannique

nationally. Lots of bad things happen to lots of people. Some people are more resilient than others. What is that resilience factor? That is my personal opinion.

Mr. Chandler: I will speak to what I think is your easier question first, which is how you reconnect to a cultural past that may have somehow evaporated before you were born.

There is a wonderful book called *Harmony Ideology*, written by a woman whose name is Nader. She happens to be the sister of Ralph Nader. In it, she talks about American Indian people of the southwest and northern Mexico. In her analysis, many of the things that are held as very important cultural aspects of southwest culture did not pre-date colonialization but were responses to colonialization. These things did not have a 10,000-year history; they had a 200-year history.

One thing I see in British Columbia is people reinventing culture — often self-reflectively inventing culture. I think of the pan-Indian movement. We have people running around B.C. practising Plains Indian procedures. They are making up a culture in the wake of residential schools. It is something we all do. There is nothing unique about Aboriginal people in this way. We all make up our culture. I do not see this as an impossible task. Historically, we have all made up our culture. For me, at least, that is not a real problem. You see people solving the problem effectively.

With decades of focusing and pathologizing about Aboriginal people, focusing on success is important. Certainly, this program of heralding the accomplishments of successful young Aboriginal people is something people talk about this all year long. It is important. It is a sub-species of a general strategy, which is to play the strengths.

My only caution here is that the word “resiliency” has a negative implication. There was — 30 or 40 years ago — a big wave of research in psychology about resilience, and it became a way of blaming the victim. There were people who were not resilient, so therefore they somehow did not measure up. That to me is a way of individualizing the notion of resiliency. We have to look at cultural resiliency or community-level resiliency. If we do that, it does not present answers to our problems but prevents a solution strategy for problems. It tells us where to look to get right answers.

Ms. Abonyi: I am thinking hard about how to answer that question. I am thinking about some of the processes that we engage in when we work with communities. These same questions we are asking here and the same approaches come from these Aboriginal communities as well. Following with them in partnership and developing capacities back and forth, a lot is coming to the table there instead of coming from the top down. Answering the questions and looking at an issue using measures developed in a local way might allow you to see the issue in a different light, because some of the local communities are coming up with measurement tools that are not in our standard set of

se portent bien. C’est la même chose dans tout le pays. Il y a beaucoup de choses difficiles qui arrivent à beaucoup de personnes. Il y a des personnes qui se remettent plus vite que d’autres. Quel est le facteur de rétablissement? C’est mon opinion personnelle.

M. Chandler : Je vais commencer par répondre à la question que je trouve la plus simple : comment peut-on se rebrancher à un passé culturel qui s’est pour ainsi dire évaporé avant sa naissance?

Il y a un livre magnifique intitulé *Harmony Ideology*, qui a été écrit par une femme du nom de Nader. C’est la sœur de Ralph Nader. Dans ce livre, elle parle des Amérindiens du Sud-Ouest et du Nord du Mexique. Dans son analyse, elle montre que beaucoup d’aspects considérés très importants dans la culture du Sud-Ouest n’existaient pas avant la colonisation, mais qui sont nés en réponse à la colonisation. Ils n’ont pas une histoire de 10 000 ans, mais une histoire de 200 ans.

En Colombie-Britannique, je vois des gens réinventer la culture. Souvent, ils s’inspirent d’eux-mêmes pour inventer la culture. Je pense au mouvement panamérindianiste. Il y a des gens en Colombie-Britannique qui mettent en application des façons de faire des Indiens des Plaines. Ils se façonnent une culture issue des pensionnats. Nous le faisons tous. Ce n’est pas un trait propre aux Autochtones. Nous façonnons tous notre culture. À mes yeux, ce n’est rien d’impossible. Historiquement, nous avons tous façonné notre culture. Pour moi, à tout le moins, ce n’est pas un véritable problème. Il y a des gens qui réussissent à résoudre ce problème.

Après des décennies à mettre l’accent sur les maux des Autochtones, il est important de mettre l’accent sur les réussites. Il est indéniable que ce programme qui vise à célébrer les réalisations de jeunes Autochtones qui réussissent bien nourrit les conversations des gens toute l’année. C’est important. C’est un sous-élément d’une stratégie générale qui consiste à jouer sur les forces.

J’aurais une seule mise en garde concernant l’expression « force mentale », car elle a une connotation négative. Il y a 30 ou 40 ans, on a fait beaucoup de recherches en psychologie sur la résilience et on a observé que c’était les gens qui manquaient de force de caractère qui étaient blâmés. Certaines personnes n’étaient pas fortes mentalement et ne pouvaient donc pas s’en sortir. À mon avis, il ne faut pas regarder la force d’un individu en soi, mais plutôt la force d’une culture et d’une communauté. Bien sûr, cela ne nous donnera pas la solution à nos problèmes, mais bien une stratégie pour nous y attaquer. Cela nous permettra de savoir comment faire pour obtenir des réponses.

Mme Abonyi : Je réfléchis sérieusement à la question. Je pense à certains des processus auxquels nous prenons part lorsque nous travaillons avec les communautés. Ces questions que nous nous posons, tout comme ces approches que nous adoptons, viennent aussi des Autochtones. Beaucoup de propositions émanent des partenariats que nous établissons avec les communautés et des capacités que nous développons de part et d’autre et pas d’instances supérieures. Répondre aux questions et examiner un problème au moyen de mesures élaborées localement permet de voir le problème en question sous un autre jour, car certaines communautés locales ont des outils de mesure

indicators. We talked about education, and that is something that the community groups we are working with came up with, the sort of western education, but they are also developing indicators around traditional education and putting those things together. You want to look at the interconnections.

Basically, my main message is really the sort of partnership process to try to get at some of these questions instead of bringing them there and saying, "We need to look at you." Those communities are asking those same questions. What is going on right here and how and why? Let us think about the way we see health. What pieces of our programs are contributing to that little piece, and can we then put more resources there or there?

Senator Cook: Isolation is a factor, as well. Senator Cochrane and I grew up in Newfoundland, where there were not many roads. Our roads were made of water. I can see in my own childhood the same types but not the stresses of communication.

We have to do something, because my sense is that collectively this particular population does not feel very good about itself. Until you feel good about yourself, you will not tackle the bigger issues and challenges out there. You will not make sure you have clean water or your child has a place to play. Yes, we live in a global village, and the things that are good need to be accessed.

I firmly believe that people have a right to live wherever they want to live, but that can only go so far. In the 1960s, in my province, the government of the day undertook a resettlement program. That was good and bad — but, looking back, for the most part it was good. It was simply smaller communities came to a larger community. We all want to be home. The challenge is to make a home that addresses the poverty issue and the other determinants? Dr. Young, do you have anything to add?

Dr. Young: You used the word "wisdom," and that really scared me because I do not have much. I completely agree with what has been said. There is a lot of wisdom out there from the communities that we could tap into. I am very leery of offering expert advice. We look at things from an academic or scientific point of view, which is one way of approaching knowledge, but there are other ways of acquiring knowledge, and solutions should come from there.

Senator Cook: For the medical profession, you will always be the flying doctor, because of access to roads and better services. I think the women will probably fix it — the nurse practitioners.

The Chairman: Ms. Abonyi, you mentioned there are a number of successful models of population health partnerships in northern Saskatchewan, but I was not clear as to why you think they are successful.

Ms. Abonyi: One of the models I am referring to, the Athabasca Health Authority, is a fairly new model. The other one, the Northern Health Strategy, is a little older. Romonow

qui ne correspondent pas à nos indicateurs habituels. Nous avons parlé de l'éducation. Les groupes avec qui nous travaillons sont favorables au modèle d'éducation occidentale, mais ils veulent aussi élaborer des indicateurs permettant d'intégrer l'enseignement traditionnel. Il faut s'intéresser aux interconnexions.

Au fond, ce que je veux dire, c'est qu'il faut travailler avec les communautés, dans le cadre d'un partenariat, pour trouver des solutions, plutôt que de nous contenter de les observer sans les consulter. Ces communautés se posent les mêmes questions. Qu'est-ce qui se passe, pourquoi est-ce ainsi et quoi faire pour y remédier? Comment voyons-nous la santé? Quels éléments de nos programmes contribuent à l'améliorer? Où faut-il investir davantage?

Le sénateur Cook : L'isolement est aussi un facteur. Le sénateur Cochrane et moi-même avons grandi à Terre-Neuve, où les routes étaient rares; quand nous voulions aller quelque part, il fallait prendre le bateau. Dans mon enfance, j'ai vécu un peu les mêmes problèmes, à part le stress lié à la communication.

Nous devons intervenir, parce que j'ai l'impression que cette population en particulier n'a pas une grande estime d'elle-même. On ne peut pas accomplir grand-chose, encore moins s'attaquer à des enjeux importants, quand on n'est pas bien dans sa peau. Vous ne vous souciez pas d'avoir de l'eau potable ou un terrain de jeu pour votre enfant. Oui, nous vivons dans un village planétaire, et les bonnes choses doivent être accessibles à tous.

Je crois fermement que ces gens ont le droit d'habiter où ils veulent, mais il y a des limites. Dans les années 1960, dans ma province, le gouvernement de l'époque avait mis sur pied un programme de réinstallation. Celui-ci avait ses bons et ses mauvais côtés — mais, à bien y penser, il était assez réussi. De petites communautés sont tout simplement devenues une grande communauté. On veut tous avoir un chez-soi, mais il faut tenir compte de la pauvreté et des autres déterminants en matière de logement. Docteur Young, avez-vous autre chose à ajouter?

Dr Young : Vous avez utilisé le mot « sagesse », et cela m'a fait peur, car je ne suis pas aussi sage que vous le prétendez. Je suis tout à fait d'accord sur ce qui a été dit. Nous pouvons miser sur la sagesse des communautés. J'hésite à vous donner des conseils d'expert. Nous pouvons toujours examiner les choses d'un point de vue théorique ou scientifique, mais il y a d'autres façons d'acquérir des connaissances, et les solutions devraient venir de là.

Le sénateur Cook : Pour la profession, vous serez toujours le médecin volant, même si on a maintenant des routes et des services améliorés. Je pense que les femmes — les infirmières praticiennes — régleront probablement le problème.

Le président : Madame Abonyi, vous avez dit qu'il existait d'excellents modèles de partenariats en matière de santé de la population dans le Nord de la Saskatchewan. À votre avis, qu'est-ce qui fait que ces modèles donnent des résultats?

Mme Abonyi : L'un des modèles auxquels j'ai fait référence, l'Athabasca Health Authority, est assez récent. L'autre, la Stratégie de santé dans le Nord, existe depuis plus longtemps.

looked at that and saw that the inter-sectoral and multi-jurisdictional groups of people were coming up with plans that were helping address population health issues across that diverse group across the North, which we know consists of the Metis, First Nations, people on reserve, people off reserve and non-Aboriginal folks. They were tasked with delivering health services to all of them. Because some of these are newer organizations, they are tracking the partnerships that have been successful, who we are working with and what agreements we have managed to negotiate. Those are some of the earlier successes. Those are in place. How that will play out down the road in actual health — that is the plan for five years or more down the road.

Some of the early process indicators are showing some right things are happening here, and the proof about what this means for health outcomes will come out in the end.

The Chairman: In other words, you do not know the outcomes yet but you are getting into position to measure them.

Our time is up. I thank you very much. This was a truly encouraging session. As we work our way through this over the next couple of years, if we are to make truly useful recommendations, they have to do the kind of dissection of the problem we have heard today and break it down. We have had too many generalities. I cannot prejudge, but I suppose we will always need to have very broad-based vaccination programs and public health programs, et cetera, but at the same time we have to really focus on community and small populations.

Senator Fairbairn: There is one thing we did not really ask about, which is, when you are talking about the suicide level, what is the degree to which alcohol or drugs is in the life of that reserve and whether that is at the foot of some of those very sad situations.

Mr. Chandler: I am confident without an evidence base that all communities that have high suicide rates have high drug and alcohol rates. Whether that is a cause or effect is the big question.

The Chairman: Thank you, again.

The committee continued in camera.

La Commission Romonow s'était penchée sur ce modèle et avait observé que les groupes intersectoriels et plurigouvernementaux présentaient des plans susceptibles de régler les problèmes de santé d'une population diversifiée dans le Nord, qui comprend les Métis, les Premières nations, les collectivités vivant dans les réserves comme à l'extérieur et les non-Autochtones. Ces organismes étaient chargés d'offrir à tous des soins de santé. Étant donné que certains de ces organismes sont nouveaux, ils veulent savoir quels partenariats ont réussi, avec qui nous travaillons et quelles ententes nous avons pu négocier. Ce sont quelques-uns des succès les plus récents. Ces partenariats sont déjà établis. Qu'est-ce que cela donnera en fin de compte en matière de santé? C'est ce que nous verrons dans cinq ans ou plus.

Certains indicateurs sont encourageants, mais nous saurons, à la fin, quels auront été les effets sur la santé.

Le président : Autrement dit, vous ne connaissez pas encore les résultats, mais vous êtes bien placés pour les mesurer.

Votre temps est écoulé. Je vous remercie beaucoup. Cette séance a été très motivante. Dans le cadre de cette étude, si nous voulons faire des recommandations utiles pour les prochaines années, nous devons décortiquer le problème comme nous l'avons fait aujourd'hui. Nous nous sommes trop perdus dans les généralités. Je ne peux pas préjuger de la situation, mais je suppose que nous aurons toujours besoin de programmes universels de vaccination et de santé publique, et cetera, mais en même temps, nous devons vraiment nous concentrer sur les communautés et les petites populations.

Le sénateur Fairbairn : Il y a une chose dont nous n'avons pas parlé lorsqu'il était question du taux de suicide, et c'est de la fréquence des problèmes d'alcool et de drogues dans les réserves et la mesure dans laquelle cela joue un rôle dans ces situations tragiques.

M. Chandler : Sans avoir de preuve à l'appui, je suis convaincu que toutes les communautés qui ont un taux de suicide élevé connaissent aussi beaucoup de problèmes de drogue et d'alcool. Y a-t-il un lien de causalité? Là est la grande question.

Le président : Merci encore.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

Wednesday, May 2, 2007

*Research Faculty, Saskatchewan Population Health and Evaluation
Research Unit:*

Sylvia Abonyi, Canada Research Chair in Aboriginal Health.

Toronto University:

Dr. Kue Young, Professor, Department of Public Health
Services.

National Aboriginal Health Organization (NAHO):

Carole L. Lafontaine, Acting Chief Executive Officer;

Mark Buell, Manager, Policy and Communications.

University of British Columbia — Department of Psychology:

Michael J. Chandler, University of British Columbia Professor and
distinguished health researcher, Canada Institutes for Health
Research (CIHR) and Michael Smith Foundation for Health
Research (MSFHR) Investigator.

Le mercredi 2 mai 2007

*Faculté de recherche, Saskatchewan Population Health and Evaluation
Research Unit :*

Sylvia Abonyi, chaire de recherche pour la santé des Autochtones
au Canada.

Université de Toronto :

Dr Kue Young, professeur, Département des services de santé
publique.

Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) :

Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire;

Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications.

Université de la Colombie-Britannique — Département de psychologie :

Michael J. Chandler, professeur au département de psychologie de
l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des
Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation
Michael-Smith pour la recherche en santé.



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, April 25, 2007

*Institute of Aboriginal Peoples' Health (IAPH) for the Canadian
Institutes of Health Research (CIHR):*

Jeff Reading, Scientific Director.

Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba:

John O'Neil, Professor and Director.

Health Canada:

Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit
Health Branch.

Public Health Agency of Canada:

Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division,
Strategic Policy Directorate.

Indian and Northern Affairs Canada:

Marc Brooks, Director General, Community Development
Branch, Socio-Economic Policy and Regional Operations
Sector.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 25 avril 2007

*Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de recherche
en santé du Canada (IRSC) :*

Jeff Reading, directeur scientifique.

*Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du
Manitoba :*

John O'Neil, professeur et directeur.

Santé Canada :

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé
des Premières Nations et des Inuits.

Agence de santé publique du Canada :

Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats,
Direction des politiques stratégiques.

Affaires indiennes et du Nord Canada :

Marc Brooks, directeur général, Direction générale du
développement communautaire, Secteur des politiques
socioéconomiques et opérations régionales.

(Suite à la page précédente)