



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007

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

Thursday, November 15, 2007
Thursday, November 22, 2007
Wednesday, November 28, 2007

Issue No. 1

**Organization meeting
and**

First and second meetings on:

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

NOTE:

For the report to the Senate on the Budget 2007-2008 of the Subcommittee on Population Health refer to Issue No. 1 of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

WITNESSES:
(See back cover)

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 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 jeudi 15 novembre 2007
Le jeudi 22 novembre 2007
Le mercredi 28 novembre 2007

Fascicule n°1

**Réunion d'organisation
et**

Première et deuxième réunions sur :

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

NOTA :

Pour le rapport au Sénat sur le budget 2007-2008 du sous-comité sur la santé des populations, voir le fascicule n° 1 du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brown	Cochrane
Callbeck	Fairbairn, P.C.
Cook	

(Quorum 3)

LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Brown	Cochrane
Callbeck	Fairbairn, C.P.
Cook	

(Quorum 3)

ORDERS OF REFERENCE

Extract of the *Minutes of Proceedings* of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology of Wednesday, November 14, 2007:

The Honourable Senator Pépin moved:

That the Subcommittee on Population Health be established to study matters which may be referred to it by the main committee;

That the subcommittee consist of a maximum of seven (7) members, three (3) of whom shall constitute a quorum;

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

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

That, pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, and section 7, Chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, the committee's authority to commit funds be conferred on the subcommittee;

That, pursuant to section 34 of the Financial Administration Act, and section 8, Chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, the committee's authority for certifying accounts payable be conferred on to the subcommittee;

That the committee's authority, pursuant to paragraph 8 of the Senators Attendance Policy, be conferred on the subcommittee; and

That, subject to the approval of the Senate, the committee's power to permit coverage by electronic media of public proceedings be conferred on the subcommittee.

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

La greffière du comité

Barbara Reynolds

Clerk of the Committee

Extract form the *Journals of the Senate* of Tuesday, November 20, 2007:

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

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health —

ORDRES DE RENVOI

Extrait du *Procès-verbal* de la réunion du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie du mercredi 14 novembre 2007 :

Il est proposé par l'honorable sénateure Pépin :

Que le Sous-comité sur la santé des populations soit créé pour étudier les questions que pourrait lui renvoyer le comité principal;

Que le Sous-comité soit composé au plus de sept (7) membres, dont trois (3) constitueront le quorum;

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

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

Que, conformément à l'article 32 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à l'article 7, chapitre 3:06, du *Règlement administratif du Sénat*, l'autorisation d'engager les fonds du Comité soit conférée au Sous-comité;

Que, conformément à l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques et à l'article 8, chapitre 3:06, du *Règlement administratif du Sénat*, l'autorisation d'approuver les comptes à payer au nom du Comité soit conférée au Sous-comité;

Que l'autorisation du Comité, conformément à l'article 8 de la Politique relative à la présence des sénateurs, soit conférée au Sous-comité;

Que, sous réserve de l'approbation du Sénat, le pouvoir du Comité d'autoriser la diffusion des délibérations publiques par les médias d'information électroniques soit conféré au Sous-comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Extrait du *Procès-verbal* du mardi 20 novembre 2007 :

L'honorable sénateur Keon propose, appuyé par l'honorable sénateur Watt,

Que le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, entres autres les effets de

including the effects of these determinants on the disparities and inequities in health outcomes that continue to be experienced by identifiable groups or categories of people within the Canadian population;

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

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

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the Committee on this subject since the beginning of the First Session of the Thirty-Ninth Parliament be referred to the Committee; and

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2009, and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until 180 days after the tabling of the final report.

After debate,

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

Le greffier du Sénat

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

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

The Honourable Senator Trenholme Counsell moved:

That the order of reference adopted by the Senate on November 20, 2007 regarding the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health, be referred to the Subcommittee on Population Health.

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

La greffière du comité

Barbara Reynolds

Clerk of the Committee

ces déterminants sur les disparités et les inégalités sur le plan des résultats en santé auxquels sont exposés des groupes identifiables ou des catégories de personnes au Canada;

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

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

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le Comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au Comité;

Que le Comité soumette son rapport final au plus tard le 30 juin 2009 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 180 jours suivant le dépôt du rapport final.

Après débat,

La motion mise aux voix, est adoptée.

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

Il est proposé par l'honorable sénatrice Trenholme Counsell :

Que l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le 20 novembre 2007 au sujet des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, soit renvoyé au Sous-comité sur la santé des populations.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, November 15, 2007

(1)

[*English*]

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 11:00 a.m. this day, in room 705, Victoria Building, for the purpose of holding its organization meeting.

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

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

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

The committee proceeded to organize.

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

The Honourable Senator Pépin moved that the Honourable Senator Keon do take the chair of this subcommittee.

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

The Honourable Senator Keon took the chair.

The Honourable Senator Callbeck moved that the Honourable Senator Pépin be deputy chair of this subcommittee.

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

The Honourable Senator Pépin moved:

That the chair, the deputy chair and the Honourable Senator Cook be empowered to make decisions on behalf of the subcommittee with respect to its agenda, to invite witnesses and schedule hearings.

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

The Honourable Senator Pépin moved:

That the subcommittee print its proceedings; and

That the chair be authorized to set this number to meet demand.

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

The Honourable Senator Fairbairn, P.C., moved:

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

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

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le jeudi 15 novembre 2007

(1)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 heures, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, pour tenir sa séance d'organisation.

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

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

Également présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Le comité entame sa séance d'organisation.

La greffière du sous-comité préside à l'élection d'un président.

L'honorable sénateur Pépin propose que l'honorable sénateur Keon assume la présidence du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Keon occupe le fauteuil.

L'honorable sénateur Callbeck propose que l'honorable sénateur Pépin soit vice-présidente du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Pépin propose :

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

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Pépin propose :

Que le sous-comité fasse imprimer ses délibérations; et

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

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Fairbairn, C.P., propose :

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

La question, mise aux voix, est adoptée.

The Honourable Senator Callbeck moved:

That the chair, on behalf of the subcommittee, ask the Library of Parliament to assign analysts to the subcommittee.

That the chair, the deputy chair and Senator Cook be authorized to retain the services of such experts as may be required by the work of the subcommittee; and

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

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

The Honourable Senator Fairbairn, P.C., moved:

That, pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, and section 7, Chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, authority to commit funds be conferred individually on the chair, the deputy chair and the clerk of the subcommittee; and

That, pursuant to section 34 of the Financial Administration Act, and section 8, Chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, authority for certifying accounts payable by the subcommittee be conferred individually on the chair, the deputy chair, and the clerk of the subcommittee.

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

The Honourable Senator Pépin moved:

That the subcommittee empower the chair, deputy chair and Senator Cook, to designate as required, one or more members of the subcommittee and/or such staff as may be necessary to travel on assignment on behalf of the subcommittee.

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

The Honourable Senator Fairbairn, P.C., moved:

That the chair, deputy chair and Senator Cook be authorized to:

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

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

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

The Honourable Senator Pépin moved:

That, pursuant to the Senate guidelines for witnesses expenses, the subcommittee may reimburse reasonable travelling and living expenses for one witness from any one organization and payment will take place upon application, but that the chair be authorized to approve expenses for a second witness should there be exceptional circumstances.

L'honorable sénateur Callbeck propose :

Que le président, au nom du sous-comité, demande à la Bibliothèque du Parlement d'affecter des attachés de recherche au sous-comité;

Que le président, la vice-présidente et le sénateur Cook soient autorisés à faire appel aux services des experts-conseils dont le sous-comité pourra avoir besoin dans le cadre de ses travaux; et

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

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Fairbairn, C.P., propose :

Que, conformément à l'article 32 de la Loi sur la gestion des finances publiques, et à l'article 7, chapitre 3:06, du *Règlement administratif du Sénat*, le pouvoir d'engager les fonds du sous-comité soit conféré individuellement au président, à la vice-présidente et à la greffière du sous-comité; et

Que, conformément à l'article 34 de la Loi sur les finances publiques, et à l'article 8, chapitre 3:06, du *Règlement administratif du Sénat*, l'autorisation d'approuver les comptes à payer au nom du sous-comité soit conférée individuellement au président, à la vice-présidente et à la greffière du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Pépin propose :

Que le sous-comité autorise le président, la vice-présidente et le sénateur Cook à désigner, au besoin, un ou plusieurs membres du sous-comité, de même que le personnel nécessaire, qui se déplaceront au nom du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Fairbairn, C.P., propose :

Que le président, la vice-présidente et le sénateur Cook soient autorisés à :

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

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

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Pépin propose :

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

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

The Honourable Senator Fairbairn, P.C., moved:

That the chair, deputy chair and Senator Cook be empowered to allow, at their discretion, coverage by electronic media of the subcommittee's public proceedings with the least possible disruption of its hearings

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

The chair noted that the time slot for meeting of the subcommittee is Wednesdays 4:00 - 6:00 p.m.

The Honourable Senator Pépin moved:

That each subcommittee member be allowed to have staff persons present at in camera meetings, unless there is a decision for a particular meeting to exclude all staff.

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

At 11:05 a.m., pursuant to rule 92 (2)(e), the subcommittee continued in camera to consider a draft agenda.

It was agreed that Frances Shapiro Munn, Lynne Champoux-Williams and Mary Rose Hillyer, students at McGill University who were shadowing senators for their work day, be permitted to remain for the in camera session.

The subcommittee discussed future business.

At 11:45 a.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, November 22, 2007
(2)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 11:00 a.m., in room 257 East Block, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn P.C., Keon, and Pépin (7).

Other senator present: The Honourable Senator Eggleton P.C.

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007, the subcommittee began its examination on population health.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Fairbairn, C.P., propose :

Que le président, la vice-présidente et le sénateur Cook soient autorisés à permettre, à leur discrétion, la diffusion des délibérations publiques du sous-comité par les médias d'information électroniques, de manière à déranger le moins possible ses travaux.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Le président indique que l'horaire des séances du sous-comité sera le suivant : les mercredis, de 16 heures à 18 heures.

L'honorable sénateur Pépin propose :

Que chaque membre du sous-comité soit autorisé à être assisté de membres de son personnel pendant les séances à huis clos, à moins qu'il ne soit décidé, pour une séance en particulier, d'exclure l'ensemble du personnel.

La question, mise aux voix, est adoptée.

À 11 h 5, conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement, le sous-comité poursuit ses travaux à huis clos pour examiner une ébauche d'ordre du jour.

Il est convenu que Frances Shapiro Munn, Lynne Champoux-Williams et Mary Rose Hillyer, étudiantes à l'Université McGill, qui ont suivi les sénateurs pendant leur journée de travail, soient autorisées à assister à la séance à huis clos.

Le sous-comité discute de ses travaux futurs.

À 11 h 45, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 22 novembre 2007
(2)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 11 heures, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (7).

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

Aussi présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007, le sous-comité entreprend son examen relatif à la santé des populations.

WITNESSES (by video conference):

Swedish Ministry of Health and Social Affairs:

Irene Nilsson-Carlsson, Deputy Director General, Public Health Division.

Swedish National Institute of Public Health:

Dr. Gunnar Ågren, Director General;
Bernt Lungren, Public Health Policy Expert.

Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences:

Piroska Östlin, Senior Researcher.

Ms. Nilsson-Carlsson, Dr. Ågren, Mr. Lungren, and Dr. Östlin, each made a statement and, together, responded to questions.

The Honourable Senator Pépin moved:

That the following special study budget application (population health) be approved for submission to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

Summary of Expenditures:

Professional and Other Services	\$120,500
Transportation and Communications	\$53,070
All Other Services	\$8,250
Total:	\$ 181,820

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

At 12:50 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, November 28, 2007
(3)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:06 p.m., in room 9 Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, and Pépin (7).

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

In attendance: Odette Madore and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on November 20, 2007, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health.

TÉMOINS (par vidéoconférence) :

Ministère de la santé et des affaires sociales de Suède :

Irene Nilsson-Carlsson, directrice générale adjointe, Division de la santé publique.

Institut national de la santé publique de Suède :

Dr Gunnar Ågren, directeur général;
Bernt Lungren, spécialiste des politiques de santé publique.

Institut Karolinska, Département des services de santé publique :

Piroska Östlin, chercheuse principale.

Mme Nilsson-Carlsson, le Dr Ågren, M. Lungren et le Dr Östlin font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

L'honorable sénateur Pépin propose :

Que le budget suivant, pour l'étude spéciale (santé des populations) soit approuvé et soumis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales des sciences et de la technologie :

Résumé des dépenses :

Services professionnels et autres	120 500 \$
Transports et communications	53 070 \$
Autres services	8 250 \$
Total :	180 820 \$

La question, mise aux voix, est adoptée.

À 12 h 50, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 28 novembre 2007
(3)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 6, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (7).

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

Aussi présents : Odette Madore et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le 20 novembre 2007, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé.

*WITNESSES:**The Quaich Inc.:*

Patsy Beattie-Huggan, President.

McMaster University:

John Eyles, Professor, School of Geography and Earth Sciences.

PEI Department of Health:

Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations.

Ms. Beattie-Huggan, Mr. Eyles and Ms Hennebery each made a statement and answered questions.

At 5:55 p.m., the subcommittee suspended.

At 5:58 p.m., pursuant to rule 92(2)(e), the subcommittee continued in camera to consider a draft agenda.

At 6:12 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

*ATTEST:**TÉMOINS :**The Quaich Inc. :*

Patsy Beattie-Huggan, présidente.

Université McMaster :

John Eyles, professeur, École de géographie et des sciences de la Terre.

Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard :

Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel.

Mme Beattie-Huggan, M. Eyles et Mme Hennebery font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 17 h 55, la séance est interrompue.

À 17 h 58, conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement, le sous-comité reprend ses travaux à huis clos pour examiner une ébauche d'ordre du jour.

À 18 h 12, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du sous-comité

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, November 15, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11 a.m. to organize the activities of the subcommittee.

[English]

Barbara Reynolds, Clerk of the Committee: Honourable senators, as clerk of your subcommittee, it is my duty to preside over the election of the chair.

[Translation]

I am ready to receive a motion to that effect.

[English]

Are there any nominations? It is moved by the Honourable Senator Pépin that the Honourable Senator Keon do take the chair of this subcommittee. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

Ms. Reynolds: I declare the motion carried.

[Translation]

I invite Honourable Senator Keon to take the chair.

[English]

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

The Chair: Thank you very much again. We have a lot of work to do and a lot of fun to have. I think we will be very pleased when we are finished with all of this.

The next item is the election of the deputy chair. Are there any nominations?

Senator Callbeck: I nominate Senator Pépin.

The Chair: Are there any further nominations? All those in favour?

Carried.

The next items states that the chair and deputy chair be empowered to make decisions on behalf of the subcommittee with respect to agenda. Can we have a motion for that?

Senator Fairbairn: I so move.

The Chair: We can name the person to this position. Senator Cook has served in the past. Perhaps someone move her name.

Senator Fairbairn: I will so move.

The Chair: Thank you very much, Senator Fairbairn.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 15 novembre 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 11 heures, pour tenir sa séance d'organisation.

[Traduction]

Barbara Reynolds, greffière du comité : Honorables sénateurs, il m'appartient en tant que greffière de votre sous-comité de présider à l'élection à la présidence.

[Français]

Je suis prête à recevoir une motion à cet effet.

[Traduction]

Y a-t-il des propositions? Il est proposé par l'honorable sénateur Pépin que l'honorable sénateur Keon soit président du sous-comité. Plaît-il aux honorables sénateurs d'adopter la motion?

Des voix : D'accord.

Mme Reynolds : Je déclare la motion adoptée.

[Français]

J'invite l'honorable sénateur Keon à prendre place au fauteuil.

[Traduction]

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

Le président : Merci beaucoup encore une fois. Nous avons énormément de pain sur la planche et de plaisir en perspective. Je pense que nous serons très heureux une fois tout ce travail terminé.

Le point suivant à l'ordre du jour est l'élection du vice-président. Y a-t-il des propositions?

Le sénateur Callbeck : Je propose le sénateur Pépin.

Le président : Y a-t-il d'autres propositions? Tous ceux en faveur?

Adopté.

La motion suivante porte que le président et le vice-président soient autorisés à prendre des décisions au nom du sous-comité relativement au programme. Quelqu'un peut-il proposer une motion à cet effet?

Le sénateur Fairbairn : J'en fais la proposition.

Le président : Nous pouvons nommer la personne à ce poste. Le sénateur Cook l'a occupé dans le passé. Quelqu'un pourrait la proposer.

Le sénateur Fairbairn : J'en fais la proposition.

Le président : Merci beaucoup, sénateur Fairbairn.

Then we have the motion to print subcommittee proceedings, with which you are all familiar. Would someone move that? Senator Pépin.

The fifth item concerns the authorization to hold meetings and to print evidence when quorum is not present, which you are familiar with again.

Senator Fairbairn: I will move that.

The Chair: Senator Fairbairn.

The sixth item refers to research staff. Senator Pépin so moves.

Carried.

The seventh item concerns the authority to commit funds and certify accounts, with which the committee is familiar. Senator Fairbairn so moves.

Carried

Travel is the topic of the eighth motion. Senator Pépin so moves.

Carried.

The ninth motion is the designation of members travelling on subcommittee business. Senator Fairbairn so moves.

Carried

Item 10 concerns travelling and living expenses of witnesses. Senator Pépin so moves.

Carried.

Item 11 concerns electronic media coverage of the public meetings. Senator Fairbairn so moves. Thank you very much.

You missed an exciting portion of the meeting, Senator Brown.

Senator Brown: I hope you did not put me on anything I am not already on.

The Chair: Now we have the motion, again with which you are familiar, about attendance of senators' staff at in camera meetings. If we have this motion now, we do not have to have it before each meeting. Senator Pépin so moves.

Carried.

Ms. Reynolds: Would you like to go in camera to discuss future business?

The Chair: Yes, we should have a brief meeting to discuss future business. Senator Cook is not here, but Senator Pépin, Senator Cook and I met informally about this. I would like to lay out to those here what lies ahead.

Ms. Reynolds: I do not believe you need the stenographers for this portion, so you could dismiss them.

Ensuite, nous avons la motion portant sur l'impression des délibérations du sous-comité, que vous connaissez tous. Quelqu'un peut-il proposer l'adoption de la motion? Sénateur Pépin.

La cinquième motion a trait à l'autorisation à tenir des réunions et à l'impression des témoignages en l'absence de quorum, que vous connaissez aussi.

Le sénateur Fairbairn : J'en fais la proposition.

Le président : Sénateur Fairbairn.

La sixième motion concerne le personnel de recherche. Le sénateur Pépin en fait la proposition.

Adopté.

La septième motion porte sur l'autorisation à engager des fonds et à approuver les comptes à payer, que vous connaissez tous. Le sénateur Fairbairn en fait la proposition.

Adopté.

La huitième motion porte sur les voyages. Le sénateur Pépin en fait la proposition.

Adopté.

La neuvième motion concerne la désignation des membres qui voyagent pour les affaires du sous-comité. Le sénateur Pépin en fait la proposition.

Adopté.

La dixième motion porte sur les frais de déplacement des témoins. Le sénateur Pépin en fait la proposition.

Adopté.

La onzième motion a trait à la diffusion des délibérations publiques par médias d'information électronique. Le sénateur Fairbairn en fait la proposition. Merci beaucoup.

Vous avez manqué une partie passionnante de la réunion, sénateur Brown.

Le sénateur Brown : J'espère que vous ne m'avez pas confié de tâches que je n'ai pas déjà.

Le président : Maintenant, nous devons adopter la motion, que vous connaissez aussi, relative à la présence du personnel aux séances à huis clos. Si nous l'adoptons maintenant, nous n'aurons pas à le faire avant chaque réunion. Le sénateur Pépin en fait la proposition.

Adopté.

Mme Reynolds : Souhaitez-vous poursuivre à huis clos pour discuter des travaux futurs?

Le président : Oui, nous devrions tenir une brève réunion pour discuter de nos travaux futurs. Le sénateur Cook n'est pas là, mais le sénateur Pépin, le sénateur Cook et moi-même avons eu une rencontre informelle à ce sujet. J'aimerais exposer aux membres ici présents ce qui nous attend.

Mme Reynolds : Je ne crois pas que vous ayez besoin des sténographes pour cette partie; vous pouvez les inviter à se retirer.

The Chair: They are awfully important, but I think they are more valuable elsewhere.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Thursday, November 22, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:00 a.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 (*Chair*) in the chair.

The Chair: Good morning. I am Senator Keon, chair of the Subcommittee on Population Health. We are very deeply appreciative of you joining us by way of video conference. We have a beautiful winter scene outside. We are getting 15 centimetres of snow as we speak, so I am sure you are green with envy over there in Sweden.

I understand we have, from the Swedish Ministry of Health and Social Affairs, Irene Nilsson-Carlsson; from the Swedish Institute of Public Health, Dr. Gunnar Ågren; from the Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences, Ms. Piroška Östlin; and, in addition, we have Mr. Bernt Lundgren.

As I said, my name is Senator Keon. With me is Senator Lucie Pépin, deputy chair of the committee, Senator Joyce Fairbairn and Senator Eggleton, who is actually chair of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Also, we have Senator Joan Cook and Senator Catherine Callbeck.

Irene Nilsson-Carlsson, Deputy Director General, Public Health Division, Swedish Ministry of Health and Social Affairs: Thank you, senators, for inviting Sweden and us to this video conference and for providing us with the opportunity to present the Swedish case. I am head of the division for public health in the Swedish government's ministry of health and social affairs. I would like to share with you some of the lessons learned during the development of the public health policy for Sweden.

To start with, the normal procedure when developing a policy is that it should be delivered within a limited time. However, creating a modern public health policy means involving and engaging other parts of society. It requires reflections, rethinking and numerous discussions to understand the concept and to start establishing a common ground. A general commitment in the society is essential if you want a public health policy with a real impact on public health. That is a clear experience of ours.

The government was aware of this and so appointed a national public health committee. This committee was to present proposals on national objectives for the development of public health. In the

Le président : Ils sont extrêmement importants, mais je pense qu'ils sont plus utiles ailleurs.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le jeudi 22 novembre 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 11 heures, pour étudier en vue d'en faire rapport les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

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

Le président : Bonjour. Je suis le sénateur Keon, président du Sous-comité sur la santé des populations. Nous vous sommes très reconnaissants de vous joindre à nous par vidéoconférence. Nous avons une scène hivernale féérique à l'extérieur. Nous allons recevoir aujourd'hui quinze centimètres de neige, de quoi vous rendre verts de jalousie là-bas, en Suède.

Je crois savoir que nous accueillons, du ministère de la Santé et des Affaires sociales, Irene Nilsson-Carlsson, de l'Institut suédois de la santé publique, le Dr Gunnar Ågren; de l'Institut Karolinska, Département des services de santé publique, Mme Piroška Östlin, sans oublier M. Bernt Lundgren.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, je m'appelle le sénateur Keon. Je suis entouré du sénateur Lucie Pépin, vice-présidente du comité, du sénateur Joyce Fairbairn et du sénateur Eggleton, qui est en fait le président du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Sont également présentes les sénateurs Joan Cook et Catherine Callbeck.

Irene Nilsson-Carlsson, directrice générale adjointe, Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Affaires sociales de Suède : Honorables sénateurs, je vous remercie d'avoir invité la Suède et les personnes ici présentes à cette vidéoconférence et de nous donner ainsi l'occasion d'expliquer ce qui se fait en Suède. Je suis à la tête de la Division de la santé publique au ministère de la Santé et des Affaires sociales de la Suède. J'aimerais vous faire part de certaines des leçons que nous avons apprises lorsque nous avons établi notre politique de santé publique.

Habituellement, lorsqu'on élabore une politique, il faut le faire dans un délai donné. Toutefois, la création d'une politique moderne de santé publique nécessite la participation ou l'apport d'autres éléments de la société. On ne saurait bien comprendre la question et dégager des consensus sans y avoir mûrement réfléchi, avoir tout remis en question et en avoir longuement discuté. Pour qu'une politique de santé publique ait un impact véritable sur la santé publique, il est indispensable que toute la société s'y engage. C'est là une leçon que nous avons tirée de l'expérience.

Notre gouvernement en était bien conscient, et c'est la raison pour laquelle il a formé un comité national sur la santé publique, chargé de proposer des objectifs nationaux en matière de santé

instructions given to the committee, it was clearly stated that the committee should adopt a process-oriented working method and to heavily involve the public and voluntary sectors at large.

Moreover, the committee was given three years to accomplish its task. In most cases, government committees are given much less time. My point is that if you want to have a process like this, it takes a lot of time and there can be no shortcuts. The advantage of providing such an amount of time is, of course, that the society has time to prepare and adjust to what is coming.

Keeping the momentum going during such a long process requires fuel. The fuel in our case included a number of expert reports and pamphlets relating controversial opinions around, for example, alcohol and tobacco. It included many of the social determinants as well as numerous meetings, consultations and public debates all around the country. That was important.

Another very crucial aspect in this process was the composition of the committee. It was based on three pillars. We have representatives of all the political parties in the Parliament, from left to right. We have leading public health scientists and a lot of experts representing the most relevant national state agencies, as well as regional and local authorities and a number of NGOs.

When the committee delivered its report, it took the government almost another two years to process the proposal before it was put forward to the Parliament for the final decision in 2003. This was also an important phase during which we had a lot of time for discussions with all the other ministries.

Why determinants? Sweden decided to have a determinant approach instead of one focusing on diseases when developing our public health strategy. You could ask why we did so. Given the limited time for this presentation, I will give you the short version.

Most public health strategies that we knew of at that time were outcome oriented. Objectives and targets were formulated in terms of reduced morbidity and mortality. Of course, that is what we all want to achieve in the end, but the important question is: How do we get there?

In a sense, one can say that we turned things upside down and started to look upstream. The idea was to focus on what is reachable with political measures. This was a political committee and a political process. That is why we would like to focus on what is reachable with political measures.

One role of the politicians is, for example, to create societal conditions that promote good health — conditions that are beyond the immediate control of the individual. While personal

publique. Dans son mandat, il était clairement indiqué que le comité devait percevoir son travail comme un processus et compter largement sur la participation du public et des secteurs bénévoles en général.

En outre, le comité s'est vu accorder trois ans pour remplir son mandat, ce qui est beaucoup plus que les délais imposés aux comités gouvernementaux, qui sont souvent bien plus courts. Ce que je veux dire, c'est qu'un processus comme cela prend beaucoup de temps et qu'il n'y a pas de raccourci possible. L'avantage d'accorder un si long délai, c'est que la société a le temps de se préparer.

Mais pour maintenir le rythme tout ce temps, il faut avoir des sources de motivation, qui ont pris la forme, dans ce cas précis, de rapports d'experts, de documents exposant des points de vue controversés sur des sujets comme l'alcool et le tabac, ainsi que de nombreuses réunions, y compris au sujet de nombreux déterminants sociaux, de même que plusieurs rencontres, consultations et débats publics tenus partout au pays. C'était important.

Un autre aspect fort important du processus était la composition du comité, qui s'appuyait sur trois piliers. Nous avons des représentants de toutes les formations politiques présentes au Parlement (celles de gauche comme celles de droite, et tout ce qu'il y a entre ces deux pôles), des spécialistes de renom en matière de santé publique et des experts des autorités locales et régionales et des organismes d'État compétents, ainsi que d'un certain nombre d'ONG intéressées.

Après que le comité a déposé son rapport, le gouvernement a mis près de deux ans à réfléchir à la question et à présenter une proposition au Parlement, au sujet de laquelle ce dernier s'est prononcé définitivement en 2003. C'était là aussi une phase cruciale durant laquelle nous avons eu beaucoup de temps pour discuter avec tous les autres ministères.

Pourquoi les déterminants, me demanderez-vous. Dans sa stratégie en matière de santé publique, la Suède a décidé de s'attaquer aux déterminants de la santé plutôt qu'aux maladies elles-mêmes. Pourquoi? Vu le temps limité qui m'est alloué, mes explications seront brèves.

La majorité des stratégies de cette nature qui nous étaient connues à l'époque étaient axées sur les résultats. Les objectifs et les cibles établis se limitaient essentiellement à une réduction de la morbidité et de la mortalité. Bien sûr, c'est ce que nous souhaitons tous en bout de ligne, mais la question importante à se poser est : comment fait-on pour parvenir à ce résultat?

Dans un sens, on peut dire que nous sommes allés à contre-courant en regardant en amont du problème. Il s'agissait de se concentrer sur les changements qui pourraient être réalisés à l'aide de mesures politiques. Nous parlons ici d'un comité politique et d'un processus tout aussi politique. C'est pourquoi nous aimerions nous concentrer sur ce qui peut être réalisé au moyen de mesures politiques.

Le rôle des élus politiques consiste notamment à créer les conditions sociales favorables à une bonne santé, des conditions qu'un particulier ne peut reproduire seul. Si l'hygiène personnelle

health was rather understood as an individual aspect and individual responsibility, public health, on the other hand, was seen as the responsibility of the society at large. By approaching the determinants of health, public health also becomes a clearer political issue, and that was important.

More or less everyone agrees on positive outcomes, but the main issue is how to get there. There are indeed discussions and different political opinions on the means for that.

By making health more political in this sense, it also becomes more interesting and part of the public debate. For the Swedish government and the majority of the parties in the Parliament, it was agreed to put equal opportunities to good health as an overarching aim of the public health policy in Sweden.

I know you have already seen the headings of the 11 public health domains. We actually do not call them ghosts so I will not repeat them here and now, but I would like to point out the apparent contributions from the field of health promotion. You can also easily trace the action areas in the Ottawa Charter, the idea of a healthy public policy spelled out in the Adelaide recommendations, as well as the focus of health supporting environments and the evidence-based approach.

We think it is important to point out that the domain should be seen holistically and interlinked with each other. For example, promotion of good eating habits are linked to socio-economic conditions, as well as to secure and healthy conditions for growing up. This is something we have to focus more on.

The implementation of the objectives involves many different policy areas and ministries. The determinant approach made it much more understandable for the other ministries that they had a crucial stake in the health policy. Some ministries became more interested in health such as Environment, Agriculture and Consumer Affairs, and the ministry of Finance.

In general, we have experienced strong support from other ministries to contribute to the improvement of health. Often, other ministries find that what benefits public health in their policy areas will only strengthen their argument for additional measures in their policy areas.

The first step was to establish an executive structure in order to facilitate the implementation of the Swedish public health strategy. Our solution was to identify already existing objectives in other policy areas and put them in a public health context and give them sectoral responsibilities. When we found that other ministries already had aims and goals that were in line with the public health policy, we thought it was wise to build on them.

était plutôt perçue comme une responsabilité individuelle, la santé publique, elle, apparaissait comme la responsabilité de la société dans son ensemble. En s'intéressant aux déterminants de la santé, la stratégie en matière de santé publique devenait également un enjeu politique net, ce qui a de l'importance.

À peu près tout le monde veut des résultats positifs, mais l'essentiel est de décider de la manière de s'y prendre. On peut en discuter longuement, et les opinions politiques divergent quant aux moyens à prendre.

En prêtant ainsi à la santé un caractère plus politique, on suscitait un intérêt accru au sein de la population à son égard. Le gouvernement suédois et la majorité des partis représentés au Parlement se sont entendus sur l'importance d'inscrire dans la politique de santé publique le droit égal à une bonne santé.

Je sais que vous avez déjà entendu parler des onze domaines de la santé publique (que nous ne désignons pas, soit dit en passant, comme des buts). Je ne vais donc pas vous les énumérer ici. Mais je vous ferai remarquer la contribution apparente de l'un de ces domaines, à savoir la promotion de la santé. Vous pouvez aussi facilement retracer les champs d'action dans la Charte d'Ottawa et retrouver l'idée de promouvoir la santé publique exposée dans les recommandations d'Adélaïde, tout comme la nécessité de créer des milieux physiques sains et d'adopter une démarche fondée sur l'expérience clinique.

Il est important de souligner qu'il faut que les domaines en question soient considérés dans une perspective holistique et mis en lien les uns avec les autres. Par exemple, la promotion de saines habitudes alimentaires est reliée aux conditions socioéconomiques ainsi qu'à un milieu sain et sécuritaire favorisant le développement. C'est là un point sur lequel nous devons insister davantage.

Différents ministères et secteurs de politique sont mis à contribution en vue d'atteindre les objectifs établis. L'approche axée sur les déterminants de la santé a aidé les autres ministères à mieux comprendre le rôle crucial qu'ils ont à jouer dans le domaine de la santé. Pour toutes sortes de raisons, des ministères comme celui de l'Environnement, de l'Agriculture et du Consommateur et des Finances, se sont intéressés davantage à la santé.

En règle générale, d'autres ministères étaient très favorables à l'idée d'améliorer la santé. Ils se sont aperçus que les mesures prises dans leur secteur pour améliorer la santé publique leur fournissaient souvent des arguments plus solides en faveur de l'acquisition de ressources supplémentaires.

La première étape a été de se doter d'une structure administrative propre à faciliter la mise en œuvre de la stratégie suédoise en matière de santé publique. Pour cela, nous avons transposé dans le contexte de la santé publique les objectifs existant déjà dans d'autres secteurs de politique, établissant ainsi des responsabilités sectorielles. Lorsque nous avons constaté que d'autres ministères avaient déjà des objectifs et des buts qui concordaient avec la politique en matière de santé publique, nous avons cru sage de capitaliser sur eux.

The second step was to appoint a special minister of public health and strengthen inter-ministerial mechanisms within the government.

The third was to establish a national steering group for public health issues in which their respective director general represents the most relevant national agencies. The minister of public health chairs the steering group. The fourth was to make the Swedish national institute of public health the coordinating agency.

Having decided to take the determinant approach, it was only natural to look for how this was expressed in existing policies. Surprisingly, or not, we found that much was already in place but not framed in “public health” terms. Instead of inventing new policies, we started by pointing out and strengthening the health dimension of existing policies.

Within this comprehensive public health policy, the need for a special minister for public health became apparent to the Prime Minister. In our case, this means the senior minister with a mandate to take initiatives covering all the determinants that are linked to the 11 objectives and to coordinate the government’s public health policy.

The main point is that the minister for public health can focus on health promotion and disease prevention in all policy areas.

For the execution of the policy, a national steering group for public health was established and is led by the minister for public health. It is inter-sectoral by nature and includes directors general from almost 20 state agencies, who are commissioned by the government to implement the parts of the public health policy related to their sectoral responsibilities.

The national institute of public health has an important task in coordinating and forcing the pace of the implementation of the national health policy. Dr. Ågren will tell you about that in his presentation.

The government has systematically given guidelines to all concerned state agencies to take actions and report on objectives under their sectoral responsibility. In general, the response, thus far, has been even more positive than expected.

It has been a main objective to put extra efforts into the monitoring and evaluation of this public health strategy. The simple reason behind this is that what is monitored is more likely to be implemented.

In addition, we have a public health report every four years which presents trends in morbidity, mortality and risk exposure, and a public health policy report. The latter, focuses on indicators for health determinants and on suggested priorities and measures for action.

La seconde étape a été de nommer un ministre spécial de la Santé publique et de consolider les mécanismes interministériels au sein du gouvernement.

La troisième a été de créer un groupe directeur national sur les questions de santé publique au sein duquel la plupart des organismes nationaux intéressés sont représentés par leurs directeurs généraux respectifs. Enfin, comme quatrième étape, nous avons confié à l’Institut national de santé publique de la Suède le rôle d’organisme de coordination.

Ayant décidé d’adopter une approche axée sur les déterminants, il était tout naturel de voir ce que les politiques existantes avaient à dire à ce sujet. Étonnamment, ou non, nous avons constaté qu’il existait déjà de nombreuses dispositions en la matière, sauf qu’elles n’étaient pas exprimées en fonction de la santé publique. Par conséquent, au lieu d’inventer de nouvelles politiques, nous avons commencé par mettre en relief et renforcer l’aspect de la santé dans les politiques existantes.

L’adoption d’une politique globale de santé publique a convaincu le premier ministre de la nécessité de nommer un ministre spécial de la Santé publique. Il s’agissait, pour nous, d’un ministre de premier plan chargé de prendre des mesures à l’égard de tous les déterminants liés aux onze domaines ou objectifs établis en matière de santé publique et de coordonner l’application de la politique de santé publique du gouvernement.

On veut que le ministre de la Santé publique puisse se concentrer sur la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Pour veiller à l’application de la politique, on a formé un groupe directeur national placé sous la direction du ministre. Ce groupe intersectoriel réunit les directeurs généraux d’environ vingt organismes d’État chargés de mettre en œuvre les éléments de la politique de santé publique relevant de leur secteur de responsabilité.

L’Institut national de santé publique a la tâche importante de coordonner et d’accélérer la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique, mais je laisse le directeur général de cet institut, le Dr Ågren, vous en dire plus à ce sujet dans une minute.

Le gouvernement a systématiquement donné instruction aux organismes d’État concernés de prendre les mesures nécessaires et de rendre compte de leurs objectifs dans leur secteur de responsabilité. La réaction, jusqu’à présent, a été meilleure que prévu.

On s’est beaucoup soucié de consacrer des efforts supplémentaires à la surveillance et à l’évaluation de la mise en œuvre de la politique de santé publique, et la raison en est simple : les chances qu’une politique soit mise en œuvre sont meilleures lorsqu’on dispose d’un mécanisme de surveillance.

En outre, il existe en Suède un rapport sur la santé publique qui est publié chaque année et qui fait état des tendances au chapitre de la morbidité, de la mortalité et de l’exposition au risque, auquel s’ajoute maintenant un rapport sur la politique de santé publique, qui s’intéresse surtout aux indicateurs relatifs aux déterminants de la santé ainsi qu’aux priorités et aux moyens d’action suggérés.

Dr. Gunnar Ågren, Director General, Swedish National Institute of Public Health: I have been Director General of the National Institute of Public Health since 1999. Before that, I was also one of the members of the national public health committee. Our institute is a governmental agency reporting to the ministry of health and social affairs. We receive our instructions from the government, but as with other governmental agencies, we have a high degree of independence in our analyses and executing our work.

One of our main tasks is to monitor and coordinate the implementation of the national public health policy together with other central governmental agencies. The second task is to be a centre of knowledge for methods and strategies within the field of public health as specialists of the local communities and regions with such knowledge. We also have to act as a supervisory agency in the field of alcohol, tobacco and illicit drugs, where we have a lot of legislation. It is important to recognize that the local committees carry out the main part of health promotion activities in Sweden. These communities are responsible for many aspects of daily welfare, for example, schools, sanitation and care of elderly people. They also oversee the Swedish regions, which are responsible for health care, including disease prevention. There are also a number of very important voluntary organizations involved in the field of public health, such as the temperance movement and the organizations for retired people and disabled persons.

In the health sector, there are other important governmental agencies. For example, the national board of health and welfare, with a centre for epidemiology. This centre delivers many relevant statistics on health outcomes. There is also the Swedish institute for infectious disease control, which delivers statistics on infectious diseases.

Our institute is organized primarily to monitor the various domains of objectives. We have a department for analysis and follow-up activities, which has the main responsibility for coordinating activities regarding the public health policy report. This department is also responsible for the annual survey of health-related behaviours, living conditions and self-reported health. This survey comprises approximately 60,000 Swedes every year and provides most of the data concerning lifestyle-related health determinants.

Mr. Bernt Lundgren will provide information on the work with the first public health policy report. I will make some general comments.

First, the central steering group, which was mentioned before, headed by the minister of public health, has been of crucial importance when making public health a legitimate issue in areas of the government administration other than the health sector. It is very important that the directors general come together to discuss those questions, that is, how to implement public health

Dr Gunnar Ågren, directeur général, Institut national de la santé publique de Suède : Je suis le directeur général de l'Institut national de la santé publique de Suède depuis 1999. Auparavant, j'étais également membre du Comité national de la santé publique. Notre institut est un organisme gouvernemental qui relève du ministère de la Santé et des Affaires sociales. Nos directives nous viennent du gouvernement, mais nous jouissons d'un fort degré d'indépendance dans le cadre de nos analyses et dans l'exécution de notre travail.

Une de nos principales tâches consiste à surveiller et à coordonner, avec les autres organismes centraux, la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique. La deuxième est de servir de centre national de connaissances sur les méthodes et les stratégies dans le domaine de la santé publique en tant que spécialistes des collectivités locales et des régions. Nous devons aussi agir comme organisme de surveillance en matière d'alcool, de tabac et de drogues illicites, domaines dans lesquels il existe beaucoup de lois. Il convient de souligner que la majeure partie des activités de promotion de la santé sont réalisées par les collectivités suédoises, lesquelles sont responsables de nombreux aspects de santé de la vie quotidienne, comme les écoles, l'hygiène et les soins aux personnes âgées, et par les régions suédoises qui sont responsables des soins de santé, ainsi que de la prévention des maladies. Il existe aussi plusieurs importants organismes bénévoles dans le domaine de la santé publique, par exemple le mouvement pour la sobriété et les organismes pour les personnes à la retraite et les personnes handicapées.

D'autres organismes gouvernementaux importants sont aussi actifs dans le secteur de la santé, par exemple l'Office national de la santé et du bien-être social, qui compte un centre d'épidémiologie. Le centre offre de nombreuses données intéressantes sur les résultats en matière de santé. Il y a aussi l'Institut suédois pour la lutte contre les maladies infectieuses, qui produit de la statistique à ce sujet.

Notre institut existe principalement afin de suivre la réalisation des divers objectifs. Un de nos services, chargé des analyses et du suivi, est le principal responsable de la coordination des activités touchant le rapport sur les politiques de santé publique. Ce service s'occupe également du sondage annuel sur les comportements liés à la santé, les conditions de vie et la déclaration volontaire en matière de santé. Le sondage porte sur quelque 60 000 Suédois et fournit la plupart des données sur les déterminants de la santé liés aux habitudes de vie.

M. Bernt Lundgren vous fournira de l'information sur l'évolution de la première politique en matière de santé publique. Je tiens toutefois à formuler quelques commentaires généraux.

Tout d'abord, le groupe directeur central dirigé par le ministre de la Santé publique dont il a été question tout à l'heure a joué un rôle essentiel pour ce qui est de tailler une place à la santé publique comme enjeu légitime dans les autres secteurs de l'administration gouvernementale. Il est très important que les directeurs généraux se rencontrent pour discuter de ces questions,

policy and which indicators we have to use and so on. It is very important that a cabinet minister has been the head of this group.

I also think that the synergy effects between public health and other important objectives such as economic growth have also been very important when we implement the public health objectives. When people representing other sectors of society discover that good health facilitates their own goals, they become more interested in the implementation of the public health policy.

This is also very important when implementing the policy at the regional and local level. It has been quite common to look at public health as something that improves growth and regional development in different parts of Sweden.

Although the public health policy report covers all domains of objectives, it is also important — and this is something we have learned — to concentrate efforts on the most important public health problems. In Sweden, some of the most important problems involve alcohol, increasing obesity and lack of physical activity, mental health among young people, and stagnating health among elderly people.

It is more important in the future to have learned that we should concentrate or report more on the most central public health problems.

Bernt Lundgren, Public Health Policy Expert, Swedish National Institute of Public Health: Thank you for the possibility to give some insight into the processes of the implementation, monitoring and evaluation of the broad determinants-based public health policy during the first phase of its implementation, 2003-2005.

I was principal secretary of the Swedish national public health committee, and I am now a public health policy expert in the Swedish national institute of public health. The source for my presentation is the public health policy report, which was handed over to the minister of public health in October 2005. I was principal secretary for that report.

In the report, the experiences of implementation are described, together with a presentation of time series data for 42 important health determinants. In the report, SNIPH — the Swedish national institute of public health — also put forward 29 priority proposals related to health threats and 13 proposals related to policy and capacity. I will now focus on the capacity side.

SNIPH was commissioned by the government in 2002 to develop a monitoring system with indicators related to the new public health policy, and in 2003 and 2004 to support selected state agencies in the understanding of their roles in regard to public health. To achieve this, SNIPH needed to formalize some normative starting points for the work. We developed the strategy emphasizing that players outside the health sector first have to consider which determinants are important within their own

soit de la façon de mettre en œuvre la politique en matière de santé publique et des indicateurs comme tels qu'il faut utiliser et ainsi de suite. Il est donc très important que le groupe relève directement d'un membre du conseil des ministres.

Je crois aussi que la synergie entre la santé publique et d'autres objectifs importants, comme la croissance économique, revêt aussi une grande importance. Lorsque les représentants d'autres secteurs de la société constatent que la bonne santé favorise la réalisation de leurs propres objectifs, ils deviennent beaucoup plus réceptifs à la mise en œuvre de la politique de santé publique.

C'est également vrai pour la mise en œuvre de la politique à l'échelon régional et local. Il est très courant de tenir la santé publique pour un facteur qui améliore la croissance et le développement régional dans différentes régions de Suède.

Bien que le rapport sur la politique de santé publique porte sur les objectifs dans tous les domaines, il importe aussi — c'est une leçon que nous avons apprise — de concentrer les efforts sur les principaux problèmes de santé publique, par exemple, dans le cas de la Suède, l'alcoolisme, l'obésité croissante et le manque d'activité physique, ainsi que la santé mentale chez les jeunes et la stagnation de la santé des personnes âgées.

Dans l'avenir, il sera encore plus important d'avoir appris qu'il faut se concentrer sur les principaux problèmes de santé publique ou faire davantage rapport à leur sujet.

Bernt Lundgren, expert en politique en matière de santé publique, Institut national de la santé publique de Suède : Je vous remercie de me donner l'occasion de vous offrir quelques précisions concernant la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de la vaste politique suédoise en matière de santé publique basée sur les déterminants au cours de la première phase de sa mise en œuvre, soit de 2003 à 2005.

J'ai été secrétaire principal de la Commission nationale sur la santé publique de la Suède et je suis actuellement expert en politique de santé publique à l'Institut national de la santé publique de la Suède. Mon exposé s'appuie sur le rapport sur la politique en matière de santé publique de 2005 dont j'ai été le principal secrétaire et qui a été présenté au ministre de la Santé publique en octobre 2005.

Le rapport décrit les expériences vécues durant la mise en œuvre et présente des données chronologiques pour 42 déterminants importants de la santé. Dans le rapport, l'Institut propose également 29 priorités ayant trait aux menaces pour la santé dans les domaines de la maladie et de la santé mentale et fait 13 propositions ayant trait à la politique et à la capacité. Dans mon exposé d'aujourd'hui, j'insisterai plus particulièrement sur le volet capacité.

En 2002, le gouvernement a confié à l'Institut le mandat de concevoir un système de surveillance incluant des indicateurs liés à la nouvelle politique en matière de santé publique et, en 2003 et 2004, de soutenir des organismes d'État choisis pour les aider à comprendre leur rôle en matière de santé publique. Pour s'acquitter de cette tâche, l'Institut a dû déterminer certains points de départ normatifs. Ainsi, l'Institut a élaboré une stratégie mettant l'accent sur le fait que les intervenants à l'extérieur du

spheres of activity and for which groups. They have to establish indicators to follow up and third, build capacity, make health impact assessments and act on the determinants. Fourth, they must monitor the effects of the interventions; fifth, suggest new steering mechanisms and interventions; and sixth, report to stakeholders.

SNIPH submitted a proposal with indicators to the government in March 2003. This proposal was circulate by the government offices to 45 central state agencies for comments. Through this, a process of communication was started between SNIPH and more than 20 central agencies, from agriculture to education. One result of this communication was 38 principal indicators adopted by SNIPH in November 2004. This was later reduced to 36 principal indicators used in the public health policy report and also 47 sub-indicators. I have sent you an appendix where you can see the determinants, the indicators and the sources for the indicators.

At the same time as the work with the indicators was being followed up, we adopted a dialogue approach to support the state sector agencies regarding their roles in public health. The government commissioned 17 state agencies in 2004 and 13 agencies in 2005 to work actively to fulfill the overall aim and report their efforts.

Thus, the dialogue process started with lunch meetings between SNIPH and agency directors general and county governors about the normative starting points. This was then followed by multi- and bilateral meetings with agency representatives about following up the determinants and reporting initiatives and achievements. The process resulted in reports to SNIPH from 22 national agencies and eight county administrative boards — that is regional state agencies — during 2004-05, and 13 county administrative board reports during 2006. The later board reports were not included in the 2005 public health policy report. Very important in the dialogue and related to the normative starting points was the question of transfer of ownership, meaning that the responsibility of the agencies also includes monitoring the development of health determinants and establishing relevant indicators in the area and using good data for the indicators.

Support to municipalities and county councils from SNIPH have primarily been given in the form of seminars, participation in strategic groups and knowledge reviews and reports. SNIPH has also compiled basic public health statistics for local authorities to help the municipalities plan and monitor their public health work. To obtain information for the report, SNIPH

secteur des services de santé devaient d'abord décider des déterminants considérés comme étant importants dans leur propre sphère d'activité et des groupes auxquels ils s'appliquent, puis établir des indicateurs aux fins de suivi et, de plus, renforcer les capacités, faire des évaluations d'impact sur la santé et prendre des mesures relativement aux déterminants. Enfin, les intervenants devaient surveiller les effets des interventions, proposer de nouveaux mécanismes de direction et des interventions et faire rapport aux intéressés.

L'Institut a présenté un projet, y compris des indicateurs, au gouvernement en mars 2003. Les autorités gouvernementales ont distribué le projet proposé à 45 organismes centraux pour avoir leurs opinions. Ainsi, un processus de communication s'est amorcé entre l'Institut et plus de vingt organismes centraux œuvrant dans un éventail de domaines, depuis l'agriculture jusqu'à l'éducation. À la suite de cette activité, l'Institut a adopté 38 indicateurs principaux en novembre 2004. Ce nombre a par la suite été ramené à 36 indicateurs principaux dans le cadre de l'élaboration du rapport sur la politique en matière de santé publique de 2005. En plus des indicateurs principaux, le rapport contient aussi 47 indicateurs secondaires. Je vous ai envoyé une annexe qui fait état des déterminants, des indicateurs et des sources des indicateurs.

Tandis que le travail portant sur les indicateurs faisait l'objet d'un suivi, une démarche fondée sur le dialogue visant à appuyer les organismes sectoriels d'État dans leurs rôles en matière de santé publique a été amorcée. Le gouvernement a confié à 17 organismes d'État en 2004 et à 13 organismes en 2005 la tâche de travailler activement à la réalisation de l'objectif global et de faire rapport sur les résultats de leurs efforts.

Ainsi, le dialogue a commencé par des rencontres entre l'Institut et les directeurs généraux des organismes et les gouverneurs de comté au sujet des points de départ normatifs. Ces rencontres ont été suivies de réunions multilatérales et bilatérales avec des représentants des organismes portant sur le suivi des déterminants et la production de rapports sur les initiatives et les réalisations. Ces activités ont donné lieu à la production d'un rapport présenté à l'Institut par 22 organismes nationaux et huit conseils d'administration de comté (organismes d'État régionaux) en 2004-2005 et par 13 conseils d'administration de comté en 2006. Ces derniers n'ont pas été inclus dans le rapport sur la politique en matière de santé publique de 2005. La question du transfert de prise en charge, en plus d'être liée aux points de départ normatifs constituait un élément très important du processus de dialogue. Par transfert de prise en charge, on entend que la responsabilité des organismes comprend également d'assurer le suivi de l'élaboration des déterminants en matière de santé, d'établir des indicateurs pertinents dans le domaine et d'utiliser de bonnes données pour élaborer les indicateurs.

L'Institut a offert son soutien aux municipalités et aux conseils de comité principalement sous la forme de séminaires et de participation à des groupes stratégiques, à des groupes d'examen des connaissances et à la rédaction de rapports. L'Institut a aussi compilé ce que nous appelons les statistiques de base en matière de santé publique pour les autorités locales en vue d'aider les

conducted telephone interviews with all 21 county councils, regions, and distributed an electronic questionnaire to all 290 municipalities.

The result is that the central agencies that SNIPH met in the communication process are related to a vast area of different policy; for example, labour market, work environment, housing, integration, equality, education, social security, environmental protection, road traffic, sports, medical care, food and taxation.

The meetings with the directors general resulted in a consensus on the normative approach to public health. There was a marked interest in synergy effect, for example, environmental interventions that also affect health positively. Many central agencies regarded their activities as having a direct effect on people's health, while others regarded the effects as more indirect in that their activities influenced local factors. A summary of what happened shows that the process challenged the established domains of central agencies but, by taking a dialogue approach, obstacles could be overcome. Most agencies involved in the process became actively engaged and contributed to their development. As to the monitoring of indicators, they also reported initiatives and achievements related to health determinants within their respective domains.

The most important task for the regional state agencies — the county administrative boards — is to promote regional development in accordance with the goals decided by the Parliament and government. According to the county administrative boards, their work has both a direct and indirect effect on all domains and objectives, except domain six, the health service. Several of them also report that their coordination responsibility on the regional level and experiences from the area of environmental policy implementation and social supervision in the areas of social service for disabled persons and alcohol provide good prerequisites for deepening and strengthening their role within the public health area.

All county councils have adopted an overall action plan for public health work. In some counties, the plan has also been adopted in partnership with other actors. Seventeen county councils, or 80 per cent, have a department for public health or social medicine to support public health promotion within the county council and in the county, mostly for epidemiological monitoring, public health reporting and knowledge support.

municipalités à planifier et à surveiller leur travail dans le domaine de la santé publique. Dans le but de recueillir des informations pour le rapport sur la politique en matière de santé publique de 2005, l'Institut a réalisé des interviews téléphoniques en 2004 avec les 21 conseils de comté et régions et a distribué un questionnaire électronique aux 290 municipalités.

Les organismes centraux que l'Institut a contactés dans le cadre du processus de communication oeuvrent dans un vaste éventail de secteurs de politique différents, y compris le marché du travail, le milieu de travail, le logement, l'intégration, l'égalité, l'éducation, la sécurité sociale, la protection de l'environnement, la circulation routière, les sports, les soins médicaux, l'alimentation et la fiscalité.

Les rencontres avec les directeurs généraux ont donné lieu à un consensus sur l'approche normative en matière de santé publique. Nous avons observé un intérêt marqué à l'endroit des effets synergiques, par exemple les interventions environnementales qui ont aussi des répercussions positives sur la santé. De nombreux organismes centraux considèrent que les activités ont une incidence directe sur la santé de la population, alors que d'autres considéraient les incidences comme davantage indirectes du fait que leurs activités ont une influence au niveau des intervenants locaux. Un sommaire des événements montre que le processus a remis en question les domaines établis des organismes centraux, mais que, en adoptant une démarche fondée sur le dialogue, il est possible de surmonter les obstacles. La plupart des organismes ayant participé au processus se sont engagés activement et ont contribué au développement et à la surveillance des indicateurs. Ils ont également fait rapport sur les initiatives et les réalisations liées aux déterminants de la santé dans leurs domaines respectifs.

La tâche la plus importante des organismes d'État régionaux — les conseils d'administration de comté — consiste à promouvoir le développement régional conformément aux buts établis par le Parlement et le gouvernement. Selon les conseils d'administration de comté, leur travail a une incidence directe et indirecte sur tous les domaines des objectifs, à l'exception du domaine six (les services de santé). Plusieurs d'entre eux signalent également que leurs responsabilités en matière de coordination à l'échelon régional, les expériences dans le secteur de la mise en oeuvre et de la politique environnementale et la supervision sociale dans les secteurs des services sociaux pour les personnes handicapées et les alcooliques fournissent de bonnes bases pour approfondir et renforcer leur rôle dans le domaine de la santé publique.

Tous les conseils de comté ont adopté un plan d'action global en matière de santé publique. Au sein de certains, le plan a été adopté dans le cadre d'un partenariat avec d'autres intervenants. Dix-sept conseils de comté (80 p. 100) ont un département de santé publique ou de médecine sociale responsable de la promotion de la santé publique au sein du conseil de comté et dans le comté et dont la tâche principale est de voir à la surveillance épidémiologique, à la production de rapports en matière de santé publique et à l'appui des connaissances.

There are currently several examples of how the scope of this support to municipalities has been reduced, bringing objective domain six more into focus at the expense of other objective domains and how the support varies across the country.

Successful preventative measures have been implemented within parts of the health service for a long time. These well-developed preventative activities include, the maternity and child health care services, youth guidance centres, dental care, school health and company health care, infection control and vaccinations, as well as other forms of screening.

A new survey of primary health care centres by the national board of health and welfare shows there is systematic health-promoting work in terms of routines or programs to reduce smoking, obesity and to increase physical activity, but that this is less usual when it comes to alcohol habits and stress-related problems. Here we can do better.

A majority of primary health care centres' directors said they were cooperating with local public health advisory committees in helping to develop health-promoting programs in the local communities. Only a small minority of them have specific programs to offer citizens medical examinations.

It was calculated during the work with the public health policy report that about 5 per cent of the total health service costs are going to disease-preventing measures. We think we could increase that amount.

When it comes to municipalities, there are overarching action plans in 116 of the municipalities, meaning we have 100 per cent more of that than in 1995, according to a questionnaire at that time.

Public health was also mentioned in other overarching plans. Conditions during childhood and adolescence, physical activity and tobacco and alcohol consumption were in focus in 2004.

As many as 76 per cent of the municipalities, compared to 60 per cent in 1995, had some form of public health committee for organized cooperation with other actors, such as county councils and NGOs. According to findings in the 2004 questionnaire, public health promotion was systematically monitored in one-half of the municipalities.

We found that there is growing interest for public health issues in municipalities while the same time there is striking uncertainty as regards how those ambitions are to be met practically. Only a few municipalities can be said to have come far in the development of systematic public health work, based on the analysis of epidemiological data, and systematic planning and

Il existe actuellement plusieurs exemples d'une diminution de ce soutien aux municipalités — l'accent étant davantage placé sur le domaine des objectifs six au détriment des autres domaines des objectifs — et l'on constate que le soutien varie d'une région à l'autre du pays.

Les mesures préventives sont appliquées avec succès depuis longtemps dans des secteurs des services de santé, par exemple dans les services de maternité et de soins de santé aux enfants, les centres d'orientation des jeunes, les soins dentaires, les soins de santé en milieu scolaire et les soins de santé en entreprise. La prévention des infections, la vaccination de même que d'autres formes de dépistage illustrent aussi des activités de prévention bien établies.

Un nouveau sondage sur les centres de soins de santé primaires effectué par l'Office national de la santé et du bien-être montre l'existence d'un travail systématique de promotion de la santé dans le cadre d'initiatives et de programmes axés sur la lutte contre le tabagisme et le surpoids et sur l'augmentation de l'activité physique. Il révèle aussi, toutefois, que ce type d'activité est moins fréquent lorsqu'il est question des habitudes de consommation d'alcool et des problèmes liés au stress. À cet égard, nous pouvons faire mieux.

La majorité des directeurs de centre de soins de santé primaires ont dit qu'ils coopéraient avec, par exemple, les comités consultatifs locaux en matière de santé publique et contribuaient au développement de programmes de promotion de la santé dans les collectivités locales. Seule une petite minorité d'entre eux ont mis sur pied des programmes précis pour offrir des examens médicaux au public.

On a déterminé dans le rapport sur la politique en matière de santé publique qu'environ 5 p. 100 seulement des dépenses totales en santé sont liées à des mesures de prévention de la maladie. Nous estimons qu'on pourrait bonifier cet investissement.

Sur le plan municipal, on trouve des plans d'action globaux dans 116 municipalités. Ce nombre est deux fois plus élevé qu'en 1995, d'après les données recueillies cette année-là.

Il est également question de la santé publique dans d'autres plans globaux. L'accent était placé en 2004 sur les conditions pendant l'enfance et l'adolescence, l'activité physique, le tabac et l'alcool.

Jusqu'à 76 p. 100 des municipalités — comparativement à 60 p. 100 en 1995 — avaient, sous une forme ou une autre, un comité de la santé publique pour assurer une coopération organisée avec d'autres intervenants comme les conseils de comté et les ONG. Selon les données recueillies en 2004, la promotion de la santé publique faisait l'objet d'une surveillance systématique dans la moitié des municipalités.

On constate un intérêt croissant pour les questions liées à la santé publique dans les municipalités. Par contre, on déplore une incertitude flagrante quant à la façon de mettre en pratique ces ambitions. Seules quelques municipalités ont fait de grands progrès au chapitre du développement d'un programme systématique en matière de santé publique, basé sur une analyse

monitoring process integrated into the planning and monitoring activities of the municipalities. According to both county councils and municipality representatives, the national public health policy has most definitely helped to reinforce the mandate for pursuing public health issues, both locally and regionally.

In conclusion, the experiences from the implementation of the policy during the first phase of the implementation are that the determinants approach, focusing on structural factors in society, people's living conditions and health behaviours that affect health is in general, well understood and emphasizes the role of other sectors in public health.

The use of indicators to follow up exposures to determinants is of key importance. The support to actors outside the health service is needed to identify their public health role. We found that continuous steering from the government and other political bodies in county councils and in municipalities is of vital importance.

Public health promotion at the regional level in Sweden needs a higher level of coordination. I have not talked about that because of time constraints, but we need to improve in that area. Municipalities need more skill development.

The Chair: Thank you very much indeed, Mr. Lundgren. You have covered a tremendous amount of ground. I could ask questions for several hours, but time will not go to allow it.

Piroska Östlin, Senior Researcher, Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences: Thank you very much. Senators, I am honoured to participate in this videoconference. Thank you for inviting me.

I was secretary of the national public health commission. In fact, this is not the first time I have had the opportunity to share the Swedish experience with Canadian public health experts and policy-makers. In May 2003, I had the pleasure to present the work of the commission and its proposals to a big audience at a one-day conference at the Montreal Public Health Department organized by OMISS, which was exclusively devoted to discussing the Swedish experience.

In this opening statement, I intend to provide a short background of the Swedish national public health commission with more detail of why the government set it up and how its work was organized.

Finally, I will list a number of factors that make up the Swedish public health policy and the way in which it has been uniquely developed in the world.

des données épidémiologiques, et d'un processus systématique de planification et de surveillance intégré aux activités de planification et de surveillance municipales. Selon les représentants des conseils de comté et des municipalités, la politique nationale en matière de santé publique a très certainement contribué à renforcer le mandat sur le plan de la prise en compte des questions de santé publique, tant à l'échelon local qu'au niveau régional.

En guise de conclusion, nous avons appris de la mise en oeuvre de la politique au cours de la première phase que la démarche fondée sur les déterminants qui met l'accent sur les facteurs structurels au sein de la société, les conditions de vie des gens et les comportements ayant une influence sur la santé est, en règle générale, bien comprise et fait ressortir le rôle des autres secteurs dans le domaine de la santé publique.

L'utilisation d'indicateurs pour faire le suivi des expositions aux déterminants a une importance primordiale. Le soutien des intervenants à l'extérieur des services de santé est essentiel pour leur faire connaître leur rôle dans le domaine de la santé publique. Nous avons observé qu'une orientation soutenue de la part du gouvernement et d'autres organismes politiques relevant des conseils de comté et des municipalités est d'importance vitale.

La promotion de la santé publique à l'échelon régional en Suède a besoin d'être mieux coordonnée. Je n'en ai pas parlé en raison des contraintes de temps, mais il faut améliorer notre action dans ce domaine. Les municipalités ont besoin de pouvoir perfectionner davantage leurs compétences.

Le président : Monsieur Lundgren, nous vous sommes très reconnaissants de cet exposé. Vous avez couvert énormément de terrain. Si nous en avons le temps, je vous interrogerais pendant des heures.

Piroska Östlin, chercheuse principale, Institut Karolinska, Département des services de santé publique : Honorables sénateurs, c'est pour moi un honneur de participer à cette vidéoconférence sur la politique de santé publique de la Suède et sa mise en oeuvre. Merci de m'avoir invitée.

J'ai été secrétaire de la Commission nationale de la santé publique de la Suède qui a été mise sur pied pour définir les objectifs nationaux de développement de la santé et les stratégies nécessaires pour les réaliser. En fait, ce n'est pas la première fois que j'ai l'occasion de parler de l'expérience suédoise devant des experts et décideurs canadiens du domaine de la santé publique. En mai 2003, j'ai eu le plaisir de présenter les travaux et les propositions de la Commission devant un large auditoire au cours d'une conférence d'une journée tenue par l'OMISS à la Direction de la santé publique de Montréal et consacrée exclusivement à l'expérience suédoise.

Je vais d'abord situer brièvement en contexte la Commission de la santé publique de la Suède et expliquer pourquoi elle a été constituée par le gouvernement et comment se sont organisés ses travaux.

J'indiquerai ensuite les facteurs qui, à mon avis, rendent uniques au monde la politique suédoise de santé publique et la façon dont elle a été élaborée.

It was in the mid-1990s when there were a number of circumstances that necessitated the government's decision to draw up a comprehensive equity-oriented public health strategy for Sweden. For example, the recognition that public health development was not satisfactory during the 1990s became a public concern. Although the Swedish population in general enjoyed excellent health compared to other Western European countries, Sweden did not perform better than others in relative terms. For example, socio-economic differences in mortality and morbidity persisted, or even increased, and there were indications of increasing mental and psychosomatic symptoms among children and younger adults, particularly among poorly educated, working-class women.

Another important driving factor was the establishment of the Swedish national institute of public health in 1992, which started to initiate a number of activities for health promotion and disease prevention at both national and local levels.

Stakeholders in the public health field, such as county councils and municipal public health committees, among others, expressed an urgent need for national and local guidelines for their work and called for a national strategy for public health.

In April 1997, the Swedish government appointed a national public health commission with the aim of defining national objectives of health development and strategies to achieve them. The objectives were expected to guide society in promoting health and preventing diseases, injuries and their consequences in terms of disability and mortality. It was said that the targets and strategies should contribute to the reduction of inequalities in health among socio-economic groups, between women and men, ethnic groups, and geographical regions of the country. The government requested the proposals be scientifically well founded and stimulate a broad democratic process on health policy issues.

The commission consisted of, as we have heard, representatives of all seven political parties in Parliament and a number of experts and advisers from national authorities, universities, trade unions and non-governmental organizations. The work of the commission was facilitated by a chair with a full-time appointment and by a secretariat comprising four secretaries, sometimes more, who worked full time, providing the commission with background, discussion materials and draft resolutions.

The national public health commission was the first to be set up to address public health in its own right. Previous commissions and proposals related to health were predominantly health-care oriented and public health issues were only part of this larger context.

The work of the commission was accomplished in three phases. During the first phase, a framework was developed that included a broad description of the health development in the country, as well as the responsibilities for health for different sectors of the society. Tools were presented that facilitated a discussion on

Au milieu des années 1990, plusieurs circonstances ont amené le gouvernement à prendre la décision de mettre sur pied une stratégie globale de santé publique axée sur l'égalité en Suède. Par exemple, la population a réalisé que le développement de la santé publique n'était pas satisfaisant à cette époque. Même si les Suédois jouissaient, en général, d'une excellente santé comparativement aux populations d'autres pays d'Europe de l'Ouest, la performance de leur pays n'était pas meilleure toutes proportions gardées. Les disparités socioéconomiques en matière de mortalité et de morbidité persistaient, voire augmentaient, et des indications laissaient entrevoir une hausse des symptômes de troubles psychologiques et psychosomatiques chez les enfants et les jeunes adultes, en particulier chez les travailleuses peu instruites.

Un autre facteur clé a été la création de l'Institut national de la santé publique de la Suède en 1992, qui a lancé des projets de promotion de la santé et de prévention des maladies aux niveaux tant national que local.

Les intervenants du secteur de la santé publique, entre autres les conseils de comté et les comités municipaux de santé publique, ont fait savoir qu'ils avaient un besoin pressant de lignes directrices nationales et locales et ont préconisé l'établissement d'une stratégie nationale de santé publique.

En avril 1997, le gouvernement suédois a créé la Commission nationale de la santé publique en lui donnant pour mandat de définir les objectifs nationaux de développement de la santé et les stratégies nécessaires pour les réaliser. Ces objectifs devaient guider la société dans la promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures ainsi que de leurs conséquences sous forme d'invalidité et de mortalité. Les cibles et les stratégies étaient censées favoriser la réduction des inégalités en matière de santé entre les groupes socioéconomiques, les femmes et les hommes, les groupes ethniques et les régions géographiques du pays. De plus, le gouvernement demandait que les propositions reposent sur une solide assise scientifique et stimulent la mise en route d'un vaste processus démocratique sur les questions de santé.

La Commission se composait, comme on l'a dit, de représentants des sept partis politiques présents au Parlement et de conseillers et d'experts scientifiques issus d'organismes nationaux, d'universités, de syndicats et d'organisations non gouvernementales. Son président exerçait une fonction à temps plein et elle disposait d'un secrétariat doté de quatre secrétaires à temps plein, parfois plus, qui était chargé de lui fournir des documents de référence et de travail et des projets de résolution.

C'était la première fois qu'une commission était mandatée pour étudier exclusivement les questions de santé publique. Les commissions et propositions antérieures avaient surtout été axées sur les soins de santé et n'avaient visé qu'accessoirement la santé publique.

Les travaux de la Commission se sont déroulés en trois étapes. À la première étape, la Commission a élaboré un cadre de référence qui décrivait de façon générale le développement de la santé au pays et les responsabilités des différents secteurs de la société dans le domaine de la santé. Elle a présenté des outils qui

priorities and strategies, including alternative dimensions for priority setting. Should we set the priorities on diagnosis, on determinants, target groups or arenas for action?

The framework was submitted for consideration and comments to a range of authorities, organizations and experts. After considering the pros and cons of different dimensions for target-setting, the commission decided during phase 2 to suggest health targets primarily in terms of reduced exposure to determinants of disease and injuries, and not in terms of reduced mortality and morbidity, as we heard before.

This decision was a result of the understanding that exposures can clearly be related to their causal roles for the level and distribution of different diseases and their consequences. Moreover, determinants make more explicit the connection between health targets and responsibilities of different sectors and policy areas, such as the labour market, social welfare, housing and schools.

The determinants of health given highest priority were those that were expected to have the greatest potential for reducing the overall levels and the social inequalities in the burden of disease. All these were based on scientific evidence.

There were 14 expert groups appointed to write background papers containing sound scientific evidence on health determinants, such as employment, working conditions, economic factors, social insurance, tobacco, alcohol and drugs. Based on the expert groups' reports, the commission submitted a preliminary proposal on a national public health strategy in December 1999, including the commission's vision, strategic intent and health policy objectives. The proposal has been referred again for consideration and comments to a broad range of stakeholders.

The third and final phase of the commission's work took place during 2000. The most important starting point for this phase was to analyze and act upon the comments and suggestions provided by stakeholders. A survey was conducted, which mapped out 32 national authorities covering a broad range of sectors regarding the direct and indirect effects of their activities on public health. The survey highlighted the current role and responsibility of each authority, and provided valuable information as to how the roles and responsibilities of the respective authorities should be shared and coordinated in the future.

Three additional expert reports have been commissioned. One report dealt with the responsibilities for working with health promotion groups within the health sector; another concerned the situation and special needs of chronically ill and handicapped people; and the third report scrutinized issues related to public health training and research.

In October 2000, the commission presented its final report to the minister of health and social affairs. In it, the commission proposed 18 health policy objectives, grouped into six categories

ont facilité la discussion sur les priorités et les stratégies, y compris différentes options pour l'établissement de cibles. Devions-nous établir les priorités en fonction des diagnostics, des déterminants, des groupes cibles ou des initiatives?

Le cadre a été soumis, pour étude et commentaires, à des organismes gouvernementaux, organisations et experts de divers horizons. Après avoir évalué le pour et le contre de différentes options pour l'établissement de cibles, la Commission a décidé, au cours de la phase 2, de suggérer des cibles en matière de santé principalement sous l'angle d'une exposition réduite aux déterminants des maladies et des blessures, plutôt que sous l'angle d'une réduction de la mortalité et de la morbidité, comme on l'a déjà mentionné.

Elle a pris cette décision compte tenu du fait que l'exposition peut être nettement reliée à son rôle causal pour ce qui est du niveau et de la répartition des différentes maladies et de leurs conséquences. De plus, les déterminants rendent plus explicite le lien entre les cibles en matière de santé et les responsabilités de différents secteurs et domaines d'action, comme le marché du travail, l'aide sociale, le logement et le système scolaire.

Les déterminants de la santé qui ont reçu la priorité sont ceux dont on s'attend qu'ils puissent le plus réduire le niveau général des inégalités et les inégalités sociales relativement à la maladie. Ils étaient tous appuyés par des données scientifiques.

Quatorze groupes d'experts ont été mis sur pied pour rédiger des documents de travail renfermant de solides données scientifiques sur les déterminants de la santé, par exemple l'emploi et les conditions de travail, les facteurs économiques, l'assurance sociale, le tabac, l'alcool et la drogue. Se fondant sur les rapports de ces groupes d'experts, la Commission a présenté en décembre 1999 une proposition préliminaire de stratégie nationale de santé publique, qui faisait état de sa vision, de ses intentions stratégiques et des objectifs de la politique de santé. Cette proposition a ensuite été soumise, pour étude et commentaires, à des intervenants provenant de divers horizons.

La troisième et dernière étape du travail de la Commission a eu lieu en 2000. Le point de départ crucial consistait à analyser les commentaires et les suggestions des intervenants et à y donner suite. Un sondage a été effectué auprès de 32 organismes nationaux représentant un large éventail de secteurs pour connaître les effets directs et indirects de leurs activités sur la santé publique. Les résultats du sondage ont fait ressortir les responsabilités exercées par chaque organisme et ont mis au jour des renseignements utiles sur la façon de répartir et de coordonner les responsabilités de chacun à l'avenir.

La Commission a commandé trois autres rapports d'experts : le premier sur les possibilités de promotion de la santé dans le secteur de la santé, le deuxième sur la situation et les besoins spéciaux des malades chroniques et des personnes handicapées et le troisième sur les questions de formation et de recherche en santé publique.

En octobre 2000, la Commission a présenté son rapport final au ministre de la Santé et des Affaires sociales. Elle y proposait 18 objectifs nationaux répartis en six catégories

called “overarching guidelines,” and expressed the strategic intent of the commission. To each objective, a number of more specific targets were linked, together with various indicators for follow-up.

The commission also defined specific target groups for each objective and identified the actors to be responsible for implementation. The health objectives addressed the determinants of health mainly at the societal level. Eight of the objectives dealt with underlying determinants, six with lifestyle factors and four with public health infrastructure.

Finally, I would like to identify a few factors that, in my opinion, made the proposals and working process of the commission unique in comparison with national health strategies in other countries. First, the politicians and experts developed the strategy together. The experts ensured that the proposals were scientifically well founded and that there were prerequisites in place for the implementation of strategies. The politicians, on the other hand, were able to continuously discuss and negotiate during the working process and thereby agree on priority setting. Therefore, the final report developed by the commission was a political document based on scientific evidence. Second, the strategy focused on determinants of health, which required multi-sectoral implementation. The rationale behind this approach, as I mentioned before, was that determinants make it easier for the different sectors to identify their roles, and that the relationship between action and effect is less blurred by time lag and confounders compared to effects in terms of health outcome.

The determinant approach makes the role of the health sector less obvious. Accordingly, the proposed Swedish strategy required implementation in a number of policy areas and sectors, where the health sector is only one of the actors.

Third, the strategy was based on strong scientific evidence. The government's demand for scientific evidence behind the various proposals has mobilized the research community. Over 100 scientists representing different fields of public health research have published 19 reports to support the working process. Fourth, there was a strong emphasis on the democratic and transparent process behind the development of the strategy. The success of any public health strategy depends greatly on the process by which it has been developed. The process that leads to national goals can be just as important as the goals themselves.

It took more than three years to undertake the work involved in the development of the strategy. The process-oriented work of the commission was ensured by the broad consultation process with political and non-governmental organizations, authorities, academic institutions and other experts.

The publishing of 10 short discussion documents for debate on scientifically and politically controversial issues within the public health field was also important. As we heard, they organized seminars and conferences in various regions of the country,

appelées « lignes directrices d'ensemble », qui exposaient les intentions stratégiques de la Commission. À chaque objectif était liée une série de cibles plus précises, avec divers indicateurs pour le suivi.

La Commission a également défini des groupes cibles précis pour chaque objectif et déterminé les acteurs responsables de la mise en œuvre. Les objectifs abordaient les déterminants de la santé principalement sous l'angle sociétal. Huit des objectifs visaient des déterminants fondamentaux, six, des facteurs liés au style de vie et quatre, des facteurs associés à l'infrastructure de santé publique.

Enfin, j'aimerais énoncer quelques facteurs qui, à mon sens, rendent les propositions et le processus de travail de la Commission uniques en leur genre par rapport aux stratégies nationales de santé des autres pays. Premièrement, la classe politique et les experts ont élaboré la stratégie conjointement. Les experts ont veillé au bien-fondé scientifique des propositions et à l'existence de conditions préalables à la mise en œuvre. La classe politique, de son côté, a pu discuter et négocier tout au long du processus de travail et, par conséquent, donner son accord sur les priorités. Le rapport final présenté par la Commission était donc un document politique fondé sur des données scientifiques. Deuxièmement, la stratégie a porté sur les déterminants de la santé, ce qui a nécessité une mise en œuvre multisectorielle. Comme je l'ai mentionné plus tôt, l'adoption d'une approche axée sur les déterminants fait qu'il est plus facile pour les différents secteurs de cerner leur rôle et que le lien entre l'action et l'effet est moins brouillé par le décalage dans le temps et les facteurs de confusion que ce n'est le cas pour les résultats en matière de santé.

L'utilisation des déterminants met moins en évidence le rôle du secteur de la santé. La stratégie proposée nécessitait donc un travail de mise en œuvre dans plusieurs domaines d'action et secteurs, de sorte que le secteur de la santé devenait seulement un des acteurs.

Troisièmement, la stratégie reposait sur de solides données scientifiques. La volonté du gouvernement d'appuyer les propositions sur des connaissances scientifiques a entraîné la mobilisation du milieu de la recherche. Plus de 100 scientifiques issus de différents domaines de recherche en santé publique ont publié 19 rapports à l'appui du processus de travail. Quatrièmement, une grande importance a été accordée au caractère démocratique et transparent du processus d'élaboration de la stratégie. Le succès d'une stratégie de santé publique dépend pour beaucoup du travail d'élaboration. Le processus conduisant à la définition des objectifs nationaux peut être tout aussi important que les objectifs eux-mêmes.

Il a fallu plus de trois ans pour effectuer le travail d'élaboration. Ce travail a été basé sur de vastes consultations menées auprès d'organisations politiques et non gouvernementales, d'organismes gouvernementaux, d'établissements d'enseignement et d'experts.

Un autre élément important a été la publication de dix brefs documents de travail propres à susciter le débat sur des questions scientifiquement et politiquement controversées dans le domaine de la santé publique. Comme on l'a dit tout à l'heure, des

arranged by the commission itself or in collaboration with others. Such a working process is, of course, time consuming but absolutely critical for success.

Finally, I would like to add that the Swedish public health commission's working process, vision, focus on health determinants and strong demand for scientific evidence have inspired and influenced the current work of the World Health Organization's independent commission on social determinants of health, which is so generously supported by both Canada and Sweden. Hopefully, the WHO commission's work will inspire and guide governments all over the world to incorporate a social determinant perspective into their national policy processes so that in a few years time, the Swedish approach will not appear unique at all.

The Chair: Thank you for this wonderful presentation. We are very indebted to you. We recognize you are well out in front of us and that we can learn a great deal from you.

As you know, one of the problems confronting us is geography. We have a huge geographic area, and geography itself frequently is a determinant of health, although we do not identify it as such. Canada has extreme health disparities so, in addition to identifying the determinants of health as defined by you, the World Health Organization and the British and others, we have to deal with these geographic pockets of people.

I will bring you back to county councils to ask you about the situation in 1995 when Sweden kicked off this whole area. Were there significant disparities in the counties, in the various geographic areas of Sweden? Have you been able to deal with those disparities? Have you seen any progress?

Dr. Ågren: That is a very interesting question. Our institute has tried to study such geographic disparities, for example in the north of Sweden. Our institute is located 600 kilometres north of Stockholm, bringing us closer to those regional problems. Two areas in Sweden have different health situations in general, but in particular, in the populated areas in Northern Sweden there are lower employment figures than in the rest of Sweden. They are the higher proportion of people on sick leave and so on. They have more obesity and worse lifestyle determinants are seen in that area. People there are at a disadvantage. Some suburbs of the larger cities have a high immigrant population and accompanying social problems.

Some reports have stated that we have had an increase in those problems but when making an international comparison, one cannot say that Sweden has large geographical disparities in health. We have socio-economic disparities in health but there is not a large geographical disparity. For example, we have a very small indigenous population. We have made some studies of the

séminaires et des conférences ont été organisés par la Commission ou en collaboration avec d'autres entités dans différentes régions du pays. Ce processus de travail demande évidemment beaucoup de temps, mais il est absolument essentiel à la réussite de l'entreprise.

Pour terminer, j'aimerais ajouter que le processus de travail de la Commission de la santé publique de la Suède, sa vision, son approche axée sur les déterminants de la santé et son insistance sur les données scientifiques sont une grande source d'inspiration pour les travaux actuels de la commission indépendante de l'Organisation mondiale de la Santé sur les déterminants sociaux de la santé, que le Canada et la Suède appuient généreusement. Il est à espérer que les gouvernements du monde entier s'inspireront des travaux de la Commission de l'OMS pour intégrer un volet sur les déterminants sociaux dans leur processus d'élaboration de la politique nationale, de telle façon que l'approche suédoise ne paraîtra plus unique au monde dans quelques années.

Le président : Merci pour ce magnifique exposé. Nous vous sommes redevables. Nous reconnaissons que vous avez une bonne longueur d'avance sur nous et que vous pouvez nous en apprendre beaucoup.

Comme vous le savez, l'un des problèmes auxquels nous sommes confrontés est la géographie. Nous avons une vaste région géographique et la géographie en soi est souvent un déterminant de la santé, même si elle n'est pas reconnue comme tel. Le Canada enregistre des disparités extrêmes en matière de santé et donc, en plus de relever les déterminants de la santé définis notamment par l'Organisation mondiale de la Santé, les Britanniques et votre institut, nous devons faire face à ces concentrations géographiques de population.

Je vais revenir aux conseils de comté, car je veux vous poser des questions sur la situation en 1995 quand la Suède a décidé de lancer cette initiative. Y avait-il d'importantes disparités entre les comtés, les diverses régions géographiques de la Suède? Avez-vous pu atténuer ces disparités? Avez-vous constaté des progrès?

Dr Ågren : C'est une question très intéressante. Nous avons tenté d'étudier de telles disparités géographiques, par exemple dans le Nord de la Suède. Notre institut est situé à 600 kilomètres au Nord de Stockholm, ce qui nous rapproche de ces problèmes régionaux. Deux régions en Suède ont des situations sanitaires différentes en général, mais en particulier, dans les régions peuplées du Nord de la Suède, les chiffres relatifs à l'emploi sont plus bas que ceux enregistrés dans le reste du pays. Elles comptent une proportion plus élevée de personnes en congé de maladie, et cetera. On y trouve un plus grand nombre de personnes souffrant d'obésité et de pires déterminants liés aux habitudes de vie. La population y est défavorisée. Un grand nombre d'immigrants vivent dans certaines banlieues des grandes villes, ce qui amène son lot de problèmes sociaux connexes.

D'après certains rapports, ces problèmes ont pris de l'ampleur, mais en comparant avec les autres pays, on ne peut pas dire que la Suède fait face à d'importantes disparités géographiques en matière de santé. Nous sommes aux prises avec des disparités socioéconomiques sur le plan de la santé, mais nous n'avons pas une importante disparité géographique. Par exemple, notre

health of those people in Northern Sweden, but the reports to date show that they have approximately the same health as the rest of the Swedish population.

Ms. Östlin: We also need to add that the government was sensitive to the geographic disparities when they appointed the commission. They pointed out that the four disparities were socio-economic, gender, ethnic and geographic. It was taken into consideration in the work of the commission as well.

The Chair: You have been functioning for a while but not very long in terms of population health outcomes. Have you noticed a correction in the geographic regions where health disparities were greatest?

Dr. Ågren: We do not have good data on that subject. However, the Swedish government has been very active for quite a long time in trying to reduce those disparities. For example, we have a system whereby we level out the taxes between different areas of Sweden. The regions and local communities have their own right of taxation and the right to take our taxes. Our current system levels this out. We take money from the rich communities and give money to the poor communities. The idea is to create equity in the level of taxation and regions should receive money according to their needs. We have a comprehensive system for levelling this out.

In my view, we have approximately the same geographical disparities as we had in the 1990s. I cannot say that our situation is better but it has not been worse.

Ms. Nilsson-Carlsson: The current government recently introduced a special policy to try to improve living conditions in the countryside. The main aim is to inspire new enterprises in rural areas to provide better working and living conditions in those areas, where it could contribute to better health.

Dr. Ågren: Previously, we looked at health as a reflection of what you could call “bad social circumstances” in one region. Today, we also look at health as one determinant of economic development. Perhaps one of the best instruments for improving the conditions in one region and improving the conditions for enterprise and so on is to improve the health of the population. We look at health as a factor inside our regional development policy.

Ms. Östlin: We ask do they reflect real geographical disparities or is this a patterning of social disparities? There is a tendency in remote areas to an accumulation of socially disadvantaged people. If that is controlled, perhaps the regional disparities would decrease.

population autochtone est peu nombreuse. Nous avons mené quelques études sur la santé des Autochtones dans le Nord de la Suède, mais les rapports révèlent jusqu’à présent que leur état de santé est à peu près le même que celui du reste de la population suédoise.

Mme Östlin : Nous devons aussi ajouter que le gouvernement était sensible aux disparités géographiques lorsqu’il a créé la Commission. Il a signalé que les quatre disparités étaient entre les groupes socioéconomiques, les hommes et les femmes, les groupes ethniques et les régions géographiques. La Commission en a tenu compte dans son travail également.

Le président : Votre organisme existe depuis un certain temps, mais pas depuis très longtemps, du point de vue des résultats pour la santé des populations. Avez-vous remarqué une amélioration dans les régions géographiques où les disparités en matière de santé étaient les plus marquées?

Dr. Ågren : Nous n’avons pas de données fiables à ce sujet. Toutefois, le gouvernement suédois s’emploie activement depuis un bon moment à atténuer ces disparités. Par exemple, nous avons un système grâce auquel nous nivelons les impôts entre les différentes régions de la Suède. Les régions et les collectivités locales ont leur propre droit d’imposition et le droit de prélever nos impôts. Notre système actuel nivelle cela. Nous prenons l’argent des collectivités riches pour le donner aux collectivités moins bien nanties. L’idée est d’établir un niveau d’imposition équitable, et les régions devraient recevoir des fonds en fonction de leurs besoins. Nous disposons d’un système complet pour niveler tout cela.

À mon avis, nous avons à peu près les mêmes disparités géographiques à l’heure actuelle que dans les années 1990. Je ne peux pas dire que la situation s’est améliorée, mais elle n’a pas empiré.

Mme Nilsson-Carlsson : Le gouvernement actuel a récemment mis en œuvre une politique spéciale pour tenter d’améliorer les conditions de vie à la campagne. Elle vise principalement à inciter les nouvelles entreprises en milieu rural à offrir de meilleures conditions de travail et de vie dans ces régions, ce qui pourrait contribuer à améliorer la santé.

Dr. Ågren : Dans le passé, nous voyions la santé comme un reflet de ce que nous appelions un « mauvais contexte social » dans une région. De nos jours, nous voyons aussi la santé en tant que déterminant du développement économique. L’un des meilleurs outils pour améliorer les conditions dans une région, une entreprise, et cetera, est peut-être d’améliorer la santé de la population. Nous voyons la santé comme un élément de notre politique de développement régional.

Mme Östlin : Nous voulons savoir si ces régions reflètent de vraies disparités géographiques ou s’il s’agit de disparités sociales liées à une tendance. Les personnes socialement défavorisées ont tendance à se concentrer dans les régions éloignées. Si cette tendance est maîtrisée, les disparités régionales diminueront peut-être.

Senator Pépin: We want to have a similar system to help our Canadian population. The new population health policy is the result of a long process involving many different players, such as political parties, constituencies, regional agencies and NGOs. This might be a great challenge. I would like to know the principal issue that the Swedish national institute of public health faced during its three years of work from 1997 to 2000.

How did the commission succeed in reaching an agreement with all of the various groups with their very different interests? Is there anything that we should learn from your experience on this commission?

Dr. Ågren: At the time, I was a politically appointed member of the commission. Other members would likely agree with me when I say that we solved the problem in the usual Swedish way — we compromised through negotiations. For example, one party was interested in family use while another party was interested in equality. We tried to give everyone something. Of course it was a compromise, but I think the commission succeeded because we got very broad consensus.

It is very interesting that when we changed government in Sweden after the last election, the new government stated that they would keep on with the general outline of the national public health policy. I would say that was a result of that compromise.

Ms. Nilsson-Carlsson: I think that was important for us as civil servants. When we built the system in government, we wanted it to be sustainable so we could fit the same structure with different political ideologies and put in many different measures under the same headline, according to the current political aims. It is very positive that we can keep the structure following several elections.

Mr. Lundgren: I think what was happening both within the committee and also outside was important. Inside the committee, as Ms. Östlin said, experts from different fields of society gave their knowledge to the politicians. Sometimes the professors had very good ideas and said we should do this, and the politicians said it is a good idea but it was not possible because it was not time for that from a political perspective. There was a good dialogue between the politicians and the experts. That was one thing.

The other thing was the dialogue with the members of society. Pamphlets were made, and Ms. Östlin has one with her. Those pamphlets were free, and ordinary people in Sweden could phone us up and ask to obtain a pamphlet about tobacco or elderly people and their health. We sent them out, and then they could discuss it with their friends. That was important.

Le sénateur Pépin : Nous voulons mettre en place un système semblable pour aider la population canadienne. La nouvelle politique en matière de santé publique est le fruit d'un long processus auquel ont participé de nombreux intervenants, tels que des partis politiques, des circonscriptions, des agences régionales et des ONG. Ce sera vraisemblablement un défi de taille. J'aimerais savoir quel a été le plus grand problème auquel l'Institut national de santé publique de Suède a dû faire face au cours de ses trois années de travail, soit de 1997 à 2000.

Comment la Commission a-t-elle réussi à en arriver à une entente avec tous les divers groupes aux intérêts très différents? Y a-t-il une leçon à tirer de votre expérience au sein de la Commission?

Dr Ågren : À l'époque, j'étais un membre de la Commission nommé par le gouvernement. D'autres membres m'approuveront vraisemblablement si je dis que nous avons réglé le problème à la manière typiquement suédoise — nous sommes parvenus à des compromis par l'entremise de négociations. Par exemple, un parti s'intéressait au recours à la famille tandis qu'un autre s'intéressait à l'égalité. Nous avons essayé de donner quelque chose à chacun. Bien entendu, il s'agissait d'un compromis, mais je crois que la Commission a réussi sa mission parce que nous avons obtenu un très large consensus.

Il est très intéressant de voir que lorsque nous avons changé de gouvernement en Suède après les dernières élections, le nouveau gouvernement a déclaré qu'il maintiendrait l'orientation générale de la politique nationale en matière de santé publique. Je dirais que c'était un résultat de ce compromis.

Mme Nilsson-Carlsson : Je pense que c'était important pour nous en tant que fonctionnaires. Quand nous avons élaboré le système au gouvernement, nous voulions qu'il soit viable pour pouvoir intégrer la même structure à des idéologies politiques différentes et placer de nombreuses mesures sous la même rubrique, en fonction des objectifs politiques de l'heure. C'est une bonne chose que nous puissions garder la structure après plusieurs élections.

M. Lundgren : Je crois que ce qui était fait tant au sein qu'à l'extérieur du comité était important. Au comité, comme l'a dit Mme Östlin, des experts dans différentes disciplines ont fait part de leurs connaissances aux politiciens. Parfois, les professeurs avaient de très bonnes idées et nous conseillaient de procéder de telle ou telle façon, mais les politiciens répondaient que l'idée était excellente, mais que c'était impossible parce que ce n'était pas le bon moment, d'un point de vue politique. Un bon dialogue s'était établi entre les politiciens et les experts. C'était une partie de la question.

L'autre partie, c'était le dialogue avec les membres de la société. Des brochures ont été préparées et Mme Östlin en a une avec elle. Ces brochures étaient gratuites et les citoyens ordinaires en Suède pouvaient nous téléphoner pour obtenir une brochure sur le tabagisme ou la santé des aînés. Nous leur faisons parvenir les brochures et ils pouvaient alors en discuter avec leurs amis. C'était important.

Another thing was the process to which Ms. Östlin referred. It was a process of politicizing the question. We work in the secretariat, and we were out discussing this with politicians and civil servants in the whole country. Of course they were very interested because of that.

The first sub-report was sent out to more than 500 different organizations and they responded with their opinions on it. The second report was sent out to more than 300 organizations, and they came back with their opinions. It was a very interesting process in that respect.

Ms. Östlin: I would like to add something that helped reach consensus between the politicians. We should not underestimate the role of the evidence presented to the politicians. If you have very strong evidence to support your ideas, it is very hard to oppose it. It is important to keep that in mind as well.

Senator Pépin: Where there is a will, there is a way. I think you answered my second question, which was to Ms. Nilsson-Carlsson. You say that to coordinate a government public health policy, a national steering group for public health has been established and led by the minister of health. Could you tell us more about the role of the steering group and its work? Do you have any specific cases upon which this group has made a positive impact?

Ms. Nilsson-Carlsson: So far, we have gone through the eleven domains of objectives and discussed them one by one. During the meetings, for example, the minister of public health has invited the responsible minister for the domain of the objectives that we are discussing at that meeting. For example, when we discuss health care, the minister responsible for health care participates in the meeting. When we are discussing agriculture and food policy, we have invited the minister of agriculture and so on. Therefore, several ministers have taken part in the meetings with the national steering committee. That has been a way to involve all the ministers in the government in the public health policy and to meet with the directors general from most of the different policy areas and come together to discuss public health. This has been an important way to broaden the perspective of public health and make it the responsibility for all policy areas.

Senator Callbeck: Thank you very much for your presentations this morning. I congratulate you on what you have been able to accomplish.

I am interested that you set up a representation from all your political parties, and I think you said there were seven. Is it common in Sweden that all political parties get together to fight a cause, or is this the exception?

Ms. Nilsson-Carlsson: I would not say it is an exception, but it is not very common, either. We have these kinds of committees for very politically sensitive issues. When we need broad involvement, then we use this technique. I think it was a good choice when talking about public health. We have a number of these kinds of politically based committees going on at the moment.

Par ailleurs, il y avait le processus que Mme Östlin a évoqué. Il s'agissait d'un processus de politisation de la question. Nous travaillons au secrétariat, et nous allions partout au pays pour en discuter avec des politiciens et des fonctionnaires. Bien entendu, la question les intéressait beaucoup pour cette raison.

Le premier sous-rapport a été envoyé à plus de 500 organismes différents, qui nous ont fait part de leurs avis sur celui-ci. Le deuxième rapport a été distribué à plus de 300 organismes, qui nous ont dit ce qu'ils en pensaient. C'était un processus très intéressant en ce sens.

Mme Östlin : J'aimerais ajouter un point qui a aidé les politiciens à parvenir à un consensus. Nous ne devrions pas sous-estimer le rôle des données présentées aux politiciens. Si vos idées s'appuient sur des données très solides, il est très difficile de s'y opposer. Il est important de garder cela à l'esprit également.

Le sénateur Pépin : Quand on veut, on peut. Je crois que vous avez répondu à ma deuxième question, qui s'adressait à Mme Nilsson-Carlsson. Vous dites que pour coordonner une politique gouvernementale en matière de santé publique, un groupe directeur national en matière de santé publique dirigé par le ministre de la Santé a été formé. Pourriez-vous nous en dire plus sur le rôle du groupe directeur et ses travaux? Avez-vous des cas précis où ce groupe a eu une incidence positive?

Mme Nilsson-Carlsson : Jusqu'à présent, nous avons examiné les onze domaines des objectifs et les avons étudiés un par un. Pendant les réunions, par exemple, le ministre de la Santé publique a invité le ministre responsable du domaine des objectifs au programme de cette réunion. Par exemple, lorsque nous discutons des soins de santé, le ministre responsable des soins de santé participe à la réunion. Dans nos discussions sur la politique en matière d'agriculture et d'alimentation, nous avons invité le ministre de l'Agriculture, et cetera. Par conséquent, plusieurs ministres ont pris part aux réunions du comité directeur national. C'était une façon de faire participer tous les ministres du gouvernement à l'élaboration de la politique en matière de santé publique, de rencontrer les directeurs généraux de la plupart des domaines d'action et de se réunir pour discuter de la santé publique. Ces rencontres ont énormément contribué à élargir les horizons et à intégrer la santé publique dans tous les domaines d'action.

Le sénateur Callbeck : Merci beaucoup pour vos exposés de ce matin. Je vous félicite de ce que vous avez accompli.

Vous avez fait en sorte que tous vos partis politiques soient représentés, et je crois que vous avez dit qu'il y en a sept. Est-ce courant en Suède que tous les partis politiques unissent leurs efforts pour une cause, ou est-ce l'exception à la règle?

Mme Nilsson-Carlsson : Je ne dirais pas que c'était une exception, mais ce n'est pas courant non plus. Nous avons des comités en place pour étudier des questions très délicates sur le plan politique. Quand nous avons besoin d'une grande participation, nous avons recours à cette technique. Je crois que c'était un choix judicieux dans le cas de la santé publique. Nous avons un certain nombre de comités qui s'occupent de tels dossiers politiques à l'heure actuelle.

Ms. Östlin: Behind the decision to set up the parliamentary commission was also previous experience with the public health group we set up at the end of the 1980s, which was a group of just experts, not politicians. They defined a public health strategy for the country, but it was not implemented because the expert group was unable to set political priorities and they could not handle the resource allocation, et cetera. Therefore, it was quite obvious that a strategy such as this needed a political platform as well. That is why politicians and experts sat together in that case.

Senator Callbeck: Did it take much lobbying to get all the political parties to tie in?

Ms. Nilsson-Carlsson: No, I do not think so.

Senator Callbeck: Ms. Nilsson-Carlsson, you stated that a general commitment in society is essential if you want a public health policy with a real impact on public health. I agree with that 100 per cent, but that is not easy to do. Obviously, you have been able to do it, and the procedure has been outlined here in papers. I am wondering, from your experience, is there any advice that you would give us? In other words, if you were just starting to do this, are there things you would do differently?

Ms. Nilsson-Carlsson: No, I do not think so when it comes to the procedure. What we had to do in the government was integrate what was suggested from the committee to the steering mechanisms that are already established in the government. We already had a mechanism for steering the agencies, and for the budget process, et cetera. In the government, we adjusted the public health objectives to the already established steering procedures.

If we had thought about that when the guidelines for the committee were written, then we might have been able to avoid a bit of work in the government. I think it was a good idea to try to integrate the public health aim and steering measures with the measures for steering agencies managing the budget. We had to do that in the government. That was something we could have done a bit differently.

I think we accomplished what we set out to do.

Mr. Lundgren: If you want to do in Canada what we did in Sweden, all the politicians in the committee were social policy politicians. Now we know about all kinds of broader and very near determinants of health. If you had such a committee, you could also have politicians from other fields on the committee. We had experts from the fields of labour and other fields that do not just deal with social policy. You could broaden the fields in the committee, perhaps.

Senator Fairbairn: You have made a very interesting presentation to us. It is interesting because it sounds very much like the kinds of problems that we are facing as we are going through our study.

Mme Östlin : Derrière la décision de créer la commission parlementaire, il y avait aussi l'expérience précédente avec le groupe en matière de santé publique que nous avons constitué à la fin des années 1980, composé uniquement d'experts et sans politiciens. Il avait défini une stratégie pour le pays, qui n'a pas été mise en œuvre parce que le groupe d'experts n'a pas été en mesure d'établir des priorités politiques et de gérer l'affectation des ressources, et cetera. Par conséquent, il était assez évident qu'une stratégie comme celle-ci avait besoin d'un programme politique également. Voilà pourquoi les politiques et les experts ont travaillé conjointement dans ce cas-ci.

Le sénateur Callbeck : Avez-vous dû faire beaucoup de lobbying pour que tous les partis politiques unissent leurs efforts?

Mme Nilsson-Carlsson : Non, je ne crois pas.

Le sénateur Callbeck : Madame Nilsson-Carlsson, vous avez dit que l'engagement de la société en général est essentiel si on veut mettre en œuvre une politique en matière de santé publique qui aura une réelle incidence sur la santé publique. Je suis entièrement d'accord, mais ce n'est pas facile à faire. Évidemment, vous avez été capables de le faire et la procédure a été décrite dans les documents. D'après votre expérience, quels conseils nous donneriez-vous? Autrement dit, si vous veniez tout juste de commencer ce projet, y a-t-il des choses que vous feriez différemment?

Mme Nilsson-Carlsson : Non, je ne crois pas pour ce qui est de la procédure. Ce que nous devons faire au gouvernement, c'était d'intégrer les propositions du comité aux mécanismes de direction déjà établis au gouvernement. Un mécanisme était déjà en place pour orienter les agences, pour le processus budgétaire, et cetera. Au gouvernement, nous avons adapté les objectifs en matière de santé publique aux procédures de direction déjà établies.

Si nous y avons pensé au moment d'élaborer les lignes directrices du comité, nous aurions pu éviter un peu de travail au gouvernement. Je crois que c'était une bonne idée d'essayer d'intégrer l'objectif en matière de santé publique et les mesures de direction aux mesures pour orienter les agences et administrer le budget. C'est ce que nous avons dû faire. C'était une chose que nous aurions pu faire un peu différemment.

Je crois que nous avons réalisé ce que nous souhaitions faire.

M. Lundgren : Si vous voulez reproduire au Canada ce que nous avons fait en Suède, tous nos politiciens au comité oeuvraient dans le domaine des politiques sociales. Nous connaissons maintenant toutes sortes de déterminants de la santé. Si vous aviez un comité de ce genre, vous pourriez également avoir au comité des politiciens d'autres disciplines. Nous avons invité des experts dans les domaines du travail et d'autres domaines qui ne s'occupent pas uniquement de politique sociale. Vous pourriez peut-être élargir l'éventail des domaines représentés au comité.

Le sénateur Fairbairn : Votre exposé était très intéressant, car les problèmes que vous avez évoqués ressemblent énormément à ceux auxquels nous nous heurtons à mesure que nous avançons dans notre étude.

Dr. Ågren, at the end of your presentation you talk about the efforts that had been made in various parts of your society. I know when it comes to literacy and learning, Sweden practically leads the world. It is an issue of great interest and importance to me. I take my hat off to you with regard to the notion that you have gone into society in order to make this effort work.

You mention, for instance, that your policy report covers all sorts of domains. It is very similar to what we are hearing now, certainly through this committee in Ottawa. You mention obesity and lack of physical activity as two of the important issues. You talk about health among young and elderly people. That almost says it all. We are in the same position. We are a much larger country in terms of miles but not in terms of issues.

Obesity in this country, particularly among children, has become a headline issue. This includes the unfortunate prospects that obesity has for the later parts of their lives and health. With respect to physical activity, in Canada we used to have a lot going on for young children in terms of sports and such things in schools. Much of that has drifted off. I wonder whether you can speak to us about those kinds of issues. Much of the strength lies in the families, but it does not always work that way.

As parliamentarians of whatever type, we all want to know that we can make our system work in Canada to make life better. Do you have any anecdotes on those very fundamental issues, particularly regarding young people, that you can give us to reflect what you have suggested in your report?

Dr. Ågren: Those same questions are very central to the discussion in Sweden. For example, when it comes to physical activity and obesity, we followed up on the public health policy. We had a special task from the government to deliver an action program against obesity in order to improve physical activity. I am very glad that the present government will soon deliver a bill to Parliament on this matter. There will be a number of our measures and proposals that will come back.

I think there are different parts to our work with physical activity and obesity. First, we have been working a great deal with trying to increase the awareness about the problem in the population. For example, some years ago we had a campaign called "Sweden on the move" in order to get people to know that they should participate in some sort of physical activity for at least 30 minutes a day. We monitor these things so we can say, for example, two-thirds of Sweden does participate in at least 30 minutes of physical activity a day. It has improved a bit, but not as much as we hoped.

Nowadays, we try to get physical activity into the planning of a community. For example, when planning routes, new areas for people to live or new facilities for walking or running, we work on

Docteur Ågren, à la fin de votre exposé, vous parlez des efforts qui ont été déployés dans diverses couches de votre société. Je sais qu'en matière d'alphabétisation et d'apprentissage, la Suède est pratiquement le chef de file mondial. C'est une question à laquelle j'attache beaucoup d'intérêt et d'importance. Je vous félicite d'être allé sur le terrain pour faire de cet effort un succès.

Par exemple, vous dites que votre rapport sur les politiques couvre toutes sortes de domaines. C'est un discours qui ressemble beaucoup à ce que nous entendons maintenant, certainement par l'entremise de ce comité à Ottawa. Vous évoquez l'obésité et le manque d'activité physique comme étant deux des grands problèmes. Vous parlez de la santé chez les jeunes et les aînés. C'est pratiquement tout dire. Nous sommes dans la même situation. Notre pays est différent du vôtre par sa superficie, mais non par ses problèmes. .

L'obésité au pays, particulièrement chez les enfants, fait maintenant les manchettes. Sans parler des conséquences malheureuses pour leur santé plus tard dans la vie. En ce qui concerne l'activité physique, les écoles au Canada offraient autrefois beaucoup de sports et d'activités de toutes sortes aux jeunes enfants. La majorité de ces activités ont disparu. Je me demande si vous pourriez nous parler de ces types de problèmes. Le gros de l'effort incombe aux familles, mais il n'en va pas toujours ainsi.

En tant que parlementaires, que nous soyons sénateurs ou députés, nous voulons tous savoir que nous pouvons faire fonctionner notre système au Canada pour améliorer la qualité de vie de la population. Avez-vous des histoires à nous raconter sur ces questions très fondamentales, notamment concernant les jeunes, pour illustrer ce que vous avez proposé dans votre rapport?

Dr Ågren : Ces mêmes questions sont au coeur du débat en Suède. Par exemple, en ce qui concerne l'activité physique et l'obésité, nous avons donné suite à la politique en matière de santé publique. Le gouvernement nous avait confié la tâche spéciale d'offrir un programme d'action contre l'obésité pour favoriser l'activité physique. Je suis très heureux que le gouvernement actuel entende présenter très bientôt un projet de loi au Parlement sur ce sujet. Un certain nombre de nos mesures et de nos propositions seront reprises.

Je crois qu'il y a différents volets de notre travail qui concernent l'activité physique et l'obésité. D'abord, nous déployons de nombreux efforts pour sensibiliser davantage la population au problème. Par exemple, il y a quelques années, nous avons lancé la campagne « La Suède en action » pour dire aux gens qu'ils devaient s'adonner à une activité physique quelconque pendant au moins 30 minutes par jour. Nous surveillons ces choses pour pouvoir dire, par exemple, que les deux tiers des Suédois font au moins 30 minutes d'activité physique par jour. La situation s'est améliorée un peu, mais pas autant que nous l'aurions espéré.

Aujourd'hui, nous essayons d'intégrer l'activité physique à la planification d'une communauté. Par exemple, lorsque nous planifions des routes, de nouveaux secteurs d'habitation ou de

integrating physical activity into social planning. We also try to work with school authorities to integrate physical activity into schools.

When it comes to obesity, we have had much discussion about whether we should put special measures on unhealthy foods. The labelling of foods has been part of the debate, but that is a question of general politics, and policy will influence that question.

We have also found that, when it comes to obesity, there are some indications with respect to young people. Perhaps we are not increasing it anymore; our latest results say it has been levelling off. It is too early to say if we have reversed the trend.

I think very keen monitoring of the problem, both at central and local levels, is very important. We work with looking at an issue and providing our results with the hope that those results get into the political discussion and new measures will be discussed. There is always some sort of interaction.

In terms of the health of young people, the present government is very eager to be involved in parental education. There is a huge demand for good parental education. We are trying to implement what we call evidence-based methods in parental education. That is what governmental agencies can do. It is very much how to stimulate local authorities, those most responsible for these sectors.

Senator Fairbairn: As an anecdote, I come from a small city in the western part of Canada. As is the case with most schools around the world, schools in my community have cafeterias and vending machines, where students can purchase all sorts of things with lots of salt and sugar. Much to the surprise of many in my community, the young people from one school marched on their principal and said that, unless the unhealthy foods in their cafeteria were removed, they would like to have the cafeteria closed down — they were trying to be athletic — the notion of which then reverberated around the community. We forget sometimes how smart young people can be. It sounds as though you are trying to do that.

Dr. Ågren: That is interesting. In Sweden, the local community municipalities are responsible for schools. Intense discussions have taken place in many municipalities; many of them have prohibited the sale of sweets and sodas in school cafeterias.

It is an ongoing discussion. Our role as a governmental agency is to provide facts to that discussion.

Senator Fairbairn: Your role is also to give encouragement, which you have done.

Senator Eggleton: Thank you for being with us and sharing the information of your experiences.

nouveaux endroits pour marcher ou courir, nous essayons d'intégrer l'activité physique à la planification sociale. Nous travaillons également avec les autorités scolaires pour intégrer l'activité physique dans les écoles.

Pour ce qui est de l'obésité, nous avons envisagé sérieusement d'imposer des mesures spéciales sur les aliments nocifs pour la santé. L'étiquetage des aliments a fait partie du débat, mais c'est une question de politique générale et la politique aura une influence dans ce dossier.

Nous avons aussi constaté, au chapitre de l'obésité, certains indices concernant les jeunes. Il est possible que l'obésité ne soit plus à la hausse; les derniers résultats montrent que la situation semble se stabiliser. Il est trop tôt pour dire si nous avons inversé la tendance.

À mon avis, il est très important de surveiller très étroitement la situation, tant au niveau central que local. Nous nous penchons sur un problème et nous communiquons nos résultats dans l'espoir que ces résultats feront partie du débat politique et que de nouvelles mesures seront envisagées. Il y a toujours une certaine interaction.

Pour ce qui est de la santé des jeunes, le gouvernement actuel entend bien s'occuper de l'éducation parentale. Partout, on réclame une bonne éducation parentale. Dans ce domaine, nous essayons de mettre sur pied ce que nous appelons des méthodes fondées sur des preuves. C'est ce que peuvent faire les organismes gouvernementaux. Il s'agit de stimuler les autorités locales, qui sont davantage responsables de ces secteurs.

Le sénateur Fairbairn : Permettez-moi de raconter une petite anecdote. Je suis originaire d'une petite ville de l'Ouest du Canada. Comme la plupart des écoles du monde, les écoles de ma communauté ont des cafétérias et des machines distributrices, où les élèves peuvent acheter toutes sortes de choses riches en sel et en sucre. À la grande surprise d'un bon nombre de gens, les jeunes d'une école ont défilé devant le bureau du directeur pour dire qu'ils souhaitaient la fermeture de la cafétéria si la malbouffe n'était pas éliminée — ils voulaient devenir des athlètes — et cette idée a eu des échos partout dans la communauté. Nous oublions parfois la sagesse des jeunes. Il me semble que c'est ce que vous essayez de faire.

Dr Ågren : C'est intéressant. En Suède, les municipalités sont responsables des écoles. Des discussions animées ont eu lieu dans de nombreuses municipalités; plusieurs ont interdit la vente de sucreries et de boissons gazeuses dans les cafétérias scolaires.

Le débat se poursuit. Notre rôle à titre d'organisme gouvernemental est de fournir des faits pour soutenir ce débat.

Le sénateur Fairbairn : Votre rôle est aussi d'encourager, comme vous l'avez fait.

Le sénateur Eggleton : Je vous remercie d'être avec nous et de nous faire part de vos expériences.

In our hearings, we have learned about a number of social determinants of population health — for example, poverty and lack of adequate housing. It is plain to us that a whole-of-government approach is required, to deal with the various social determinants.

However, there are many different ministries of the government involved in this, and trying to get a whole-of-government, or a horizontal approach, is not easy in a system that traditionally has been very vertical and silo-oriented. The ministers are all responsible for their specific programs and departments.

It is one thing to get people talking about this whole-of-government approach, but it is quite another to keep them committed to it. There needs to be political will, and it must be there all the time because ministers can go off into their silos again and do things that are relevant to their specific mandate.

How do you overcome that? How do you get a whole-of-government approach? How do you keep the commitment, people's feet to the fire, to ensure you can implement policies on population health?

Ms. Nilsson-Carlsson: On a daily basis in Sweden, the government takes all decisions unanimously, and that means we must negotiate with the other ministries all the time. The other ministries, when planning a proposal in their policy area, must share it with us beforehand so we can provide our opinion on their planned suggestions and drafts. Therefore, we always scrutinize what they do, the drafts from other ministries, with a perspective of whether it will gain public health or not. That way, we can keep the discussions ongoing all the time. I think that is one important means that we have.

Then we have the national public health steering committee, which meets over the borders of the ministries and talks about public health. It is then possible to provide guidelines to all the agencies, so we discuss with the other ministries that they must provide guidelines to their agencies to look upon public health in their areas of responsibility.

In terms of implementing public health policy, we use the usual mechanisms for steering and policy-building in Sweden. We have a lot of work going on among the agencies. I think Dr. Ågren could add to that.

Dr. Ågren: I could add that the crucial question is that we must always try to get health into other areas of society. That, of course, is a process, but not an easy one. I remember when the minister of finance for Sweden said he wanted to keep alcohol taxes high because he thinks it is better that people who are drinking are working. That was a good example, that the health arguments even influenced the minister of finance — which, of course, is the most difficult department of government to influence.

Au cours de nos audiences, nous avons appris qu'il existe un certain nombre de déterminants sociaux de la santé de la population — par exemple, la pauvreté et l'absence de logements adéquats. Il est clair pour nous qu'une approche pangouvernementale est nécessaire pour traiter des divers déterminants sociaux.

Toutefois, cette question touche un grand nombre de ministères et ce n'est pas facile d'adopter une approche pangouvernementale, ou horizontale, dans un système qui a toujours fonctionné en mode vertical et de cloisonnement. Les ministres sont tous responsables de leurs programmes et de leur ministère respectifs.

C'est une chose de parler de cette approche pangouvernementale; c'en est une autre de tenir des engagements. Il faut une volonté politique et cela, à chaque instant, parce que les ministres peuvent bien retourner dans leur vase clos et faire des choses qui sont pertinentes à leur propre mandat.

Comment surmonter cet obstacle? Comment arrivez-vous à une approche pangouvernementale? Comment faites-vous pour renouveler cet engagement, pour garder les gens en alerte, afin de mettre en œuvre des politiques sur la santé de la population?

Mme Nilsson-Carlsson : Tous les jours en Suède, le gouvernement prend toutes les décisions à l'unanimité, ce qui signifie que nous devons négocier avec les autres ministères en tout temps. Les autres ministères, lorsqu'ils planifient un projet dans leurs secteurs de compétences, doivent nous en faire part au préalable pour que nous puissions dire ce que nous pensons de leurs suggestions. Par conséquent, nous examinons toujours attentivement ce qu'ils font, les projets des autres ministères, en tentant de déterminer s'ils contribueront à la santé publique ou non. De cette façon, nous entretenons le dialogue constamment. C'est là un moyen important que nous avons, je crois.

Nous avons aussi le comité directeur national de la santé publique, un comité interministériel qui s'occupe de la santé publique. Ce comité permet de fournir des lignes directrices à tous les organismes. Nous discutons donc avec les autres ministères et ils doivent fournir des lignes directrices à leurs organismes pour qu'ils tiennent compte de la santé publique dans leurs secteurs de responsabilités.

Pour ce qui est de la mise en œuvre d'une politique en matière de santé publique, nous utilisons les mécanismes habituels pour l'orientation et l'élaboration de politiques en Suède. Beaucoup de travail se fait parmi les organismes. Je crois que le Dr Ågren pourrait apporter des précisions à ce sujet.

Dr Ågren : Je pourrais ajouter que l'essentiel, c'est de toujours essayer d'intégrer les questions de santé aux autres sphères d'activité. C'est évidemment tout un processus, qui n'est pas facile. Je me rappelle lorsque le ministre des Finances de la Suède a dit qu'il voulait conserver une taxe élevée sur l'alcool parce que, selon lui, il vaut mieux que les gens qui boivent travaillent. Cet exemple montre que les arguments en faveur de la santé ont même influencé le ministre des Finances, qui est évidemment le plus difficile à influencer.

Mr. Lundgren: In the public health policy report, we also try to provide ammunition in relation to this. We are saying that it is not enough to guide an outside agency in the small sphere of public health once. You have to guide it several times, and perhaps every year.

It is interesting and important to add public health into instructions for agencies that are not under the ministry of health and social affairs but under other ministries. That way, we are building an alliance for good implementation. Different kinds of agencies will see health as very important for themselves in their tasks.

Senator Eggleton: What happens, though, when you have conflict or a different set of priorities among the ministers, resulting in deadlock as opposed to an agreement on proceeding?

For example, in the U.K., when Prime Minister Blair decided on goals and timetables for reduction of poverty, he put the Minister of the Exchequer, a very senior cabinet minister, in charge, to coordinate the project and to ensure that the funds would be there, to ensure there were not deadlocks, that there was some resolution to the matter, so that the goals and timetables could be met.

Do you have anything similar that would result in keeping the agenda moving forward if there happens to be disagreements over, say, funding issues and priorities, where the finance department can frequently get in the way of these policies?

Ms. Nilsson-Carlsson: We have negotiations with the minister of finance. We start with civil servants, but then we usually have to raise the issues to the state secretaries and then to our ministers to discuss. They must negotiate. Because of the unanimous principle of the government, at the end of the negotiation there must be a common solution on how to distribute the results from the budget negotiation. That depends on the priorities in the ministry and what a minister wants to put highest on the agenda.

We have no special solution for public health issues; it is the same as for all budget negotiations. It depends on the political prioritizations.

Dr. Ågren: The present Swedish government is a coalition government, consisting of four different governments. It is quite obvious they have to negotiate and compromise. That is part of the nature, I would say.

Senator Cook: Thank you, Mr. Chair, and good morning. I do want to commend you. You have made me think outside the box this morning.

I will direct my remarks to Ms. Östlin. You say that your final report was a political document based on scientific evidence. That, to me in itself, is a miracle. You then go on to say that the success of any public health strategy depends greatly on the process by which it has been developed and that the process leads to national goals that can be as important as the goals themselves.

M. Lundgren : Dans le rapport sur la politique en matière de santé publique, nous essayons également de fournir des munitions à cet égard. Nous disons qu'il n'est pas suffisant de guider une seule fois un organisme extérieur dans la sphère étroite de la santé publique. Vous devez lui donner des directives plusieurs fois, peut-être chaque année.

Il est intéressant et important d'intégrer la santé publique aux directives que l'on donne aux organismes qui relèvent d'un autre ministère que celui de la Santé et des Affaires sociales. Nous créons ainsi une alliance qui favorise la mise en œuvre de la politique. La santé prendra de l'importance dans le mandat de différents organismes.

Le sénateur Eggleton : Qu'arrive-t-il cependant s'il y a un conflit ou une différence de priorités d'un ministère à l'autre, qui conduit à une impasse plutôt qu'à une entente sur la façon de procéder?

Par exemple, au Royaume-Uni, lorsque le premier ministre Blair a fixé des objectifs et des échéanciers pour la réduction de la pauvreté, il a chargé le chancelier de l'Échiquier, un ministre très important du cabinet, de coordonner le projet et de veiller à ce que les fonds soient disponibles, qu'il n'y ait pas d'impasse et que les différends soient réglés, pour que les objectifs et les échéanciers soient respectés.

Avez-vous quelque chose de semblable pour assurer l'avancement du programme s'il y a des désaccords, disons, sur le financement et les priorités, aspects sur lesquels le ministère des Finances peut souvent intervenir?

Mme Nilsson-Carlsson : Nous avons des négociations avec le ministre des Finances. Nous commençons avec les fonctionnaires, mais nous devons habituellement aborder ces questions avec les secrétaires d'État, puis avec les ministres. Ils doivent négocier. Comme le gouvernement prend des décisions à l'unanimité, à l'issue des négociations, il doit y avoir une solution commune sur la façon de distribuer ce qui ressort des négociations budgétaires. Tout dépend des priorités du ministère et de ce qu'un ministre souhaite prioriser.

Nous n'avons pas de solution particulière pour les questions touchant à la santé publique; c'est la même chose dans toutes les négociations budgétaires. Tout dépend des priorités politiques.

Dr Ågren : Le gouvernement suédois actuel est un gouvernement de coalition, formé de quatre partis différents. Il est évident qu'ils doivent négocier et faire des compromis. Cela fait partie du paysage, je dirais.

Le sénateur Cook : Merci, monsieur le président, et bonjour. Je tiens à vous féliciter. Vous m'avez permis d'élargir mes horizons.

Je vais adresser mes commentaires à Mme Östlin. Vous dites que votre rapport final était un document politique fondé sur des données scientifiques. En soi, il s'agit d'un miracle, à mon avis. Vous dites ensuite que le succès d'une stratégie de santé publique dépend pour beaucoup du travail d'élaboration. Le processus conduisant à la définition des objectifs nationaux peut être tout aussi important que les objectifs eux-mêmes.

How is your working process managed? Do you have any evidence-based information that you are on track? If I understand the progression here, you must have a strong continuum with every stakeholder in order to reach and deliver this to the consumer.

Am I accurate in my analysis of what you have achieved here?

Ms. Östlin: Yes. The process definitely was important for coming to the final report. We invested a lot in the process. We were able to maintain the dialogue with all these stakeholders because we had a full-time chair and full-time secretaries. The process involved more than 100 scientific experts that provided the evidence that made the reviews for us and provided the basis for the decisions. The request was also made from the government that all propositions and all the proposals should be built on scientific evidence.

A couple of objectives were dropped in the final report because the scientific evidence was too weak behind those objectives. It has been really scrutinized also from the evidence point of view.

Senator Cook: May I ask you what goals were dropped along the continuum?

Ms. Östlin: I believe it was one on income inequalities. In the first report or target that we issued, an indicator was not to exceed a certain level. It was dropped because it was believed that the scientific evidence was not strong enough to support that. We had quite low income and equality in Sweden. If we decreased income and equalities even more, there was no evidence that the population would be better. There is certainly no evidence that inequalities in health would decrease.

That was one of the objectives that were dropped because the evidence was not strong enough.

The Chair: May I bring you back to your influence on industrial developments?

I am not quite sure how it works, but I have been aware for some time that things must be walked by the health minister. I do not know if that is the special minister or the determinants on public health or whether it is the other minister of health or the super minister; I am not quite sure how your system works.

Let me give you an example. In one of your counties, some corporate entity wants to build a large plant for processing of forestry products. Someone in the county, I suspect, starts asking questions about what effect this will have on the health of the community. How does the process work? Does that come back up through the county council? Does it come down from the top, from the minister? How does the process kick in?

Dr. Ågren: In general, it is a question for the local community to decide, for example, if you should start some sort of process inside the community.

Comment fonctionne votre processus de travail? Avez-vous des données qui montrent que vous êtes sur la bonne piste? Si je comprends bien la progression ici, vous devez maintenir des liens étroits avec chaque intervenant pour rejoindre le consommateur et lui donner cela.

Ai-je bien analysé ce que vous avez réalisé ici?

Mme Östlin : Oui. Le processus a certainement été important dans la rédaction du rapport final. Nous nous y sommes beaucoup investis. Nous avons pu maintenir le dialogue avec tous les intervenants parce que nous avons un président et des secrétaires à temps plein. Le processus a fait appel à plus d'une centaine d'experts scientifiques qui ont fourni les preuves, ont fait les études pour nous et fourni les données sur lesquelles les décisions ont été fondées. Le gouvernement avait aussi demandé que toutes les propositions soient fondées sur des données scientifiques.

Quelques objectifs ont été abandonnés dans le rapport final parce que les données scientifiques étaient trop faibles pour les justifier. Les données ont aussi fait l'objet d'un examen très pointu.

Le sénateur Cook : Puis-je vous demander quels objectifs ont été abandonnés en cours de route?

Mme Östlin : Je crois que c'était un objectif concernant les inégalités de revenu. Dans le premier rapport que nous avons publié, un indicateur ne devait pas dépasser un certain niveau. Cela a été abandonné parce qu'on a jugé que les données scientifiques n'étaient pas suffisantes pour le justifier. Il y avait des faibles revenus et des problèmes d'égalité en Suède. Si on réduisait les revenus et les égalités davantage, rien ne prouvait que la population s'en porterait mieux. Rien ne prouve que les inégalités en matière de santé seraient réduites.

C'est l'un des objectifs qui ont été abandonnés parce que les preuves n'étaient pas assez solides.

Le président : Pouvons-nous revenir à votre influence sur les développements industriels?

Je ne sais pas exactement comment cela fonctionne, mais je sais depuis un certain temps que les choses doivent être pilotées par le ministre de la Santé. Je ne sais pas s'il s'agit du ministre spécial chargé des déterminants de la santé publique ou s'il s'agit de l'autre ministre de la Santé ou le super ministre; je ne suis pas certain comment votre système fonctionne.

Permettez-moi de vous donner un exemple. Dans un de vos comtés, une entreprise souhaite construire une grande usine pour la transformation des produits forestiers. Quelqu'un dans le comté, j'imagine, commence à poser des questions sur les effets que cette usine aura sur la santé de la population. Comment le processus fonctionne-t-il? Doit-on passer par l'intermédiaire du conseil du comté? Est-ce que c'est le ministre qui intervient? Comment le processus se met-il en branle?

Dr Ågren : En général, c'est la communauté locale qui décide, par exemple, si vous devez entreprendre un processus quelconque au sein de la communauté.

There is also a regulation requiring the local community to look at the environmental consequences of new investments. We are now working with a pilot project on complementing the environmental consequence descriptions with health consequence descriptions. We are developing tool kits for the local communities. In the future, we think that would facilitate that you should, in more general terms, look at the health consequences of new investments.

For example, we are trying to implement that when we are building roads. The new road may lower the number of traffic accidents, but it may increase the air pollution and it may decrease access to green areas, and so on. We try to look at all those consequences and weigh them together. The decision making process in those cases is at the local level. In some cases, it is done also at a regional level, but we have a complicated regional organization in Sweden where we have state regional agencies for planning purposes and the county councils, which mainly work with health care and those questions and not so much with regional agencies today.

The Chair: In Canada now, “environment” is the buzz word. We are very environmentally conscious, and the Ministry of Environment seems to get a look at everything that is developing.

To the chagrin of those of us in the health sector, health does not get looked at. You have been incredibly generous to forward us in advance a number of documents that are tremendously helpful to us. They will appear in paraphrased form, and also in recognized form in our final report, I am sure.

I was wondering how far along your tool kit documents are for the synergism between environment and health, and if you could share those with us also.

Dr. Ågren: We have a common European project on health consequence descriptions as a tool kit in the planning process. We have also English documents where we provide examples of how we try to implement those health consequence descriptions, in most cases together with environmental consequence descriptions, because that is the best method today.

We have the same situation, in some respects, as in Canada where the environment is discussed more than health at the planning level. That is also the situation in Sweden. We often want to go further in this area, but there is some development at least.

The Chair: How did you get to the position of having industrial projects and other things reviewed from a health point of view? We are nowhere near that here.

Dr. Ågren: That is a decision made by the local community. We are working on this, as it is a question within this discussion. The government requested that we develop those environmental health consequence descriptions. We are trying to use them, for

Par ailleurs, un règlement exige que la communauté locale examine les retombées environnementales des nouveaux investissements. Un projet pilote est en cours pour ajouter aux retombées environnementales les conséquences sur la santé. Nous mettons au point des trousseaux d'outils à l'intention des communautés locales. Dans l'avenir, nous croyons que cela incitera les gens à se pencher sur les conséquences des nouveaux investissements sur la santé.

Par exemple, nous essayons de déclencher cette réflexion lorsque nous construisons des routes. La nouvelle route peut contribuer à la réduction du nombre d'accidents, mais elle peut favoriser l'accroissement de la pollution et réduire l'accès à des espaces verts, et cetera. Nous essayons d'examiner toutes ces conséquences et de les pondérer. Dans ces cas, les décisions se prennent au niveau local. Dans certains cas, elles se prennent également au niveau régional, mais nous avons une structure régionale compliquée en Suède, où il y a des organismes régionaux d'État chargés de la planification et les conseils de comté qui s'occupent surtout des soins de santé et de ces questions et qui ne travaillent pas vraiment avec les organismes régionaux aujourd'hui.

Le président : Au Canada maintenant, le mot à la mode est « environnement ». Nous sommes très soucieux de l'environnement, et le ministère de l'Environnement semble avoir un droit de regard sur tout ce qui se fait.

Au grand regret de ceux d'entre nous qui oeuvrent dans le secteur de la santé, la santé ne retient pas l'attention. Vous avez été incroyablement généreux de nous fournir d'avance des documents qui nous seront extrêmement utiles. Je suis certain que des extraits seront reproduits dans notre rapport final, textuellement ou non.

Je me demande où vous en êtes dans l'élaboration de votre trousse d'outils qui permettra de créer une synergie entre l'environnement et la santé, et si vous pouvez nous en remettre également une copie.

Dr Ågren : Nous avons un projet européen commun sur la description des conséquences sur la santé qui servira au processus de planification. Nous avons aussi des documents en anglais dans lesquels nous donnons des exemples de la façon dont nous essayons d'appliquer ces descriptions avec, dans la plupart des cas, les descriptions des retombées environnementales, parce que c'est la meilleure méthode aujourd'hui.

À certains égards, nous avons la même situation qu'au Canada, c'est-à-dire que l'environnement prend plus de place que la santé dans la planification. C'est la même chose en Suède. Nous souhaitons aller plus loin dans ce domaine, mais nous faisons au moins certains progrès.

Le président : Comment en êtes-vous arrivés à vouloir que les projets industriels et autres soient examinés sur le plan de la santé? Nous sommes bien loin de là.

Dr Ågren : C'est une décision prise par la communauté locale. Nous y travaillons, puisque cette question s'inscrit dans ce débat. Le gouvernement a demandé que nous élaborions ces descriptions des conséquences sur la santé et l'environnement. Nous essayons

example, when it comes to state agencies and other governmental agencies. We are also using them inside the regional state administration, which the government directs.

As well, we are trying to implement them in the local communities. However, they are independent, so it is dependent on the political will in the local community to look at health consequences. Still, it is an ongoing discussion.

The Chair: You have no central legislation that mandates this?

Dr. Ågren: Not when it comes to health consequence descriptions. We do have regulations about environmental descriptions.

Ms. Nilsson-Carlsson: You can say that, in performing the environmental impact assessment, you cannot do that kind of assessment without considering health. Therefore, health is already part of the environmental impact assessments.

What Dr. Ågren is talking about is trying to improve this even further, and to have legislation on the environmental impact assessments.

Mr. Lundgren: I should say also that, from the institute's side, we have contact with 13 national state agencies and 21 regional state agencies regarding health impact assessments. That means we discuss the determinants that they can influence and discuss the method of health impact assessments together with them. We meet and discuss those questions. We start by meeting with them together and then meet them one by one. That is an ongoing process.

The Chair: I hope we get there some day. We are not there at this point in time in Canada.

I want to thank you again — and I very much want to thank you for the documents you sent us. I hope you will send us the tool kit, if you can.

Dr. Ågren: Yes.

The Chair: We may well be back to you. We have a little more than a year's work ahead of us yet before our final report comes out. You clearly are leading the field in this. We are enormously grateful to you for sharing your knowledge with us.

Ms. Nilsson-Carlsson: Thank you. We are happy that we could contribute to your work. It is an honour for us.

The Chair: Honourable senators, we must approve our subcommittee budget, which you have before you. It is clearly outlined. It breaks down to professional services of \$122,400, transportation \$56,858, all other expenditures \$8,250 for a grand total of \$187,508.

I have looked over this document, which has been well prepared by Ms. Reynolds, Clerk of the Committee, and I think it can be supported. Senator Eggleton will have to present this on our behalf to the Internal Economy Committee.

de les utiliser, par exemple, avec les organismes d'État et d'autres organismes gouvernementaux. Nous les utilisons aussi auprès de l'administration régionale, que le gouvernement dirige.

Nous essayons également de les appliquer dans les communautés locales. Toutefois, celles-ci sont indépendantes, alors les conséquences sur la santé seront examinées selon la volonté politique de la communauté locale. Encore une fois, c'est un débat qui est en cours.

Le président : Vous n'avez aucune loi centrale qui régit cela?

Dr. Ågren : Pas pour les descriptions des conséquences sur la santé. Nous avons un règlement concernant les descriptions environnementales.

Mme Nilsson-Carlsson : Vous pouvez dire qu'en effectuant l'étude d'impact environnemental, vous ne pouvez pas faire ce type d'évaluation sans tenir compte de la santé. Par conséquent, la santé fait toujours partie des études d'impact environnemental.

Ce que le Dr Ågren dit, c'est qu'on essaie d'aller plus loin et de faire adopter une loi sur les études d'impact environnemental.

M. Lundgren : Je dois dire aussi que, du côté de l'Institut, nous avons des contacts avec 13 organismes d'État nationaux et 21 organismes d'État régionaux pour ce qui est des études d'impact sur la santé. Cela signifie que nous discutons des déterminants sur lesquels ils peuvent avoir une influence et que nous discutons des méthodes d'évaluation de l'impact sur la santé. Nous nous rencontrons et nous discutons de ces questions. Nous commençons par les rencontrer ensemble, puis un par un. C'est un processus continu.

Le président : J'espère que nous y arriverons un jour. Le Canada n'est pas rendu à cette étape.

Je veux vous remercier encore une fois et je tiens à vous remercier pour les documents que vous nous avez envoyés. J'espère que vous nous enverrez la trousse d'outils, si vous le pouvez.

Le Dr Ågren : Oui.

Le président : Il est possible que nous communiquions de nouveau avec vous. Il nous reste un peu plus d'un an avant de publier notre rapport final. Il est clair que vous êtes des chefs de file dans ce domaine. Nous vous sommes extrêmement reconnaissants de nous faire part de vos connaissances.

Mme Nilsson-Carlsson : Merci. Nous sommes heureux de pouvoir contribuer à vos travaux. C'est un honneur pour nous.

Le président : Honorables sénateurs, nous devons approuver le budget de notre sous-comité, que vous avez devant vous. Tout y est clairement indiqué. Les services professionnels s'élèvent à 122 400 \$, les frais de transport à 56 858 \$, toutes les autres dépenses à 8 250 \$, pour un grand total de 187 508 \$.

J'ai regardé ce document, qui a été très bien préparé par Mme Reynolds, la greffière du comité, et je crois qu'il peut être justifié. Le sénateur Eggleton devra le présenter au Comité de la régie interne en notre nom.

Senator Eggleton: What are these two conferences about, in Halifax and Vancouver, \$9,574?

The Chair: They concern the subject of health care.

Senator Eggleton: Are they specific conferences? This was also in the Subcommittee on Cities budget, and I had it removed because there are no specific conferences in Halifax or Vancouver. This budget takes us to the end of March — and we would know about any conference.

The Chair: Internal Economy probably will remove this item, in that case.

Senator Eggleton: I would suggest we remove them. I do not like to have to justify something I do not have enough information about. They are just general. I had them removed in the Subcommittee on Cities budget.

The Chair: Senator Eggleton is saying that the Internal Economy Committee will take them out anyway, so we may as well take them out.

So with that adjustment, do we have approval of this budget?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Thank you very much, and thank you all for attending at this teleconference. Today's hearing and the report will be of tremendous importance to us in writing our report.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, November 28, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:06 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 (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: We have an interesting meeting this afternoon because we have with us the experts from the first population health program in Canada, implemented in Prince Edward Island.

Of course, one of our committee members was the Premier of Prince Edward Island from 1993 to 1996. We should be able to be educated to a very high degree.

I want to thank the three witnesses for appearing. As I explained to committee members, our witnesses had to prepare themselves quickly; they did not have the lead time that most witnesses have. Therefore, we deeply appreciate you appearing and dealing with this as best you can. We understand fully that you did not have the preparation time you would have wanted.

Le sénateur Eggleton : En quoi consistent ces deux conférences, à Halifax et à Vancouver, pour lesquelles on prévoit 9 574 \$?

Le président : Elles portent sur les soins de santé.

Le sénateur Eggleton : Est-ce que ce sont des conférences spécifiques? Il y avait cela également dans le budget du sous-comité sur les villes, et je l'ai enlevé parce qu'il n'y a pas de conférence spécifique à Halifax ou à Vancouver. Ce budget nous amène à la fin de mars, et nous le saurions s'il y avait une conférence.

Le président : Le Comité de la régie interne supprimera probablement ce poste, dans ce cas.

Le sénateur Eggleton : Je propose que nous le supprimions. Je n'aime pas avoir à justifier une chose sur laquelle je n'ai pas assez d'information. Ce ne sont que des activités générales. J'ai supprimé ce poste dans le budget du sous-comité sur les villes.

Le président : Le sénateur Eggleton dit que le Comité de la régie interne supprimera ce poste de toute façon, alors peut-être vaut-il mieux que nous le fassions nous-mêmes.

Cette modification étant faite, le budget est-il approuvé?

Des voix : D'accord.

Le président : Merci beaucoup, et merci à tous d'avoir participé à cette téléconférence. La séance d'aujourd'hui et votre rapport nous aideront énormément à rédiger notre rapport.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 28 novembre 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 6 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

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

[*Traduction*]

Le président : Nous avons une réunion intéressante cet après-midi parce que nous allons entendre des spécialistes du premier programme canadien de santé de la population, qui a été mis en œuvre à l'Île-du-Prince-Édouard.

Nous savons tous que l'une des nôtres a été premier ministre de l'Île-du-Prince-Édouard de 1993 à 1996. Nous devrions donc assister à une séance de formation de très haut niveau.

Je tiens d'abord à remercier les trois témoins qui comparaissent aujourd'hui. Comme je l'ai indiqué aux membres du comité, ils ont dû se préparer très vite, beaucoup plus rapidement que la plupart des témoins. Nous vous sommes donc très reconnaissants d'être ici aujourd'hui et de vous être préparés de votre mieux dans les circonstances. Nous réalisons parfaitement que vous n'avez pas disposé du temps que vous auriez aimé avoir pour vous préparer.

We have with us Ms. Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations, P.E.I. Department of Health. The Department of Health works with stakeholders to promote health and prevent illness, using several collaborative approaches that focus on health determinants.

We also have with us Ms. Patsy Beattie-Huggan, President, The Quaich Inc., which was founded in 1998 to provide advice and innovation as well as health promotion products. Ms. Beattie-Huggan has served at the senior management level of the P.E.I. health community services systems during the health policy reforms.

Patsy Beattie-Huggan, President, The Quaich Inc.: Honourable senators, I wish to thank you all for the opportunity to share my experience and lessons through the 1993-1996 population health reforms in Prince Edward Island.

Since I received the phone call last week, I have been scrambling to reconnect with my own memories, which is sometimes hard to do when you get to a certain age. It was such an exciting part of my journey and my professional career that it was interesting to go back and reconnect with people who were involved in the health reform days and ask them what they would think in retrospect was the key lesson from that time.

It made sense to me to speak about my lived experience because I think the document your researchers compiled is an excellent record of the time. I could not have done better myself. In going through it, I was thinking that I recognize all of that. I thought I would group it according to the stages in which I had my own involvement and take it from there.

I did this in terms of a planning stage, a change agent stage, and also how I am the beneficiary of having had that experience — what I have been doing currently in the work and how I used those lessons.

In the mid-1980s, I was involved in the Association of Nurses of Prince Edward Island, ANPEI. I chaired a committee that was advocating for baccalaureate education for nurses as entry to practise in Prince Edward Island. In that process, I started to realize that the health system needed to change if these nurses would be using their education to the greatest extent. I began researching health system reforms around the world and what direction they were taking.

There are some profound documents that have made a big impact around the world in a number of different systems. One is the Lalonde report, which is Canadian, along with the declaration of the World Health Organization, which outlined goals for achieving health for all, including guidance and principles for

Nous avons parmi nous Mme Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel du ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard. Ce ministère collabore avec les intervenants pour promouvoir la santé et prévenir la maladie en faisant appel à plusieurs approches de collaboration qui mettent l'accent sur les déterminants de la santé.

Mme Patsy Beattie-Huggan est également présente. Elle est la présidente de Quaich Inc., une société créée en 1998 pour formuler des conseils, proposer des innovations et offrir des produits faisant la promotion de la santé. Mme Beattie-Huggan a été cadre supérieur au sein du système des services de santé communautaire de l'Île-du-Prince-Édouard à l'époque des réformes de la politique de la santé.

Patsy Beattie-Huggan, présidente, The Quaich Inc. : Honorables sénateurs, je tiens à vous remercier de cette occasion de partager avec vous mon expérience et les leçons que j'ai tirées des réformes en matière de santé de la population qui ont été mises en œuvre à l'Île-du-Prince-Édouard entre 1993 et 1996.

Depuis le moment où j'ai reçu cette invitation par téléphone, la semaine dernière, j'essaie de me rafraîchir la mémoire, et ce n'est pas toujours facile quand on atteint un certain âge... Cela fut une période si intéressante de mon cheminement et de ma carrière professionnelle que j'ai été séduite à l'idée de ce retour en arrière. J'en ai profité pour renouer des liens avec les personnes impliquées dans la réforme de la santé et pour leur demander, de façon rétrospective, les principales leçons qu'elles avaient retirées de cette époque.

Je n'ai pas de raison de revenir sur la chronologie des faits. Vos chercheurs l'ont fort bien fait et je n'aurais pu faire mieux moi-même. Parcourir leur document a d'ailleurs ravivé mes souvenirs. Je vais donc m'en tenir à l'expérience que j'ai alors vécue. Comme point de départ, je vais tenter de vous faire part de mes réflexions sur chacune des diverses étapes auxquelles j'ai participé.

Je vais donc vous entretenir de la phase de planification, au cours de laquelle j'ai été un agent de changement, en insistant sur la chance que j'ai d'avoir eu cette expérience, pour aborder ensuite ce que je fais actuellement et comment je tire parti de ces leçons.

Au milieu des années 1980, j'étais membre de l'Association of Nurses of Prince Edward Island, l'ANPEI. Je présidais un comité qui voulait imposer aux infirmières de détenir un baccalauréat pour pouvoir exercer à l'Île-du-Prince-Édouard. Ce faisant, j'ai commencé à réaliser que le système de santé devrait évoluer pour que les infirmières puissent utiliser leurs compétences de la façon la plus large possible. Je me suis alors mise à étudier les réformes des systèmes de santé à travers le monde et les orientations qui avaient été retenues.

Il y a un certain nombre de documents très sérieux qui, à travers le monde, ont eu des répercussions importantes sur un grand nombre de systèmes différents. On peut en particulier citer le Rapport Lalonde, un document canadien, et la Déclaration de l'Organisation mondiale de la santé, qui fixe pour objectif

reforming primary health care. We did a lot of research based on that and I was very involved at that point.

In 1989, there was a document that is not recorded in your backgrounder that was pivotal. It was released in P.E.I. and it was called «The Hospital and the Health Care Community,» written by Peter Ramsay, who was in charge of one of the more rural hospitals at that point. That document said that, although good care was being delivered on Prince Edward Island, there was no real system for that care. People who needed care, perhaps for multiple systems, had to knock on several different doors. The systems were not speaking to one another. The hospitals had hospital boards but they were managing just the hospitals. Social services and public health were not attached to that. Aside from that, some of the people using the health system a lot were also using other systems, like the justice and social service systems.

Before I took on my position, we were doing this research. I also found a report written and commissioned by Senator Callbeck, which had a lot of recommendations and identified many of these issues. However, it was that 1989 report that kick-started this need to look at the system and do it differently.

In that next year, there was a call on stakeholders — ANPEI being one of those — to be involved in looking at where to go from here. There was a lot of public consultation around the province. By that point, the association had conducted a literature review, looked at models and put forward a proposal to this transition team in terms of how the system might look.

I feel that was an influence that probably gets overlooked a lot in terms of where some of that material came from. It came from a fair amount of lobbying by that group. It was looking at community health centres in particular as having a big impact on primary health care. It was not talking so much about population health but about organizing care differently around the clients so that they had one point of entry with a number of services built around them — more integrated and holistic care.

Through 1991-92, there was broader consultation. During that time, there were working groups struck that put more detail to the reform of 1993, and contributed to the development of the document, “Partnerships for Better Health.”

During that transition year, I was at the University of Edinburgh studying for my master’s degree, where I was receiving all the documents being developed on Prince Edward Island. In my course, I was comparing health systems around the world, looking at the U.K. health system and starting to see that no one system had all the answers. That was freeing because, in

d’assurer la santé de tous, en énonçant des conseils et des principes pour réformer les soins de santé primaires. Nous avons fait beaucoup de recherches en nous inspirant de ces documents et j’y ai participé très activement.

En 1989, un document essentiel, qui ne figure pas dans votre nomenclature, a été publié à l’Île-du-Prince-Édouard. Il avait pour titre The Hospital and the Health Care Community. Son auteur était Peter Ramsay, qui dirigeait l’hôpital d’une des régions les plus rurales de l’époque. Ce document affirmait que, si de bons soins étaient dispensés à l’Île-du-Prince-Édouard, celle-ci ne disposait pas pour autant d’un vrai système de soins. Les personnes ayant besoin de soins, parfois dispensés par plusieurs réseaux, devaient frapper à plusieurs portes. Chacun de ces réseaux fonctionnait en autarcie. Les hôpitaux étaient chapeautés par des régies, mais qui ne géraient que des hôpitaux. Il n’y avait pas de liens avec les services sociaux et de santé publique. Outre cela, certains gros consommateurs du système de santé étaient également clients d’autres systèmes, comme le système judiciaire et celui des services sociaux.

Avant que je n’occupe mon poste, voilà le type de recherches que nous faisons. J’ai également découvert un rapport rédigé et préparé à la demande du sénateur Callbeck, qui comportait nombre de recommandations et cernait plusieurs de ces questions. Ce fut toutefois ce rapport de 1989 qui nous a fait prendre conscience de la nécessité d’étudier le système et de faire les choses différemment.

Au cours de l’année qui a suivi, les intervenants, dont l’ANPEI, ont été invités à s’interroger sur l’orientation à prendre à partir de là. Beaucoup de consultations publiques ont été organisées dans toute la province. À cette époque, l’ANPEI avait procédé à un examen de ce qui avait été écrit sur le sujet, avait étudié les modèles et transmis une proposition à son équipe de transition sur la structure que pourrait avoir le nouveau système.

J’ai le sentiment que notre influence sur la formulation des nouvelles propositions a probablement été sous-évaluée. Elle découlait d’activités intenses de lobbying de notre groupe. Celui-ci s’est en particulier penché sur les centres de santé communautaire, en particulier parce qu’ils avaient des répercussions importantes sur les soins de santé primaires. Je ne parle pas tant ici de la santé de la population que d’une organisation différente des soins offerts aux clients pour qu’ils disposent d’un point d’accès unique à un certain nombre de services présents autour d’eux, soit une approche plus intégrée et holistique des soins.

La consultation s’est élargie en 1991 et 1992. À cette époque, divers groupes de travail ont précisé les détails de la réforme de 1993 et contribué à la rédaction du document « Partnerships for Better Health ».

Pendant cette année de transition, j’étais étudiante en maîtrise à l’Université d’Édimbourg où je recevais tous les documents rédigés sur l’Île-du-Prince-Édouard. Ma scolarité m’a menée à comparer les systèmes de santé à travers le monde, à étudier le système de soins de santé britannique, et à commencer à réaliser qu’aucun système n’apportait toutes les réponses. Lorsque je suis

coming back to Prince Edward Island, it created that climate and my attitude toward change — which was why can we not do it here?

I was very fortunate. When I came back to the island, my husband had submitted my resumé in response to an ad. Suddenly, I had an interview at the senior management level and became director of community development in the new system. That turned me into a change agent — I think I had been a secret one all my life, but it was nice to do that — and in the fall of 1993-94, the reforms were initiated.

This is where the people part really started. The negotiations with the unions began in earnest, along with the hiring of staff. There was a lot of excitement for those of us involved in initiating this change that had this vision about what health care could look like in a system that would be more responsive and more integrated, with care provided around people.

It was also a painful time for people who had been in the Department of Health. Suddenly, they did not have a job anymore; they had to apply for new jobs in this agency. I have to mention that because the people part is important in what happened and how it unfolded. It is difficult for those of us in that system to be interviewing our colleagues and deciding which one of them would get the job.

The expectations on us were great. We were change agents. We were hired that way. Our resources were few. We had to borrow desks from our previous employers. We had no resources at that time for running simultaneous systems.

However, we were motivated by the values underpinning health reform. If you have a chance to look at the document, “Partnerships for Better Health,” you will see how laden it was with values. We were working long days and excited by it all. It was a highly educated group of people and it was an amazing experience from that point of view.

There was a lot of interest from outside researchers at McMaster University and the University of Helsinki, along with the European Union. There were a lot of projects going on, and that was exciting.

One of the products we developed on Prince Edward Island was the “Circle of Health,” and I have circulated that. That tool is still in use, which is amazing, because I thought its shelf life was about five years.

revenue à l'Île-du-Prince-Édouard, cette constatation a permis de débloquent la situation. Elle a permis d'instaurer un climat, et pour moi de changer d'attitude, en nous demandant pourquoi nous ne pourrions pas concevoir nous-mêmes notre propre système.

J'ai eu beaucoup de chance. Quand je suis revenue dans l'Île, mon mari avait répondu en mon nom à une offre d'emploi. J'ai presque immédiatement été convoquée à une entrevue et été nommée directrice du développement communautaire dans le nouveau système. Cela a fait de moi un agent de changement. Je crois que je l'avais toujours été en secret pendant toute ma vie, mais j'étais contente de le faire ouvertement maintenant et, à l'automne de l'exercice 1993-1994, les réformes ont été lancées.

C'est à partir de là que les gens ont commencé à être réellement impliqués. Les négociations avec les syndicats ont commencé très sérieusement, en même temps que l'embauche de personnel. On ressentait alors beaucoup d'excitation chez ceux d'entre nous qui participaient au lancement de ces changements, qui avaient estimé que les soins de santé pouvaient être structurés en un système plus réactif et plus intégré, offrant un environnement de soins aux gens.

Ce fut aussi une période difficile pour les employés du ministère de la Santé. Tout d'un coup, ils n'avaient plus d'emploi. Ils devaient poser leur candidature à de nouveaux postes. Il ne faut pas l'oublier parce que le volet des personnes est important dans la suite du déroulement des opérations. Faisant déjà partie du nouveau système, il était difficile de faire passer des entrevues à nos collègues et de décider lesquels d'entre eux allaient obtenir des emplois.

On attendait beaucoup de nous. Nous étions des agents de changement. C'est à ce titre qu'on nous avait embauchés. Nous disposions de peu de ressources. Nous devions emprunter locaux et mobilier à nos anciens employeurs. Nous n'avions pas, à l'époque, les ressources nécessaires pour faire fonctionner simultanément plusieurs systèmes.

Toutefois, nous étions motivés par la volonté de mettre en œuvre les valeurs sous-tendant la réforme de la santé. Si vous avez l'occasion de parcourir le document « Partnerships for Better Health », vous constaterez que nous travaillions de longues heures et étions enthousiasmés par tout cela. Notre groupe était composé de gens solidement formés et c'était une expérience incroyable de ce point de vue.

Les chercheurs de l'extérieur, aussi bien de l'Université McMaster ou de l'Université de Helsinki que de l'Union européenne, s'intéressaient vivement à ce que nous faisons. Il y avait un grand nombre de projets et c'était passionnant.

L'un des produits que nous avons mis au point sur l'Île-du-Prince-Édouard était le « Cercle de santé », dont je vous ai fait remettre une copie. Cet outil est toujours utilisé, ce qui est étonnant parce que je lui prêtais alors une durée de vie d'environ cinq ans.

In the end, financial challenges brought a halt to it all. There were problems with cutbacks to federal transfer payments. Provincial creditors were knocking on doors and tough decisions had to be made about rollbacks. People began confusing reform with cutbacks, and we started getting backlash.

Soon, it became billed as a failure for the next election; it meant a change in government. That was 1996. I ended this section of my update here; after the restructuring took place that year, my position was eliminated.

That should be the end of my story, because I left government in 1998 when I decided that was not where I should be. However, it does not end there. I feel I was fortunate to be so motivated by the experience, to be part of something that was so creative and to have a candle of passion lit under me.

I believed there was potential, in the work that came out of that time, to take it forward. I was lucky in that Ms. Hennebery had moved into that position and was supportive.

I started my company, The Quaich Inc., in 1998. By the way, a quaich is a cup of friendship. Normally, one would pass a cup of malt whisky around the table, but I did not bring any with me. However, a quaich is a symbol of friendship and community, which is what I wanted to bring to the company.

I have been involved in many contracts since then. I will not get into that, but the one I want to highlight, because I see it as a legacy of health reform days, is the Atlantic Summer Institute on Healthy and Safe Communities, which has taken off. It began with an unsolicited proposal that was submitted in 2003, and is now in its fifth year of planning.

Funding is always a struggle but it is Atlantic-Canadian based. The Circle of Health is integral to its curriculum. In what I have distributed here, you can see that the advisory committee is representative of the Atlantic region, with three levels of government, three research centres and also community organizations. That says to me that the legacy of health reform is strong, it does exist, the cooperation is there with the health system, but it is outside the system.

What are the lessons learned? A range of people were interviewed by me in this last week. There was a community partner from health reform days, two former CEOs, and an evaluator who worked with Mr. Eyles as well. They used different words, but the themes remained consistent. In terms of the lessons that were learned, they said that more time is required and that the four-year political cycle followed does not allow that to happen. We need to be planning for 20 to 30 years. Tobacco is

À la fin, il a fallu mettre un terme à l'ensemble du projet sous la pression des difficultés financières. Celles-ci étaient imputables, entre autres, à la réduction des paiements de transferts fédéraux. Les créanciers de la province réclamaient leur dû et il a fallu prendre des décisions difficiles qui se sont traduites par des replis. Les gens ont commencé à confondre la réforme et les coupures, et nous en avons subi les premiers contrecoups.

La réforme a rapidement été étiquetée comme un échec et est devenue un enjeu pour l'élection suivante, qui a abouti à un changement de gouvernement. Nous étions en 1996. Je termine ici cette partie du point que je fais de la situation. Lorsque la réorganisation a eu lieu cette année-là, mon poste a été éliminé.

Mon histoire devrait prendre fin ici, parce que j'ai quitté le gouvernement en 1998 après avoir décidé de réorienter ma carrière. Elle ne se termine toutefois pas là. J'estime avoir eu beaucoup de chance d'avoir été si motivée par cette expérience, d'avoir eu le sentiment de participer à une initiative aussi novatrice et d'être animée en permanence par la passion.

J'étais convaincue que le travail fait à cette époque pouvait déboucher sur quelque chose de bien et qu'il fallait poursuivre. J'ai eu la chance que Mme Hennebery soit nommée à ce poste et soit favorable à ces idées.

J'ai lancé mon entreprise, The Quaich Inc., en 1998. Sachez qu'un « quaich » est un verre de l'amitié. Normalement, on fait circuler un verre de whisky de malte autour de la table, mais je n'en ai pas apporté aujourd'hui. Toutefois, il s'agit d'un symbole d'amitié et de communauté, et c'est le sens que je voulais donner à l'entreprise.

Depuis cette époque, j'ai travaillé à de nombreux contrats. Je ne vais pas entrer dans les détails, mais il y en a un dont je veux parler, parce qu'il s'agit à mon avis d'un héritage de l'époque de la réforme de la santé. C'est le Atlantic Summer Institute on Healthy and Safe Communities. Il est né il y a quatre ans, en 2003, d'une proposition spontanée et nous planifions maintenant les activités de sa cinquième année d'existence.

Son financement est toujours difficile à obtenir, mais il vient pour l'essentiel du Canada atlantique. Le Cercle de santé fait partie intégrante de ce programme. Vous pouvez constater, dans les documents que je vous ai remis, que le comité consultatif est représentatif de la région Atlantique, avec trois paliers de gouvernement, trois centres de recherche et des organismes communautaires. Cela signifie pour moi que l'héritage de la réforme de la santé est important. Il est bien là, on observe une coopération au sein du système de santé, mais cela se passe à l'extérieur du système.

Quelles sont les leçons tirées de l'expérience? Au cours de cette dernière semaine, j'ai interrogé beaucoup de gens. Il y avait parmi eux un partenaire de la communauté à l'époque de la réforme de la santé, deux anciens directeurs généraux et un évaluateur qui a travaillé également avec M. Eyles. Chacun a utilisé des formulations différentes, mais les thèmes sont restés les mêmes. Au sujet des leçons retirées de l'expérience, ils disent qu'il faut plus de temps et que le cycle de la vie politique de quatre ans que

one example where we would not be where we are if there had not been long term work on that.

They also said that there needs to be dedicated financial resources for population health. Separation of services was also said to be necessary. As long as acute care and population health are kept within the same budget, the money will go where the crisis is. No matter how much they try to integrate services so that the community would influence the hospital, in reality, it does not work that way because the crisis always takes over.

There needs to be a structure for population health that is an overlay. Perhaps it needs to be a national structure with a national direction. One person said that, if money goes directly to the provinces, which have such a problem with acute care, that that is where the money would go, namely, acute care.

Public support is needed. Most politicians are influenced by public opinion, not necessarily research evidence, whereas public servants are more influenced by research evidence. This presents a dichotomy.

The importance of community involvement was stressed by three different people for different reasons. One, it keeps you real and services should be based on real needs. Two, people know their own experience and it needs to be heard. Three, it is important to have structures for innovation, which do not necessarily occur in bureaucracies but can occur both in community and in regional health authorities or in the private sector. There are different structures that would work for innovation in different ways and bureaucracies tend to stifle that.

I have two strong beliefs of my own that I wish to add. Population health as a concept is difficult for people to grasp and understand. The word "health" puts up barriers; people immediately think health sector. Even if you talk healthy communities, their eyes glaze over. I have tried to talk to ACOA, the Atlantic Canada Opportunities Agency, about funding for the summer institute, to bring the various sectors together and learn from each other. We know employment is a big factor in health. However, the general response is that the reason you are coming to me is because the health system is running out of money or it is not in our mandate. Hence, education is needed in some of these other sectors to share resources to make a difference in terms of population health.

Interdisciplinary work is a factor across sectors, and we are addressing this in the summer institute. We want to bring people together to develop a common language and understandings, and to build capacity in Atlantic Canada. Work is needed on literacy levels, but this is a complex concept. I have also given you an

nous suivons ne permet pas d'aller au bout d'un tel projet. Il faut pour cela planifier à des échéances de 20 à 30 ans. Le cas du tabagisme est un exemple de résultat que nous n'aurions pu obtenir si nous avions travaillé sur cette question à long terme.

Ils disent également qu'il faut affecter des ressources financières précises à la santé de la population. Il faut aussi que des services distincts soient offerts. Tant que les soins impératifs et la santé de la population relèveront du même budget, l'argent ira là où il y a crise. Peu importe les efforts faits pour intégrer les services afin que la collectivité puisse exercer une influence sur l'hôpital, cela ne fonctionne pas en réalité à cause de la façon dont on réagit toujours face aux crises.

Il faut une structure pour la santé de la population qui vienne se superposer à celles existantes. Il faut peut-être envisager une structure nationale, avec une direction nationale. Quelqu'un a dit que si l'argent va directement aux provinces, qui sont confrontées à l'ampleur du problème des soins urgents, c'est uniquement ce domaine qui bénéficiera de l'argent.

L'appui du public est nécessaire. La plupart des politiciens sont attentifs à l'opinion publique, et pas nécessairement aux éléments de preuve venant de la recherche, alors que les fonctionnaires sont plus attentifs à ces derniers. C'est là une dichotomie.

Plusieurs personnes ont souligné l'importance de l'implication de la collectivité, et ce, pour diverses raisons. L'une d'entre elles est que cela vous oblige à vous enraciner dans la réalité et que les services doivent reposer sur les besoins réels. Ensuite, les gens savent ce qu'ils ont vécu et il faut en tenir compte. Enfin, il est important de disposer de structures facilitant l'innovation, qui ne prend pas nécessairement naissance dans les bureaucraties mais qui peut apparaître dans la collectivité, dans les régies régionales de la santé ou dans le secteur privé. Différentes structures devraient s'efforcer d'innover, par diverses façons, et les bureaucraties ont, elles, tendance à mettre de telles idées en veilleuse.

Pour moi, j'ai deux convictions dont je souhaite vous faire part. Comme concept, la santé de la population est difficile à saisir et à comprendre par les gens. Le mot « santé » dresse des barrières; les gens pensent immédiatement au secteur de la santé. Même si vous parlez de collectivités en santé, vous voyez les regards se perdre dans le brouillard. J'ai essayé de suggérer à l'Agence de promotion économique du Canada-Atlantique, l'APECA, de financer le Summer Institute, de regrouper ainsi divers secteurs pour leur permettre d'apprendre les uns des autres. Nous savons que l'emploi joue un rôle déterminant dans la santé. Toutefois, la réponse qui m'a été donnée est que, pour l'essentiel, je m'adressais à l'APECA parce que le système de santé manque d'argent et que cela ne relève donc pas du mandat de l'Agence. Il faut donc faire de l'éducation dans certains des autres secteurs pour partager les ressources afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé de la population.

Le travail interdisciplinaire joue un rôle important dans tous les secteurs, et nous nous y intéressons dans le cadre du Summer Institute. Nous voulons regrouper les gens pour parvenir à une formulation et à une compréhension communes et pour doter le Canada atlantique de capacités. Il faut travailler sur le niveau

example of a learning tool developed for the summer institute that is in plain language and illustrates population health through a story.

Change management is also important. We need to value people — and do more than just say we value people. Population health reform was one reform of many, but it is ironic that it is so incongruent in terms of what happened to the people. Workplace wellness research is showing how much being valued is important to people's overall health.

In closing, I am working with many people in the community now. I met a woman last week who is a real leader in Elsipogtog First Nation. She has developed a concept that she describes as population health meets the medicine wheel. However, she struggles with getting her own band council to understand it. The challenge is how to move these concepts forward into a wider community.

Atlantic Canada has issues with changing demographics and we have been doing work in terms of creating a profile; it is a work in progress. The work this committee is doing is very timely.

The Chair: Mr. Eyles is a professor at the School of Geography and Earth Science at McMaster University. His research interests include the evaluation of health care systems and programs, utilization of evidence-based decision-making frameworks in health and environment settings, and, recently, he participated with a group of Canadian researchers in an evaluation paper on the P.E.I. experience.

John Eyles, Professor, School of Geography and Earth Sciences, McMaster University: My work with P.E.I. dates to about five years ago, although my interest and research in population health has continued in different settings. Therefore, I have more to say about population health generally, although it is influenced greatly in a positive way by my P.E.I. experience.

Ms. Beattie-Huggan and I agree, population health and social determinants of health are rich, all-embracing, inclusive concepts. However, there are problems trying to make them operational and meaningful at the policy and practice level. That is a struggle with population health in general. The mandate of health continues to spread outward, across the policy environment, like an octopus. Its relationship to the mandates of other policy areas, particularly in terms of funding, needs serious reflection. Certainly in Ontario, health expenditures have frozen out virtually every other welfare program.

d'alphabétisation, mais c'est là un concept complexe. Je vous ai également fourni un exemple d'un outil d'apprentissage mis au point pour le Summer Institute qui est en langage simple et qui illustre la santé de la population au moyen d'une histoire.

La gestion du changement est également importante. Nous devons apprécier les gens, et faire plus que simplement affirmer que nous les apprécions. La réforme de la santé de la population n'a été qu'une réforme parmi d'autres, mais il est ironique qu'elle soit tellement incongrue quand on adopte le point de vue de ce qui arrive aux gens. Les recherches sur le bien-être en milieu de travail montrent combien il importe, pour la santé des gens au sens large, qu'ils soient appréciés.

Pour terminer, je collabore maintenant avec de nombreuses personnes de la collectivité. J'ai rencontré la semaine dernière une femme de la Première nation Elsipogtog. Elle a élaboré un concept qu'elle illustre en parlant de la correspondance entre la santé de la population et les cercles d'influence. Toutefois, elle a de la difficulté à faire comprendre ce concept par son propre conseil de bande. La difficulté et de trouver comment faire progresser ces concepts dans une collectivité plus large.

Le Canada atlantique est confronté à des problèmes découlant de l'évolution des caractéristiques démographiques et nous avons travaillé pour élaborer un profil. C'est un travail qui se poursuit. Les travaux de ce comité sont donc fort opportuns.

Le président : M. Eyles est professeur à l'École de géographie et des sciences de la Terre, à l'Université McMaster. Ses travaux portent, entre autres, sur l'évaluation des systèmes et des programmes de soins de santé, sur l'utilisation des cadres de prise de décision reposant sur des éléments de preuve en santé et en environnement et, plus récemment, il a participé avec un groupe de chercheurs canadiens à la rédaction d'un document d'évaluation sur l'expérience de l'Île-du-Prince-Édouard.

John Eyles, professeur, École de géographie et des sciences de la Terre, Université McMaster : Mes travaux sur l'Île-du-Prince-Édouard remontent à environ cinq ans, même si je m'intéresse et fais des recherches sur la santé de la population dans différents contextes. J'ai donc davantage à dire sur la santé de la population en général même si mon point de vue est fortement influencé, et de façon favorable, par mon expérience de l'Île-du-Prince-Édouard.

Mme Beattie-Huggan et moi sommes d'accord. La santé de la population et les déterminants sociaux de la santé sont des concepts riches, intégrant tous les aspects de ces questions, et inclusifs. Il y a toutefois des difficultés qui apparaissent quand on veut les rendre opérationnels et significatifs au niveau de la politique et de la pratique. C'est une bataille à livrer à chaque fois qu'il s'agit de la santé de la population, en général. Le mandat de la santé continue à s'étendre vers l'extérieur, dans tout le contexte politique, comme une pieuvre. Ses relations aux mandats des autres domaines de politique, en particulier en ce qui concerne le financement, méritent qu'on y réfléchisse sérieusement. Il est manifeste, par exemple, qu'en Ontario, les dépenses de santé ont eu pour effet de pratiquement geler celles de tous les autres programmes de bien-être.

I will address the challenges and successes of the P.E.I. reforms of the 1990s, and then share lessons learned from that experience and from my own growing interests in population health.

First of all, a few strategic comments about P.E.I.'s experience: The reforms were far-sighted and courageous. P.E.I. led Canada for about 10 years in population health matters and in trying to implement population health at the regional level.

The reform that was undertaken was massive, and the relationship between population health and other aspects of the reform did not always sit easily together. In particular, regionalization took a great deal of effort and time to work its way through the system, at the same time that this new agenda of population health was being instigated at the policy level.

The second general strategic point I make is that it was decided in P.E.I. that there would be a separation of powers. There would be the creation of a policy agency, a council to make strategic decisions, as well as the line ministry, the line Department of Health and Social Services. I think that is an excellent idea. It allowed players to focus on different elements required for improving the health of the population. Practically, it was daunting. It could lead to conflict and mistrust and differences of opinion that were perhaps not always helpful.

The final general comment I will make concerns the idea of population health itself. It was accepted, although it is a difficult concept, as we have said, at the policy level. I am less clear that it was accepted at other levels in the P.E.I. system — the decision-maker level, by which I mean the politicians, and the provider level, by which I mean doctors, and citizens. I do not think they fully understood, and that will come back in lessons learned in a short time.

Moving on to some operational comments, I have divided it into challenges and success. There were three or four operational challenges that I see from the P.E.I. experience. The first is the importance of acute care. Of course, it is important, and it stayed important in the minds of politicians, citizens and many providers. At the time of retrenchment, the idea that acute care might be cut was a threat to rural livelihoods, in particular with the closure of hospitals, which meant that population health was dealing again with a very difficult set of circumstances.

The second operational issue concerns trying to change work practices and agreements, particularly among unionized staff, and in that I include the physicians. They have a right to treat and

Je vais traiter des défis et des réussites des réformes de l'Île-du-Prince-Édouard tentées pendant les années 1990, puis vous faire part des leçons tirées de cette expérience et de mon intérêt croissant pour les questions de santé de la population.

Tout d'abord, permettez-moi quelques commentaires stratégiques au sujet de l'expérience de l'Île-du-Prince-Édouard. Les réformes visaient un horizon lointain et étaient courageuses. L'Île-du-Prince-Édouard a été un leader au Canada pendant environ dix ans dans ce domaine et s'est efforcée d'implanter les concepts de la santé de la population au niveau régional.

La réforme dans laquelle on s'est lancé à l'époque était massive, et les relations entre la santé de la population et les autres aspects de la réforme ne se sont pas toujours bien emboîtés. Il faut savoir, en particulier, que les tentatives de régionalisation ont nécessité énormément d'efforts et de temps pour les mettre en œuvre dans tout le système, à l'époque même où ce nouveau programme de santé de la population a été mis en œuvre à l'instigation du palier politique.

Le second point stratégique de portée générale est qu'on a décidé, à l'Île-du-Prince-Édouard, que les pouvoirs seraient séparés. On allait mettre sur pied un programme de politique, un conseil pour prendre des décisions stratégiques, en même temps qu'un ministère de type hiérarchique, le ministère de la Santé et des Services sociaux. Cela me paraît une excellente idée. Elle permet aux intervenants de consacrer leurs efforts aux divers éléments nécessaires pour améliorer la santé de la population. Dans la pratique, ce fut un effort dantesque. Cela a pu être à l'origine de conflits, de méfiance et de divergences d'opinions qui n'ont probablement pas toujours été utiles.

Le dernier commentaire général que j'aimerais faire concerne l'idée même de santé de la population. Elle a été acceptée, même s'il s'agit d'un concept difficile, comme nous l'avons dit, au niveau politique. Je ne suis pas aussi certain qu'elle a été acceptée aux autres niveaux dans le système de l'Île-du-Prince-Édouard, soit le niveau de prise de décision, j'entends par là les politiciens, et au niveau des prestataires de services, et là j'entends les médecins et les citoyens. Je ne crois pas qu'ils ont bien compris les intentions de l'époque et nous y reviendrons sous peu dans les leçons tirées de l'expérience.

En venant à des commentaires opérationnels, je les ai répartis en défis et en réussites. Il me semble que l'expérience de l'Île-du-Prince-Édouard a fait apparaître trois ou quatre défis opérationnels. Le premier est l'importance des soins impératifs. Ils sont bien sûr importants et le restent dans l'esprit des politiciens, des citoyens et de nombreux prestataires de services. À cette époque de repli, l'idée qu'il serait possible de couper les soins impératifs constituait une menace au mode de vie rurale, en particulier avec la fermeture d'hôpitaux, ce qui avait pour effet que la santé de populations se heurtait à un ensemble de conditions très difficiles.

Le second problème opérationnel a trait à la tentative de modifier les pratiques de travail et les ententes en la matière, en particulier chez le personnel syndiqué, et j'englobe ici les

operate in the way they see fit, and for me they are the most powerful union we have in this country.

Third, population health was seen as part of health promotion. My colleagues may disagree. Health promotion is very much at the margins of the health care system, receiving a small portion, only two or three per cent, of the budget. It is perceived to be at the margins of care and is the first thing to be cut or reduced in times of retrenchment. Therefore, population health home in the health system was a difficult challenge because of that connection. Where else would you put it, in some ways, but it is a challenge.

The final challenge that I can point to concerns the centrality of finance funding and budgets. The allocations to the regions were difficult. They were made along historical lines, and there was no attempt, as shown in one of the prime findings from our evaluation, to create a different focus in budget lines. Without a budget line, you are simply nowhere. As times became harder, that was one of the main problems with trying to advance the population health agenda in P.E.I. Circumstances change, as Ms. Hennebery will tell us in a few moments

The successes, and there were many, were largely at the level of integration and cooperation and partnership, the things that Ms. Beattie-Huggan so eloquently emphasized. There was across-department cooperation at the provincial level. Health and Social Services and justice, for a while, were involved. There were across-service partnerships, especially within regions, which was very positive and led to great community involvement in health delivery, broadly defined. There was resource sharing between services, mainly in staff time and infrastructure, which is really important for those on the ground in providing help for those who required it, those in need. Population health as an idea, I think my final success will illustrate, although there are many others, was shared and specifically championed, especially in the service delivery community. I think they got it, and that was a wonderful thing to see.

In closing, I shall talk about three or four lessons learned. The P.E.I. reforms, of which population health was a part, were a massive undertaking. As has been mentioned, it is difficult to move forward on many fronts at the same time. For me, the lesson learned on the way forward would be perhaps to concentrate on specific objectives with targets at specific times. For me, population health is a credible framework for specific conditions. How else can we look at the rise in teen pregnancy? How else can we look at the increase in type 2 diabetes without a population health framework? Who should lead those initiatives

médecins. Ils ont le droit de traiter et de travailler de la façon qui leur convient, et il me semble que c'est le syndicat le plus puissant de ce pays.

En troisième lieu, la santé de la population était perçue dans le cadre de la promotion de la santé. Il se peut que mes collègues ne soient pas d'accord. La promotion de la santé se situe aux confins des systèmes de soins de santé, ne recevant qu'une faible partie du budget, seulement deux ou trois pour cent. On la considère à la limite des soins et c'est le premier poste à couper ou à réduire en période de restrictions. Il s'est donc avéré qu'implanter la santé de la population dans le système de santé était un réel défi à cause de ce lien. Il n'y a guère d'autres endroits où l'implanter, mais cela constitue un défi.

Le dernier défi dont je peux faire état est lié au caractère centralisé du financement et des budgets. La ventilation des fonds entre les régions était difficile. Elle se faisait en s'inspirant des modalités antérieures et il n'y a eu aucune tentative, comme l'ont montré les premiers résultats de notre évaluation, de réorienter un certain nombre de postes budgétaires. Sans poste budgétaire propre, vous n'allez tout simplement nulle part. Au fur et à mesure que les choses sont devenues de plus en plus difficiles, c'est l'un des principaux problèmes apparus quand on a voulu faire progresser le programme de santé de la population à l'Île-du-Prince-Édouard. Les circonstances changent comme va nous le rappeler Mme Hennebery dans quelques instants.

Quant aux réussites, et il y a en eues de nombreuses, elles sont surtout intervenues au niveau de l'intégration, de la coopération et des partenariats, des aspects sur lesquels Mme Beattie-Huggan a si éloquentement insisté. On a constaté une coopération interministérielle au niveau provincial. Les services sociaux et de santé, et les services juridiques ont, pendant un moment, été impliqués. Il a eu des partenariats coiffant toute une série de services, en particulier dans les régions, ce qui a été une excellente chose et a conduit à une plus grande implication de la collectivité dans la prestation des services de santé, définis au sens large. Il y a eu des partages de ressources entre les services, surtout du temps des employés et des infrastructures, ce qui est vraiment important pour les personnes qui viennent directement en aide à celles qui en ont besoin. Il me semble, comme va le montrer le dernier cas de réussites que je vais évoquer, même s'il y a en eues beaucoup d'autres, que la santé de la population comme idée a été partagée et défendue de façon spécifique, en particulier dans la collectivité de la prestation des services. Je crois que ses membres ont bien saisi ce dont il s'agissait, et ce fut une chose merveilleuse à observer.

Pour terminer, j'aimerais mentionner trois ou quatre leçons tirées de cette expérience. Les réformes de l'Île-du-Prince-Édouard, dont celle de la santé de la population faisait partie, ont constitué une entreprise très importante. Comme on l'a déjà indiqué, il est difficile de progresser sur de nombreux fronts en même temps. Pour moi, la leçon à en tirer serait peut-être de se concentrer sur des objectifs précis avec des échéances également précises. À mes yeux, la santé de la population est un cadre crédible pour des conditions particulières. De quel autre point de vue pourrions-nous examiner l'augmentation des grossesses chez

is another issue I will come to in a moment. It should not always be physicians, nor should it always be Health Canada policy people who lead them.

Given that we are better at looking at specific objectives, maybe we should reframe what population health is about. We are not very good at health. We are far better at understanding illness. Perhaps we should think about an illness-reduction strategy at a population level.

Population health or illness reduction requires time and money, as Ms. Beattie-Huggan said. Budget lines need adjustment to reflect those priorities that we see as important, and time is required to see if initiatives lead to the desired outcomes and targets. It is important to have those outcomes and targets, and population health in many jurisdictions, not necessarily P.E.I., has been lacking through not having targets. As Ms. Beattie-Huggan also said, those timelines seldom coincide with the electoral cycle. Population health policy, or illness-reduction policy, since I should stick to the term I prefer, requires a reasonable lead time and preparation. We need to inform all constituencies before the specific policy objectives are rolled out to get that buy-in and understanding of what we are trying to do in terms of health improvements or illness reductions for the population. I do not think any jurisdiction that I know has spent sufficient time in that preparatory work because you simply want to get going, which is understandable.

What P.E.I. showed to me and my work since, which has mainly been at the local level, is that it is very important to identify lead agencies, champions and partners in any endeavour to reduce illness or improve health, but then who should it be? Should it be Health? Could it be someone else? What should the relationship between Health and other departments be? Can those partnerships be formalized in terms of agreements? What is the role of politics and the cabinet in this? In other words, who should be the champion for this? What department, what agency, what level, what function? As the program policy moves through, it may be that the champion has to change or there has to be a many-headed champion.

Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations, P.E.I. Department of Health: Thank you for the invitation to speak to this committee today. Senator Keon mentioned earlier that we had a fairly short time frame to prepare

les adolescentes? De quel autre point de vue pourrions-nous observer l'augmentation des diabètes de type 2 sans cadre de santé de la population? Qui devrait diriger de telles initiatives est un autre problème. J'y viendrai dans un moment. Ça ne devrait pas toujours être les médecins, pas plus que les responsables de la politique de Santé Canada qui les dirigent.

Puisqu'il vaut mieux s'intéresser à des objectifs précis, peut-être devrions-nous recadrer la définition de la santé de la population. Nous ne sommes pas très bons dans le domaine de la santé. Nous sommes bien meilleurs quand il s'agit de comprendre la maladie. Nous devrions peut-être envisager une stratégie de réduction de la maladie au niveau de la population.

La santé de la population, ou la réduction de la maladie, nécessitent du temps et de l'argent, comme l'a dit Mme Beattie-Huggan. Les postes budgétaires doivent être adaptés pour tenir compte de ces priorités qui nous paraissent importantes, et il faut du temps pour que de telles initiatives parviennent aux résultats et aux objectifs souhaités. Il est important d'avoir ces résultats et ces objectifs, et la santé de la population a, dans de nombreuses administrations, mais pas nécessairement à l'Île-du-Prince-Édouard, souffert de l'absence de tels objectifs. Comme Mme Beattie-Huggan l'a également dit, les calendriers de telles initiatives coïncident rarement avec le cycle électoral. Une politique de santé de la population, ou une politique de réduction de la maladie, puisque je m'en tiens à l'expression que je préfère, nécessitent de disposer d'un délai raisonnable pour se préparer. Il faut informer tous les groupes intéressés avant d'adopter des objectifs précis de politique pour obtenir l'adhésion et la compréhension de ce que nous essayons de faire pour améliorer la santé ou réduire la maladie, le tout pour améliorer le sort de la population. Je ne crois pas que quelque administration que je connaisse ait consacré suffisamment de temps à ce travail préparatoire, tout simplement parce que les gens veulent aller de l'avant, ce qui se comprend.

Ce que l'expérience de l'Île-du-Prince-Édouard m'a révélé, tout comme le travail que j'ai fait depuis, essentiellement au niveau local, est qu'il est très important de désigner des organismes responsables, des champions et des partenaires dans toute entreprise pour réduire la maladie ou améliorer la santé, mais de qui devrait-il s'agir? Cela doit-il être le ministère de la Santé? Cela peut-il être quelqu'un d'autre? Quelle devrait être la relation entre le ministère de la Santé et les autres ministères? Ces partenariats peuvent-ils prendre une forme officielle avec la conclusion d'ententes? Quel est le rôle des politiques et du Cabinet en la matière? En d'autres termes, qui devrait être le champion de telles initiatives? Quel ministère, quel organisme, quel niveau, quelles fonctions? Il se peut, au fur et à mesure que la politique en la matière progresse, qu'il faille changer de champion ou avoir un champion à plusieurs têtes.

Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel, ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard : Je vous remercie de m'avoir invitée à venir vous parler aujourd'hui. Le sénateur Keon a indiqué précédemment que nous avons disposé de peu de

for this, and indeed that is correct. I will veer slightly from the notes that I shared with you earlier, not a great deal, but somewhat, if that is acceptable.

It is an honour to be here today to speak to you about population health in our province of Prince Edward Island. In particular, in preparing for this presentation, I was asked by the committee staff to focus comments on health reforms in relation to population health.

I will conclude my comments by highlighting three areas around population health that I believe require national attention. I do not believe that population health is strictly a provincial matter. I believe there are many initiatives that can and should be undertaken by Canada as a country.

Before I begin, I should like to qualify my comments. My comments today reflect my personal experience and observations gained over the span of my career in health care in various provinces and jurisdictions in different capacities and under various organizational structures that I will tell you about.

I am not advocating for any magic bullet or perfect health reform solution to population health. I do not think there is one. Rather, it seems to me that, over the past 15 years in P.E.I., a body of knowledge has developed and various approaches have been tried with lessons learned.

With this in mind, I will relate my experience and observations rather than directly represent any particular policy direction or position of the Government of Prince Edward Island.

Early on in my nursing career, in the mid- to late-1980s, I had the opportunity and privilege to work at outpost nursing stations in small communities in the Northwest Territories for a number of years. In many instances, I was the only nurse and the only health care provider in those communities.

Coming from rural P.E.I., I was nothing short of shocked at the social and health conditions that I met in these communities. There I gained firsthand experience with the stark and harsh realities of health status gradients and also with some of the levers available to lessen health disparities and improve population health.

After working in Southern Alberta as the CEO of a large health unit, I had the opportunity to move back home to P.E.I. in 1995. Since then, I have worked in various roles in our health system, primarily in the areas of home care, health promotion and public health. I was appointed to my current position in September of this year.

temps pour nous préparer, et c'est exact. Je vais m'éloigner légèrement des notes que je vous ai remises plus tôt, pas beaucoup, mais dans une certaine mesure, si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

Je suis très honoré de vous entretenir aujourd'hui de la santé de la population dans notre province de l'Île-du-Prince-Édouard. Lorsque je préparais cet exposé, le personnel attaché à ce comité a souhaité que je m'attarde aux réformes en matière de santé en relation avec la santé de la population.

Je terminerai mes commentaires en soulignant trois aspects de la santé de la population qui m'apparaissent nécessiter qu'on y prête attention au niveau national. Je ne crois pas que cette question soit strictement une question provinciale. Il me semble qu'il y a de nombreuses initiatives qui peuvent et doivent être prises par le Canada, comme pays.

Avant de commencer, j'aimerais préciser ce qui suit. Les commentaires que je formule aujourd'hui tiennent compte de mon expérience personnelle et des observations que j'ai pu faire tout au long de ma carrière en soins de la santé dans diverses provinces et administrations, à divers postes et dans diverses structures organisationnelles dont je vais vous parler.

Je ne défends aucune solution magique ni réforme parfaite de la santé pour résoudre les problèmes posés par la santé de la population. Je ne crois pas qu'il y en ait. Il me semble plutôt que, au cours des 15 dernières années, on a accumulé à l'Île-du-Prince-Édouard tout un ensemble de connaissances, qu'on a tenté de mettre en œuvre plusieurs approches et qu'on en a tiré diverses leçons.

C'est en ayant cela à l'esprit que je vais vous parler de mon expérience et de mes observations plutôt que de défendre directement une orientation et une position précises en matière de politique du gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard.

Au tout début de ma carrière d'infirmière, pendant la seconde moitié des années 1980, j'ai eu l'occasion et le privilège de travailler dans des postes de soins infirmiers éloignés, dans de petites collectivités des Territoires du Nord-Ouest, pendant quelques années. Il est arrivé fréquemment que je sois la seule infirmière et le seul prestataire de soins de santé dans ces collectivités.

Originaire des régions rurales de l'Île-du-Prince-Édouard, je n'ai pu qu'être choqué par les conditions sociales et sanitaires que j'ai vues dans ces collectivités. J'y ai acquis une expérience de première main avec les dures réalités des divers niveaux d'état de santé et avec certains leviers disponibles pour atténuer les disparités en matière de santé et améliorer la santé de la population.

Après avoir été directrice générale d'un important service de santé dans le sud de l'Alberta, j'ai eu l'occasion de revenir chez moi, à l'Île-du-Prince-Édouard, en 1995. Depuis lors, j'ai assumé diverses fonctions dans notre système de santé, essentiellement dans le domaine des soins à domicile, de la promotion de la santé et de la santé publique. J'ai été nommé au poste que j'occupe actuellement en septembre de cette année.

Prince Edward Island has had extensive experience with health care restructuring and reform. Our health and social services system has undergone four major changes in the last 15 years. They occurred in 1993-94, again in 1996-97, in 2002 and most recently in 2005. Each change was intended to achieve specific objectives and to improve the services provided to islanders and the overall health of the population.

My colleague, Patsy Beattie-Huggan, addressed the health system restructuring that occurred in 1993-94. I was not working in the province at that time, so I will focus my reflections on last three organizational changes that took place.

In 1996-97, following a change in government, the Health and Community Services Agency, that was alluded to earlier, was amalgamated with Health and Social Services. While the role of the department at that time evolved somewhat, the regional structure remained and, at that time, we had five regional health authorities in the province.

Under this structure, the department was responsible for setting policy direction and for providing advice and assistance to the five boards. Each regional authority had a board with an executive team responsible for delivering a full range of health and social services in their catchment area. The CEO of the region was appointed by the minister but also responsible to his or her respective board.

Under the regionalized structure, a number of gains were made. There certainly were improvements in the integration of health and social services at a community level. The boards provided an effective means for public input into health system planning, policy-making and resource allocation.

Coordination among various sectors, such as education, improved at the local, regional and provincial levels under this structure. Theoretically, the health authorities were well positioned to reallocate resources to support communities-based programs and to address the determinants of health and improve the overall health of the population.

However, the actual experience was quite different. In fact, some would say that the opposite occurred. As was alluded to by my colleagues, during this time, the care system, especially acute care, was experiencing significant financial pressures. These pressures created a drain on other sectors of the health and social services system because there is only so much money to go around.

For example, savings that might have been achieved in the area of financial assistance were not automatically reinvested back into that program or into another social policy area and often were

L'Île-du-Prince-Édouard a accumulé par le passé une vaste expérience en réorganisations et en réformes des soins de santé. Notre système de services sociaux et de santé a connu quatre mutations importantes au cours des 15 dernières années. La première est survenue en 1993-1994, suivie d'une autre en 1996-1997, et d'une autre encore en 2002, et enfin de la plus récente remonte à 2005. Chacune visait à atteindre des objectifs précis et à améliorer les services fournis aux îliens et la santé d'ensemble de la population.

Ma collègue, Patsy Beattie-Huggan, a traité de la réorganisation du système de santé survenue en 1993-1994. Je ne travaillais pas dans la province à cette époque, et je vais donc faire porter mes réflexions sur les trois derniers changements organisationnels qui ont eu lieu.

En 1996-1997, à la suite d'un changement de gouvernement, la Health and Community Services Agency, à laquelle j'ai fait allusion précédemment, a été fusionnée avec Health and Social Services. Si le rôle du ministère a passablement évolué à cette époque, la structure régionale est restée la même et nous avons alors cinq régies régionales de santé dans la province.

Dans le cadre de cette structure, il incombait au ministère de fixer les orientations de politique et de donner des conseils et de l'aide aux cinq régies régionales. Chacune avait son propre conseil d'administration avec une équipe de dirigeants responsables de la mise en œuvre de toute une gamme de services sociaux et de santé dans la région qu'ils desservaient. Le premier dirigeant de la région était nommé par le ministre, mais rendait également des comptes à son conseil d'administration.

Cette structure régionalisée a permis d'obtenir un certain nombre de gains. Il y a manifestement eu des améliorations dans l'intégration des services sociaux et de santé au niveau communautaire. Les conseils d'administration constituent un moyen efficace pour permettre au public de contribuer à la planification, à l'élaboration des politiques et à la répartition des ressources dans le système de santé.

La coordination entre les divers secteurs, comme l'éducation, s'est améliorée aux niveaux local, régional et provincial avec cette structure. En théorie, les autorités sanitaires étaient bien positionnées pour réaffecter les ressources afin de venir en aide aux programmes de type communautaire, pour s'attaquer aux déterminants de la santé et pour améliorer la santé globale de la population.

Toutefois, les résultats n'ont pas été à la hauteur des attentes. En réalité, on pourrait même dire que c'est l'inverse qui s'est produit. À cette époque, comme mes collègues y ont fait allusion, le système des soins de santé, et en particulier de soins impératifs, était soumis à des pressions financières importantes. Celles-ci ont drainé les ressources des autres secteurs du système de services sociaux et de santé parce que c'est tout ce que permettait la masse monétaire disponible.

C'est ainsi que les économies qu'il était éventuellement possible de réaliser dans le domaine de l'aide financière n'étaient pas automatiquement réinvesties dans le programme ou dans un autre

applied to the bottom line to offset expenditures in the overall budget of the health region.

There were also a number of administrative and coordinating challenges associated with the regional structure. For example, it was extremely difficult to clarify roles and responsibilities of the department vis-à-vis the regions. For a small province, our system was very bureaucratic and decision-making processes were cumbersome. Of these challenges, public accountability for service quality and authority for decision making in relation to allocation and reallocation of resources were the most pressing.

On paper, the boards were responsible and accountable for the quality of services within their area and had the authority to make resource allocation decisions. In reality, and in the public mind, the minister was ultimately accountable for service delivery. On P.E.I., this level of accountability is very personal. Islanders like to have ready access to politicians, including the minister responsible for health and social services. In practice, this meant that boards were not accountable for budget deficits and, conversely, if the boards had a surplus, they were not able to retain that to reinvest back into their programs.

In addition to local efforts associated with regional authorities, there was a number of fruitful system-level initiatives. I will speak briefly about one success story, the Healthy Living Strategy. In 2003, the province launched this strategy. It focuses on common risk factors that contribute to chronic disease — namely, tobacco use, diet and physical activity.

The strategy featured a truly collaborative approach involving various levels of government, a wide variety of government departments including Health and Social Services, Education, Communities, Cultural Affairs and Labour, as well as justice. It also involves a number of community-based organizations and actual municipalities within our province.

This strategy provides a mechanism to facilitate a multi-pronged and multi-partner approach to reduce risk factors for chronic disease in our province. To illustrate how a multi-pronged approach worked, I will discuss briefly the tobacco reduction component of the strategy.

The approach to tobacco reduction included broad-based public education, social marketing efforts, smoking cessation support programs, legislation focused on creating smoke-free places, blocking tobacco sales to minors, as well as very strong point of sale display bans for tobacco and restrictions on where tobacco can be sold.

Efforts were coordinated under the Prince Edward Island Tobacco Reduction Alliance. Similar to the overall strategy, the Tobacco Reduction Alliance took a partnership approach that included government, regional health authorities and

domaine de politique sociale et qu'elles étaient souvent versées simplement dans le budget général de la santé pour couvrir l'ensemble des dépenses de santé de la région.

On a également constaté un certain nombre de défis administratifs et de coordination liés à la structure régionale. C'est ainsi qu'il était très difficile de préciser les rôles et les responsabilités du ministère vis-à-vis des régions. Pour une petite province, notre système était très bureaucratique et le processus de prise de décisions très lourd. Parmi ces défis, ceux qui sont apparus comme les plus pressants étaient la responsabilité publique envers la qualité du service et le pouvoir de prendre des décisions pour affecter et réaffecter les ressources.

Sur papier, les régies étaient responsables de la qualité des services au sein de leur région et avaient le pouvoir de prendre les décisions de répartition des ressources. En réalité, et dans l'esprit du public, le dernier responsable de la prestation des services restait le ministre. Sur l'Île-du-Prince-Édouard, ce niveau de responsabilité est très personnel. Les îliens aiment avoir facilement accès aux politiciens, y compris au ministre responsable des services sociaux et de santé. Dans la pratique, cela signifie que les régies n'étaient pas responsables des déficits budgétaires et, à l'effet inverse si le conseil disposait d'un surplus, elles ne pouvaient le conserver pour le réinvestir dans ces programmes.

Outre les efforts aux niveaux locaux relevant des autorités régionales, il y a eu un certain nombre d'initiatives heureuses au niveau du système. Je vais parler brièvement d'un cas de réussite, la Healthy Living Strategy. En 2003, la province a lancé cette stratégie. Elle mettait l'accent sur les facteurs communs de risque qui contribuent aux maladies chroniques, soit précisément le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique.

La stratégie retenait une approche réelle de collaboration impliquant divers paliers de gouvernement, toute une gamme de ministères du gouvernement, dont ceux de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, des Affaires culturelles et communautaires et du Travail, sans oublier celui de la Justice. Elle impliquait également un certain nombre d'organismes communautaires et de municipalités de notre province.

Cette stratégie a donné un mécanisme pour faciliter une approche concertée et impliquant de multiples partenaires pour réduire les facteurs de risque des maladies chroniques dans notre province. Pour illustrer le fonctionnement de l'approche concertée, je vais vous parler brièvement de l'élément de réduction du tabagisme de cette stratégie.

L'approche retenue pour la réduction du tabagisme faisait appel à de vastes efforts d'éducation publique et de marketing social, des programmes d'aide pour cesser de fumer, une législation mettant l'accent sur l'interdiction de fumer dans certains endroits, l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs, ainsi qu'un affichage très frappant des interdictions et des restrictions de vente de tabac aux points de vente.

Ces efforts ont été coordonnés dans le cadre de la Prince Edward Island Tobacco Reduction Alliance. Comme pour la stratégie globale, la Tobacco Reduction Alliance a adopté une approche de partenariat regroupant le gouvernement, les régies

communities. These results speak for themselves. On P.E.I., smoking rates have declined from 26 per cent in 2000 to 20 per cent in 2005. Even more impressive, the rates of teen smoking have declined from 17 per cent in 2004 to 13 per cent in 2005.

Certainly, provinces will be challenged to make further reductions in the area of tobacco. I understand the Federal Tobacco Control Strategy is aiming to reduce smoking prevalence in Canada to 10 per cent.

Still along the lines of tobacco, I think it is very important to note as well that within our province there has been a change in the culture. There is certainly less public acceptance of tobacco use, especially in places, both public and private, where Prince Edward Islanders may be affected negatively by second-hand smoke.

In 2002, our health and social services system underwent another restructuring. Under this structure, the two provincial hospitals and some specialty services were amalgamated under the provincial health services authority. The two health regions in eastern P.E.I. were amalgamated into the Kings Health Region. As well, minor structural changes were made to the Department of Health and Social Services. These changes were intended to focus planning for the delivery of acute care and related specialty services within a provincial framework in order to enhance efficiency and effectiveness, thereby allowing health regions to focus on integration of community services at a community level.

Again, there were successes and challenges associated with this structure. For instance, the two provincial acute care hospitals each held their own long-established identity, culture, norms and their own ways of doing business. However, over time, integration and coordination did occur and there were cross-facility quality teams formed.

Front-line service providers did begin to see the benefits of inter-facility integration and collaboration between these two hospitals. Regional health authorities were freed from the responsibility of managing provincial acute care and specialized service and were able to place more of their time and effort on integrating community services, moving forward on implementing family health centres as an important aspect of primary health and emphasizing overall wellness and population health.

While a number of benefits was associated with this structure, there remained the problem of bureaucracy. We continue to have essentially five regional health authorities and a department. Role clarity continued to be a challenge; as well, we were challenged by the issue of financial pressure and cost containment.

In 2005, the most recent major restructuring at the health and social services system was announced. This restructuring resulted in central administration of all health and social services. The four regions and the governing authority for the two hospitals, the provincial health services authority, were collapsed, and the

régionales de la santé et les collectivités. Les résultats parlent d'eux-mêmes. Sur l'Île-du-Prince-Édouard, le nombre de personnes fumant a diminué de 26 p. 100 en 2000 à 20 p. 100 en 2005. Encore plus impressionnant, le pourcentage de jeunes fumant a diminué de 17 p. 100 en 2004 à 13 p. 100 en 2005.

Il est bien évident que les provinces seront poussées à obtenir des réductions additionnelles dans le domaine du tabagisme. Je crois savoir que la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme vise à réduire la prévalence de ce fléau de 10 p. 100 au Canada.

Toujours au sujet du tabagisme, il me paraît important de rappeler qu'il y a eu, dans notre province, un changement de culture. Il est manifeste que la consommation de tabac est moins bien tolérée, à la fois dans la sphère publique et dans la sphère privée alors que les habitants de l'Île peuvent avoir à souffrir de la fumée secondaire.

En 2002, notre système de services sociaux et de santé a connu une autre réorganisation. Celle-ci s'est traduite par la fusion des deux hôpitaux de la province et de certains services spécialisés qui ont dès lors relevé des services de santé de la province. Les deux régions sanitaires de l'Est de la province ont été amalgamées pour constituer la Kings Health Region. Des modifications structurelles mineures ont également été apportées au ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces modifications visaient à centrer la planification sur la prestation des soins impératifs et des services spécialisés connexes dans un cadre fédéral afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience, permettant ainsi aux régions sanitaires de mettre l'accent sur l'intégration des services communautaires au niveau de la collectivité.

Dans ce domaine aussi, on a observé des réussites et des difficultés. C'est ainsi que les deux hôpitaux provinciaux assurant des soins impératifs s'étaient dotés depuis longtemps de leur propre identité, de leur culture, de leurs normes et de leurs façons de travailler. Toutefois, avec le temps, on a constaté une intégration et une coordination et des équipes de qualité des deux établissements ont été mises sur pied.

Les prestataires de services de première ligne ont commencé à réaliser les avantages de l'intégration et de la collaboration entre ces deux hôpitaux. Les autorités sanitaires régionales ont été libérées de la responsabilité de la gestion des soins impératifs et des services spécialisés de la province et ont pu consacrer plus de temps et d'efforts à l'intégration des services communautaires, allant de l'avant dans la mise sur pied de centres de santé de la famille qui constituent un volet important de la santé primaire et qui favorisent le bien-être général et la santé de la population.

Si cette organisation présentait un certain nombre d'avantages, les problèmes liés à la bureaucratie n'étaient pas résolus pour autant. Nous continuons à avoir pour l'essentiel cinq régies régionales et un ministère. La définition du rôle de chacun continue à poser problème, et nous sommes toujours confrontés aux pressions financières et aux contraintes de coûts.

En 2005, la réorganisation importante la plus récente du système de santé et des services sociaux a été annoncée. Celle-ci s'est traduite par la mise en place d'une administration centrale de tous les services sociaux et de santé. Les quatre régions et l'administration régissant les deux hôpitaux et l'organisme

Department of Health and Social Services was separated into a Department of Health and a Department of Social Services and Seniors. The role of the department changed fairly drastically to include direct responsibility for service delivery.

While the regional health authorities were eliminated, community-based boards were established for each of our five community hospitals, in accordance with legislation entitled the Community Hospitals Authorities Act. These changes were intended to improve efficiency and reduce duplication and public expenditures, while having minimal impact on front-line service delivery for islanders. During this process, approximately 140 administrative management positions were eliminated from our system, resulting in savings of approximately \$9 million.

While it is very early days in our new structure — and I do need to stress that we are only two years into this structure — I would like to make a few observations. The structure certainly has streamlined decision making and has clarified that accountability for the quality of health services does rest with the Minister of Health. Our system is very lean in terms of management and administration in all areas, especially in some of our corporate service areas.

The current structure has limited opportunities to link with communities, and programs and service integration continues to be a challenge. There is a need to establish and improve mechanisms that support linkages between the systems in the communities — and this need has been identified.

From a social services perspective, each structure has had challenges and successes as well. The regional structure created and supported opportunities for enhanced integration and collaboration. However, this was to some degree offset by the urgency and resource intensity demands of acute care. Under the new structure, the social service system is a separate entity and can focus on social programs and social policy.

Another issue is the fact that emphasis on population health strategies, such as those focused on children, youth or seniors, cannot be framed solely within departmental scopes of responsibility. As a result, mechanisms are being established to enhance intersectoral collaboration. For example, in our province we have a deputy minister level committee that focuses solely on the area of social policy. We are in the process of developing a youth addiction strategy that is intersectoral in its planning.

Although we have had various types of structures in place in the province to govern and manage our health system, I think that most people who work in our system would suggest that there is no perfect structure. In fact, the most important ingredient for

provincial responsible des services de santé ont été fusionnés et le ministère de la Santé et des Services sociaux a été scindé en deux avec la création d'un ministère de la Santé et d'un ministère des Services sociaux et des Personnes âgées. Le rôle du ministère a changé de façon importante pour englober la responsabilité directe de la prestation de services.

Alors que régies régionales de la santé ont été éliminées, des conseils de type communautaire ont été mis sur pied pour chacun de nos quatre hôpitaux communautaires, conformément à la Community Hospitals Authorities Act. Il s'agissait d'améliorer l'efficacité et de réduire les doublons et les dépenses publiques, tout en ayant des répercussions minimales sur la prestation de services de première ligne pour les îliens. Pendant ce processus, environ 140 postes de gestion administrative ont été éliminés de notre système, se traduisant par des économies de près de neuf millions de dollars.

Alors que cette nouvelle structure n'est en place que depuis fort peu de temps, puisqu'il faut rappeler que cela ne fait que deux ans, j'aimerais faire quelques observations. Elle a manifestement permis de simplifier la prise de décisions et de préciser que c'est le ministère de la Santé qui assume la responsabilité de la qualité des soins. Notre système fait une utilisation très parcimonieuse des fonctions de gestion et d'administration dans tous les secteurs, et en particulier dans certains de nos services ministériels.

La structure actuelle ne permet que peu de liens avec les collectivités et l'intégration des programmes et des services continue à être difficile. Il faut améliorer les mécanismes et en mettre en place de nouveaux pour faciliter les liens entre les systèmes dans les collectivités, et c'est là un besoin que nous avons répertorié.

Du point de vue des services sociaux, chacune des structures connaît ses propres difficultés et ses propres réussites. La structure régionale a fait apparaître et faciliter les possibilités d'une plus grande intégration et d'une meilleure collaboration. Toutefois, celles-ci ont été compensées dans une certaine mesure par l'urgence de la demande de soins impératifs et par l'intensité des ressources qu'elle nécessitait. Avec la nouvelle structure, le système des services sociaux est une entité distincte et peut se consacrer aux programmes sociaux et à la politique sociale.

Un autre problème est que l'accent mis sur les stratégies de santé de la population, comme celles visant particulièrement les enfants, les jeunes ou les personnes âgées, ne peut pas s'appliquer uniquement dans le cadre des responsabilités du ministère. C'est pourquoi des mécanismes sont mis en place pour améliorer la collaboration intersectorielle. C'est ainsi que, dans notre province, nous avons un comité au niveau des sous-ministres qui se consacre exclusivement à la politique sociale. Nous mettons également sur pied une stratégie de lutte contre la toxicomanie chez les jeunes dont la planification est intersectorielle.

Même si, dans notre province, nous avons eu divers types de structures pour administrer et gérer notre système de santé, je suis d'avis que la plupart de gens qui travaillent dans ce système reconnaîtraient qu'il n'y a pas de structure parfaite. En réalité, le

success appears to be good relationships among people and a willingness to work together across organizational and sector boundaries for the right reasons and to achieve the right results.

The ongoing search for the right structure has been costly. Repeated health system restructuring in our province has created some lack of consistency. It has affected staff, as we have heard earlier. It has impeded progress in some areas and we have lost some corporate memory and knowledge.

As a result of the ongoing changes in our system and the tendency to focus attention on the provision of acute care services and the recruitment and retention of health care professionals, it has been difficult for us to create a foundation for population health interventions and health promotion strategies. In the area of health promotion, we have tended to take a universal approach as opposed to a targeted approach to programs.

In terms of health status in P.E.I., we are doing really well in some areas and not so well in others. For example, life expectancy continues to rise. Low birth weights are well below the Canadian average in our province and we have had huge success in the area of smoking rates. However, obesity, use of alcohol and physical activity rates are above the Canadian average and are continuing to rise. As well, principal chronic conditions are above the Canadian average. As well, 25 per cent of our population have less than high school education; and average income in P.E.I. is lower than the Canadian average.

However, the good news there is that we have much more equitable income distribution than in some other provinces, and we have a very high level of social cohesion.

I would like to make some comments about areas where I believe we need national leadership in the area of population health. All of my suggestions focus on strategies aimed at children.

First, the area of childhood poverty requires a national solution. Recent Statistics Canada data indicate that approximately 800,000, or almost 12 per cent of Canadian children, live in poverty. I would encourage this committee to examine the success we have had in Canada in reducing poverty among seniors, and explore if any of the same strategies can be applied to alleviate poverty among Canadian children. It is known that adequate family income for children, especially in the early years, is a contributing factor to positive outcomes.

Second, a truly national early childhood education and care program would pay big dividends in the area of population health. Experts agree that there are three characteristics of quality

déterminant le plus important de la réussite semble être de bonnes relations entre les gens et leur volonté de collaborer au-delà des limites organisationnelles et sectorielles, en étant motivés par les bonnes raisons, pour atteindre les résultats visés.

La recherche permanente de la structure qui convient a été coûteuse. Les réorganisations à répétition du système de santé dans notre province ont abouti à un certain manque de cohérence. Cela a eu des effets sur le personnel, comme on nous l'a dit précédemment. Cela a nui aux progrès dans certains domaines et nous avons perdu une partie de la mémoire et des connaissances de l'organisation.

Du fait des changements permanents dans notre système et de la tendance à accorder la priorité à la prestation des soins impératifs, au recrutement et au maintien en poste des professionnels de la santé, il s'est avéré difficile de jeter les bases des interventions en santé de la population et des stratégies de promotion de la santé. Dans le domaine de la promotion de la santé, nous avons eu tendance à adopter, pour nos programmes, une approche universelle par opposition à une approche ciblée.

Quant à la situation de la santé à Île-du-Prince-Édouard, nous obtenons de très bons résultats dans certains domaines et de moins bons dans d'autres. C'est ainsi que l'espérance de vie continue à augmenter. Le nombre de bébés de poids insuffisant à la naissance est bien inférieur à la moyenne canadienne dans notre province et nous avons obtenu des succès très importants dans la lutte contre le tabagisme. Toutefois, les taux d'obésité et de consommation d'alcool continuent à augmenter et le niveau d'activité physique est insuffisant. De la même façon, l'occurrence des principaux états chroniques est bien supérieure à la moyenne canadienne. Il faut ajouter à cela que 25 p. 100 de notre population n'a pas terminé ses études secondaires et que le revenu moyen à l'Île-du-Prince-Édouard est inférieur à la moyenne canadienne.

Toutefois, le bon côté des choses est que nous avons une répartition des revenus plus équitable que dans certaines autres provinces et que nous avons un niveau élevé de cohésion sociale.

J'aimerais maintenant faire quelques commentaires sur des domaines dans lesquels, à mon avis, nous avons besoin d'un leadership national en santé de la population. La totalité de mes suggestions vise les stratégies destinées aux enfants.

Tout d'abord, la pauvreté infantile nécessite la recherche d'une solution au niveau national. Les données récentes de Statistique Canada révèlent qu'environ 800 000 enfants, soit près de 12 p. 100 des enfants canadiens vivent dans la pauvreté. J'invite les membres de ce comité à se pencher sur la réussite que nous avons obtenue au Canada pour réduire la pauvreté chez les personnes âgées, et à examiner si certaines des stratégies qui ont réussi dans ce domaine pourraient servir à atténuer la pauvreté chez les enfants canadiens. On sait fort bien qu'un revenu familial suffisant contribue chez les enfants, en particulier au cours de leurs premières années, à leur permettre d'obtenir de bons résultats par la suite.

En second lieu, un programme de portée vraiment nationale d'éducation et de soins de la petite enfance aurait des retombées importantes dans le domaine de la santé de la population. Les

child care: low child-to-adult ratios, highly educated staff with specialized training, and age-appropriate equipment and facilities. It follows that children from low-income households benefit the most from quality child care. Currently, each province and territory has its own approach to early childhood education, and the approach varies considerably from province to province.

Finally, I would encourage the committee to consider making observations on strategies that are known to reduce childhood obesity, such as increasing breast feeding, regular physical activity in schools and comprehensive school health programs.

Thank you for allowing me this opportunity and I will be pleased to answer any questions.

The Chair: I want to turn to Senator Callbeck to have the first go, but the tradition is that the chairman asks the first question, so I will ask one that all three of you can answer, if you wish.

Have you seen any evidence of reduction in the health inequity since 1993 on the island? You must have rich and poor on that little island; you must have unhealthy and healthy. Are you able to put your finger on any evidence of reduction of health inequities?

Ms. Hennebery: We know that there are areas in which health status is improving generally. We know that in other areas the indicators are going the wrong way.

We do not have a lot of data in Prince Edward Island that segregates our population, for example, by income level. We rely heavily on Statistics Canada. They are, in my opinion, a wonderful asset to this country. StatsCan has wonderful data-collection mechanisms and high credibility with the Canadian public. In part because of our small size, we have not historically examined health data by various determinants, whether that is education, income or social status.

The Chair: In addition to Statistics Canada, are you using CIHI at this point in time?

Ms. Hennebery: Yes, absolutely. Much of the information that is provided to us by CIHI is based on information that is given to them. They do not do a lot of population level surveys. For the most part, that is the purview of Statistics Canada. I would be remiss if I did not suggest that we rely heavily on CIHI, another wonderful asset.

The Chair: It is refreshing to hear about some of your accomplishments at the community level. At the community level, have you been able to provide any connectivity between the health resources and the other major determinants of health? The health care system is one — and we can say there are 12 or 15. Let us say

spécialistes conviennent que la qualité des soins accordés aux enfants est fonction de trois caractéristiques : un faible ratio enfants-adulte, un personnel hautement scolarisé ayant suivi une formation spéciale et des équipements et des installations adaptés à l'âge des enfants. Il en découle que les enfants des ménages à faibles revenus sont ceux qui profitent le plus de soins de qualité aux enfants. Actuellement, chaque province et chaque territoire a sa propre approche à l'éducation de la petite enfance, et ces approches varient énormément d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Enfin, j'aimerais inciter le comité à envisager de formuler des observations sur les stratégies qui sont réputées pour réduire l'obésité chez les enfants, comme l'augmentation de l'allaitement maternel, l'activité physique régulière dans les écoles et des programmes complets de santé scolaire.

Je vous remercie de m'avoir fourni cette occasion et je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Le président : J'aimerais donner la parole en premier au sénateur Callbeck, mais la tradition veut que le président pose la première question, et je vais donc vous en poser une à laquelle vous pourrez tous trois répondre, si vous le désirez.

Avez-vous observé, depuis 1993, une réduction des iniquités dans le domaine de la santé sur l'Île. Il y a certainement des personnes riches et des personnes pauvres sur l'Île, ainsi que des personnes en bonne santé et en moins bonne santé. Pouvez-vous pointer du doigt des preuves de la réduction des iniquités en matière de santé.

Mme Hennebery : Nous savons qu'il y a des domaines dans lesquels l'état de la santé s'améliore, de façon générale. Nous savons également que dans d'autres, c'est l'inverse.

Nous n'avons pas beaucoup de données à Île-du-Prince-Édouard qui fassent la distinction entre des catégories de population, par exemple par niveaux de revenu. Nous dépendons beaucoup pour cela de Statistique Canada. Cet organisme constitue, à mon avis, un atout précieux pour ce pays. Ils ont d'excellents mécanismes de collecte de données et une grande crédibilité auprès du public canadien. En partie à cause de notre petite taille, nous n'avons pas analysé par le passé les données sur la santé en fonction de divers déterminants, comme l'éducation, les revenus ou la situation sociale.

Le président : Outre Statistique Canada, vous servez-vous actuellement des données de l'ICIS?

Mme Hennebery : Oui, tout à fait. Une bonne partie des renseignements qui nous sont fournis par l'ICIS proviennent de données qui leur sont transmises. Ils ne procèdent pas eux-mêmes à beaucoup de sondages sur la population. Pour l'essentiel, c'est le domaine réservé de Statistique Canada. J'aurais tort si je ne précisais pas que nous dépendons fortement de l'ICIS, un autre atout précieux.

Le président : Il est rafraîchissant d'entendre parler de certaines de vos réalisations au niveau communautaire. À ce niveau, êtes-vous parvenus à assurer des liens entre les ressources en santé et les autres déterminants importants de la santé? Le système de soins de la santé est un système, alors que nous pouvons dire,

there are 12 major ones. Have you been able to provide any connectivity between the health system and the other determinants at the community level?

Ms. Beattie-Huggan: Some particular projects have done that, and have some mapping techniques. Understanding the Early Years, UEY, is one of them; they looked at children. In terms of inequities in health in relationship to income and health status, UEY found that our sense of social cohesion on the island overrode what might have in other cases been thought of as poverty. People whose incomes were lower were still healthier because of social cohesion. That came out of that project. They have been able to link some of the determinants when they were looking at children in relation to that.

There are initiatives in Atlantic Canada looking at creating what they call community accounts. Newfoundland has it, and Nova Scotia is in the process of developing them and will invest more energy into it. It is something that seems to be extremely valuable in going right down to the very community level and looking at the determinants.

One of the problems we have in Atlantic Canada is that national research often does not give us what we need at the local level because the sample sizes are too small. We get these generalized pictures. My husband, who works in physical education, gets irate because it says our physical activity levels are lower than the rest of the country; however, local research tells us that they are not necessarily lower. It shows up that way because of where we fit on a national survey. We have to look at it in a more particular way.

The profile that I distributed related to Atlantic Canada. The group out of Newfoundland is working to create a set of Atlantic Canada accounts. They have them set up. They just need the resources to get the data in there. Where the provinces make that decision or have more resources, it is happening. The National Crime Prevention Centre was providing some resources to gather data on youth crime, for the youth who are staying in Atlantic Canada. In P.E.I., and this is why we are into some of the problems with youth, our educated youth are leaving because the jobs are not there to keep them. Many of the youth who are staying are disfranchised. They may not have the trades to go west to Alberta. The jobs just are not there to hold them. We are seeing some rise in small crime because of that, especially related to prescription drug use, in all the Atlantic Canadian provinces.

Our colleague in Newfoundland at Memorial University keeps raising the flag, that we have to start looking at the community and getting that information. We have to understand the shifting

j'imagine, qu'il y en a 12 ou 15. Disons qu'il y en a 12 qui sont importants. Êtes-vous parvenus à instaurer des liens entre le système de santé et les autres déterminants au niveau de la collectivité?

Mme Beattie-Huggan : Certains projets y sont parvenus en utilisant des techniques de cartographie. À ce qu'on me dit, le Early Years, UEY, est l'un d'eux. Ce projet se penche sur les enfants. En ce qui concerne les iniquités dans le domaine de la santé en regard de la situation des revenus et de la santé, l'UEY a constaté que notre sentiment de cohésion sociale sur l'Île l'a emporté sur ce qui pourrait avoir, dans d'autres cas, été perçu comme de la pauvreté. Les gens aux revenus inférieurs étaient encore en meilleure santé à cause de la cohésion sociale. Cela découle de ce projet. Ils ont pu instaurer des liens entre certains déterminants quand ils ont étudié la situation des enfants en regard à ces questions.

Au Canada atlantique, des initiatives s'efforcent de créer ce qu'elles appellent des comptes communautaires. C'est ce qu'a fait Terre-Neuve et la Nouvelle-Écosse est en train de le faire et y consacrer davantage d'efforts. Cela semble être un outil très précieux pour aller précisément au niveau communautaire et examiner les déterminants.

L'un des problèmes auxquels nous sommes confrontés, au Canada atlantique, est que les recherches de portée nationale ne nous fournissent pas souvent les éléments dont nous avons besoin au niveau local parce que la taille des échantillons y est trop petite. Nous obtenons des descriptions générales. Mon mari, qui s'occupe d'éducation physique, est fâché parce que ce type de résultat dit que nos niveaux d'activité physique sont inférieurs à ceux du reste du pays. Toutefois, les recherches faites au niveau local nous disent que ce n'est pas nécessairement le cas. Cela tient à notre place à l'échelle nationale. Nous devons étudier ces questions d'un point de vue plus précis.

Le profil que je vous ai remis porte sur le Canada atlantique. Le groupe de Terre-Neuve travaille à élaborer un ensemble de comptes pour le Canada atlantique. Ils les ont préparés. Ils ont maintenant simplement besoin des ressources pour les alimenter en données. Là où les provinces décident d'aller dans ce sens et disposent de plus de ressources, cela se fait. Le Centre national de prévention du crime fournissait certaines ressources pour collecter des données sur la criminalité des jeunes, des jeunes vivant dans le Canada atlantique. À l'Île-du-Prince-Édouard, et c'est pourquoi nous avons certains problèmes avec les jeunes, nos jeunes scolarisés quittent la province parce que nous n'avons pas d'emplois pour les garder sur place. Nombre des jeunes qui restent n'ont pas cette possibilité. Il se peut aussi qu'ils n'aient pas les compétences pour aller se chercher du travail dans l'Ouest, en Alberta, mais surtout il n'y a pas d'emplois de disponibles chez nous pour les garder. Nous observons une hausse des délits mineurs à cause de cela, et en particulier du fait de la consommation de médicaments d'ordonnance, dans toutes les provinces du Canada atlantique.

Nos collègues de l'Université Memorial à Terre-Neuve répètent que nous devons commencer à nous pencher sur la collectivité et faire ce qu'il faut pour obtenir l'information à ce niveau. Nous

demographic and what is happening in Atlantic Canada. For me, it is a matter of awareness more than anything else. There is a link with safety, where mapping is done. In looking at high levels of chronic illness, you will find that poverty is high, levels of injury are high and levels of crime are high. We cannot just talk about health in terms of illness. We have to look at health as being broader than that and all the determinants. We have a lot of work to do on P.E.I. because we are the smallest of the Atlantic provinces, and having the resources to create those accounts will take some investment.

Mr. Eyles: I would add something that is not a P.E.I. answer, unfortunately. There have been attempts to link the social determinants. We have tried to do that amongst different communities, within Hamilton, for example — which, I know, is not the topic before this panel today. However, it does depend on data availability. It also depends on the health outcome you are interested in. This gets back to my earlier point about how to specify the objectives carefully. When we get a measure of emotional distress, we get different social determinants being important. When you get a measure of the absence or presence of chronic condition, you get different determinants being important, as you would expect.

Senator Callbeck: This has been an interesting panel. We have learned a great deal about health reform on Prince Edward Island. We have had some successes and challenges.

My first question is about the federal government's role in population health — or, as the doctor said, illness reduction might be a more understandable term. What we have now is a patchwork of programs across Canada. Every province is out there doing its own thing. Population health, as you say, is really not that well understood. Health, to many people, is still doctors and hospitals. Even within the system, you have people with a great difference in thinking about the importance of population health.

It takes a long time to change attitudes and to change thinking. You mentioned the smoking campaign, which has taken 20 or 30 years. If you think back 30 years, it probably would have been unthinkable then that we would come to a time where smoking in a public place was not permitted. However, it has happened. When the federal government stepped in, the smoking campaign really took off. The campaign educated people that not only were they killing themselves, but they were affecting other people.

devons comprendre l'évolution démographique et ce qui se passe au Canada atlantique. Pour moi, c'est davantage une question de prise de conscience que de quoi que ce soit d'autre. Il y a un lien avec la sécurité, là où la cartographie est faite. En analysant les niveaux élevés de maladies chroniques, vous allez constater que la pauvreté est élevée, tout comme les taux de blessures et de criminalité. Nous ne pouvons pas nous contenter de parler de santé en termes de maladie. Nous devons envisager la santé comme quelque chose de plus large que cela et que tous les déterminants. Nous avons beaucoup de travail à faire à l'Île-du-Prince-Édouard parce que nous sommes la plus petite des provinces atlantiques et qu'il faudra faire des investissements pour disposer des ressources nécessaires pour créer ces comptes.

M. Eyles : J'aimerais ajouter un élément qui, malheureusement, n'est pas une réponse de l'Île-du-Prince-Édouard. Il y a eu plusieurs tentatives pour faire le lien avec les déterminants sociaux. Nous avons essayé de le faire pour diverses collectivités, à Hamilton, par exemple, ce qui n'est pas à l'ordre du jour de ce comité aujourd'hui, je le sais. Toutefois, ces efforts dépendent de la disponibilité des données. Ils dépendent également des résultats en matière de santé auxquels vous vous intéressez. Cela me ramène à ce que j'ai dit antérieurement sur la façon de définir soigneusement les objectifs. Quand vous obtenez une mesure des troubles émotifs, vous obtenez plusieurs déterminants sociaux qui sont importants. Quand vous obtenez une mesure de l'absence ou de la présence d'un état chronique, vous obtenez divers déterminants qui sont importants, comme vous pouvez vous y attendre.

Le sénateur Callbeck : C'est là une réunion fort intéressante. Nous avons appris beaucoup de choses sur la réforme de la santé à l'Île-du-Prince-Édouard. Il y a eu des réussites et des problèmes.

Ma première question porte sur le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé de la population ou, comme l'a dit le docteur, la réduction de la maladie qui peut être un terme plus facilement compréhensible. Nous avons maintenant une mosaïque de programmes partout au Canada. Chaque province agit à sa façon. La santé de la population, comme vous le dites, n'est pas une notion vraiment bien comprise. Pour beaucoup de gens, la santé évoque encore les médecins et les hôpitaux. Même au sein du système, il y a des gens qui ont des opinions très différentes sur l'importance de la santé de la population.

Il faut beaucoup de temps pour changer les attitudes et faire évoluer la réflexion. Vous avez évoqué la campagne contre le tabagisme, qui a pris 20 ou 30 ans. Si vous remontez 30 ans en arrière, il aurait probablement été impensable d'imaginer que nous parviendrions à une situation dans laquelle il est interdit de fumer dans les lieux publics. Toutefois, cela s'est produit. Quand le gouvernement fédéral a embarqué, la campagne contre le tabagisme a vraiment décollé. Cette campagne a appris non seulement aux gens qu'ils se tuaient à petit feu, mais aussi qu'ils nuisaient à d'autres personnes.

Ms. Hennebery, you mentioned the campaign on Prince Edward Island. I congratulate you for the results you have obtained. I think if the federal government had not been involved, we would not be seeing the results we see now in relation to non-smoking efforts.

I believe the federal government has a big role to play in population health. I think it is very difficult for each province to go out on its own. The provinces need leadership and assistance from the federal government.

Ms. Hennebery, you suggested in your brief that there needs to be national leadership in some areas of population health. Are these suggestions for priorities, or do you believe there should be an overall population health strategy by the federal government? You can start it off, and then we can hear comments from the others.

Ms. Hennebery: I support your comments with respect to tobacco. There was federal leadership in that area. I can certainly speak for our province. We benefitted from that leadership. Our tobacco-reduction strategy was modelled on the National Tobacco Strategy.

There is more that can be done at a national level. I identified areas that I personally feel should be addressed — for example, the area of childhood poverty. We have had tremendous success in reducing poverty among seniors. We have not had that success in reducing poverty among children. We have a model that can be followed in this country to improve the health of Canadian children and their families.

I expect that if we had someone on the panel from Health Canada or from the Public Health Agency he or she might say it is not their role to lead the development of a national population health strategy, and that may well be accurate. However, I do not believe that should preclude the federal government from taking a lead role in certain areas where they do have the policy levers available to them.

Senator Callbeck: I should like to hear from the others as well.

Ms. Beattie-Huggan: I think it is very important. My reason for saying that is that we have had programs funded throughout Canada on a project-by-project basis. The organizations need to apply for funding maybe every three years. The funding descriptions change. It could be the Population Health Fund one year. I will provide an example of this.

There is a family resource centre in Charlottetown that was initially funded by Health Canada. It had a different name at that time. Its purpose was to promote the health of young children. Subsequently, that same program was funded by the National Crime Prevention Centre, because the root causes of crime and the determinants of health are actually the same. Therefore, by

Mme Hennebery, vous avez parlé de la campagne menée sur l'Île-du-Prince-Édouard. Je vous félicite pour les résultats que vous avez obtenus. Je crois que si le gouvernement fédéral ne s'était pas impliqué, vous n'auriez pas obtenu les résultats que nous voyons aujourd'hui dans la lutte contre le tabagisme.

Je crois que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans la santé de la population. Il me paraît très difficile que chaque province agisse par elle-même. Elles ont besoin du leadership et de l'aide du gouvernement fédéral.

Mme Hennebery, vous avez laissé entendre dans votre mémoire qu'il faut exercer un leadership national dans certains domaines de la santé de la population. Avez-vous des suggestions à formuler quant aux priorités, ou pensez-vous que le gouvernement fédéral devrait avoir une stratégie d'ensemble pour la santé de la population? Vous pouvez répondre en premier et nous entendrons les commentaires des autres personnes ensuite.

Mme Hennebery : Je suis d'accord avec ce que vous dites dans le cas du tabac. Le gouvernement fédéral a exercé le leadership dans ce domaine. Je peux certainement parler de ce qui s'est passé dans notre province. Nous avons profité de ce leadership. Notre stratégie en la matière s'est inspirée de la Stratégie de lutte contre le tabagisme.

On peut faire plus au niveau national. J'ai cerné des domaines dans lesquels, à mon avis, on pourrait faire quelque chose, par exemple, celui de la pauvreté des enfants. Nous avons obtenu d'excellents résultats en réduisant la pauvreté chez les personnes âgées. Nous ne sommes pas parvenus aux mêmes résultats pour les enfants pauvres. Nous disposons dans notre pays d'un modèle que nous pouvons suivre pour améliorer la santé des enfants canadiens et de leurs familles.

J'imagine que si quelqu'un de Santé Canada ou de l'Agence de santé publique du Canada était présent ici aujourd'hui, cette personne pourrait dire qu'il ne leur incombe pas d'élaborer une stratégie nationale de santé de la population, et ce pourrait fort bien être exact. Toutefois, je ne crois pas que cela devrait empêcher le gouvernement fédéral d'assumer un rôle de leader dans certains domaines quand il dispose de leviers de politique pour agir.

Le sénateur Callbeck : J'aimerais savoir ce que les autres ont à dire sur ce sujet.

Mme Beattie-Huggan : Je crois que c'est très important. Si je le dis, c'est que nous avons eu des projets financés dans tout le Canada au cas par cas. Les organismes doivent demander des fonds tous les trois ans, peut-être. Les conditions du financement peuvent changer. Une année, il pourrait s'agir du Fonds pour la santé de la population. Je vais en donner un exemple.

Il y a un centre de ressources familiales à Charlottetown qui a été financé au début par Santé Canada. Il porte un nom différent maintenant. Son objectif était de promouvoir la santé des jeunes enfants. Par la suite, le même programme a été financé par le Centre national de prévention du crime, parce que les causes profondes de la criminalité et les déterminants de la santé sont en

investing in crime prevention through social development, it was the same centre, but their funding source changed just because that is where the money was.

There are organizations and infrastructure out in the communities that can be delivering programs, but I would say they are spending at least 50 per cent of their time scrambling to find the money to keep their programs operating. It depends on where the funding will come from and where it is changing.

The National Crime Prevention Centre is now no longer funding those programs because a shift has taken place and they are looking at youth at risk. There is currently a big fear with respect to the CAPC — Community Action Program for Children — which are national and are funded across the country through the Public Health Agency of Canada, that the Population Health Fund will not be renewed and there will be no funding for those early intervention programs.

Therefore, if we believe our youth are valuable and that they are our future, leadership must come from somewhere. I agree with Ms. Hennebery on this one. We have to find some way of supporting people who are trying to deliver programs and help them continue to operate.

In terms of a national scope, I do not know any other way. Right now, given the way the health systems are set up — you have heard the scramble that happens within the systems for the acute care dollar. I do not think it is any different in P.E.I. than in other provinces.

Mr. Eyles: I agree with you. There is a role for federal leadership. I think there is federal leadership already. It takes various forms. Ms. Hennebery alluded to Health Canada and the Public Health Agency's work on social determinants and population health.

I think there is a place to bring the federal leadership together, but it is in different areas. It gives us more bang for our buck. There is a diabetes strategy being developed.

Maybe the role of federal leaders is to diffuse the best practices between the provinces. In Ontario, there is a marvellous document, which is now 10 or 12 years old, about the primary prevention of cancer. There are wonderful tools that can be used to help us attack specific outcomes or reductions, if you like, that the federal government can link together, but you need the strategy over here to do it in this way and over here to do it in that way. There is a tremendous role for leadership.

réalité une seule et même chose. Donc, les investissements en prévention du crime dans le cadre du développement social sont bien allés au même centre, mais la source du financement de celui-ci a tout simplement changé parce que l'argent se trouvait ailleurs.

Il y a dans la collectivité des organismes et des infrastructures qui peuvent mettre en œuvre des programmes, mais je dirais qu'ils dépensent au moins 50 p. 100 de leur temps à chercher de l'argent pour pouvoir continuer à mettre en œuvre leurs programmes. Cela dépend de l'origine des fonds et de ce qui change.

Le Centre national de prévention du crime ne finance plus ces programmes parce que ses priorités ont changé et qu'il s'intéresse dorénavant aux jeunes à risque. Le Programme d'action communautaire pour les enfants, PACE, soulève actuellement des craintes importantes. Il s'agit d'un programme national financé à travers le pays par l'intermédiaire de l'Agence de santé publique du Canada. Les intervenants craignent que les fonds destinés à la santé de la population ne soient pas renouvelés et qu'il n'y ait plus de financement disponible pour ce programme d'interventions rapides.

Si nous sommes donc convaincus que nos jeunes constituent des atouts précieux, qu'ils sont notre avenir, le leadership doit venir de quelque part. Je suis d'accord avec Mme Hennebery sur ce sujet. Nous devons trouver des façons d'appuyer les gens qui essaient de mettre en œuvre des programmes et les aider à continuer à les appliquer.

En ce qui concerne la portée nationale, je ne connais pas d'autre solution. Actuellement, étant donné la façon dont les systèmes de santé sont organisés, cela déclenche des luttes pour obtenir des budgets, comme ce fut le cas pour les soins impératifs. Je suis sûre que vous en avez entendu parler. Je ne crois pas qu'il en aille différemment à l'Île-du-Prince-Édouard.

M. Eyles : Je suis d'accord avec vous. Il y a un rôle pour le leadership du gouvernement fédéral. Je crois que le gouvernement fédéral exerce déjà un leadership dans ce domaine. Il prend diverses formes. Mme Hennebery a fait allusion aux travaux de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada sur les déterminants sociaux et sur la santé de la population.

Je crois qu'il y a place pour un leadership fédéral, mais dans d'autres domaines. Cela nous permet d'en obtenir plus pour notre argent. Il y a une stratégie du diabète qui est en cours de préparation.

Il se peut que le rôle des leaders du gouvernement fédéral soit de faire connaître les pratiques exemplaires entre les provinces. En Ontario, il y a un très bon document, qui a maintenant 10 ou 12 ans, sur la prévention primaire du cancer. Il existe d'excellents outils que nous pourrions utiliser pour nous aider à obtenir des résultats précis ou des réductions, si vous préférez. Le gouvernement fédéral pourrait faire le lien entre eux, mais il faut une stratégie pour travailler de cette façon à un endroit et d'une autre façon à un autre endroit. C'est là un rôle très important en matière de leadership.

Ms. Hennebery: From a provincial perspective, it is important that any commitment from the federal government be ongoing and that it not be two or three years of funding and then the province is left to continue. We are certainly seeing that in the area of immunization. There has been excellent federal leadership in that area. Unfortunately, it is time limited. At that point, the provinces are left in the very difficult position of having to find the money to continue those programs that were initially set up as a federal commitment.

Ms. Beattie-Huggan: In relation to federal leadership, Canada is seen around the world as a leader in health promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion is quoted in just about every health promotion document you can find. Population health is a great goal and approach, but we also have the strategies mapped out throughout the Ottawa Charter that can guide the development of a national initiative.

Think of tobacco. When there was just health education and the targeting of individuals, the impact was negligible. However, when multiple strategies such as addressing community action, creating healthy public policy and creating supportive environments were employed, we started to see change.

We have the knowledge. We are seen as leaders, but people are questioning why Canada is not following through. It is time to put some of that knowledge to work.

Senator Callbeck: As we have said, population health certainly takes a number of years to implement. We just talked about the anti-smoking campaign, which took 20 to 30 years. As you know, governments are focused on the four-year cycle. Therefore, it is very difficult to see the results of population reform within a four-year period.

How do you persuade people, not just the public, but people within the system that a healthy population is better for everyone in the long run? How do you do it in a relatively short period of time? As I mentioned, governments are on a four-year cycle, and it takes so long to see any results from the population health perspective. Do you have any advice on that?

Mr. Eyles: It is not advice, just a comment.

For me, there are three major players in shaping health policy: There is government; there is the public; and there are the providers. When it is two against one, you have a win.

Mme Hennebery : D'un point de vue provincial, il est important que tout engagement pris par le gouvernement fédéral soit permanent et qu'il ne s'agisse pas uniquement d'un financement de deux ou trois ans, au bout duquel la province est laissée à elle-même. Le gouvernement fédéral a exercé un leadership excellent dans ce domaine. Malheureusement, il est limité dans le temps. Actuellement, les provinces sont laissées à elles-mêmes dans une situation difficile puisqu'elles doivent trouver l'argent pour continuer à mettre en œuvre des programmes qui ont été mis sur pied au départ dans le cadre d'engagements du gouvernement fédéral.

Mme Beattie-Huggan : En ce qui concerne le leadership fédéral, le Canada est perçu à travers le monde comme un leader en promotion de la santé. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé est citée dans pratiquement tous les documents sur cette question que vous pouvez trouver. La santé de la population est un excellent objectif et se révèle une très bonne approche, mais nous disposons également des stratégies préparées dans le cadre de la Charte d'Ottawa qui peuvent servir de guide à la mise sur pied d'une initiative au niveau national.

Pensez au tabac. Lorsqu'on se contentait de faire de l'éducation en matière de santé et de cibler les personnes, les effets étaient négligeables. Toutefois, lorsque des stratégies multiples, s'appuyant entre autres sur l'action communautaire, sur l'adoption de politiques publiques sur la santé et visant à instaurer un contexte favorable ont été utilisées, nous avons vu les choses changer.

Nous savons comment faire. Nous sommes perçus comme des leaders, mais les gens se demandent pourquoi le Canada ne va pas de l'avant. Il est temps d'utiliser concrètement ces connaissances.

Le sénateur Callbeck : Comme nous l'avons dit, il faut certainement de nombreuses années pour mettre en œuvre des initiatives de santé de la population. Nous venons d'évoquer la campagne de lutte contre le tabagisme, qui a pris de 20 à 30 ans. Comme vous le savez, les gouvernements ont un horizon de quatre ans. Il est donc très difficile de voir les résultats de la réforme de la population dans un tel délai.

Comment parvenir à persuader les gens, pas seulement le public, mais les gens au sein du système, qu'une population en santé vaut mieux pour tous à long terme? Comment y parvenir en une période de temps relativement courte? Comme je l'ai indiqué, les gouvernements ont un horizon de quatre ans et il faut attendre si longtemps pour voir les résultats du point de vue de la santé de la population. Avez-vous des conseils à nous donner dans ce domaine?

M. Eyles : Il ne s'agit pas de conseils, mais simplement de commentaires.

À mon avis, il y a trois intervenants importants dans l'élaboration d'une politique de la santé : le gouvernement, le public et les prestataires de services. Quand il y en a deux qui se mettent d'accord contre le troisième, vous avez gagné.

Extra billing in Ontario was struck down in the 1980s because the public was on the side of the government on that issue. Using that as an example of this three-pronged system, I think it is essentially an education or requirement, especially with the public.

We talked before about how difficult it is for the social determinants to be gotten across in a meaningful way. Maybe it is education via bite-sized chunks. I am not sure, but I think the answer is to get the public on side to realize health could be better and their wellness could be better. It is also important to get the providers on side to understand that there is more to health care than just care.

Senator Callbeck: It takes so long to change those attitudes.

Mr. Eyles: You are exactly right; it is a long-haul job. Your example of smoking was spot on. I think the Canadian Diabetes Strategy will take the same — it will be 20 or 30 years before we see a turnaround in those figures.

Ms. Beattie-Huggan: In Ireland, an interesting thing happened when the peace initiative was being developed. The Public Health Institute of Ireland was developed, looking at both north and south. It is bringing together two countries to say we need to look at the health of the population of Ireland. It is not just a research institute. They have a mandate to reduce health inequities in the country, advise on policy and be a watchdog on programs. It is separate from the political process and they have funding in the long term to exist.

To have something outside the four-year political cycle that does not get burned every time there is an election, or the flavour-of-the-day changes, how do you create a vehicle to take that leadership over the 20 to 30 years? As I thought of that question, the Ireland model came to mind — what they have been able to construct there.

I am thinking outside the box here. Maybe it needs to be an existing organization. The Senate is here. They are not going to make you go away at the end of an election. How do you have an organization that somehow has credibility and life and can provide leadership over that period of time? Those are just two thoughts.

Ms. Hennebery: You have asked a million-dollar question to which many people would love to have the answer. I do not think there is one answer.

La facturation additionnelle a été rejetée en Ontario pendant les années 1980, parce que le public était de l'avis du gouvernement sur cette question. En utilisant cela comme un exemple de ce système à trois facettes, je crois qu'il s'agit essentiellement d'éducation ou de besoin, en particulier avec le public.

Nous avons parlé auparavant de la difficulté de prendre réellement en compte les déterminants sociaux. Il faut peut-être faire de l'éducation petit à petit. Je n'en suis pas certain, mais je crois que la réponse suppose d'amener le public à prendre conscience qu'il pourrait être en meilleure santé et que son bien-être général pourrait s'améliorer. Il est également important d'impliquer les prestataires de services ou de soins pour qu'ils comprennent que les soins de la santé vont bien au-delà des soins tout seul.

Le sénateur Callbeck : Il faut tellement de temps pour changer ces attitudes.

M. Eyles : Vous avez certainement raison, le chemin à parcourir est long. Votre exemple du tabagisme était parfait. Je crois que la Stratégie canadienne sur le diabète nécessitera, elle aussi, de 20 à 30 ans avant de pouvoir observer une inversion dans l'évolution des chiffres.

Mme Beattie-Huggan : Nous avons observé un phénomène intéressant en Irlande lorsque la paix est apparue possible. Le Public Health Institute of Ireland a été mis sur pied pour s'intéresser à la situation dans les deux parties de l'île, le Nord et le Sud. Cela revient à faire travailler ensemble deux pays qui se disent qu'il faut pouvoir examiner la santé de la population de toute l'Irlande. Cet organisme n'est pas uniquement un institut de recherche. Il a pour mandat de réduire les iniquités dans le domaine de la santé, de formuler de conseils sur les politiques et d'être un chien de garde des programmes. Cet institut ne s'inscrit pas dans le processus politique, et il dispose d'un financement à long terme pour assurer son existence.

Pour qu'une initiative dont l'horizon va au-delà du cycle politique de quatre ans ne soit pas menacée de disparition à chaque fois qu'il y a élection ou que la mode change, comment faut-il s'y prendre pour la doter d'un moyen d'assurer son leadership sur une période de 20 à 30 ans? En réfléchissant à cette question, le modèle irlandais m'est venu à l'esprit, en même temps que les réalisations auxquelles ces gens sont parvenus.

J'essaie ici de décloisonner. Il vaut mieux peut-être faire appel à un organisme existant. Le Sénat est là. Ils ne vont pas vous renvoyer après la prochaine élection! Comment se doter d'un organisme qui a, de quelque façon que ce soit, de la crédibilité et du dynamisme et qui est en mesure d'assurer le leadership au cours de cette période? Ce ne sont là que deux réflexions en la matière.

Mme Hennebery : Vous posez la question à un million de dollars à laquelle de nombreuses personnes aimeraient avoir la réponse. Je ne crois pas qu'il y ait une seule réponse.

I have often wondered what our health system would be like if we had national health goals that really meant something, that were not so broad that you could drive a truck through them and that the federal government as well as each jurisdiction signed on to.

I think a reasonable person would conclude that the health system, as we know it, will be difficult to sustain in the future from a financial perspective as well as from a supply of providers. I do not know when and I do not know what form it will take, but something will give at some point in the future. There will be a tipping point that will help shift some of the focus back to the root cause of illness.

The Chair: I could not agree more. I agree with you totally, and I do think we will arrive at health goals. I do not know how long it will take, but it will be on a population health basis.

Once we have established the framework for population health information, established the inequities and are able to measure the correction of inequities, government has no choice. It is game over. You have to have health equity. The social conscience of our country will demand it.

Senator Eggleton: Thank you for being here and for your role as change agents in P.E.I. That should go to Senator Callbeck as well, because she was a former minister and premier on the Island that helped bring about these changes.

The topic is population health. What I have heard more than anything though are comments about the health care system. When it comes to population health, there are many other factors, and there has been some mention made of them.

Toward the end of your presentation, Ms. Hennebery, you talked about children living in poverty, early childhood education and childhood obesity. Social determinants of health are wide-ranging — education, poverty, decent housing, employment. Is the Island into those things as part of its population health strategy or do they stand alone and separate? Is there coordination of all these social determinants of health that are part of population health, or is this something the Island is still working its way to getting into?

Ms. Hennebery: We do not have a population health strategy per se. Is there recognition of the determinants of health and the importance of those? Yes, we are connecting the programs and services in many areas, but we have not yet got to a comprehensive population health strategy.

Ms. Beattie-Huggan: When the regions were actually functioning as regions, even though there were problems with budgets and acute care demands, if you took the Circle of Health — which was really developed on P.E.I. from P.E.I. experience — and looked at that blue ring and at what they were trying to achieve in addressing those, they would look around the

Je me suis souvent demandée de quoi aurait l'air notre système de santé si nous avions des objectifs nationaux en la matière qui aient vraiment un sens, qui ne soient pas si larges ni si flous qu'on peut leur faire dire n'importe quoi et si le gouvernement fédéral, comme toutes les autres administrations, s'engageait à les appliquer.

Je crois qu'une personne raisonnable conclurait que le système de santé, dans sa forme actuelle, sera difficile à conserver à l'avenir d'un point de vue financier, et de celui des prestataires de services. Je ne sais pas quand cela se produira ni sous quelle forme, mais je sais que quelque chose va arriver à l'avenir. Il y aura un point de non-retour qui permettra de ramener la priorité sur la cause essentielle des maladies.

Le président : Je ne saurais dire mieux. Je suis tout à fait d'accord avec vous et je suis convaincu que nous aurons alors des objectifs de santé. J'ignore combien de temps cela prendra, mais cela se fera sur la base de la santé de la population.

Lorsque nous aurons défini le cadre qui convient pour l'information sur la santé de la population, que nous aurons cerné les iniquités et que nous parviendrons à mesurer l'importance des corrections à apporter, le gouvernement n'aura d'autre choix. La cause est réglée d'avance. Il faudra parvenir à l'équité en santé. La conscience sociale de notre pays va l'exiger.

Le sénateur Eggleton : Merci d'être parmi nous et du rôle que vous jouez comme agent de changement à l'Île-du-Prince-Édouard. Ce commentaire devrait s'adresser également au sénateur Callbeck, parce que l'ancien ministre et premier ministre de l'Île qu'elle est, a contribué à ces changements.

Le sujet qui nous intéresse est la santé de la population. J'ai surtout entendu des réflexions sur le système de soins de santé. Quand on en vient à la santé de la population, il y a de nombreux autres éléments, et certains ont été évoqués.

Vers la fin de votre exposé, Mme Hennebery, vous avez parlé des enfants vivant dans la pauvreté, de l'éducation de la petite enfance et de l'obésité des enfants. Les déterminants sociaux de la santé ont une large portée : éducation, pauvreté, logement décent, emploi. Le gouvernement de l'Île s'intéresse-t-il à ces aspects dans le cadre de sa stratégie de santé de la population ou chaque sujet est-il abordé de façon indépendante et distincte? Y a-t-il une coordination entre tous ces déterminants sociaux de la santé qui concernent la santé de la population, ou est-ce un sujet sur lequel le gouvernement de l'Île travaille encore?

Mme Hennebery : Nous n'avons pas de stratégie de santé de la population en soi. Reconnaît-on les déterminants de la santé et leur importance? Oui, nous faisons le lien avec les programmes et les services dans de nombreux domaines, mais nous n'avons pas encore élaboré une stratégie complète de santé de la population.

Mme Beattie-Huggan : Quand les régions fonctionnaient réellement comme des régions, même s'il y avait des problèmes de budget et de demandes de soins impératifs, si vous examinez le cercle de santé, qui a réellement été élaboré à l'Île-du-Prince-Édouard à partir de son expérience, et que vous examinez l'anneau bleu et que vous vous demandez ce que

table to ensure when there was an issue to be discussed that there was someone present from each of those sectors. Those sectors were working together when it was at the regional level. That was one of the successes of being regional.

On the blue ring, they were working with individuals, families, communities, all those populations, and they were trying to achieve balance in people's lives. There was more effort on addressing not just the physical health — because social programs were integrated — but also they were addressing the emotional health.

Structure makes it more possible to bring people together, to integrate services around the clients and the people who are at the centre. That is where community health centres do such a great job. You were saying that it is problematic now that the structure has been changed, that it is harder to keep that integration and to address the determinants.

Although the strategy does not say that this is the population health strategy per se, it was happening with the structures that were there and the legacy of the health report time. It is a problem now.

Senator Eggleton: You said at the community level, not necessarily at the political or government level.

Ms. Beattie-Huggan: The Circle of Health was working well at the community level. However, if my memory is right, because people at their local levels were getting together more, it had an influence upwards too; you had people working more on projects across sectors.

Right now, I would not say it is working as well. You cannot see it as visibly. Back then, if you gave that Circle of Health to someone at the regional level, they would see themselves in that. Right now, I am not sure that everyone would necessarily see themselves in it.

On the other hand, the Circle of Health is something that could be used as a planning framework if we were to go forward. Because I am doing more Atlantic work now, I am seeing it being used by wellness coalitions in Newfoundland and Labrador, where they have their social strategic plan and are trying to work at bringing those determinants together.

Senator Eggleton: Do you have any way of measuring the success of integrating these various social determinants? If you go to a population health strategy, per se, ultimately, how will you determine your success in those areas? How will you measure it?

Mr. Eyles: I am not quite sure I fully understand the question. Success in terms of building from the bottom up?

Senator Eggleton: Population health.

Mr. Eyles: Across the various determinants?

ces gens essaient de faire pour résoudre ces problèmes, sachez qu'ils s'assuraient qu'il y avait bien autour de la table des partenaires de chacun des secteurs concernés pour discuter du problème. Ces secteurs collaboraient quand les choses se décidaient au niveau régional. Ce fut l'une des réussites d'une organisation au niveau régional.

Sur l'anneau bleu, ils travaillaient avec des personnes, des familles, des collectivités, tous les membres de la population, et ils s'efforçaient de parvenir à l'équilibre dans la vie des personnes. À l'époque, on s'efforçait d'aller au-delà de la santé physique, parce que les programmes sociaux étaient intégrés, mais on se préoccupait également de la santé émotionnelle.

Les structures ont permis de regrouper les gens, d'intégrer les services autour des clients et des personnes qui se trouvent au centre. C'est précisément là que les centres de santé communautaire ont fait un excellent travail. Vous disiez que la situation est problématique maintenant que la structure a été modifiée, qu'il est plus difficile de conserver l'intégration et de s'occuper des déterminants.

Même si la stratégie ne prétend pas en soi être une stratégie de santé de la population, c'était le cas quand les structures étaient présentes à ce niveau et c'est l'héritage laissé par cette époque. Cela pose problème maintenant.

Le sénateur Eggleton : Vous dites au niveau communautaire, pas nécessairement au niveau politique ou gouvernemental.

Mme Beattie-Huggan : Le Cercle de santé fonctionnait bien au niveau communautaire. Toutefois, si j'ai bonne mémoire, parce que les gens se regroupaient davantage au niveau local, ils exerçaient une influence vers le haut. Les gens se consacraient davantage à des projets impliquant plusieurs secteurs.

Je ne dirais pas que les choses fonctionnent aussi bien maintenant. Cela n'est pas aussi visible. En revenant à cette époque, si vous donniez le Cercle de santé à quelqu'un au niveau régional, cette personne voyait le rôle qu'elle pouvait y jouer. Maintenant, je ne suis pas sûre que ce soit le cas de tous.

Par contre, le Cercle de santé est un outil qui pourrait être utilisé comme cadre de planification si nous devons aller de l'avant. Comme je travaille davantage au niveau de la région Atlantique maintenant, je le vois utilisé par des coalitions se consacrant au bien-être à Terre-Neuve et au Labrador, où il y a des plans sociostratégiques et où les gens s'efforcent d'intégrer tous ces déterminants.

Le sénateur Eggleton : Avez-vous un moyen de mesurer la réussite de l'intégration de ces divers déterminants sociaux? En vous reportant à la stratégie de santé de la population, par elle-même, comment feriez-vous au bout du compte pour déterminer votre réussite dans ces domaines? Comment mesureriez-vous cette réussite?

M. Eyles : Je ne suis pas sûr de bien comprendre votre question. La réussite dans le sens de la mise en place d'un système du bas vers le haut?

Le sénateur Eggleton : Santé de la population.

M. Eyles : Pour les divers déterminants?

Senator Eggleton: Yes.

Mr. Eyles: If it is from the bottom up, I can tell you that first. You look at your capacity, and there are ways of measuring capacity that exist which would also help measure social cohesion and social integration and efficacy of a community to help itself, which is far stronger in smaller than larger provinces.

On measuring success across the determinants, we have been talking about it in answer to some of the other questions. You set targets and goals for the various determinants and see if you meet them on a national level, and you would hope the provinces would do the same to fit into national targets.

There are now 12 determinants, according to the Public Health Agency of Canada, and some of those will be pretty hard to measure. Perhaps we need strategies that target the ones that are easier to measure to begin with. If you do not measure it, it does not mean anything.

Ms. Hennebery: Certainly the Canadian Institute of Health Information has a very comprehensive framework for indicators that do include some population health indicators. At a national level, that would be a very good starting point, and they are being monitored to some extent now.

You raise a very good point. So much of the health care discussion focuses on the health care system, and yet the research would tell us that, in terms of the impact of the health care system on the health of individuals and families, it is anywhere from 17 to 25 per cent.

Senator Eggleton: In the case of P.E.I., the reorganization came essentially in the health care system, the health care people, so it has come from that paradigm or perspective as opposed to all the social determinants.

Mr. Eyles: Yes and no. I think who is around the table obviously shapes what gets talked about, but some of the determinants are really within the bailiwick of other departments. That is the problem you have. Does the mandate of health keep on stretching outwards? How do you engage those other departments?

Senator Eggleton: You need horizontal links and commitment from the top.

Mr. Eyles: Especially around income changes.

Ms. Beattie-Huggan: When I talked with the person who was the first CEO of the agency, he said maybe it was because we went too broad, but that first umbrella of health pulled in housing and corrections and social care and all the things that might have otherwise been out there. They were pulled under that one umbrella called health, so during that health reform time, it just expanded the definition of health. It could have done it another

Le sénateur Eggleton : Oui.

M. Eyles : S'il s'agit d'aller du bas vers le haut, je peux commencer par vous dire ceci. Vous examinez vos capacités; il y a des moyens de les mesurer qui aideraient également à mesurer la cohésion et l'intégration sociale et l'efficacité d'une collectivité à se prendre en charge. Plus une province est petite et plus cette dernière est réelle.

En ce qui concerne la mesure de la réussite pour tous les déterminants, nous en avons traité dans une réponse à certaines des autres questions. Vous fixez des objectifs et des buts pour les divers déterminants et voyez ensuite si vous les atteignez au niveau national, et vous espérez que les provinces vont faire la même chose pour cadrer avec les objectifs nationaux.

Il y a maintenant 12 déterminants, d'après l'Agence de santé publique du Canada, et certains d'entre eux sont passablement difficiles à mesurer. Nous aurions peut-être besoin de stratégies ciblant ceux qui sont les plus faciles à mesurer pour débiter. Si vous ne faites pas de mesures, cela n'a plus de sens.

Mme Hennebery : Il est manifeste que l'Institut canadien d'information sur la santé dispose d'un cadre très complet pour les indicateurs qui intègre certains indicateurs de la santé de la population. À un niveau national, cela constituerait un très bon point de départ, et ces indicateurs font l'objet d'un certain suivi maintenant.

Vous soulevez un très bon point. La discussion sur les soins de santé porte essentiellement sur le système de soins de santé, et pourtant les recherches nous disent que les effets du système de soins de santé sur la santé des personnes et des familles ne sont que de l'ordre de 17 à 25 p. 100.

Le sénateur Eggleton : Dans le cas de l'Île-du-Prince-Édouard, la réorganisation a surtout touché le système de soins de la santé, les gens qui prennent soin de la santé, ce qui fait qu'elle a pris son origine dans ce paradigme ou dans ce point de vue par opposition à une perspective intégrant l'ensemble des déterminants sociaux.

M. Eyles : Oui et non. Je crois que les gens qui étaient autour de la table ont manifestement exercé une influence sur les sujets discutés, mais certains des déterminants relèvent réellement des pouvoirs des autres ministères. C'est le problème qui se pose. Est-ce que le mandat de la santé continue à s'étendre vers l'extérieur? Comment impliquez-vous les autres ministères?

Le sénateur Eggleton : Vous devez avoir des liens horizontaux et des engagements pris par le sommet.

M. Eyles : En particulier quand il s'agit de l'évolution des revenus.

Mme Beattie-Huggan : Quand je me suis entretenue avec la première directrice générale de l'Agence, elle m'a dit qu'il en était peut-être ainsi parce que nous avons visé trop large, mais que le premier programme parapluie en matière de santé a fait ressentir ses effets dans le domaine du logement, des services correctionnels et des soins sociaux, et dans tous les autres domaines qui auraient pu être présents autrement. Ils ont été regroupés sous un

way. I remember him saying at one time that the only one we really left out was education. He did not think it would go over very well if we pulled them in under health.

The Chair: It is one the major determinants of health.

Ms. Beattie-Huggan: I used to ask myself about the role of the health system in this, because I wore the hat of health promotion and community development. We were to develop that philosophy of health promotion within the system, so what was our role? Part of this was delivering services, and the other, because we have this hat called health, was to be an advocate for population health and to try to work with other sectors to make that happen. Then all the responsibility falls on the health system rather than on something that is outside of it that is looking at the overall population.

Senator Fairbairn: I have been listening with great joy to some of the things that you have been saying. Not so very long ago, back in the early 1990s, I was dispatched to Charlottetown to hitch up with the premier — and the premier is my friend sitting down the table here. I was working in the area of literacy. We were to get together and jointly launch a province-wide literacy program, particularly for families and children. I am looking at your statement on the second-last page that a truly national early childhood education and care program would pay dividends in the area of population health, and then you go on about the quality that each child should have a chance at.

A wonderful thing happened in Prince Edward Island at that time, and terrific people were just so keen to go out in every part of that island and enable adults to themselves get a lift with this but, at the same time, be able to turn with great enthusiasm to this new set of programs on the children, the little ones and young people. It worked.

Times have changed. In the area of literacy, we had a scary event a year ago, and this committee had some lively and overwhelming hearings about what was in fact going on now and how much more was needed.

Is the basis that the senator as premier started back then still there? Is it still growing? Is it still doing the kinds of things that you want to lift up the opportunities in your province? Is it still out there with good roots?

Ms. Hennebery: Yes, it is. Literacy is still a very high priority in our province. You can only address so many issues in a few minutes. I could have spoken much more about literacy. It certainly is lead by the Department of Education. There is a fairly comprehensive strategy that is intersectoral, and it does take a

parapluie appelé santé, ce qui fait qu'à l'époque de la réforme de la santé, cela a eu pour effet d'élargir la définition de la santé. On aurait pu procéder différemment. Je me souviens que cette personne m'a dit que, à une époque, le seul déterminant qui a vraiment été laissé de côté était l'éducation. Les gens ne pensaient pas qu'il s'intégrerait très bien aux autres déterminants si on le transférait sous le titre Santé.

Le président : C'est l'un des déterminants importants de la santé.

Mme Beattie-Huggan : J'avais l'habitude de m'interroger sur le rôle du système de santé parce que je m'occupais à la fois de la promotion de la santé et du développement communautaire. Nous devons développer cette philosophie de la promotion de la santé au sein du système, et je me demandais donc quel était notre rôle? Il s'agissait, en partie, de fournir des services et, parce que nous portions ce chapeau appelé santé, de défendre la santé de la population et d'essayer de travailler avec les autres secteurs pour que les choses avancent. Alors, toute la responsabilité repose sur le système de santé plutôt que sur un élément qui lui est extérieur au lieu de s'intéresser à la population en général.

Le sénateur Fairbairn : J'ai écouté avec beaucoup de plaisir un certain nombre de choses que vous avez dites. Il n'y a pas si longtemps, en remontant aux années 1990, on m'a envoyée à Charlottetown pour collaborer avec le premier ministre de l'époque, mon amie assise à cette table. Je m'occupais alors d'alphabétisation. Nous devons nous réunir et lancer conjointement un programme d'alphabétisation à l'échelle de la province, visant en particulier les familles et les enfants. Je lis ce que vous avez écrit à l'avant-dernière page, soit qu'un programme vraiment national d'éducation et de soins de la petite enfance produirait des dividendes dans le domaine de la santé de la population, et vous poursuivez en parlant de la qualité des services à laquelle chaque enfant devrait avoir droit.

Quelque chose d'extraordinaire s'est produit à Île-du-Prince-Édouard à cette époque, et des gens extraordinaires ont tenu à se rendre dans toutes les parties de l'Île pour permettre aux adultes d'en tirer parti et, tout en même temps de travailler avec beaucoup d'enthousiasme à cette nouvelle série de programmes destinés aux enfants, aux petits et aux jeunes. Cela a fonctionné.

Les temps ont changé. Dans le domaine de l'alphabétisation, nous avons été témoins d'un événement qui nous a donné la chair de poule il y a quelques années et ce comité a tenu des audiences animées et très chaleureuses sur ce qui se passe actuellement et sur ce dont nous avons besoin en plus.

Les bases qui ont permis au sénateur, alors qu'il était premier ministre, de lancer toutes ces initiatives sont-elles encore présentes? Y-a-t-il encore des développements? Voit-on encore le genre de choses que vous souhaitez pour relancer les possibilités dans votre province? Tout cela est-il encore là avec de bonnes bases?

Mme Hennebery : Oui, c'est présent. L'alphabétisation est encore prioritaire dans notre province. On ne peut traiter qu'un certain nombre de questions en quelques minutes. J'aurais pu parler beaucoup plus de l'alphabétisation. C'est le ministère de l'Éducation qui s'en charge. Il y a une stratégie assez complète qui

population health approach. Some interesting work is going on with adults in the area of workplace literacy, where employers will actually invest in employees who wish to improve their literacy skills. There are some wonderful stories of what it has meant to people who were not able to read to be able to learn to read as adults with the assistance of their employer. A lot of work is going on with adults, and the Department of Education is increasing its focus with children also, because we do continue to have a fairly high percentage of our population who read at a grade six level or less. There is a lot of activity going on and many services and programs available. It has not resolved all of the problems, but it will not.

Senator Fairbairn: That is good to hear.

Ms. Beattie-Huggan: The partnerships around literacy have mobilized. The theme for this year's summer institute is «literacy.» It is reading between the lines of health, safety and literacy. That was put forward by some of our francophone advisory committee members because literacy is a huge issue with the francophone population, the Aboriginal population and a number of seniors that we have heard from. The early intervention programs are good. Our new immigrants are getting a lot of support now as well, but there are still issues in the province.

Senator Brown: I have a question for Ms. Hennebery. You said in your notes that you had five regional boards at one time. Could you tell us what the percentage of the health care dollar, not in terms of dollars but in terms of percentage, was used up by this bureaucracy? Since they have all collapsed, is there a significant difference in the amount of dollars used by the bureaucracy as opposed to the knowledge that actually goes into health care?

I ask those questions because I wonder, in the end, how you would judge that population health would factor in. I assume that chronic and emergency care always takes first priority on the health care dollar. I am trying to get an idea of how fast that can change — how, if you receive benefits from cessation of smoking, childhood diseases, childhood poverty, diabetes and those kinds of things, that percentage would change.

Hopefully, if the ideal world were to happen — utopia — where everyone is healthy because they practise a healthy lifestyle, then 100 per cent of the health care dollar would go to maintaining personal health rather than, as Mr. Eyles said, dealing with illness.

Have you some thoughts on that? Could you give us any percentages?

est intersectorielle et qui adopte une approche de santé de la population. Des projets intéressants sont en cours avec les adultes dans le domaine de l'alphabétisation en milieu de travail, dans le cadre desquels des employeurs investissent réellement dans les employés qui souhaitent améliorer leurs compétences dans ce domaine. Il y a des histoires merveilleuses sur l'importance que cela a eue pour des gens qui étaient incapables de lire et qui y sont parvenus avec l'aide de leur employeur. Beaucoup de travail se fait avec les adultes, et le ministère de l'Éducation s'intéresse de plus en plus au sort des enfants, parce que nous continuons à avoir un pourcentage passablement élevé de notre population qui lit au niveau de la sixième année ou à un niveau inférieur. Beaucoup de choses se font et beaucoup de services et de programmes sont disponibles. Cela n'a pas résolu tous les problèmes et ne le fera pas.

Le sénateur Fairbairn : C'est une bonne chose à entendre.

Mme Beattie-Huggan : Les partenariats en matière d'alphabétisation ont mobilisé des ressources. Le thème retenu cet été à l'institut est l'alphabétisation. Il faut lire entre les lignes de la santé, de la sécurité et de l'alphabétisation. Ces questions ont été mises de l'avant par certains membres francophones de notre comité consultatif parce que l'alphabétisation a une grande importance au sein de la population francophone, des groupes autochtones et chez certains groupes de personnes âgées dont nous avons entendu parler. Les programmes d'intervention rapide sont une bonne chose. Nos nouveaux immigrants reçoivent beaucoup d'aide maintenant également, mais il reste des difficultés à résoudre dans la province.

Le sénateur Brown : J'ai une question à l'intention de Mme Hennebery. Vous avez indiqué dans votre exposé que, à une époque, il y avait cinq régies régionales. Pourriez-vous nous donner le pourcentage de budget allant aux soins de la santé, non pas en montant mais en pourcentage, qui était utilisé par cette bureaucratie? Depuis que celle-ci a disparu, avez-vous observé une différence importante dans les budgets utilisés par la bureaucratie, par opposition aux connaissances qui vont réellement dans les soins de la santé?

Je pose ces questions parce que je me demande, au bout du compte, comment vous estimeriez l'influence de la santé de la population dans tout ceci. Je fais l'hypothèse que les soins chroniques et d'urgence ont toujours la priorité pour les budgets de santé. J'essaie d'imaginer à quelle vitesse cela peut changer ou, si vous préférez, si vous retirez des avantages du fait que des gens aient cessé de fumer, et cela a-t-il fait évoluer le pourcentage de maladies infantiles, le taux de pauvreté chez les enfants, celui du diabète, et cetera.?

Bien évidemment, dans un monde idéal et utopique, dans lequel tout le monde serait en santé parce qu'il mènerait une vie saine, 100 p. 100 du budget des soins de la santé irait au maintien de la santé personnelle plutôt que, comme l'a dit M. Eyles, à s'occuper des maladies.

Avez-vous réfléchi à cela? Pourriez-vous nous donner des pourcentages?

Ms. Hennebery: I could not give you specific percentages. I can tell you that, with the last restructuring, there was between \$8 million and \$9 million taken out of our system, and that was mostly at the senior- and mid-management levels.

I have worked in health care for 26 years, and I have come to stop talking about trying to save money because I think we need to think about ways to reduce the amount that the health care system budget increases.

A former CEO in one of our health regions came to that same conclusion, but a number of years before I did. He said that we cannot afford to save any more money in health. You take steps to try and reduce in one area and then another area grows.

However, if the committee wished, I could try to get a very specific percentage of the health care budget that is spent on administration and management.

Senator Brown: That is part of the equation. I am not trying to save money, either. I feel that health care will cost more and more every year regardless of what we do just because we have a large boomer population becoming seniors now, so that will affect health care dollars across the country.

I was trying to learn what you thought might be the return and the ability to transfer the health care dollar from chronic and emergency care to this program of maintaining personal health. How could that percentage change over a generation? Getting people to quit smoking after 30 years of doing so does not necessarily mean they will not become ill because of previous habits.

Ms. Hennebery: The payoffs for some of those interventions are way down the road. There is research available that would suggest that for every dollar spent on prevention the payback is somewhere in the area of approximately \$6 to \$10, depending on the study. Maybe Mr. Eyles can comment on that.

Mr. Eyles: I do not have the exact figures, but if you spend money on virtually any determinant, you can save money on the acute care system. For example, in terms of environmental expenditures to try to reduce bad air, the same affect applies. You can reduce it theoretically, but it is still there.

Ms. Hennebery: The difficulty is that the savings are not tangible money in your pocket. The amount decreases as the expenditures grow.

Senator Brown: In other words, the money goes towards something that did not happen.

Mme Hennebery : Je n'ai pas de pourcentages précis à vous donner. Je peux vous dire que, avec la dernière réorganisation, le système a pu économiser entre huit et neuf millions de dollars, et pour l'essentiel au niveau de la haute direction et des gestionnaires intermédiaires.

J'ai travaillé; dans le domaine des soins de la santé pendant 26 ans et j'en suis venue à cesser de parler d'essayer d'économiser de l'argent parce que je crois que nous devons réfléchir à des façons de réduire le montant d'augmentation du budget du système de soins de la santé.

Un ancien directeur général de l'une de nos régions de soins est parvenu à la même conclusion, mais plusieurs années avant moi. Il affirmait que nous ne pouvions pas nous permettre d'économiser plus d'argent en santé. Si vous prenez des mesures pour faire des réductions dans un domaine, vous constatez des augmentations dans un autre.

Toutefois, si le comité le souhaite, je pourrais tenter d'obtenir des pourcentages très précis du budget des soins de la santé qui ont été consacrés à l'administration et à la gestion.

Le sénateur Brown : Cela fait partie de l'équation. Je n'essaie pas non plus d'économiser de l'argent. Je crois que les soins de la santé coûteront de plus en plus cher chaque année, peu importe ce qu'on fasse, parce que nous avons une importante population de personnes nées après-guerre qui deviennent âgées maintenant et cela se répercutera obligatoirement sur les budgets de soins de la santé de tout le pays.

Je me demandais quel pourrait être, à votre avis, le rendement d'un transfert des budgets de santé des soins chroniques et d'urgence à ce programme visant à conserver la santé individuelle, et si cela est possible. Dans quelle mesure ce pourcentage pourrait-il varier au cours d'une génération? Le fait d'amener les gens à cesser de fumer après 30 ans de consommation ne signifie pas qu'ils n'auront pas à supporter les conséquences de leurs mauvaises habitudes antérieures.

Mme Hennebery : Les avantages de certaines de ces interventions se manifesteront beaucoup plus tard. On dispose de recherches qui laissent entendre que pour chaque dollar dépensé en prévention, les retombées se situent entre six et dix dollars, selon l'étude. M. Eyles a peut-être quelque chose à ajouter sur ce sujet.

M. Eyles : Les chiffres que j'ai ne sont pas les mêmes, mais si vous consacrez de l'argent à pratiquement n'importe quel déterminant, vous réalisez des économies dans le système des soins impératifs. Par exemple, on observe le même effet avec les dépenses environnementales pour tenter de réduire l'air pollué. En théorie, vous pouvez le réduire, mais il y en a encore.

Mme Hennebery : Le problème est que les économies ne prennent pas la forme d'agent tangible dans votre poche. Le montant diminue au fur et à mesure que les dépenses augmentent.

Le sénateur Brown : En d'autres termes, l'argent va à quelque chose qui ne s'est pas produit.

Ms. Beattie-Huggan: Before I came here, I pulled out of my files a report on a site visit to Finland. We visited their system in 1995.

One interesting thing they had done — again, this is paying more attention to health promotion but also to primary care services — is they made a policy decision in 1972 to move 5 per cent a year of their health budget to the primary level. They have a national system, so they can do this. They gradually built up their primary level, and by the time we got there, they had good research to show that they had decreased the demand on the acute care system. In fact, they were able to demonstrate that, not just by the number of admissions but by the number of re-admissions. All their statistics showed there was actually a reduction in demand.

I have not looked at any of the studies that have come out of Finland since then, and I do not know if they are in the same situation we are, but at that time they were demonstrating that their policy to invest at that primary level was paying off.

Senator Brown: Thank you. That is the answer I was looking for.

Senator Callbeck: What was the time frame on that?

Ms. Beattie-Huggan: They started that process in 1972. It was around the same time we were setting up our own system in Canada. They made a decision to try to build up their primary care system, separate from their acute care system.

Their structure of government is different, so they had local authorities looking after education and all the determinants of health and would manage health care for their area. They gradually closed down all of their small rural hospitals and made them into primary care centres. They had good emergency transport to this more centralized acute care system.

Therefore, the two systems were managed separately and they gradually moved money over. We do have this report. I think it is on file with Ms. Hennebery. It provides a lot of information from that time frame as to what Finland was doing.

The Chair: I will impose on you for a copy of it. We teleconferenced with Sweden a few days ago, so I am aware of the Finland situation. I look forward to reading your report.

Senator Pépin: I will have to ask you to plug yourself into translation. My question was the same as Senator Brown asked, but with the nuance, I cannot ask it correctly in English.

Mme Beattie-Huggan : Avant de me présenter devant vous, j'ai ressorti de mes dossiers un rapport sur une visite faite en Finlande. Nous nous sommes intéressés à leur système en nous rendant sur place en 1995.

Une de leurs initiatives intéressantes — qui elle aussi concernait davantage la promotion de la santé tout en s'intéressant aussi aux services de soins primaires — a été, en 1972, de prendre la décision politique de transférer 5 p. 100 par an de leur budget de la santé au niveau primaire. Ils ont un système national, et ils peuvent donc faire cela. Ils ont progressivement mis en place leur niveau primaire, et à l'époque où nous nous y sommes rendus, ils disposaient de bons résultats de recherche prouvant qu'ils avaient diminué les pressions exercées sur le système des soins impératifs. En réalité, ils sont parvenus à le prouver, et pas uniquement avec le nombre d'admissions, mais également en tenant compte du nombre de réadmissions. Toutes leurs statistiques montraient qu'il y avait en réalité une réduction de la demande.

Je n'ai pas étudié les études produites en Finlande depuis cette époque, et je ne sais pas s'ils se trouvent dans la même situation que nous, mais à l'époque, ils montraient que leur politique visant à investir au niveau primaire était rentable.

Le sénateur Brown : Je vous remercie. C'est la réponse que je cherchais.

Le sénateur Callbeck : Quand cela s'est-il produit?

Mme Beattie-Huggan : Ils ont lancé le processus en 1972. C'est à peu près l'époque à laquelle nous mettions en place notre propre système au Canada. Ils ont alors décidé d'essayer de construire leur système de soins primaires indépendamment de leur système de soins impératifs.

Leur structure gouvernementale est différente, et ils avaient donc des administrations locales examinant l'éducation et tous les déterminants de la santé qui s'occupaient de la gestion des soins de la santé dans leur secteur. Ils ont progressivement fermé tous leurs petits hôpitaux ruraux et les ont convertis en centres de soins primaires. Ils ont mis en place un bon système de transport d'urgence vers le système de soins impératifs plus centralisé.

Les deux systèmes étaient donc gérés de façon distincte et ils ont progressivement fait passer l'argent de l'un dans l'autre. Nous avons le rapport sur cette question. Je pense que Mme Hennebery en a une copie dans ses archives. Il fournit beaucoup de renseignements sur ce que la Finlande faisait à cette époque.

Le président : Je vais vous demander de m'en faire parvenir une copie. Nous avons eu une téléconférence avec la Suède, il y a quelques jours, et je connais donc bien la situation en Finlande. J'aurais plaisir à lire votre rapport.

Le sénateur Pépin : Je vais devoir vous demander de mettre votre casque pour entendre la traduction. Ma question est la même que celle du sénateur Brown mais avec une nuance que je ne suis pas en mesure de formuler correctement en anglais.

[Translation]

Senator Pépin: It was said that the province was divided into five regional health authorities. Were there major discrepancies between the results of each region? Were such discrepancies taken into account when allocating the total budget for these five regions? On what basis were budgets allocated? Was it mainly on the basis of each region's population figures or specific needs?

[English]

Ms. Hennebery: I just caught the last part of the question. The regional health authority budgets were allocated based primarily on population, because there would be significant complexities in allocating budgets based on need.

Senator Pépin: Someone said that they are doing all kinds of studies and they are giving money, and when you look at the result, there is no specific region. That is why I said, if you did something similar in P.E.I., was the money given especially for the needs of the regional population or for the number of people?

Ms. Beattie-Huggan: The intent was that it would be given by need. Early on, the regions conducted needs assessments that were based on determinants of health.

It was complex; there were surveys and interviews. They gathered information and then they profiled what was rated by the public as being the top needs, so there was the public's perception. They also looked at what the data they could gather was telling them and compared it.

The idea was that this would help to determine priorities and then funding would go that way, but it did not really materialize in the way that it was planned. Trying to find a formula to make it work was very complex — at least, in the days that I was there it did not happen.

However, the needs-assessment process itself was extremely important in mobilizing the community, and that area. They started looking at ways, not of getting more money from the province, but of using resources that they already had to address the needs. There became more resource sharing.

One of the needs that was identified as a top priority was unemployment. In some of those regions, they actually got the people together that were working on job creation at the provincial level, working with the federal department of HRSDC or whatever it was that time — you lose count of the initials after a bit — to co-locate their offices to try to deal with unemployment. There was good cooperation based on those needs assessments, so it served that purpose, but it did not really

[Français]

Le sénateur Pépin : On a dit que la province a été divisée en cinq grandes régions régionales. Y avait-il de grandes disparités entre les résultats de la santé de ces cinq régions? Lorsqu'on parle du budget global de ces régions régionales, tenait-on compte des disparités? Quels étaient les facteurs pour en prendre compte? Les ressources allouées étaient-elles en fonction du nombre de la population ou de chaque région ou était-ce consacré selon les besoins spécifiques de chaque région?

[Traduction]

Mme Hennebery : Je n'ai saisi que la dernière partie de votre question. Les budgets des régions régionales de la santé étaient répartis pour l'essentiel en fonction de la population, parce qu'il aurait été particulièrement difficile de les répartir en fonction des besoins.

Le sénateur Pépin : Quelqu'un a dit qu'ils font des études de toutes sortes et qu'ils donnent de l'argent. Lorsque vous examinez les résultats, il n'y a pas de région précise. C'est pourquoi j'ai demandé, si vous faites quelque chose de comparable à l'Île-du-Prince-Édouard, si l'argent est attribué précisément pour répondre aux besoins de la population d'une région ou en fonction du nombre de personnes.

Mme Beattie-Huggan : L'intention était au départ de répartir l'argent en fonction des besoins. Les régions ont procédé rapidement à des évaluations de leurs besoins qui reposaient sur les déterminants de la santé.

C'était une question complexe et des enquêtes et des entrevues ont été organisées. Elles ont permis de recueillir l'information et ensuite de décrire ce qui était considéré comme prioritaire par le public. La perception de ce dernier était donc prise en compte. Les chercheurs se sont également demandé ce qui découlait des données recueillies et ils ont procédé à des comparaisons.

Ils pensaient que cela aiderait à fixer les priorités et que le financement s'en inspirerait, mais les choses ne se sont pas passées réellement comme prévu. Essayer de concevoir une formule fonctionnant bien était une tâche très complexe. Cela ne s'est pas produit, au moins à l'époque où j'étais là.

Le processus même d'évaluation des besoins a joué un rôle très important pour mobiliser la collectivité, et tout ce secteur. Ils ont commencé à chercher des façons non pas d'obtenir plus d'argent de la province, mais d'utiliser les ressources qu'ils avaient déjà pour répondre aux besoins. Il y a eu davantage de partage des ressources.

L'un des besoins qui ont été considérés comme prioritaires était le chômage. Dans certaines de ces régions, ils ont réuni les gens qui travaillaient à la création d'emplois au niveau provincial, qui collaboraient avec Ressources humaines et Développement social Canada, quelle qu'eût été son nom à l'époque, on s'y perd un peu dans les sigles après un certain temps — pour qu'ils travaillent dans les mêmes locaux afin d'essayer de faire face plus efficacement au chômage. Il y a eu une excellente coopération

have the time to translate into the kind of formula that that would get to a budget allocation.

Ms. Hennebery: Further, once the budgets were set initially, they were renewed based on history, so there was some historical element.

Senator Pépin: Were municipalities involved in the reorganization of services at the regional level?

Ms. Hennebery: In a small way. In Prince Edward Island, municipalities do not play a large role in delivering formal health services, like you would find in other provinces.

Senator Pépin: It was mentioned that it is important to work at the local level and identify the leader in the community, so I thought maybe the municipal level could have been involved.

Ms. Hennebery: At a regional board level, the municipalities would have had input, but they would not have had a role in funding.

The Chair: Honourable senators and witnesses, I am afraid we will have to wrap up. There is another meeting in this room at 6:15 p.m. and we need a short in-camera session.

Again, I want to thank the witnesses very much. Regardless of where you think you are, you are out front with what you have done in Prince Edward Island. There are tremendous lessons to be learned from the normal cycles of success and failure and frustration and all of that.

We deeply appreciate your coming here on short notice and sharing your strengths and weaknesses with us. It will be tremendously useful to us. We are hopeful that, when our report is out, it will show you what is available. There are close to 100 initiatives in Canada to overcome health inequities, but they are all disjointed. Hopefully, our report will help people like you learn which ones are useful and which are not useful. I have a feeling I will be back to some of you. Thank you very much indeed.

The committee continued in camera.

en fonction de ces évaluations des besoins. Cela a donc bien servi l'objectif pour aboutir à un genre de formule qui permettrait de répartir un budget.

Mme Hennebery : De plus, une fois les budgets définis au début, ils ont été renouvelés en fonction de ce qui se passait avant, et un élément chronologique est donc intervenu.

Le sénateur Pépin : Les municipalités ont-elles été impliquées dans la réorganisation des services au niveau régional?

Mme Hennebery : Dans une faible proportion. À l'Île-du-Prince-Édouard, les municipalités ne jouent pas un rôle important dans la prestation de services officiels de santé, comme c'est le cas dans d'autres provinces.

Le sénateur Pépin : On a indiqué qu'il était important de travailler au niveau local et de trouver qui est le leader de la collectivité, ce qui m'a amenée à penser que le palier municipal pouvait avoir été impliqué.

Mme Hennebery : Au niveau de la régie régionale, les municipalités auraient eu un apport, sans pour autant avoir de rôle à jouer dans le financement.

Le président : Honorables sénateurs et mesdames et messieurs les témoins, je crains que nous devions conclure. Une autre réunion est prévue dans cette pièce à 18 h 15 et il nous faut tenir une brève séance à huis clos.

Je tiens encore à remercier énormément les témoins. Indépendamment de l'opinion que vous avez de ce que vous avez fait à l'Île-du-Prince-Édouard, ce vous place à l'avant-scène dans ce domaine. Il y a des leçons très intéressantes à tirer des cycles normaux de réussite et d'échec, des frustrations et de tout cela.

Nous vous sommes sincèrement reconnaissants d'être venus à si brève échéance et de nous avoir fait part des forces et des faiblesses de vos expériences. Cela nous sera très utile. Nous espérons que, lorsque notre rapport sera publié, vous y verrez ce qui est disponible. Il y a près d'une centaine d'initiatives au Canada qui veulent venir à bout des iniquités en matière de santé, mais elles sont toutes dispersées. Nous espérons que notre rapport aidera les gens comme vous à découvrir celles qui sont utiles et celles qui ne le sont pas. J'ai le sentiment que je reverrai certains d'entre vous. Encore sincèrement merci.

Le comité se poursuit ses travaux à huis clos.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Thursday, November 22, 2007

Swedish Ministry of Health and Social Affairs:

Irene Nilsson-Carlsson, Deputy Director General, Public Health
Division.

Swedish National Institute of Public Health:

Dr. Gunnar Ågren, Director General;
Bernt Lundgren, Public Health Policy Expert.

Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences:

Piroska Ostlin, Senior Researcher.

Wednesday, November 28, 2007

The Quaich Inc.:

Patsy Beattie-Huggan, President.

McMaster University:

John Eyles, Professor, School of Geography and Earth Sciences.

PEI Department of Health:

Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations.

TÉMOINS

Le jeudi 22 novembre 2007

Ministère de la Santé et des affaires sociales de la Suède :

Irene Nilsson-Carlsson, directrice générale adjointe, Division de la
santé publique.

Institut national de la santé publique de Suède:

Dr. Gunnar Ågren, directeur général;
Bernt Lungren, spécialiste des politiques de santé publique.

Institut Karolinska, Département des services de santé publique:

Piroska Ostlin, chercheure principale.

Le mercredi 28 novembre 2007

The Quaich Inc.:

Patsy Beattie-Huggan, présidente.

Université McMaster:

John Eyles, professeur, École de géographie et des sciences de la
Terre.

Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard:

Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel.