



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

---

Wednesday, December 5, 2007  
Tuesday, December 11, 2007  
Wednesday, December 12, 2007

---

### Issue No. 2

#### Third, fourth and fifth meetings on:

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

---

WITNESSES:  
(See back cover)

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 mercredi 5 décembre 2007  
Le mardi 11 décembre 2007  
Le mercredi 12 décembre 2007

---

### Fascicule n° 2

#### Troisième, quatrième et cinquième réunions concernant :

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

---

TÉMOINS :  
(Voir à l'endos)

THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brown  
Callbeck  
Cochrane  
(Quorum 3)

Cook  
Fairbairn, P.C.

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  
Callbeck  
Cochrane  
(Quorum 3)

Cook  
Fairbairn, C.P.

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, December 5, 2007  
(4)

[*English*]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:05 p.m., in room 2, 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 senator present:* The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

*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 committee continued its examination on the social determinants of health.

**WITNESSES:**

*Groupe d'étude sur les politiques et la santé (GÉPPS):*

France Gagnon, PhD, Professor and Co-chair.

*Université de Montréal:*

Nicole Bernier, PhD, Assistant Professor.

Ms Gagnon and Ms Bernier each made a statement and responded to questions.

At 5:55 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

**ATTEST:**

OTTAWA, Tuesday, December 11, 2007  
(5)

[*English*]

The Subcommittee on Population Health met this day at 9:05 a.m., in Room 356-S Centre 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).

*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 committee continued its examination on the social determinants of health.

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le mercredi 5 décembre 2007  
(4)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 5, dans la salle 2 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).

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

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

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

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

**TÉMOINS :**

*Groupe d'étude sur les politiques et la santé (GÉPPS) :*

France Gagnon, PhD, professeure et co-directrice.

*Université de Montréal :*

Nicole Bernier, PhD, professeure adjointe.

Mmes Gagnon et Bernier font chacune une déclaration puis répondent aux questions.

À 17 h 55, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ :**

OTTAWA, le mardi 11 décembre 2007  
(5)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 9 h 5, dans la salle 356-S de l'édifice du Centre, 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).

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

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

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

*WITNESSES (by video conference):*

*U.K. Department of Health:*

Dr. Fiona Adshead, Director General of Health Improvement.

Dr. Adshead made an opening statement and responded to questions.

At 10:45 a.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

*ATTEST:*

OTTAWA, Wednesday, December 12, 2007

(6)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:17 p.m., in room 2, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Lucie Pépin, presiding.

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

*Other senator present:* The Honourable Senator Munson.

*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 committee continued its examination on the social determinants of health.

*WITNESSES:*

*B.C. Interior Health Authority:*

Lex Baas, Director of Population Health.

*University of British Columbia:*

James Frankish, Professor and Program Director.

Mr. Baas and Mr. Frankish each made a statement and responded to questions.

At 4:35 p.m., the Honourable Senator Keon took the chair.

At 5:53 p.m., the committee suspended.

At 5:55 p.m., the committee resumed.

Pursuant to rule 92(2)(e), the committee proceeded in camera to consider a draft agenda.

*TÉMOINS (par vidéoconférence) :*

*Ministère de la Santé du Royaume-Uni :*

Dre Fiona Adshead, directrice générale, Amélioration de la santé.

Dre Adshead fait une déclaration d'ouverture puis répond aux questions.

À 10 h 45, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

OTTAWA, le mercredi 12 décembre 2007

(6)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 17, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Lucie Pépin (*vice-présidente*).

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

*Autre sénateur présent :* L'honorable sénateur Munson.

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

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

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

*TÉMOINS :*

*Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B. :*

Lex Baas, directeur de la Santé des populations.

*Université de la Colombie-Britannique :*

James Frankish, professeur et directeur de programme.

MM. Baas et Frankish font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 16 h 35, l'honorable sénateur Keon prend place au fauteuil.

À 17 h 53, la séance est interrompue.

À 17 h 55, la séance reprend.

Conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement, le comité poursuit la séance à huis clos afin d'examiner une ébauche de programme.

At 6:05 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

*ATTEST:*

À 18 h 5, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

*La greffière du comité,*

Barbara Reynolds

*Clerk of the Committee*

## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, December 5, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:05 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:** Honourable senators, we are delighted today to have with us two expert witnesses. Ms. France Gagnon is principal researcher and professor in the labour, economics and management teaching unit, Télé-Université de l'Université du Québec in Montreal. She is also Co-chair of the Groupe d'étude sur les politiques et la santé. Her field of research and expertise is the management of health care systems and the development of population health policies. Ms. Gagnon is also familiar with Quebec's Public Health Act and is able to discuss some of the implications of section 54 of the act.

Ms. Nicole Bernier, PhD, is an assistant professor of research in preventive medicine at the University of Montreal and a scientific consultant with the National Collaborating Centre for Public Policy and Health. Her research focuses on government policies that influence health and social disparities. Given her expertise, she can offer a comparison of the population health policies adopted in Quebec and those in other jurisdictions. We are looking forward to hearing what she has to say.

Please proceed.

[*Translation*]

**France Gagnon, Professor and Co-chair, Groupe d'étude sur les politiques et la santé (GEPPS):** Mr. Chairman, as a representative of the Groupe d'études sur les politiques publiques et la santé (Study Group on Public Policy and Health), I am pleased to respond to the invitation from the Subcommittee on Population Health of the Senate of Canada. We wish to thank the members of the subcommittee for this opportunity to raise awareness of the research we have conducted since 2005 into public policies conducive to health.

My presentation will address the following three points: the issue surrounding the implementation of section 54 of Quebec's Public Health Act; our main observations on the implementation of section 54, five years after its adoption; and the Act to Combat Poverty and Social Exclusion. May I first remind you of the content of section 54, which states that:

“the minister is by virtue of his or her office the advisor of the Government of Quebec in any public health issue? The minister shall give the other ministers any advice he or she

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 5 décembre 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 5 pour examiner l'impact des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, pour en faire rapport.

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

[*Traduction*]

**Le président :** Honorables sénateurs, nous sommes ravis d'accueillir aujourd'hui deux témoins experts. Mme France Gagnon est chercheuse principale et professeure à l'unité d'enseignement Travail, économie et gestion, Télé-Université de l'Université du Québec à Montréal. Elle est par ailleurs coprésidente du groupe d'étude sur les politiques et la santé. Ses domaines d'expertise en recherche portent sur la gestion des systèmes de soins de santé et le développement des politiques sur la santé des populations. Mme Gagnon connaît bien la Loi sur la santé publique du Québec et elle pourra discuter des répercussions de l'article 54 de cette loi.

Mme Nicole Bernier, PhD, est chercheuse adjointe au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et conseillère scientifique au Centre collaborateur canadien sur les politiques publiques et la santé. Ses intérêts de recherche portent sur les politiques gouvernementales qui influent sur l'état de santé de la population et les disparités sociales en santé. Compte tenu de son expertise, Mme Bernier pourra présenter des comparaisons entre la politique de la santé de la population adoptée au Québec et celles en vigueur dans d'autres juridictions. Nous sommes impatients d'entendre ce qu'elle a à dire.

Allez-y.

[*Français*]

**France Gagnon, professeure et codirectrice, Groupe d'étude sur les politiques et la santé (GEPPS) :** Monsieur le président, j'ai le plaisir de répondre à l'invitation du Sous-comité sur la santé des populations du Sénat du Canada à titre de représentante du Groupe d'études sur les politiques publiques et la santé. Nous tenons à remercier les membres du sous-comité de cette occasion de faire connaître davantage les travaux que nous menons depuis 2005 sur les politiques publiques favorables à la santé.

Ma présentation portera sur les trois points suivants : la problématique de la mise en œuvre de l'article 54 de la Loi sur la santé publique au Québec; les principaux constats sur la mise en œuvre de cet article, cinq ans après son adoption; et la loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Permettez-moi de rappeler d'abord le contenu de l'article 54 selon lequel :

Le ministre de la Santé est d'office, le conseiller du gouvernement du Québec sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il

considers advisable for health promotion and the adoption of policies capable of fostering enhancement of the health and welfare of the population.” This means that when statutory and regulatory measures that could have a significant impact on the population’s health are being drafted, he or she must be consulted.

Let us now turn to its implementation. The findings of a study conducted in 2003 on the perception and implementation of section 54 in the various departments and agencies of the Government of Quebec, and scholarly papers assessing the impacts on health, allowed us to identify three main problems as a starting point for our research.

First, the difficulties experienced by the various departments and agencies in identifying the impact of their actions on public health and welfare; second, the difficulties for the organizations in question of incorporating within government departments and agencies an assessment process as regards the impact on health; and finally, the difficulties for those developing public policy of assessing potential positive or negative impacts on health and welfare. In order to better understand and address some of these problems, or at least attempt to partly address them, we have focused on three areas in our research: the decision-making process; the prospective assessment of the impact on health; and the process of knowledge transfer and acquisition.

To document these processes, we conducted retrospective case studies in four departments, including the Department of Employment and Social Solidarity, which is responsible for the Act to Combat Poverty and Social Exclusion. The rest of my presentation is based on the findings of these case studies, and on an investigation conducted by Jacques Bourgault, co-researcher at the GEPPS, on the conditions for success of interdepartmental provisions adopted by the various provincial governments in Canada in the development of horizontal public policies.

I would now like to move on to my second point, the main observations on the implementation of section 54. I will begin with the findings on other ministries’ perception of health and its determinants. Studies conducted in the public service of Canada and Quebec pointed to the gap between economic and social departments in their awareness of the potential impact of their actions on public health and welfare.

For economic departments, the links between their actions and the impact on public health and welfare is not a concern. This is a concern to the other departments, including the MSSS. The findings of our case studies in various departments tend to confirm this finding, with some qualifications.

In practical terms therefore, each department sees the problem primarily from the perspective of its own mandate. Impacts on health are addressed to the extent that this is relevant to the department’s institutional vision. But in any given area of intervention, there are often conflicting understandings of the problem, especially as regards potential solutions. At the Quebec Department of Agriculture, Fisheries and Food, for instance,

estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l’état de santé et du bien-être de la population. À ce titre, lors de l’élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population, il doit être consulté.

En ce qui concerne sa mise en œuvre, les résultats d’une étude menée en 2003, sur la perception et l’application de l’article 54 dans les différents ministères et organismes du gouvernement du Québec, ainsi que des écrits scientifiques sur l’évaluation d’impacts sur la santé nous ont amenés à dégager trois grands problèmes comme point de départ à notre recherche.

Premièrement, les difficultés pour les ministères et organismes à percevoir des impacts de leurs actions sur la santé et le bien-être de la population; deuxièmement, les difficultés pour les porteurs d’un tel dossier d’intégrer un processus d’évaluation d’impact sur la santé à l’intérieur de l’appareil gouvernemental; enfin les difficultés pour ceux qui ont à formuler des politiques publiques et d’évaluer les impacts potentiels, positifs ou négatifs, sur la santé et le bien-être. Afin de mieux comprendre et de tenter de résoudre, en partie du moins, ces problèmes, notre recherche est centrée autour de trois axes; le processus décisionnel, celui de l’évaluation prospective d’impact sur la santé et le processus de transfert et d’appropriation des connaissances.

Pour documenter ces processus, nous avons procédé à des études de cas rétrospectives au sein de quatre ministères, dont celui de l’Emploi et de la Solidarité sociale responsable de la loi visant à lutter contre la pauvreté. La suite de ma présentation s’appuie sur les résultats qui se dégagent de ces études de cas ainsi que sur une enquête conduite par Jacques Bourgault, cochercheur au GÉPPS sur les conditions de succès des dispositifs interministériels adoptés par les gouvernements de différentes provinces canadiennes.

Deuxième point annoncé : les principaux constats sur la mise en œuvre de l’article 54. Je présenterai, dans un premier temps, les constats relatifs à la perception de la santé et de ses déterminants des autres ministères. Des études réalisées au sein des fonctions publiques canadienne et québécoise ont fait ressortir l’écart entre les ministères à vocation économique et ceux à vocation sociale en ce qui concerne la sensibilisation de l’impact de leurs actions sur la santé et le bien-être des populations.

Pour les ministères à vocation économique, la question des liens entre leurs actions et l’impact sur la santé et le bien-être des populations n’est pas de leur ressort. Elles concerneraient plutôt les autres ministères, dont celui de la Santé. Les résultats des études que nous avons conduites au sein de divers ministères du gouvernement du Québec tendent à confirmer ce constat, mais appellent à la nuance.

Ainsi, dans les faits, au moment de la formulation de politiques publiques, chaque ministère envisage le problème à l’étude d’abord et avant tout à travers sa propre mission. Les impacts sur la santé sont abordés dans la mesure où cela rejoint la vision institutionnelle du ministère. Mais dans un domaine d’interventions donné, il y a, le plus souvent, confrontation de différentes visions quant à la lecture du problème, mais surtout en

there are three concurrent views on the Act Respecting Commercial Aquaculture. Some divisions of the department focus on the economic aspect of aquaculture development while another division is more interested in food safety. Public health stakeholders, for their part, see this as an opportunity to introduce omega 3s in hatchery fish production.

A more detailed analysis of the dynamics between the stakeholder groups shows that in each case, the stakeholders' vision of the problem and most often of potential solutions relate to economic, environmental, safety or administrative visions.

In short, it is difficult to maintain the interest of departments and agencies in the potential impacts that their actions could have on health and well-being when there are factors more closely related to their own mission to consider.

Furthermore, the consideration of health and well-being determinants is rather implicit in the formulation of public policies. I would now like to make some observations on the development and implementation of interdepartmental mechanisms. Within the MSSS, steps have been taken to develop an intragovernmental health impact assessment process. These initiatives include the creation of a committee of departmental sponsors; the dissemination of an information bulletin; the preparation of a practical health impact assessment guide, an issue I will revisit in the next section of my presentation; and the publication of a document to raise awareness about the determinants of health, again for the use of other departments.

According to MSSS data, the number of opinions requested and/or consultations received and processed by the department with regard to proposed laws and regulations increased in 2006-2007.

A number of these requests came from the cabinet committee on social, educational and cultural development of the Executive Council Secretariat. Even before the adoption stage, a brief on the proposed action has already been drafted by the department or agency in question and submitted to the Executive Council Secretariat. The brief that you have been given provides you with more in-depth information, particularly on the committee of departmental sponsors. In order to keep within the time that has been allocated to me, I will end this section with a few final comments on conducting health impact assessments, commonly referred to as HIAs.

First, I would like to point out the ambiguousness of the expression "significant impact" used in section 54 of the act and, in particular, the application problems resulting from this ambiguity. What criteria or standards are used to determine whether an impact is significant?

That is why the MSSS developed a practical guide for HIAs. This guide contains the basic information needed to perform this type of assessment, as well as screening and scoping tools. This

ce qui concerne les solutions envisagées. Par exemple, dans le cas du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, trois visions coexistent relativement au projet de loi sur l'aquaculture commerciale. Certaines directions du ministère sont préoccupées par l'aspect économique du développement de l'aquaculture; alors qu'une autre direction est davantage préoccupée par l'innocuité de la production alimentaire. De leur côté, les acteurs de santé publique y verront l'occasion d'introduire des omégas 3 lors de la production d'élevage de poissons.

Ainsi, une analyse plus fine de la dynamique entre les différents groupes d'acteurs permet de constater que, dans chacun des cas, les visions du problème des acteurs et le plus souvent des solutions potentielles qui sont partagées entre des visions tantôt économiques, tantôt environnementales ou encore plutôt sécuritaires ou administratives.

En somme, il est difficile de soutenir l'intérêt des ministères et organismes dans leur contexte respectif alors que différents enjeux liés de plus près à leur mission sont en compétition avec la santé et le bien-être.

De plus, la prise en compte des déterminants de la santé et du bien-être est plutôt implicite lors de la formulation des politiques publiques. Deuxième série de constats sur le développement et le fonctionnement des mécanismes interministériels. Au ministère de la Santé, des initiatives ont été entreprises afin de favoriser le développement d'un processus intragouvernemental d'évaluation d'impacts sur la santé. Parmi ces initiatives, la création d'un réseau de répondants ministériels, la diffusion d'un bulletin d'information, le développement d'un guide pratique d'évaluation d'impact, sur lequel je reviendrai dans la section suivante et la publication d'un document de sensibilisation aux déterminants de la santé, toujours pour les autres ministères.

Selon les données disponibles au ministère de la Santé, le nombre d'avis ou de consultation sur des projets de loi ou règlements reçus et traités par le ministère a augmenté en 2006-2007.

Plusieurs de ces demandes proviennent toutefois du comité ministériel du développement social, éducatif et culturel du Secrétariat du conseil exécutif. Bien que l'on soit en amont de l'adoption, le mémoire sur l'action envisagée est déjà rédigé par le ministère ou l'organisme concerné et déposé auprès du Secrétariat. Vous avez donc dans le texte, plus de détails notamment sur le réseau de répondants afin de respecter mon temps qui m'est imparti, je terminerai cette section avec une dernière série de constats portant sur la réalisation des évaluations d'impacts sur la santé appelée EIS.

D'entrée de jeu, il faut souligner l'ambiguïté de l'expression d'impacts significatifs mentionnés dans l'article 54 et surtout les difficultés d'application qui en découlent. À partir de quels critères ou de quelles normes peut-on déterminer qu'un impact est significatif?

Afin de soutenir les personnes chargées d'élaborer les projets de loi et règlements, le ministère de la Santé a développé un guide pratique d'évaluation d'impact. Ce guide présente l'information



assessment, which is intended to be strategic in the sense that it focuses on screening for and identifying potential impacts, is voluntary. Furthermore, the INSPQ, Quebec's institute for public health, is currently developing a methodology for the drafting of reports on public and health policies, with a view to standardizing the opinion and knowledge summaries prepared for the Minister of Health or the MSSS.

In short, the ability to document the impact and quality of the data are determining factors in carrying out health impact assessments.

To respond to the subcommittee's question regarding the Act to Combat Poverty and Social Exclusion, no formal coordination exists between the measures relating to section 54 and those relating to section 20 of the Act to Combat Poverty, which states that each minister must give an account of proposals of a legislative or regulatory nature that he considers could have impacts on the income of persons who live in poverty.

However, it is the Advisory Committee on Combating Poverty and Social Exclusion, struck in 2006, that has an oversight role on government policies having impacts on poverty and social exclusion. The Act to Combat Poverty and Social Exclusion, passed in December 2002, is a framework law that sets out key principles to guide government actions.

Pursuant to the act, the Department of Employment, Social Solidarity and Family Welfare introduced the government action plan to combat poverty and social exclusion in April 2004.

A case study was carried out on the action plan, and I would be happy to discuss it during the question and answer session if that would be of use to you.

In conclusion, section 54 certainly provides significant leverage to encourage the development of public policies conducive to health. However, although it is technically the law, section 54 is more of an incentive, since there is no formal sanction for non-compliance. In general, there is a great deal of work to be done on the transfer and appropriation of knowledge on the development of public policies conducive to health from the MSSS and INSPQ to the departments and agencies and in cooperation with the academic community.

Health and welfare determinants, the carrying out of impact assessments and the review of policies implemented elsewhere are all matters of concern in this regard.

**The Chair:** Thank you, Ms. Gagnon.

nécessaire à la réalisation d'une telle évaluation et comporte des grilles pour le dépistage des impacts potentiels sur la santé ainsi que pour le cadrage et l'analyse sommaire. Cette évaluation se veut davantage stratégique au sens où elle met l'accent sur le dépistage et permet ainsi un repérage des impacts potentiels. Elle se fait sur une base volontaire. Par ailleurs, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est à développer une méthodologie pour la réalisation de rapports sur les politiques publiques et la santé afin de permettre la standardisation des avis et synthèses de connaissances produits pour le ministère ou le ministre.

En somme, la capacité de documenter les impacts et la qualité des données utilisées sont des facteurs déterminants dans la réalisation des évaluations d'impacts sur la santé.

Enfin, pour répondre à la question du sous-comité concernant la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, il n'y a pas de coordination formelle entre les mesures relatives à l'article 54 et celles relatives à l'article 20 de la Loi sur la pauvreté, qui précise que chaque ministère doit signaler au gouvernement les propositions de nature législative ou réglementaire pouvant, à son avis, affecter le revenu de personnes qui vivent dans la pauvreté.

Par contre, c'est le Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale créée en 2006, qui a un rôle de vigie par rapport aux politiques gouvernementales ayant des effets sur la pauvreté et l'exclusion sociale. La Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion adoptée en décembre 2002 est une loi-cadre qui énonce les principes clés devant guider l'action gouvernementale.

En vertu de cette loi, en avril 2004, le ministère de l'Emploi et de la solidarité sociale et de la famille a déposé le plan d'action gouvernemental en matière de lutte à la pauvreté et l'exclusion sociale.

Ce plan d'action a fait l'objet d'une étude de cas sur laquelle je reviendrai lors de la période de questions, si vous le souhaitez.

En conclusion, l'article 54 constitue certes un levier important pour favoriser le développement de politiques publiques favorables à la santé. Toutefois, bien qu'il s'agisse d'une mesure légale, dans les faits, l'article 54 a une portée plutôt incitative puisqu'aucune contrainte formelle ne s'applique à son non-respect. De façon générale, il y a un important travail de transfert et d'appropriation de connaissances à réaliser sur la problématique de l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, du ministère de la Santé et de l'Institut vers les ministères et organismes et en collaboration avec le milieu universitaire.

Cela concerne autant les déterminants de la santé et du bien-être, la réalisation des évaluations d'impact que la prise en considération de politiques réalisées par ailleurs.

**Le président :** Merci, madame Gagnon.

[English]

I was very interested in what you had to say and recognize that, from a public health point of view, Quebec is well ahead of the rest of Canada.

Is any feedback available between the population health status of people and the policies that combat poor health, such as poverty and sanitation for example? Is there any connectivity between the information you gather from a population experiencing poor health and the policies and measures implemented in the health care system or even more broadly from a social point of view to combat poor sanitation and housing, et cetera? We are looking for that type of information somewhere in Canada and I thought Quebec may be ahead of the rest of the country.

[Translation]

**Ms. Gagnon:** I am afraid that I am going to have to disappoint you as the passage and implementation of section 54, as part of the Public Health Act, is a relatively recent event: section 54 was only implemented in June 2002. The government is in the process of ensuring that it is respected in the various departments and organizations. It is still too early to evaluate the impact on population health.

The same is essentially true of the Act to Combat Poverty and Social Exclusion: As it was adopted in 2002, it too is fairly new. I do not have exact figures as to poverty levels in Quebec but thus far the focus has not so much been the impact of the legislation on population health, but, rather, the political and administrative machinery available to ensure that departments other than the MSSS give consideration to the impact of their activities on health and welfare.

We know that health determinants, such as the physical and social environment, have a more significant impact on population health than do factors such as the health care system.

The real aim of section 54 is, therefore, to ensure that other departments, such as the Department of Transport and Department of the Environment, think about how their activities impact upon population health. This is a challenge that has been with us for a number of years.

[English]

**The Chair:** To follow up on your response, Sweden is beginning to get connectivity between their pockets of poor health and the implementation of social programs such as you mentioned. Initially, you said there was not much connectivity, but in your answer you mentioned that planning relating to environment and sanitation in the communities must link with public health. If you are doing that, you are the first place in Canada to get public health approval for any kind of community or provincial program. Could you enlighten us on that?

[Traduction]

J'ai trouvé très intéressant ce que vous aviez à dire et je reconnais que du point de vue de la santé publique, le Québec a une avance marquée sur le reste du Canada.

Existe-t-il des données sur le lien qui pourrait exister entre l'état de santé de la population et les politiques pour lutter contre la mauvaise santé, notamment en matière de pauvreté et d'hygiène, par exemple? Y a-t-il un lien entre l'information que vous recueillez auprès d'une population en mauvaise santé et les politiques et mesures mises en œuvre dans le régime de soins de santé ou de façon encore plus générale du point de vue social pour lutter contre la mauvaise hygiène et de mauvais logements, et cetera.? Nous cherchons à obtenir ce type d'information quelque part au Canada et j'ai pensé que le Québec serait peut-être en avance par rapport au reste du pays à cet égard.

[Français]

**Mme Gagnon :** Malheureusement, je vais vous décevoir parce que dans un sens, l'adoption et la mise en œuvre de l'article 54, qui font partie de la Loi sur la santé publique, sont relativement récentes si on considère que l'article 54 a été mis en œuvre en juin 2002. On essaie de faire en sorte que l'article soit appliqué dans les différents ministères et organismes. Il est tôt pour voir les impacts des lois sur la population.

Dans le cas de la Loi sur la pauvreté, c'est un peu la même chose, dans le sens qu'ayant été adoptée en 2002, la loi est relativement récente. Je n'ai pas les taux exacts de pauvreté au Québec, mais en ce moment, on a moins regardé l'impact des lois en tant que tel sur la population, mais plutôt de quelle façon on pouvait arriver à l'intérieur de l'appareil politico-administratif, faire en sorte que les impacts sur la santé et le bien-être soient effectivement considérés par les autres ministères qui sont aussi souvent touchés par des ministères autres que celui de la santé.

On sait que les déterminants de la santé jouent beaucoup, comme l'environnement physique et l'environnement social jouent aussi, plus que le système de soins, un rôle important sur la santé des populations.

Alors, l'objectif de l'article 54 est vraiment d'arriver à faire en sorte que les autres ministères — le ministère des Transports et le ministère de l'Environnement — aient ce souci de considérer les impacts de leurs actions sur la santé. C'est un défi présent depuis plusieurs années.

[Traduction]

**Le président :** Pour donner suite à votre réponse, la Suède commence à faire le lien entre la portion de leur population en mauvaise santé et la mise en œuvre de programmes sociaux comme ceux que vous avez mentionnés. Initialement, vous avez dit qu'il n'y avait pas beaucoup de lien, mais dans votre réponse vous avez mentionné que lorsqu'on planifie l'environnement et l'hygiène dans les collectivités, il faut faire le lien avec la santé publique. Si c'est ce que vous faites, vous êtes le premier endroit au Canada où l'on obtient l'approbation de la santé publique pour un programme provincial ou communautaire. Pourriez-vous nous éclairer à cet égard?

[Translation]

**Ms. Gagnon:** Perhaps I misunderstood your question. When you talk about public health, I assume you mean public health stakeholders and their role in the process?

You are undoubtedly aware that public health in Quebec is structured differently than it is in other provinces. In recent years, public health has been built up centrally to a rather large degree, within the Public Health Branch at the department and at the Institut national de santé publique. At the regional level, there are public health branches, and locally, efforts are also underway to redefine the role of public health through health and social services centres.

As regards the application of section 54, the ministère de la Santé does indeed have close ties to stakeholders at the Institut national de la santé publique. The public health institutes play an important role in documenting all aspects of what we call “health impact assessments.” They are defining a method to produce opinions and analyses as systematically as possible, to document the positive or negative impact that certain measures may have on health.

I do not know if that was the thrust of your question, but public health stakeholders play an important role in putting in place and developing policies that promote health.

Moreover, in an exploratory study conducted in 2006, we attempted, somewhat naively perhaps, to put together an inventory of public health initiatives based on policies that promote health, for the period from 1995 to 2005. Our study shows that most initiatives focused on environmental and lifestyle determinants. The stakeholders we met told us that in the years to come, greater emphasis should be placed on social determinants and that that aspect of social determinants was often difficult to document.

[English]

**The Chair:** Yes.

In the old days of medicine, there were fundamentally two determinants of health, genetic and environmental.

Now we talk about a dozen determinants of health, and we are making progress. Thank you for your answer.

**Senator Eggleton:** Just to follow up on that question, poverty is a major social determinant of health. There is a public health act attempting to follow a population health approach. There is an act to combat poverty and social exclusion. Obviously, poverty comes within the interest of both of those areas.

[Français]

**Mme Gagnon :** Je n’ai peut-être pas saisi le sens de votre question. Lorsque vous parlez de la santé publique, j’imagine que vous entendez les acteurs de santé publique et leur place dans le déroulement?

Vous savez probablement qu’au Québec, la santé publique est structurée différemment que dans les autres provinces. Au cours des dernières années, il y a eu une structuration assez forte de la santé publique au niveau central et à la Direction de la santé publique au ministère et à l’Institut national de santé publique également. Il y a aussi, au régional des directions de santé publique, et sur le plan local, on est aussi à redéfinir le rôle de la santé publique à travers des centres de santé et de services sociaux.

Pour l’application de l’article 54, le ministère de la Santé a effectivement des liens étroits avec les acteurs de l’Institut national de la santé publique. L’Institut de santé publique jouent un rôle important dans la documentation de tout l’aspect de ce qu’on appelle « des évaluations d’impact sur la santé ». Ce sont eux qui sont en train de définir une méthode pour produire des avis et des synthèses de la façon la plus systématique possible afin de documenter l’impact positif ou négatif que telle action pourrait avoir sur la santé.

Je ne sais pas si c’est dans ce sens que vous posiez votre question, mais les acteurs de santé publique ont un lien important dans toute cette mise en place et cet effort fait pour le développement de politiques favorables à la santé.

Par ailleurs, dans une étude exploratoire qu’on a menée en 2006, on a tenté, de façon un peu naïve, de faire l’inventaire des actions de santé publique en matière de politiques favorables à la santé pour la période de 1995 à 2005. Ce qui est ressorti de notre étude, c’est que la plupart des actions avaient été faites sur les déterminants de l’environnement et des habitudes de vie. Les acteurs qu’on a rencontrés nous ont dit que dans les prochaines années, il faudrait davantage mettre l’action sur les déterminants sociaux et que cet aspect des déterminants sociaux était souvent plus difficile à documenter.

[Traduction]

**Le président :** Oui.

En médecine, à l’époque, il y avait fondamentalement deux déterminants de la santé, le déterminant génétique et le déterminant environnemental.

Nous parlons maintenant d’une douzaine de déterminants de la santé, et nous faisons des progrès. Je vous remercie de votre réponse.

**Le sénateur Eggleton :** Pour revenir sur cette question, la pauvreté est un important déterminant social de la santé. Il y a une loi sur la santé publique qui tente de suivre une approche qui se fonde sur la santé de la population. Il y a une loi pour combattre la pauvreté et l’exclusion sociale. Manifestement, la pauvreté est une question qui relève de ces deux domaines.

While you say the economic departments do not seem to have much of an interest in public health or welfare concerns, quite obviously poverty is an economic issue as well.

How does all this get coordinated, or does it? Will it all be a happy coincidence that it comes together? Is there some coordination and where is it? Is there coordination from the top, at the cabinet level? Is there a political will to coordinate this?

[Translation]

**Ms. Gagnon:** You have raised several important questions. In my brief, I raised those aspects and I am going to come back to that. For starters, section 54 stipulates that departments must consult, but there are no real formal constraints. For the time being, the ministère de la Santé has chosen to use an incentive-based approach. It has selected three strategies: first, the impact assessment process within government, secondly, the creation of links with the Institut de santé publique to document knowledge about impact assessments, and thirdly, investments in research.

As regards the development of an intergovernmental process, I will go back to my brief, if I may. Various steps have been taken including the most important one which is closest to your question, and which is the creation of an interdepartmental committee called a network of respondents.

The ministère de la Santé created this network of respondents. The impact assessment guide is being developed. An outreach document on health determinants is also being published. If we focus on the network of respondents, on studies that have been conducted, we can say that the network of respondents from the departmental committee is variable. Of course it does seem that when they are closer to the deputy minister's office or the departmental secretariat, they have an easier time disseminating the information. The issue of turnover among the respondents involved remains. Most of the respondents questioned, although they did not have a formal mandate, did go to great lengths to distribute the information in their departments.

Moreover, links have been created between the team at the ministère de la Santé responsible for section 54 and the Executive Council to ensure that the evaluation grids are sent to the department when a draft memorandum or regulation is tabled. They indicate whether or not there is an impact on health. If the information has been taken into account, the evaluation grids are sent to the Ministère de la Santé so that it can take a look at the impact assessment process. I do not know if that answers your question.

**Senator Pépin:** Thank you, I am very happy that you have come. You were just talking about the impact. You say that there is a practical guide, and so on. If I understand correctly, the ministère de la Santé is in charge and provides that. Yet there

Vous dites que les départements d'économie ne semblent pas beaucoup s'intéresser aux questions de santé publique ou de bien-être, mais de toute évidence la pauvreté est une question économique également.

Comment se fait la coordination, ou est-ce qu'il se fait une coordination? Est-ce tout simplement une coïncidence heureuse si tout tombe en place? Y a-t-il une coordination, et où se fait-elle? Y a-t-il une coordination à l'échelle supérieure, au niveau du conseil des ministres? Y a-t-il une volonté politique de coordonner cela?

[Français]

**Mme Gagnon :** Vous soulevez plusieurs questions importantes. J'ai soulevé dans mon texte ces différents aspects et je vais y revenir. D'une part, l'article 54 dit que les autres ministères doivent consulter, mais il n'y a pas vraiment de contrainte formelle. Pour le moment, le ministère de la Santé a choisi d'y aller de façon incitative. Il a choisi trois stratégies : un, le processus d'évaluation d'impact dans l'appareil gouvernemental, deux, la formation de liens avec l'Institut de santé publique pour documenter l'aspect des connaissances sur les évaluations d'impact et trois, l'investissement dans la recherche.

En ce qui concerne le développement d'un processus intragouvernemental, je vais revenir à mon texte si vous le permettez. Différentes actions ont été entreprises dont la plus importante qui répond davantage à votre question, qui est la création d'un comité interministériel, qu'on appelle un réseau de répondants.

Le ministère de la Santé a donc créé un réseau de répondants. Il y a l'élaboration d'un guide d'évaluation d'impact. Il y a aussi eu la publication d'un document de sensibilisation aux déterminants de la santé. Si on se concentre sur le réseau des répondants, sur les autres études qui ont été réalisées, on peut dire que leur participation est variable. Il semble bien entendu que lorsqu'ils sont plus près du bureau du sous-ministre ou du secrétariat du ministère, ils ont plus de facilités à faire passer l'information. Il y a toujours la question du roulement des répondants qui intervient. La plupart des répondants interrogés, bien qu'ils n'avaient pas de mandat formel, faisaient vraiment un effort pour faire circuler l'information dans leur ministère.

Par ailleurs, des liens ont été créés entre l'équipe responsable au ministère de la Santé de l'article 54 et le Secrétariat du conseil exécutif pour faire en sorte d'envoyer les grilles au ministère lorsqu'un projet de mémoire ou de règlement est déposé. On y indique si cela a un impact ou non sur la santé. Si ces informations ont été prises en compte, les grilles sont envoyées au ministère de la Santé pour que celui-ci puisse jeter un œil sur le processus d'évaluation d'impact. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

**Le sénateur Pépin :** Je vous remercie, je suis très contente que vous soyez venue. Vous parlez justement de l'impact. Vous dites qu'il y a eu un guide pratique, et cetera. Au départ, si je comprends bien, le ministre de la Santé est le grand patron et c'est

seems to be an economic side. It seems that departments with an economic focus are having some difficulty coordinating their involvement in health.

You then told us that the practical guide does not contain formal constraints regarding assessments. I think section 54 is very good, but there seems to be a lack of coordination that means on the one hand, you have people who do want something for health, but for them, the issue is the absence of disease, not prevention. It is very difficult to reconcile the two. Has the government been able to create a group or a system to apply that? In Sweden, they began with regional groups, the government, and different aspects. Did Quebec do that before trying to coordinate, so that people on the economic side came on board and said: of course, we must spend or take action to prevent disease and poverty, and so on?

**Ms. Gagnon:** There were several parts to your question.

**Senator Pépin:** There were very clear objectives.

**Ms. Gagnon:** For starters, section 54 clearly targets the provincial level first and foremost. Moreover, initiatives are underway in the regions, in Quebec, through the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, which was set up by the Public Health Agency of Canada. Efforts are underway to develop initiatives like that in the regions.

As regards the involvement of departments with more of an economic focus, I would not want to imply that nothing is being done. If we look at the policy, in other words the Act to Combat Poverty and Social Exclusion, I went over that part quickly. Several steps have been taken. An oversight committee has been created and includes participants from several departments including some with a social focus, but also some with an economic focus.

The ministère des Finances does not necessarily participate in this oversight committee, but there are nonetheless a number of diversified departments that do participate in it to assess the impact of the Act to Combat Poverty and Social Exclusion on an annual basis.

So there is that aspect. There is another point, for example, in the case studies we have done. I told you about what is being done at the ministère de l'Agriculture et des Pêcheries et de l'Alimentation, at the ministère de l'Emploi et de la Solidarité. We have taken a look at the work done at the Ministère de l'Environnement and at the ministère des Transports.

It is the same at the ministère des Transports; we know, par exemple, that the accident toll is a very important aspect. At the Ministère des Transports, health promotion work is being done with a view to reducing the accident toll.

lui qui donne cela. Par contre, il semble y avoir une vocation économique. Il semble que les ministères qui ont une vocation économique ont un peu de difficulté de coordination dans leur implication dans le domaine de la santé.

Vous nous avez ensuite dit que dans le guide pratique, il n'y avait pas de contrainte formelle sur le plan de l'évaluation. Je trouve que la proposition 54 est très bien, mais il semble y avoir un manque de coordination qui fait que vous avez, d'une part, les gens qui veulent bien avoir quelque chose pour la santé, mais pour eux, d'autre part, c'est l'absence de maladie contrairement à la prévention. C'est très difficile de faire concorder les deux. Le gouvernement a-t-il été capable de créer un groupe ou un système pour faire appliquer cela? En Suède, ils ont commencé avec des groupes régionaux, le gouvernement et différentes choses. Est-ce qu'au Québec, on a franchi cette étape avant d'essayer de coordonner, pour que les gens à vocation économique embarquent et disent : il est entendu qu'il faut qu'on dépense ou qu'on fasse telle action pour prévenir la maladie et la pauvreté, et cetera.

**Mme Gagnon :** Il y a plusieurs volets dans votre question.

**Le sénateur Pépin :** Il y avait des objectifs très clairs.

**Mme Gagnon :** D'une part, il est certain que l'article 54 vise d'abord et avant tout le provincial. Par ailleurs, il y a des initiatives qui sont en cours dans les régions, au Québec, via le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, qui a été créé par l'Agence canadienne de santé publique. Des efforts sont en train de se faire pour développer de telles initiatives dans les régions.

En ce qui concerne l'implication des ministères davantage à vocation économique, je ne voudrais pas laisser l'idée que rien ne se fait. Si on regarde la politique, c'est-à-dire la Loi sur la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, j'ai passé rapidement sur cette partie. Il y a vraiment plusieurs étapes qui ont été franchies. Un comité de suivi a été créé dans lequel participent plusieurs ministères dont certains à vocation sociale, mais aussi certains ministères à vocation économique.

Le ministère des Finances ne participe pas nécessairement à ce comité de suivi, mais il y a quand même un ensemble de ministères diversifiés qui participent au comité de suivi pour faire le bilan sur la Loi sur la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale de façon annuelle.

Il y a cet aspect. Un autre point est important, par exemple, dans les études de cas que nous avons faites. Je vous ai parlé de ce qui a été fait au ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation, au ministère de l'Emploi et de la Solidarité. On s'est intéressé aux travaux faits au ministère de l'Environnement et au ministère des Transports.

C'est la même chose au ministère des Transports; on sait, par exemple que le bilan routier est un aspect très important. Au ministère des Transports, il y a des choses qui se font en termes de promotion de la santé pour faire en sorte que le bilan routier s'améliore.

For example, an issue table was created in recent years, and the various public health stakeholders have participated. So we know that some very specific action has been taken in various sectors. It takes the shape of coordination tables and oversight committees involving departments from various sectors. In Quebec, not everything being done in terms of public health policy is strictly linked to section 54. It is important to emphasize that.

**Senator Pépin:** Various means have been used to reduce disparity and inequality in health, for vulnerable groups, including Aboriginal families, pregnant women, and immigrants. In Quebec, what would be the corner stone or the essential strategy for improving health and reducing disparity among the various groups?

**Ms. Gagnon:** That is a highly complex question.

**Senator Pépin:** In your view, is the government, namely through its projects, spending enough time looking at this aspect? Will this issue be considered, if it has not yet been studied?

Clearly, as you have said, the process has just begun. So we will have to wait a year or two for the results.

**Ms. Gagnon:** Public health stakeholders often refer to section 54 as a lever. That way, movement and interest in an issue is generated, which raises awareness in people outside the Ministère de la Santé. That is an important point.

Various public health stakeholders are attempting to systematically document impacts and to acquire the knowledge necessary to measure the impact of all actions on health. In fact, for departments, section 54 means changing the way they work. Departments are accustomed to using a vertical approach. We are now asking them to adopt a horizontal one.

This approach is already used in certain sectors where we work with issue tables and oversight committees. However, we cannot make issue tables mandatory. We must start with the practices that are already in place. For departments, that means changing the corporate culture.

A similar section was adopted in Switzerland, and it recently came into force. In the life of an institution, five years is hardly enough to measure impacts on health.

For our part, we have not focussed as much on health impacts as we have on ways of insuring that health becomes a frontline concern within government and the administration. Stakeholders in health should not bear the weight of these concerns alone, the others departments must do so too. This is more or less the process that we are attempting to understand in all its dimensions.

Par exemple, une table de concertation fut créée, au cours des dernières années, et les différents intervenants en santé publique y ont participé. On constate donc plusieurs actions concrètes dans les différents secteurs. Elles prennent la forme de tables de coordination et de comités de suivi auxquels prennent part les ministères de différents secteurs. Au Québec, tout ce qui se fait en matière de politique publique dans le domaine de la santé n'est pas strictement lié à l'article 54. Il est important de souligner ce point.

**Le sénateur Pépin :** Divers moyens ont été pris pour réduire la disparité et les inégalités, dans le domaine de la santé, envers certains groupes vulnérables, par exemple les familles autochtones, les femmes enceintes et les immigrants. Au Québec, quelle serait la pierre angulaire ou la stratégie essentielle pour améliorer la santé et réduire les disparités entre les différents groupes?

**Mme Gagnon :** Cette question est fort complexe.

**Le sénateur Pépin :** À votre avis, est-ce que le gouvernement, par le biais entre autres de ses projets, se penche suffisamment sur cet aspect? Est-ce que la question sera étudiée, si elle ne l'est pas encore?

Évidemment, comme vous dites, le processus vient de s'amorcer. On devra donc attendre un an ou deux avant de connaître les résultats.

**Mme Gagnon :** Les intervenants dans le domaine de la santé publique parlent souvent de l'article 54 comme d'un levier. En ce sens, il se crée un mouvement et un intérêt autour de la question, ce qui sensibilise la population à l'extérieur du ministère de la Santé. Ce point est important.

Les différents acteurs dans le domaine de la santé publique tentent de documenter, de façon systématique, les impacts et d'acquiescer les connaissances nécessaires pour mesurer l'effet de chaque action sur la santé. En fait, l'article 54 implique, pour les ministères, un changement dans leur façon de travailler. Ceux-ci sont habitués de travailler en silo. On leur demande maintenant de travailler de façon verticale.

Cette façon de faire se retrouve déjà dans certains secteurs où on travaille autour de tables de concertation et de comités de suivi. On ne peut toutefois pas décréter qu'une table de concertation est obligatoire. Il faut commencer avec les pratiques déjà en place. En ce sens, il y a tout un changement de culture à faire dans les ministères.

On a adopté un tel article en Suisse, et il est en application depuis peu. Cinq ans, dans la vie d'une institution, c'est bien peu pour mesurer l'impact sur la santé.

Pour notre part, nous ne nous sommes pas penchés autant sur les impacts sur la santé que sur la façon dont on pourrait faire en sorte que la santé devienne une préoccupation de première ligne dans l'appareil politique et administratif. Ce ne sont pas seulement les intervenants dans le domaine de la santé qui devraient porter le poids de cette préoccupation, mais aussi les autres ministères. C'est un peu ce processus que nous tentons de comprendre sous ses différentes dimensions.

The use of knowledge is fundamental. The knowledge is often enough available, however, it is not always used.

The work must be done in the medium and long term. Some public policy models require observing changes over a ten-year period. Consequently, I believe that it will take some time before we see the results.

**Senator Pépin:** Let's say that it is a wonderful opportunity.

**Ms. Gagnon:** Indeed.

[English]

**Senator Callbeck:** Thank you for coming here today. I wanted to ask about coordination. The minister, of course, is responsible. You mentioned many different committees, but with regard to the question on coordination, you mentioned interdepartmental committees. However, there is not a cabinet committee. Is that right?

**Ms. Gagnon:** No.

**Senator Callbeck:** Has any thought been given to that?

[Translation]

**Ms. Gagnon:** Unfortunately I have no way of knowing that. The current respondents committee is located within the Department of Health. The Executive Council Secretariat has closer ties with the Premier's Office. That is the level at which all of these actions take place. To my knowledge, there is no particular committee in charge of clause 54.

In Quebec, this type of provision is called an impact clause. There are many such impact clauses in Quebec. There is one on poverty and one on health. We also pay special attention to the regions and to economic development. We have quite a number of impact clauses.

We are taking a closer look at this issue so that the health impact assessment might become part of a more comprehensive framework. This entire movement, including the health impact study, arises out of the environmental impact study. There has been a trend in some European countries to integrate the health impact assessment with the environmental impact assessment and the social impact assessment in order to avoid duplication and to make the best use of the impact assessment resources.

With respect to clause 54, the ministère de la Santé takes the lead, along with stakeholders from the Institut national de santé publique.

[English]

**Senator Callbeck:** I wanted to ask you about those powers. It says that it gives the minister a power of initiative to issue proactive advice to other ministers in the aim of promoting health and supporting the adoption of policies that foster the health of the population.

L'utilisation des connaissances est fondamentale. Les connaissances sont souvent disponibles. Toutefois, elles ne sont pas toujours utilisées.

Le travail doit se faire à moyen et à long terme. Selon certains modèles de politique publique, on doit observer les changements sur une période de dix ans. Par conséquent, j'estime qu'il faudra quand même un certain temps avant de voir les résultats.

**Le sénateur Pépin :** Disons que c'est une bien belle fenêtre qui s'ouvre.

**Mme Gagnon :** En effet.

[Traduction]

**Le sénateur Callbeck :** Merci d'être venue ici aujourd'hui. Je voulais vous poser une question au sujet de la coordination. Naturellement, le ministre est responsable. Vous avez mentionné de nombreux comités, mais en ce qui concerne la question de la coordination, vous avez mentionné les comités interministériels. Cependant, il n'y a pas de comité du Cabinet, n'est-ce pas?

**Mme Gagnon :** Non.

**Le sénateur Callbeck :** Y a-t-on déjà songé?

[Français]

**Mme Gagnon :** Je ne suis malheureusement pas dans le secret des dieux. Le comité de répondants existant est au niveau du ministère de la Santé. Les liens les plus étroits avec le cabinet du premier ministre se font par le biais du Secrétariat du conseil exécutif. C'est vraiment sur ce plan que des actions sont faites. À ma connaissance, il n'existe aucun comité—lié au bureau du premier ministre — en particulier chargé de l'article 54.

Au Québec, on appelle ce type d'article une clause d'impact. On retrouve au Québec plusieurs clauses d'impact. Il en existe une sur la santé et une sur la pauvreté. On porte aussi une attention particulière aux régions et au développement économique. On accumule donc les clauses d'impact.

Nous sommes d'ailleurs en train de nous pencher sur cette question afin de faire en sorte que l'évaluation d'impact sur la santé soit intégrée dans un cadre plus global. Tout ce mouvement, incluant l'évaluation d'impact sur la santé, vient de l'évaluation d'impact sur l'environnement. Dans certains pays européens, on a cherché à intégrer l'évaluation d'impact sur la santé à l'évaluation d'impact environnemental et l'évaluation d'impact social pour faire en sorte d'éviter de multiplier les efforts, de disperser les ressources liées à l'évaluation d'impact.

Pour ce qui est de l'article 54, le principal instigateur est le ministère de la Santé, avec des intervenants de l'Institut national de santé publique.

[Traduction]

**Le sénateur Callbeck :** Je voulais vous parler de ces pouvoirs. On dit que cela donne au ministre un pouvoir d'initiative pour fournir des conseils proactifs à d'autres ministres en vue de promouvoir la santé et d'appuyer l'adoption de politiques qui font la promotion de la santé de la population.

Since the Public Health Act has come into force, how many times has the minister issued proactive advice? Do you have a rough estimate? Has it been several times?

[*Translation*]

**Ms. Gagnon:** According to the department data, there was an increase in the number of requests that were received and processed. There were some 40 requests in 2006-2007 compared to about 30 in previous years. This seems to be an increase in the number of requests and notices received by the department.

Unfortunately, I do not have all of the health department data. However, in our research, we are working closely with the health officials. According to the information that we have, there has been an increase in the requests and therefore a greater awareness among the other departments.

[*English*]

**Senator Cochrane:** My question begins with the Government of Quebec. What objectives and targets has the government set out with regard to population health? There must be targets. When this was established, you had objectives as to the direction, whether there was an evaluation method in place and indicators in order to be accurate as to what has been achieved over a period of time.

[*Translation*]

**Ms. Gagnon:** As I said, for clause 54, this is something that is starting to come together. You are no doubt well aware of the health and well-being policy that the Quebec government adopted in 1992; it involved a set of objectives, and was evaluated in 2005. It is essentially the health and well-being policy.

In this particular case, I would like to tell you that it is being implemented. However, I am just an outsider looking in. Eventually, the impact of this clause will be assessed, but at this point in time I do not think that any indicators have been defined. I believe that the impact of this provision on the health of populations will be assessed during a second phase, according to various sectors or various determinants.

[*English*]

**Senator Cochrane:** How long will it take before you are able to measure the results?

[*Translation*]

**Ms. Gagnon:** I cannot really tell you how many years, it might take another five or six, it all depends. I would be tempted to say that it depends on the initiatives that are implemented and policies that are adopted. I understand your concern, but at this point we are evaluating what has already been done. However, your comments are quite relevant. There will have to be an

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur la santé publique, combien de fois le ministre a-t-il émis des conseils proactifs? En avez-vous une idée approximative? Est-ce que cela s'est produit à plusieurs reprises?

[*Français*]

**Mme Gagnon :** Certaines données du ministère de la Santé ont révélé une augmentation du nombre de demandes reçues et traitées. On parle d'une quarantaine de demandes en 2006-2007 comparées à une trentaine dans les années antérieures. Le nombre de demandes et d'avis auprès du ministère semble donc augmenter.

Malheureusement, je ne dispose pas de toutes les données du ministère de la Santé. Toutefois, dans le cadre de nos recherches, nous travaillons avec le ministère de la Santé. Selon les informations dont nous disposons, on constate une augmentation des demandes et par conséquent une plus grande sensibilisation de tous les autres ministères.

[*Traduction*]

**Le sénateur Cochrane :** Ma question commence avec le gouvernement du Québec. Quels objectifs et quelles cibles le gouvernement a-t-il établis en ce qui a trait à la santé de la population? Il doit y avoir des objectifs. Lorsque cela a été établi, vous aviez des objectifs en matière d'orientation, soit qu'il y avait une méthode d'évaluation en place, des indicateurs pour savoir le plus exactement possible ce qui a été réalisé au cours d'une certaine période.

[*Français*]

**Mme Gagnon :** Comme je l'ai dit, l'article 54 est en train de se mettre en place. Vous connaissez sûrement la politique de santé et bien-être adoptée par le gouvernement du Québec en 1992, cette politique était centrée sur un ensemble d'objectifs; elle a été évaluée en 2005. C'est vraiment la politique santé et bien-être.

Dans le cas qui nous concerne, j'ai envie de vous dire que c'est en train de se mettre en place. Par contre, je tiens à préciser que j'observe ce qui se fait de l'extérieur. Éventuellement, on essaiera de mesurer les impacts de cet article, mais à ce moment-ci, je crois que l'on n'a pas encore défini d'indicateurs. Pour moi, il s'agit d'une deuxième étape pour voir les impacts de cet article sur la santé des populations dans différents secteurs ou en fonction des différents déterminants.

[*Traduction*]

**Le sénateur Cochrane :** Combien faudra-t-il de temps avant que vous soyez en mesure d'évaluer les résultats?

[*Français*]

**Mme Gagnon :** Je suis un peu embêtée de vous donner un nombre d'années, peut-être que ce sera encore cinq autres années ou six, cela dépend. Je serais portée à vous dire que cela dépend des initiatives qui seront mises en place et des politiques qui seront adoptées. Je comprends votre souci, mais en ce moment, nous en sommes à l'étape de l'évaluation prospective. Par contre, ce que



evaluation made after the fact. Currently, we are looking ahead in order to improve the decision-making process down the line. We will have to examine the impact, but for the time being, I cannot tell you when we will be evaluating the outcome of clause 54.

As I said earlier, we must not forget, in relation to Quebec's public health system — which is structured — that there is a national public health program to define these objectives; but it is another opportunity to act in the area of the health of populations. We must understand that clause 54 is a special tool with specific objectives, but there is an entire other public health structure in Quebec. I believe that it was possible to apply clause 54 in Quebec because the province already has this public health structure which is different — and my colleague did more work in this area — than that of the other provinces.

[English]

**The Chair:** I would ask Ms. Bernier to proceed with her presentation.

[Translation]

**Nicole Bernier, PhD, Assistant Professor, University of Montreal:** Mr. Chairman, it is an honour for me to be able to contribute to the work of the Senate Subcommittee on Population Health. Thank you for having invited me. I am an Assistant Professor of Research at the Université de Montréal School of Public Health. My training is as a political scientist, and I have become a specialist in the field of public policy analysis.

For a number of years now, my research has focused on public health policy analysis. I strive to understand what is involved in the transformation of public action with respect to population health, who are the people involved in effecting this transformation, why and how it occurs, and what the effects are. Therefore, it is a somewhat different approach than that of my colleague, whose work deals more specifically with clause 54.

This research enabled me to examine Canada's and Sweden's experience and also to get an idea of what is happening in other countries. My observations have also focused on three provinces: Ontario, Alberta and Quebec.

In this preliminary statement, I would like to tell you about the basics of what I have learned thus far from my research into public health policy. I will use very broad brush strokes, at the risk of over simplifying somewhat.

How have things changed? The transformation of public action as it affects population health is an international phenomenon that has surfaced in a number of heavily industrialized countries over the past two to three decades. Since the end of the 1970s, public action on population health has two key features. First, national governments got involved in health promotion and in developing a central national policy on population health. There is a long tradition of local and territorial public action in the field of public health, but health promotion

vous soulevez est tout à fait pertinent. Il faudrait faire, après, l'évaluation rétrospective. Présentement, nous sommes centrés sur l'évaluation prospective pour améliorer en amont du processus décisionnel. Il faudra voir les impacts, mais pour le moment, je ne suis pas en mesure de vous dire à quel moment on compte faire l'évaluation des retombées de l'article 54.

Comme je vous l'ai mentionné tantôt, il faut avoir en tête que la santé publique au Québec est structurée différemment. Il y a le programme national de santé publique qui définit des objectifs; mais c'est une autre porte d'entrée pour intervenir sur la santé des populations. Il faut bien comprendre que l'article 54 est un outil particulier qui vise des objectifs déterminés, mais il y a toute une autre structure de la santé publique qui existe au Québec. Je pense que l'article 54 a pu être adopté au Québec parce qu'il y avait cette structure de santé publique qui est différente c'est ma collègue qui a davantage travaillé sur cet aspect et sur la structure de santé des autres provinces.

[Traduction]

**Le président :** Je demanderais à Mme Bernier de nous présenter son exposé.

[Français]

**Nicole Bernier, PhD, professeure adjointe, Université de Montréal :** Monsieur le président, c'est un honneur pour moi de contribuer aux travaux du Sous-comité sur la santé de la population. Merci de m'avoir invitée. J'occupe un poste de professeure adjointe de recherche à l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Je suis politologue de formation, spécialisée en analyse des politiques publiques.

Depuis quelques années, mes recherches ont porté sur les politiques de santé publique. Je m'efforce de comprendre en quoi consiste la transformation de l'action publique à l'égard de la santé de la population, qui sont les acteurs impliqués, pourquoi et comment cette transformation se produit et qui sont les gagnants et perdants. Donc, c'est une approche différente, dans une autre optique de celle de ma collègue, qui porte plus spécifiquement sur l'article 54.

Ces recherches m'ont permis d'examiner l'expérience du Canada et de la Suède et d'avoir une idée de ce qui se fait dans d'autres pays. Mes observations ont porté également sur trois provinces : l'Ontario, l'Alberta et le Québec.

Dans cette déclaration préliminaire, je souhaite vous communiquer l'essentiel de ce que j'ai appris de mes recherches. J'y vais à très grands traits au risque de simplifier un peu rondement.

En quoi consiste le changement? La transformation de l'action publique à l'égard de la santé de la population est un phénomène international touchant plusieurs pays fortement industrialisés depuis deux à trois décennies. Depuis la fin des années 1970, on voit deux nouveautés de l'action publique à l'égard de la santé de la population. D'abord, les gouvernements nationaux s'impliquent dans le domaine de la promotion de la santé et développe une politique centrale touchant à la santé de la population. Il existe une longue tradition d'actions publiques

was introduced late in national welfare state public programs following the war. Then, at least in terms of the official line, health became everybody's business. All government departments and no longer simply departments of health are responsible for public health. Those are the two new aspects.

And who is involved? There are many, but those involved in this transformation have been, first of all, the central public authorities themselves. The main dynamic is a top-down process, to use an English term. What I mean is that the national governments took on an official mission to improve population health through multisectoral public health action. Nowhere was there a mass mobilization asking national governments to develop public programs to address the social determinants of health and to find solutions. However, there was a secondary grassroots type of dynamic, but only among government and professional organizations. Local and regional governments are asking the national authorities for a national intervention framework. They feel that a national form of public action would be a way of dealing with the problems that have arisen from geographically limited public action, for example, the fact that some public health programs and services are available in one region but not in another, which gives rise to inconsistent public action. By demanding standards from the central government, some regional governments hope to be able to remedy these territorial inequalities. But it is always a very sensitive matter for a national government to impose national standards on all regions and sophisticated ways of doing so are required.

Central governments will have to find sophisticated ways of doing so. Also, an international movement of health care professionals in the world of academic research can be considered as stakeholders supporting central governments in the area of public health.

Likewise, international agencies are involved with national governments in a self-reinforcing and mutually influential interactive dynamic. The World Health Organization (WMO) comes immediately to mind, but one must not forget the influence of other agencies like the OECD, the IMF and the World Bank, which are also international public health stakeholders. An important thing to remember is that national governments are the initiators and catalysts of the change in direction in public health policies.

Now, why has government action to address population health and the social determinants of health at a given point in the history of modern welfare states become a common concern in many highly industrialized countries? It is no accident that the concerns of national authorities have arisen precisely when highly industrialized governments were striving to implement systematic ways of controlling growth in public spending.

The beginning of a process of national government disengagement vis-à-vis health and welfare and the crumbling of their legitimacy and authority are the key reasons to explain this.

locales et territoriales dans le domaine de la santé publique, mais la promotion de la santé fait bien tardivement son entrée dans la programmation publique des États providences nationaux d'après-guerre. Ensuite, au niveau officiel du moins, la santé devient l'affaire de tous. Tous les ministères et plus seulement celui de la santé sont responsables de la santé publique. Voilà pour les deux nouveautés.

Qui sont les acteurs? Il y a plusieurs acteurs, mais les autorités publiques nationales sont l'acteur principal. La dynamique principale de mise à l'agenda va du haut vers le bas, c'est un top-down process, en bon français. C'est-à-dire que ce sont les gouvernements nationaux, qui se donnent eux-mêmes pour mission officielle d'améliorer la santé de la population par le biais d'une politique publique sanitaire multisectorielle. Nulle part, n'a-t-on affaire à une mobilisation populaire pour exiger que les gouvernements reconnaissent les déterminants sociaux de la santé comme un problème public et qu'ils conçoivent des solutions. Par contre, il y a une dynamique secondaire du bas vers le haut, mais seulement dans les sphères gouvernementales et professionnelles. Des gouvernements locaux et régionaux réclament un cadre national d'intervention. Ils voient dans l'action publique nationale une façon de pallier des problèmes résultant d'une action publique territorialisée. Par exemple, certains programmes et services de santé publique sont disponibles dans une région et pas dans une autre, ce qui donne lieu à une action publique non uniforme. En réclamant des normes du gouvernement central, les régions espèrent remédier aux inégalités territoriales, mais il est délicat pour les gouvernements centraux d'imposer, en retour, des normes centrales à l'ensemble des régions, certaines étant relativement puissantes.

Les gouvernements centraux doivent donc déployer des moyens sophistiqués. De même, un mouvement international de professionnels en santé et les milieux de la recherche universitaire peuvent être considérés comme des acteurs appuyant l'action des gouvernements centraux en santé publique.

Enfin, des organismes internationaux sont également impliqués dans une dynamique, qui est interactive d'influence et de renforcement mutuel avec les gouvernements centraux. On pense, bien sûr, à l'OMS. Cela dit, d'autres acteurs comme l'OCDE, le FMI et la Banque mondiale sont aussi des acteurs. Il importe de retenir que même si plusieurs acteurs participent à la mise à l'agenda et au processus d'élaboration des politiques, les gouvernements nationaux sont les initiateurs et les catalyseurs du changement d'orientation.

Pourquoi ce phénomène? Pourquoi les déterminants sociaux de la santé deviennent-ils à un point donné de l'histoire des États providences une préoccupation de plusieurs pays? Ce n'est pas par hasard si les préoccupations des gouvernements nationaux se sont manifestées au moment même où ils visaient à mettre en œuvre des moyens systématiques pour contrôler les dépenses publiques.

Le désengagement des gouvernements centraux en matière de financement de la protection sociale et l'effritement de leur légitimité et de leur autorité sont des éléments clés de l'explication.

These major transformations created a specific form of political dynamics characterized by increased tensions in the field of health services, including tensions between medical authorities and the State. For some groups, the growth of public health provided new opportunities to improve and consolidate their professional position. This is clearly the case for nurses. Greater strength for certain occupational groups within the health sector as diluted the power of medical associations and contributed to a relative strengthening of the position of the State.

Clearly, the attention paid to social health determinants represents a governance tool ensuring that the public health system continues to work despite tensions that are exacerbated by reduced financing strategies. In the same vein, this disengagement poses questions as to the legitimacy of governments while efforts to promote health based on the social marketing of good lifestyles are highly valued by public authorities, it is not because they are particularly effective. It is rather because such efforts allow public authorities to refurbish their legitimacy. They offer a high level of electoral visibility at low cost.

As for the other levels of government, the financial disengagement of national governments was manifested, as we know, by an administrative decentralization giving sub-national governments responsibilities for service delivery. Whereas national governments were reducing their contributions to public health and protection, they were finding it difficult to continue imposing their authority. With reduced financing, there was a need for national governments to find new ways to underscore their political authority over sub-national governments.

In sum, why this phenomenon? National public health policies make it possible to reduce the tensions associated with the financial disengagement of central governments. They allow them to reaffirm their legitimacy and authority at a time when they are profoundly redefining their role in social protection and health.

How did this phenomenon occur? How have the official policies manifested themselves thus far? In three ways: first of all, through the development of an official line of expertise based on a broad national strategy; the development of new population health data bases through the creation of national research infrastructures and the development of a community of social health determinant researchers.

Second, through coordination. This involves the main policy stakeholders: provinces, political parties, unions, employers and occupational groups, depending on the context, in large national forums. These forums generally extend over several years. The process involves major national forums to negotiate the objectives of public health, but they usually forget to prescribe ways of achieving these objectives. The coordination process also involves

Ce désengagement a créé une dynamique politique particulière caractérisée par des tensions accrues dans le domaine des services sanitaires notamment entre le pouvoir médical et l'État. L'essor de la santé publique a représenté pour certains groupes professionnels du secteur sanitaire de nouvelles occasions d'améliorer leur position. On pense aux infirmières qui se sont professionnalisées et qui ont accru leur pouvoir. Le renforcement des groupes professionnels est un instrument politique ayant permis au gouvernement de diluer le pouvoir des associations médicales et de contribuer au renforcement relatif de leur propre position comme acteur de la politique de santé.

En clair, l'attention portée aux déterminants sociaux de la santé représente un outil de gouvernance faisant en sorte que le système de soins de santé continue de fonctionner en dépit des tensions exacerbées par des politiques budgétaires restrictives. Dans le même ordre d'idées, le désengagement est venu poser des questions de légitimité gouvernementale. Si les efforts de promotion de la santé axés sur le marketing social de bonnes habitudes de vie sont très prisés par les autorités publiques, ce n'est pas parce qu'ils sont particulièrement efficaces. C'est plutôt parce que de tels efforts permettent aux autorités publiques de rehausser leur légitimité. Elles offrent une forte visibilité électorale à faible coût.

Vis-à-vis des autres paliers administratifs, le désengagement financier des gouvernements nationaux s'est manifesté, comme on le sait, par une décentralisation administrative déléguant à des autorités publiques subnationales des responsabilités en matière de provision des services. Alors que les gouvernements nationaux réduisaient leur contribution relative à la protection sociale et sanitaire, il leur devenait difficile de continuer à imposer leur autorité. Avec un financement réduit, elle surgit la nécessité pour les gouvernements centraux de déployer des moyens comme les politiques de santé des populations pour rehausser leur autorité politique vis-à-vis des autres paliers.

En résumé, pourquoi ce phénomène? Les politiques nationales de santé publique permettent d'atténuer les tensions associées au processus de désengagement financier des gouvernements centraux. Elles leur permettent d'affirmer leur légitimité et leur autorité alors qu'ils redéfinissent profondément le rôle dans la protection sociale et sanitaire.

Comment ce phénomène se produit-il? Comment les politiques officielles se sont-elles concrétisées jusqu'ici? De trois façons : premièrement, par la construction d'un discours officiel expert. Celui-ci s'appuie sur une stratégie nationale d'envergure; constitution de nouvelles bases de données sur la santé de la population par la mise en place d'infrastructures nationales de recherche et constitution de communautés de chercheurs sur les déterminants sociaux de la santé.

Deuxièmement, par la concertation. Celle-ci se fait auprès des principaux acteurs politiques : provinces, partis politiques, syndicats, patronat, groupes professionnels selon le contexte dans de grands forums nationaux. Ces forums s'étendent souvent sur plusieurs années. On y négocie les objectifs de santé publique, mais on oublie le plus souvent de prescrire les moyens de les atteindre. La concertation se fait aussi par le biais de

representation from the health sector vis-à-vis other departments. We see it here in the case of section 54. The health sector brings in other departments and has them review their role as it relates to public health, thereby contributing to the dissemination of the health standard throughout all government activities.

Third is the institutionalization of standards within the machinery of government. For example, the establishment of public health agencies in Sweden in 1992 or agencies that promote concerted action on the social determinants of health and policies to promote health in Canada, in 2004. It can also be effected through legislation, in Quebec and Sweden, for example, those factors in public health in areas of intervention other than health. Lastly, it can be effected through the introduction of new government management technologies such as impact assessments of health and the strengthening of a decision standard surrounding the adoption of legislation and programs that are supported or often justified by convincing data.

In short, to answer the question as to how this is done, government action on the social determinants of health has to date been mainly an official-expert line that is solidly supported by the scientific community and widely disseminated to the major policy players and other areas of intervention. Concrete action can be summarized as the development of an official, expert line on population health, a vast coordination process with all the political stakeholders, and the institutionalization within the machinery of government of standards for public action on the social determinants of health.

Who are the winners and who are the losers in this? We will not talk about the interests of the central governments, which have already been discussed. Such a policy has genuine repercussions on the positioning of the policy players, and the health sector gains legitimacy in relation to other areas of intervention. This is because making a multisectoral vision of public health a reality requires that the actions of all departments become subordinate to public health standards and to health impact assessments.

The health standard requires special status in government programs by taking precedence over competing government standards and helping to strengthen the position of health policy players in relation to other policy-makers. Major social problems such as unemployment, poverty or social exclusion are virtually re-expressed in health terms and broken down into micro-problems by a technical and scientific bureaucracy for health. The ability to mobilize data and articulate traditional social problems in terms of their effects on public health becomes an essential ingredient in negotiating those in government between departments and administrative levels and in the social sphere between the government, unions, employers and NGOs, for example.

The players who are in the best position to translate social issues into health terms most often come from the health sector itself. Clearly, beyond the national authorities — compared to infranational authorities — the winners are the players in the

représentation du secteur sanitaire auprès des autres ministères. On le voit ici dans le cas de l'article 54. Le secteur sanitaire amène les autres ministères à voir leur rôle en lien avec la santé publique contribuant à diffuser la norme sanitaire dans l'ensemble des activités de l'État.

Troisièmement, par l'institutionnalisation des normes dans l'État. Par exemple, la constitution d'agences de santé publique en Suède, en 1992, ou d'agences promouvant la concertation sur les déterminants sociaux de la santé et les politiques favorables à la santé Canada, en 2004. Ou encore, l'adoption de législation au Québec et en Suède visant une prise en compte de la santé publique par les secteurs d'interventions autres que la santé. Ou encore, par l'introduction de nouvelles technologies de gestion publique. Pensons aux évaluations d'impacts sur la santé et au renforcement d'une norme de prise de décision entourant l'adoption des législations justifiées par des données probantes.

Bref, pour répondre au comment, l'action publique sur les déterminants sociaux de la santé c'est jusqu'ici avant tout un discours officiel expert appuyé par la communauté scientifique et largement diffusé auprès des grands acteurs politiques et des autres secteurs d'intervention. L'action concrète se résume au développement d'un discours officiel expert sur la santé de la population à un vaste processus de concertation avec l'ensemble des acteurs politiques et à l'institutionnalisation dans l'appareil étatique des normes associées à l'action publique sur les déterminants sociaux de la santé.

Qui y gagne et qui y perd? On ne reviendra pas sur l'intérêt des gouvernements centraux déjà discutés. Cette politique publique a des répercussions sur le positionnement des acteurs politiques et la santé gagne en légitimité par rapport aux autres secteurs. Car la concrétisation d'une vision de santé publique multisectorielle implique que l'activité de l'ensemble des ministères devienne subordonnée à des normes de santé publique.

La norme sanitaire atteint un statut particulier dans la programmation publique s'imposant aux normes concurrentes de l'administration et contribuant à renforcer la position des acteurs du réseau de la politique sanitaire, car les grands problèmes sociaux comme le chômage, la pauvreté ou l'exclusion sociale sont peu à peu reformulés en termes sanitaires et découpés en microproblèmes par une nouvelle bureaucratie technoscientifique en santé. La capacité de mobiliser des données et d'articuler des problématiques sociales traditionnelles en termes d'effets sur la santé publique devient une commodité indispensable pour la négociation tant dans l'administration publique entre ministères et paliers administratifs que dans la sphère sociétale entre l'État, les syndicats, le patronat et les ONG par exemple.

Les acteurs les mieux positionnés pour traduire des problématiques sociales en termes sanitaires proviennent évidemment du secteur de la santé. Il est clair que, outre les autorités nationales — par rapport aux autorités

health sector. The losers are groups in society whose social resources did not enable them to describe their social problems using the language of the social determinants of health.

In conclusion, I would like to draw the members' attention to the symbolic aspects of public policy due to the social determinants of health. Despite official initiatives and the major efforts undertaken, I do not think these policies will be implemented effectively, or even that their objective is to improve population health. I say this for the reasons I have just mentioned and which I could develop.

Beyond compliance with standards on public policy by all of the political players, a genuine implementation of public programming geared to the social determinants of health is extremely complex, if not impossible, even when the standards are institutionalized, as they are in Quebec and Sweden. An approach of this type involves a significant transfer of resources and authority between the intervention sectors and the administrative levels.

I wanted to give you my general observations. I am sure that during our discussion, I will be able to highlight some of the aspects that interest you in particular.

[English]

**The Chair:** Thank you very much, Ms. Bernier. You raise some very important issues. Are you satisfied that you are capable of measuring population health and that your measurements are proper?

[Translation]

**Ms. Bernier:** We would have to see what epidemiologists would have to say in this regard. Social epidemiology is the science that might have the answers to the questions that seem to be of concern to the committee — namely the question as to whether these policies work.

I think these policies are so broad that their effects are diffuse, and I do not know either how or when they could be measured. However, if there were some social epidemiologists here, they might tell you something different. I do not want to answer for them. It is a little like asking what impact Keynesianism and liberal policies have had on population health. The effects are so diffuse that I do not see how we could someday come up with an answer that everyone would find clear and satisfactory.

[English]

**The Chair:** I have always thought that Quebec was in the ideal position to establish a health system on a population health basis because a number of years ago they established the CLSCs. Perhaps they have not been used adequately as research tools, but certainly you have CLSCs in downtown Montreal where the people are rich and healthy. You have CLSCs in parts of rural Quebec where people are poor and unhealthy. It would seem to

infranationales —, les gagnants sont les acteurs du secteur sanitaire. Les perdants sont les groupes de la société dont les ressources ne permettent pas d'inscrire les problématiques sociales qu'ils défendent dans le langage des déterminants sociaux de la santé.

Pour conclure, je souhaite attirer l'attention des membres de ce sous-comité sur les aspects symboliques des politiques publiques orientées vers les déterminants sociaux de la santé. En dépit des initiatives officielles et des grands moyens déployés, je ne crois pas que ces politiques se destinent à une mise en œuvre effective ni même que leur raison d'être est d'améliorer la santé de la population, pour les raisons que je viens d'évoquer et que je pourrai préciser.

Au-delà de l'adhésion, par l'ensemble des acteurs politiques, à des normes guidant l'action publique, la mise en œuvre véritable d'une programmation publique orientée vers les déterminants sociaux de la santé est hautement complexe, sinon irréalisable, même lorsque les normes sont institutionnalisées comme au Québec et en Suède. Une telle approche implique un transfert important de ressources et d'autorité entre les secteurs d'intervention et les paliers administratifs.

J'ai voulu vous faire part de quelques observations générales. Je suis certaine que nos échanges vont permettre d'éclaircir les aspects qui vous intéressent plus particulièrement.

[Traduction]

**Le président :** Merci beaucoup, madame Bernier. Vous soulevez des questions très importantes. Êtes-vous convaincue que vous êtes en mesure d'évaluer la santé de la population et que vos évaluations sont adéquates?

[Français]

**Mme Bernier :** Il faudrait voir ce que les épidémiologistes diraient à ce sujet. L'épidémiologie sociale est la science qui pourrait peut-être avoir les réponses aux questions qui semblent préoccuper le comité, à savoir si ces politiques fonctionnent.

Je crois que ces politiques sont tellement larges que les effets sont diffus et je ne sais ni quand ni comment on pourrait mesurer. Maintenant, s'il y avait des épidémiologistes sociaux ici, ils tiendraient peut-être un autre discours. Je ne veux pas répondre à leur place. C'est comme demander quel a été l'impact du keynésianisme et des politiques libérales sur la santé de la population. Les effets sont tellement diffus que je ne vois pas comment on parviendra un jour à répondre à cette question de façon claire et satisfaisante pour tout le monde.

[Traduction]

**Le président :** J'ai toujours pensé que le Québec était dans la position idéale pour mettre en place un régime de soins de santé en se fondant sur la santé de la population parce qu'il y a un certain nombre d'années il avait créé les CLSC. Peut-être que ces derniers n'ont pas été utilisés adéquatement comme outils de recherche, mais vous avez certainement des CLSC au centre-ville de Montréal où les gens sont riches et en santé. Vous avez des

me that if the public health agency could harness the CLSCs as a research and implementation tool we could get some hard measurements. I do not know which one of you would care to wade into that, but maybe both of you.

[Translation]

**Ms. Bernier:** I have nothing to add regarding the measures. You mentioned the CLSCs. The interesting thing about the Quebec policy, which is unique in Canada, is the relative integration of social policy with health policy. As you know, in Quebec, we have a department of health and social services. That created a special dynamic for policy development. The policy is already incorporated into this department. There are two areas of activity within the department, but this has been crucial to the development of the policy we have today.

I am going to go off track a little, but I will do so in an effort to respond to your concerns. Many questions have been asked about the links between the anti-poverty policies, the Public Health Act and public health programming. What you should know is that the Act to Combat Poverty and Social Exclusion in Quebec already promotes health to a significant extent. It was designed with that in mind. The person who ran the department of employment and social solidarity at the time was none other than Dr. Jean Rochon, who was a public health expert. Since there was a social movement in Quebec, he wanted to implement an act to fight poverty and social exclusion. The social movement existed, but the public health players were crucial in developing this legislation. For example, there was a regional public health branch that piloted the research that led to the legislation to fight poverty and social exclusion. So the links have already been established, both by the CLSCs and by the networks.

I would like to make one final point about integration. Since the public health program was introduced in the mid-70s at Laval University and the Université de Montréal, they have trained between 700 and 800 public health professionals who work in government and are located throughout the various departments. So they have a genuine impact on public programming in Canada, not just in the health field.

That is what I meant to say with regard to integration; it holds true for local community service centres, but it also applies to the department, and generally speaking to Quebec's social policy.

**Ms. Gagnon:** I think we are going in the same direction with regard to the measures. We must consider the actual measures taken under these policies.

As my colleague said, it is very important to remember that the Act to Combat Poverty and Social Exclusion was born of a social movement which began in 1998, and at the time, it was the former

CLSC dans des régions rurales du Québec où les gens sont pauvres et en mauvaise santé. Il me semble que si l'Agence de la santé publique pouvait utiliser les CLSC comme un outil de recherche et de mise en œuvre, nous pourrions obtenir de bonnes évaluations fermes. Je ne sais pas laquelle d'entre vous souhaite s'aventurer et répondre à cette question, peut-être les deux.

[Français]

**Mme Bernier :** Je n'ai rien à ajouter en ce qui concerne les mesures. Vous mentionnez les CLSC. Ce qui est intéressant de la politique québécoise et qui est unique au Canada, c'est l'intégration relative de la politique sociale avec la politique sanitaire. Vous savez qu'au Québec, on a un ministère de la Santé et des Services sociaux. Cela crée une dynamique particulière pour l'élaboration des politiques. La politique est déjà intégrée dans ce ministère. Il y a deux courants dans le ministère, mais cela a été d'une importance capitale pour le développement de la politique qu'on a aujourd'hui.

Je vais un peu dévier, mais en essayant de répondre à vos préoccupations. On a beaucoup demandé quels étaient les liens entre les politiques de lutte à la pauvreté, la Loi sur la santé publique et la programmation en santé publique. Ce que vous devez savoir, c'est que la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, au Québec, est déjà, en bonne partie, une politique favorable à la santé. Elle a été conçue dans cet esprit. La personne qui dirigeait le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, à l'époque, n'était nulle autre que le Dr Jean Rochon, qui était un expert de santé publique, et qui, vu qu'il y avait un mouvement social au Québec, voulait mettre en œuvre une Loi de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il y avait ce mouvement social qui était là, mais les acteurs de santé publique ont été des acteurs cruciaux dans l'élaboration de cette loi. Notamment, c'est une direction régionale de santé publique qui a piloté les dossiers de recherche menant à la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Donc, les liens sont déjà établis, tant par les CLSC que par les réseaux.

Je voudrais mentionner une dernière chose par rapport à l'intégration. L'Université Laval et l'Université de Montréal, depuis la mise en place de leur programme de santé publique à partir du milieu des années 1970, ont formé 700 à 800 professionnels de santé publique qui travaillent dans l'administration publique et qui se retrouvent dans différents ministères, donc qui ont une influence réelle sur la programmation publique au Québec, pas seulement en santé.

C'est ce que je voulais dire par rapport à l'intégration, c'est vrai dans les CLSC, mais c'est aussi vrai dans le ministère, et dans la politique sociale québécoise, plus généralement.

**Mme Gagnon :** Je pense qu'on va dans la même direction concernant la question des mesures. Il faut considérer les mesures des politiques en tant que telles.

Comme ma collègue le disait, il est très important de soulever que la question de l'émergence de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale vient vraiment d'un mouvement

Minister of Health, who was with the Ministry of Employment and Social Solidarity.

In the course of our case study, we realized that not only was the Minister of Health involved, but also a former deputy minister of health and a person who worked in health promotion, and that all of these people were already aware of the situation. So this would have made a difference. These are the people who carried the issue forward, because you can well imagine the first reaction people would have to a minister tabling a bill born of the efforts of many people wanting to fight poverty. Then the minister must sell the bill to his colleagues and convince them of the merits of fighting poverty through legislation. There were negotiations between all the people behind the bill and the department, which led to a compromise that eventually allowed the bill to be tabled.

With time, the act became operational. At the beginning, it was a strategy. It then became an act and a plan of action. When the time came to develop the plan of action, people disagreed about the types of measures to be taken. On the one hand were those who believed that it should be an economic approach focused on the short-term integration of people into the labour market, and on the other hand were people who believed it should be a social approach focused on training people to help them overcome chronic, long-term poverty. The measures which were adopted focused on the short term. Therefore, it is important to know whether these measures were indeed effective.

[English]

**The Chair:** Senator Pépin wants to leave, but before she does, I want to follow this up. Both your presentations were very interesting. However, it is a very interesting phenomenon because politicians do not seem to be afraid to talk about health equity — that is, equal health for all. Nobody would dare talk about financial equity — not since Joseph Stalin, right. I believe the social conscience of the whole country is dedicated to relief of poverty, and that kind of thing, but financial equity will not occur.

However, health equity may be an achievable goal. I was fascinated, Ms. Bernier, when you were speaking. You said that because there has been such an emphasis on health, some of the other departments are getting a bit tired of hearing about it; that there is too much emphasis on it; and that there should be more emphasis on some of the other things.

I would think that certainly in the province of Quebec, with the organization you have as well as I know it — and I do not know it anything like you two do, but I know about it — you certainly have the medical infrastructure to address health equity. How far down the road are you in doing this? I know also that you have some terrible pockets of ill health in the province.

social qui remonte à 1998 et, à ce moment-là, c'était l'ancien ministre de la Santé, qui était alors au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Lorsqu'on a mené notre étude de cas, on s'est aperçu qu'il n'y avait pas seulement le ministre de la Santé, mais aussi un ancien sous-ministre de la Santé et une personne qui venait de la promotion de la santé et que toutes ces personnes étaient déjà sensibilisées à ce dossier. On peut penser que c'est ce qui a fait une différence. Ce sont eux qui ont porté le dossier parce qu'à la première réaction, c'est certain que, et vous pouvez-vous imaginer, lorsqu'un ministre se fait déposer un projet de loi par un collectif pour lutter contre la pauvreté et qu'il va vers ses collègues des autres ministères, il doit convaincre ses collègues de ce projet de loi de lutte contre la pauvreté. Il y a eu une négociation entre le collectif qui avait déposé le projet de loi et le ministère pour en venir à faire des compromis afin que le projet de loi soit accepté.

Quand on continue vraiment dans le temps, cette loi est devenue opérationnelle. Au début, c'était une stratégie. C'est devenu par la suite une loi et un plan d'action. Lorsque le temps est venu d'élaborer le plan d'action, il y a eu des confrontations sur le type de mesures, à savoir, si c'était une vision économique où l'on voulait intégrer à court terme les gens sur le marché du travail ou une vision plus sociale où il faudrait former ces gens pour faire en sorte d'éviter le piège de la dépendance de la pauvreté de façon constante et pas juste à court terme. Les mesures qu'on a adoptées visent plus le court terme. Cela veut dire que dans ce sens, toute la préoccupation d'efficacité de ces mesures est effectivement importante.

[Traduction]

**Le président :** Le sénateur Pépin veut partir, mais avant, je voudrais faire un suivi. Vos deux exposés étaient très intéressants. Cependant, c'est un phénomène très intéressant, car les hommes et les femmes politiques ne semblent pas avoir peur de parler de l'équité en matière de santé — c'est-à-dire l'égalité pour tous en matière de santé. Personne n'oserait parler d'équité financière — pas depuis Joseph Staline, en effet. Je crois que la conscience sociale de tout le pays est consacrée à l'allègement de la pauvreté et à ce genre de choses, mais l'équité financière ne se produira pas.

Toutefois, il est peut-être possible d'assurer l'équité en matière de santé. J'étais fasciné, madame Bernier, de vous entendre parler. Vous avez dit qu'on a accordé tellement d'importance à la santé que d'autres ministères commencent à en avoir assez d'en entendre parler; qu'on y accorde trop d'importance et qu'il faudrait s'intéresser davantage à d'autres dossiers.

J'aurais cru qu'en tout cas au Québec, avec l'organisation que vous avez, d'après ce que j'en sais — et je suis loin d'en savoir autant que vous, mais j'en ai entendu parler — vous deviez avoir l'infrastructure médicale qu'il faut pour assurer l'équité en matière de santé. Jusqu'où êtes-vous allés dans cette voie? Je sais également que vous avez des îlots où l'état de santé de la population est épouvantable.

Apart from the policies up there at 30,000 feet, what is happening on the ground at a CLSC that happens to be a pocket of very ill health — that is, bad maternal health, bad early childhood development and that kind of thing?

[*Translation*]

**Ms. Bernier:** I am afraid I cannot answer your question because that is not my area of expertise, so I can only talk about maternal or infant health in very general terms, which is not what is being discussed here today. I did not say that the other departments are sick of having to meet the health standard. That is not at all where I was going. The health standard is also applied to other sectors. It reflects a profound change in the approach taken by the welfare state, where health is becoming a much more important sector, and as a result, it influences social policy and the area of social protection. This has happened slowly over time. It became a clear trend in the middle of the 1990s when federal transfer programs were redefined and there were deep cuts to federal transfers to the provinces. So what happened? The health care standards were maintained; in other words, the five conditions related to federal transfers to the provinces in the area of health care. But the other conditions were eliminated, except the one which applied to welfare programs.

One very important aspect of this is that it encouraged reform of the social protective system, while keeping the health care system intact. As for health care costs — while, though income security programs were reformed, the government did not succeed in properly controlling health care spending. As you know, health care costs are continuing to grow as a percentage of GDP. In 1970, health care costs accounted for 7 per cent of GDP. In 2005, that figure had risen to 10.4 per cent. That means the costs increased. Health care spending is growing more quickly than the GDP. What effect does that have? It takes money away from other public programming. The balance changes.

I am quite far from maternal health policy, because it is not my field and unfortunately I cannot talk to you about it. If we undermine social policy, that will certainly have an impact on the social determinants of health. If we put less money into social assistance, and make the shift to ambulatory care, like Quebec did and as we have seen in other parts of the health care system, but do not have the funding for social services down the line, we can say all we want about working on social determinants of health and population health, we can establish all the legislation and public health care programs we want, but the system will not work. That is more or less my answer. Sorry, but this is the area in which I am working.

**Ms. Gagnon:** I am also a political scientist, so I cannot answer your question specifically for a given health sector. When you talk about the importance of equality in health, I feel I should say that what we are really talking about is investment in disease. That is

Mis à part les politiques élaborées au niveau de la stratosphère, que se passe-t-il sur le terrain, dans un CLSC qui se trouve à desservir une population qui a de graves problèmes de santé — c'est-à-dire mauvaise santé maternelle, problème de développement des jeunes enfants, et cetera.?

[*Français*]

**Mme Bernier :** J'ai bien peur de ne pas pouvoir répondre à votre question parce que ce n'est pas là-dessus que je travaille alors, je ne peux pas parler de santé maternelle ou infantile sauf dans des termes très généraux qui n'ont pas lieu ici. Je n'ai pas dit que les autres ministères en ont assez de se voir imposer la norme sanitaire. Ce n'est pas tout à fait dans la lignée que je voulais l'introduire. La norme sanitaire est introduite dans les autres secteurs d'intervention. Cela reflète une transformation profonde de l'État providence en ce moment et un rééquilibrage des forces dans l'État providence et la santé devient une force beaucoup plus importante qui empiète ou qui gruge, si on veut, dans le secteur de la politique sociale, de la protection sociale. Ce phénomène s'est dessiné progressivement. On l'a vu très nettement apparaître au milieu des années 1990 avec la redéfinition des programmes de transferts fédéraux et avec des réductions draconiennes des transferts fédéraux vers les provinces. Qu'est-ce qu'on a fait? On a préservé les normes du secteur sanitaire, donc les cinq conditions des programmes de transfert vers les provinces pour la santé et on a aboli en même temps les conditions, sauf une, pour l'aide sociale notamment.

Une des marques de passage était que cela incitait à faire une refonte de la protection sociale tandis qu'on préservait intact le secteur sanitaire. Les dépenses de santé — alors qu'on est arrivés à réformer les programmes de sécurité du revenu, on n'est pas bien arrivés à contrôler les dépenses du secteur de santé. Le pourcentage du PIB, vous le savez peut-être, continue toujours de croître. En 1970, les dépenses de santé représentaient 7 p. 100 du PIB. En 2005, c'était passé à 10,4 p. 100. Donc de sept à 10,4 p. 100, c'est une croissance. Les dépenses de santé progressent plus rapidement que le PIB. Qu'est-ce que cela fait? Cela gruge dans le reste de la programmation publique. Donc il y a un rééquilibrage.

Je suis loin des politiques de santé maternelle parce que ce n'est pas mon domaine et je ne peux pas vous en parler malheureusement. Si on gruge dans la politique sociale, c'est certain que cela a des impacts sur les déterminants sociaux de la santé. Si on met moins d'argent dans l'aide sociale et qu'on fait des virages ambulatoires comme on a vu au Québec et ailleurs dans le système de soins de santé, mais qu'on n'a pas de fonds à mettre dans les services sociaux ensuite, on a beau dire qu'on travaille sur les déterminants sociaux de la santé et sur la santé de la population, on peut avoir toutes les lois ou tous les programmes de santé publique qu'on veut, cela ne fonctionnera pas. C'est un peu ma réponse, mais c'est quand même ce sur quoi je travaille, désolée.

**Mme Gagnon :** Je suis aussi politologue, alors je ne peux pas répondre en particulier à votre question pour un secteur précis de la santé. Il m'apparaît important, lorsque vous parlez de l'importance de l'égalité en santé de dire que l'on parle



the driver that increases health care costs, because we have increasingly developed technology and all kinds of other things. Often, we invest in disease — and everything that we invest in that sector is not only not invested in the social sector, but also not invested in education, in parks, or in cycling trails. That is where investing everything in health care becomes dangerous.

Can we make other departments more aware, to help them understand the impact of their actions, to the point where they will be more careful and come out the winners because they will be reinvesting in health? I do not have the answer to that today. It is a way of saying let us invest less in health care and let us try to see in advance how we can better allocate funding so that the general population is in better health. I consider that very important. This is not something we can impose through legislation. It will need both the political will from political authorities, and more awareness and understanding among Canadians so that more initiatives are started up locally. Intervention is needed at both those levels. You need the grassroots movement, but you also need the political will from a government that wants to restore a balance to the system.

Stakeholders in the public health system are very aware of the so-called “health imperialism” issue. They are trying to get away from the reputation they might have in Quebec. In some cases, they were called the ayatollahs of health. For example, take the issue of advocating the Tobacco Act, which was passed. Take the interest in obesity. That remains an important issue as well. Do we go as far as allowing a public health system to impose standards and tell individuals how to behave in their day-to-day lives? That is another important issue. Public health stakeholders are well aware of that role, and that of label as health dictators in what they are trying to present to other stakeholders and government departments.

[English]

**Senator Cook:** I will confess at the outset that I know very little about the health programs in the province of Quebec. Help me to understand this: You say in your paper that currently section 54 is an incentive to consider impacts on health and well-being but that there is no legal obligation to do so.

Then you go on to say that the assessment, which is intended to be strategic in the sense that it focuses on screening for and identifying potential impacts, is voluntary. I am preoccupied with your possible outcomes, given that you work in that particular environment. I am concerned about best practices or evidence-based information.

I also hear you say that laws will not do it, that there must be a political will — and that sometimes can take on a life of its own.

What is the value in consensus when we talk about population health amongst all the parties?

d'investissement dans la maladie. C'est ce qui fait que cela coûte de plus en plus cher, parce qu'on a des technologies de plus en plus perfectionnées et il y a toutes sortes d'éléments. Souvent, on investit dans la maladie et tout ce qu'on investit dans ce secteur, non seulement on ne l'investit pas dans le secteur social, mais tout l'argent qu'on met en santé, on ne le met pas en éducation, dans les parcs, on ne fait pas en sorte de développer des pistes cyclables. C'est là qu'investir le tout en santé devient dangereux.

Est-ce qu'on peut arriver à sensibiliser tous les autres ministères pour qu'ils soient conscients de l'impact de leurs actions au point où ils disent qu'ils font attention et qu'ils seront gagnants parce que ce sera réinvesti en santé? Je n'ai pas la réponse aujourd'hui. C'est une façon de dire investissons moins dans les soins et tentons de voir à l'avance comment on peut mieux répartir pour faire en sorte d'avoir globalement une population davantage en santé. C'est un point qui m'apparaît important. Ce n'est pas quelque chose qu'on pourra imposer par une loi. Cela prendra à la fois une volonté politique, des responsables politiques et une sensibilisation de la population pour dire que localement, il y a des initiatives. Les deux niveaux d'intervention sont nécessaires. À la fois un mouvement qui vient de la population, mais aussi une volonté politique des responsables qui marquent le souhait de rééquilibrer.

Les acteurs de la santé publique sont très conscients de la fameuse question de l'impérialisme de la santé. Ils tentent de défaire cette réputation qu'ils peuvent avoir au Québec. Dans certains cas, on les appelait les ayatollahs de la santé. Par exemple, lorsqu'est venu le temps de défendre la question de la Loi sur le tabac qui a été adoptée. On peut penser à l'intérêt mis sur l'obésité. Cela demeure une question importante aussi. Jusqu'où la santé publique peut-elle imposer des normes pour dire aux individus comment se comporter chaque jour dans leur vie? C'est une autre question importante. Mais les acteurs de santé publique sont tout à fait conscients de ce chapeau et de cette étiquette qu'ils ont de l'impérialisme de la santé de ce qu'ils peuvent véhiculer auprès des autres acteurs, des ministères.

[Traduction]

**Le sénateur Cook :** J'avoue d'emblée que je connais très peu les programmes de santé du Québec. Aidez-moi à comprendre ceci : vous dites dans votre mémoire : « Tel que formulé l'article 54 est un incitatif à considérer les impacts sur la santé et le bien-être, il n'entraîne aucune obligation de procéder ».

Puis vous dites : « Cette évaluation, qui se veut davantage stratégique au sens où elle met l'accent sur le dépistage et permet ainsi un repérage des impacts potentiels, se fait sur une base volontaire ». Je m'inquiète des résultats que vous pourriez obtenir, puisque vous travaillez dans ce cadre. Je m'inquiète des pratiques exemplaires ou de l'information fondée sur des faits.

Vous avez également dit que les lois ne suffiront pas, qu'il faut qu'il y ait une volonté politique — et cela on ne sait jamais où ça peut mener.

Quelle est la valeur d'un consensus entre toutes les parties lorsqu'il s'agit de la santé de la population?

[Translation]

**Ms. Gagnon:** You have raised a number of points. Impact assessment is not mentioned in the legislation at all. That is a way of implementing section 54.

Health impact assessment, as I was saying earlier, is very well developed in the U.K. and other places. In some practices, health impact assessment is believed to require participation by the population. In Quebec, we have not yet integrated population participation into this, but we do it elsewhere, for example through consultations or forums of various kinds.

At present, active participation by the population in an impact assessment is not formally incorporated. I do not know if that is what you meant with your question. There is no official mechanism that requires their active participation. We could see this happening in the future — and we should bear in mind that it is an important consideration.

However, it is not the only consideration that must be taken into account. Active participation can complement a study and provide another point of view, but there is still a debate about impact assessment generally and the data we should take into account. Earlier, I said that the Public Health Agency of Canada is in the course of developing a method. It has drawn inspiration from the procedure used by NICE, a U.K. institute, that takes more conclusive data into account.

However, we are more open to other kinds of qualitative data because it is quite possible that in some cases we may not have conclusive data. If we have no probative data, must we necessarily exclude all other kinds of data? Are there no other data that might prove useful, for example data from case studies, interviews or other sources? We just have to remain aware of the kind of data we are using. That is what matters. The issue that is raised with respect to health impact assessment concerns the use of data, and the quality of the assessment as such.

[English]

**Senator Cook:** Ms. Bernier, would you like to comment, or have I confused you as well?

**Ms. Bernier:** Maybe you could rephrase your question.

**Senator Cook:** I am trying to understand within my head an element that carries no legal obligation and is voluntary. I am concerned about the outcomes. I tend to think black and white, plant trees in rows, and that kind of thing.

I am trying to understand how effective that method could be. I understand that laws will not cut it. There is an element there that I am not focusing on or understanding.

[Français]

**Mme Gagnon :** Vous avez soulevé plusieurs éléments. L'évaluation d'impacts n'est mentionnée d'aucune façon dans la loi. C'est une façon qu'on s'est donné pour mettre en œuvre l'article 54.

L'évaluation d'impacts sur la santé, comme je vous le disais tout à l'heure, s'est beaucoup développée, entre autres, en Angleterre et sous différentes formes de pratique, on considère que dans l'évaluation d'impacts sur la santé, il doit y avoir la participation de la population. Au Québec, pour le moment, on n'a pas encore intégré cette dimension de la participation de la population, mais cela se fait beaucoup par ailleurs.

À ce moment-ci, la dimension de participation active de la population à une évaluation d'impacts n'est pas intégrée de façon formelle. Je ne sais pas si c'était bien le sens de votre question. Il n'y a pas de mécanisme formel qui oblige. On pourrait éventuellement voir des développements dans l'avenir, mais c'est une dimension qui est aussi importante.

Par contre, ce n'est pas la seule dimension qui doit être prise en compte, car cela peut compléter et donner un point de vue, mais il y a tout un débat lorsqu'on parle d'une évaluation d'impacts sur les données sur lesquelles on doit s'appuyer. Je vous ai dit tout à l'heure que l'Agence canadienne de santé publique est en train de développer une méthode. Elle s'est appuyée sur la façon de procéder de NICE, un institut anglais, qui prend en considération davantage des données probantes.

Par contre, on (INSPQ) a fait une ouverture sur d'autres types de données qualitatives parce qu'il est fort possible que dans certains cas, on n'ait pas de données probantes. Si on n'a pas de données probantes, doit-on nécessairement exclure toute autre forme de données? N'y a-t-il pas d'autres types de données qui peuvent provenir d'étude de cas, d'entrevues, en étant conscients des données dont on se sert. C'est ce qui est important. C'est une question qui est soulevée autour des évaluations d'impacts sur la santé quant à l'utilisation des données, la qualité des évaluations en tant que telles.

[Traduction]

**Le sénateur Cook :** Madame Bernier, est-ce que vous aimeriez ajouter quelque chose, ou est-ce que j'ai semé la confusion dans votre esprit également?

**Mme Bernier :** Vous pourriez peut-être reformuler votre question.

**Le sénateur Cook :** J'essaie de comprendre quelque chose qui ne crée aucune obligation légale et qui est volontaire. Je m'inquiète des résultats. J'ai l'habitude de considérer les choses en noir et blanc, il faut planter les arbres en rangée, « et cetera ».

Je me demande dans quelle mesure cette méthode peut être efficace. Je comprends que les lois ne suffisent pas. Il y a un élément qui m'échappe.

[Translation]

**Ms. Bernier:** Let us go back to the macroscopic view. That is true for Quebec's policy, and I know that is something you have looked at particularly carefully. However, when I finished my remarks, I said that there was a very symbolic function to public health policy. This is not unique to Quebec. There are no sanctions. There is no specific instruction as to how we are to implement programs, the policies we establish, or legislation. We are talking as experts. We vote for legislation, we institutionalize standards, yet implementation does not follow. I was also saying that policy is not necessarily fully intended to be implemented, it may be intended rather as a symbolic reform of social policy.

That is one example. Many programs are established world-wide and in the provinces. Alberta has established excellent public health objectives over a 10-year period, from 2003 to 2012, with no specific budget and with no accountability. That sort of attractive programming is very appealing to stakeholders, particularly those on the ground, but it is not necessarily implemented in the end. Even Sweden did not provide for strong mechanisms: yes, there are assessments — I believe that the first assessment report on the Swedish policy was published in 2005. But when I went there last year, I spent two weeks in Stockholm and talked to public health stakeholders who complained that the system did not really provide a genuine assessment. They said there was no real implementation. That is what came out of the interviews I conducted a year ago.

Central governments have to reconcile the expectation that standards must be established and the imposition of those standards in the regions. For example, in Sweden, it is very difficult for the government to impose central standards on authorities like the Stockholm County Council. It is very difficult, because the local authorities are very powerful. So the central governments cannot impose the standards. And the regions do not voluntarily indicate how they will go about establishing them. Nothing really happens if public health objectives are not met. There are no penalties.

Quebec is no exception to this. It is just that in Sweden and Quebec, standards are more institutionalized. However, it is still a process of cooperation. That is what I said in my remarks. Does that answer your question?

[English]

**Senator Cook:** I will have to think about it for a while, but my immediate conclusion is that an infusion from the public purse will drive that which you propose.

[Translation]

**Senator Pépin:** At present, governments want to assess the impact on health of their public policy. Many countries want a procedure that will apply to the environment. At that point, many countries will examine their policy and the potential impacts of the environment on health.

[Français]

**Mme Bernier :** Je vais vous ramener au plan macroscopique. C'est vrai pour la politique québécoise et je sais que vous y êtes particulièrement intéressée. Toutefois, tantôt, lorsque j'ai terminé mon exposé, j'ai dit qu'il y avait une fonction très symbolique aux politiques de santé publique. Ce n'est pas unique au Québec. Il n'y a pas d'éléments contraignants. On ne spécifie pas comment on fera la mise en œuvre des programmes, des politiques qu'on adopte, des législations. On produit un discours officiel expert. On vote des lois, on institutionnalise la norme, par contre la mise en œuvre ne suit pas. Je disais aussi que les politiques ne sont pas nécessairement entièrement destinées à une mise en œuvre comme d'une reformulation sur le plan symbolique de la politique sociale.

C'est un exemple. Plusieurs programmes sont adoptés de par le monde et dans les provinces. L'Alberta s'est dotée de beaux objectifs de santé publique pour dix ans, de 2003 à 2012, sans budget spécifique ni d'imputabilité. Cette belle programmation séduit beaucoup les intervenants proches des milieux, mais elle n'est pas nécessairement destinée à une mise en œuvre. Même la Suède n'a pas prévu de mécanismes forts; oui, il y a des évaluations, le premier rapport de l'évaluation de la politique suédoise, je crois que c'était en 2005. Mais quand j'y étais l'an dernier, j'ai passé deux semaines à Stockholm et je parlais aux acteurs de la santé publique qui se plaignaient que ce n'était pas vraiment une véritable évaluation. On disait qu'il n'y avait pas vraiment de mise en œuvre. C'est ce qui ressortait des entrevues que j'ai menées il y a un an.

Les gouvernements centraux sont pris avec, d'une part, une attente pour qu'on fasse des normes et, d'autre part, pour les imposer aux régions, comme en Suède, c'est très difficile pour le gouvernement suédois d'imposer des normes centrales à des autorités comme le Stockholm County Council. C'est très difficile, car c'est très puissant. Donc, on n'y arrive pas. On ne spécifie pas volontairement comment on va y arriver. Il ne se passe pas grand-chose si on n'atteint pas les objectifs de santé publique. Il n'y a pas de pénalités.

Le Québec ne fait pas exception. Sauf qu'en Suède et au Québec, les normes sont plus institutionnalisées. Mais c'est un processus de concertation. C'est ce je disais dans mon exposé. Est-ce que cela répond à votre question?

[Traduction]

**Le sénateur Cook :** Il faudra que j'y réfléchisse un peu, mais ma première conclusion c'est qu'une infusion de fonds publics fera avancer ce que vous proposez.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Actuellement, les États veulent évaluer l'impact de la santé de leur politique publique. Plusieurs États vont faire une démarche qui sera appliquée à l'environnement. Alors à ce moment, plusieurs pays analyseront leurs politiques et les effets potentiels de l'environnement sur la santé.

I am thinking about Ms. Bernier. Are you now talking about that redefinition of the welfare state? In what sector? Will it just be in the health sector?

**Ms. Bernier:** A lot of it is in the health sector, because the health sector is taking up an increasing share of collective public resources. As you are already well aware, that also applies to the environment sector and others. So I would say that what we are seeing is governance technologies being rationalized in the public sector so that they become more scientific and technical.

**Senator Pépin:** In practice?

**Ms. Bernier:** Perhaps, if we call it results-based. But those methods are aligned with a school of thought that no longer works well with the current public policy development process. The focus is on the decision. When we pass statutes and regulations, we want to know whether they have measurable direct impacts. Decisions are based not only on evidentiary data, but on a raft of compromises in a variety of sectors.

Obviously, people enter politics with ideals, but once they come to power — and I am talking to people who know this much better than I do — than they can no longer do what they want. Compromises must therefore be made with other sectors. But if we can succeed in saying that our decisions will be guided by public health considerations, that does give weight to the argument.

When the Harris government was elected in Ontario, that did have weight, that was important to the health sector, because the Harris government reduced the social protection people had. It reformed social assistance. It restricted access to social assistance in 1995. Social groups lost everything they were getting from the government. Many of them shut down very soon after the election. However, the public health system managed to keep channels of communication with the Harris government open by pointing out that cutting public health funds would cause long-term problems with the health care system. So the economic/health approach worked with the Harris government, when social arguments did not.

**Senator Pépin:** When we say that we are applying an environmental policy, do you believe that we should always look at the impact, and always try to make people aware of how important prevention is? In the long run, if we can do that for the environment, could we develop that approach further so that there would be a significant impact on health?

**Ms. Bernier:** If it is a useful means to improve health and well-being, why not?

**Senator Pépin:** It is the most direct way, is it not?

**Ms. Bernier:** For instance, if we can show that environmental policy has an impact on health, and so on, and that it is beneficial to the population's health and well-being, and if that is what we want, then let us go ahead with it.

Je pense à Mme Bernier. Est-ce que cette redéfinition de l'état providence est ce dont vous parlez actuellement? Dans quel secteur? Est-ce que ce serait simplement le secteur sanitaire?

**Mme Bernier :** Cela se passe beaucoup dans le secteur sanitaire, car il est en train d'accaparer de plus en plus de ressources publiques collectives. Comme vous le savez d  j   tr  s bien, c'est vrai aussi en environnement et ailleurs. Donc, je dirais que c'est plus des technologies de gouvernance qui vont dans un processus de rationalisation de la chose publique pour qu'elle devienne scientifique, technique.

**Le sénateur Pépin :** Pratico-pratique?

**Mme Bernier :** Si on veut, basé sur des résultats. Mais ces méthodes correspondent à une forme de pensée qui ne fonctionne pas très bien avec la réalité du processus d'élaboration des politiques publiques. On focalise sur la décision. Quand on vote des lois et des réglementations, on veut savoir s'ils ont des impacts directs mesurables. Les décisions sont basées non seulement sur des données probantes, mais un ensemble de compromis dans différents secteurs.

Il est certain que les gens se lancent en politique avec des idéaux, mais lorsqu'ils arrivent au pouvoir, je parle ici à des gens qui connaissent cela mieux que moi, mais on ne fait pas ce qu'on veut au pouvoir. Il y a donc des compromis à faire avec les autres secteurs. Réussir à dire qu'on va prendre les décisions en fonction d'un critère de santé publique, oui, cela donne des arguments, du poids.

On a vu, en Ontario, lorsque le gouvernement Harris a été élu, cela a eu du poids, cela a été important pour le secteur de la santé, parce qu'on a réduit la protection sociale. On a réformé l'aide sociale. On a restreint l'accès à l'assistance sociale en Ontario, en 1995, sous le gouvernement de Mike Harris. Les groupes sociaux ont perdu tout ce qu'ils recevaient du gouvernement. Plusieurs ont fermé leurs portes, presque au lendemain de l'élection. Par contre, la santé publique a réussi à maintenir ses canaux de communication avec le gouvernement de Mike Harris en disant : si vous réduisez dans la santé publique, vous aurez des problèmes à long terme avec le système de soins de santé. Donc, la perspective économique et sanitaire a fonctionné avec le gouvernement Harris alors que les arguments sociaux ne fonctionnaient pas.

**Le sénateur Pépin :** Pensez-vous, quand on dit qu'on suit une politique de l'environnement, que nous devrions toujours voir l'impact, essayer de sensibiliser les gens à l'importance de la prévention?    la longue, si on est capable de faire cela pour l'environnement, pourrions-nous développer pour qu'il y ait un autre impact important dans le domaine de la santé?

**Mme Bernier :** Si c'est un moyen utile pour améliorer la santé et le bien-être, pourquoi pas?

**Le sénateur Pépin :** C'est le chemin le plus court, non?

**Mme Bernier :** Par exemple, dans l'idée de la politique environnementale, si on peut démontrer qu'elle a des effets sur la santé, et cetera, et que cela améliore la santé et le bien-être de la population et que c'est ce que l'on veut, qu'on le fasse.

**Senator Pépin:** We want to take something much closer to us to show the impact on health.

**Ms. Bernier:** It is an instrument that was developed by the central governments and that we can actively use.

**Senator Pépin:** To raise awareness?

**Ms. Bernier:** Yes. How do we go about developing a population health policy that works? As a government, and more specifically as a federal government, how can we successfully influence the social determinants of health?

Your questions clearly show that you are very interested in finding a solution and you are looking for models to follow. Have we any ideas from other provinces and other countries? We have some. Why should we not take advantage of them?

It is also important, at the same time, to get away from an overly idealistic approach to population health. It certainly has benefits, but it also has an impact on social redistribution, on social groups, and on the ways in which governments intervene. As we move ahead, we must evaluate the impact of our policies objectively.

Great changes are coming about and we do well to plan our way ahead, but at the same time, as we move on, we must evaluate the impacts.

**Senator Pépin:** I took note of your conclusion. In fact, to sum things up, I understand that you do not believe that the implementation has been effective. The health determinants are complex, etc., but it is important to transfer authority. How do you think we could transfer authority?

**Ms. Bernier:** Authority will change hands automatically, it is a natural process.

**Senator Pépin:** Yes, but currently, with the organization we have here, and in Quebec — ministers, various departments, etc. — what kind of transfer should there be to make things more efficient? If the determining factors are complex, how should we go about it?

**Ms. Bernier:** I have no silver bullet, but let me share an idea that I developed with a colleague in a recent article. I do not know if you have read it. In any case, with regard to Quebec as well as Canada and the federal government, we say that it is crucial for the central authorities to get involved. We mean Treasury Board, the cabinet, the central agencies of government, of every kind of government. The central authorities must absolutely get involved and provide guidance for the other departments.

This was done in Quebec, because we adopted legislation. Perhaps France knows more than I do about the central agencies in Quebec and their involvement?

**Le sénateur Pépin :** On veut prendre quelque chose de beaucoup plus près pour montrer l'impact sur la santé.

**Mme Bernier :** C'est un instrument développé par les gouvernements centraux et dont on peut se saisir comme acteur.

**Le sénateur Pépin :** Pour sensibiliser?

**Mme Bernier :** Oui. Comment peut-on arriver à développer une politique de santé de la population qui fonctionne? Comment peut-on comme gouvernement, parce que l'on est au gouvernement fédéral, arriver à agir efficacement sur les déterminants sociaux de la santé?

Je vois bien, par vos questions, que vous vous préoccupez beaucoup de comment on peut y arriver et s'il y a des modèles à suivre. Avons-nous des idées qui viendraient d'autres provinces et d'autres pays? Il y en a. Pourquoi ne pas s'en inspirer?

Ce qu'il est important de faire, en même temps, parallèlement, c'est de sortir d'une vision angélique de l'approche de santé de la population. C'est certain que cela peut faire du bien, mais cela a des effets sur la redistribution sociale, sur des groupes sociaux, sur l'organisation des secteurs d'intervention du gouvernement. En même temps, on doit prendre une distance critique vis-à-vis cela dans le sens de voir ce que cela produit comme effet.

Ce sont des transformations très importantes qui se produisent et c'est légitime de se demander comment aller de l'avant, mais parallèlement, il faut se demander, à mesure qu'on avance, quels en sont les effets.

**Le sénateur Pépin :** J'ai noté ce que vous disiez à la fin. En fait, pour résumer, j'ai compris que vous ne croyez pas que la mise en œuvre était effective, les déterminants sont complexes, et cetera, mais il y a un transfert d'autorité qui serait important. De quelle manière pensez-vous que le transfert d'autorité pourrait se faire?

**Mme Bernier :** Le transfert d'autorité se fait lui-même, c'est un processus qui se produit.

**Le sénateur Pépin :** Oui, mais actuellement, la façon dont c'est organisé chez nous, au Québec les ministres, les différents ministères, et cetera, quel genre de transfert faudrait-il effectuer pour que ce soit plus efficace? Si les déterminants sont complexes, de quelle manière faudrait-il s'y prendre?

**Mme Bernier :** Je n'ai pas de recette magique, mais je vais vous faire part d'une idée que j'ai développée avec une de mes collègues dans un article récent. Je ne sais pas si vous l'avez lu. De toute façon, on dit que et cela s'applique pour le Québec comme pour le Canada et le gouvernement fédéral, finalement, l'engagement des autorités centrales est essentiel c'est-à-dire le Conseil du Trésor, le conseil exécutif du gouvernement, je cherche le nom exact de l'entité, les agences centrales du gouvernement, peu importe quel gouvernement. Les autorités centrales doivent absolument s'impliquer et donner des directives aux autres ministères.

Cela a été fait au Québec, parce qu'on a voté la loi. Peut-être que France en saurait plus que moi sur l'implication des agences centrales au Québec?

To conclude, in answer to your question, I think that this is an essential condition, which applies everywhere, in Ottawa as well as in Quebec and in every country and every province.

**Senator Pépin:** The deciders!

**Ms. Bernier:** The central ones!

**Senator Pépin:** Ms. Gagnon, do you have anything to add?

**Ms. Gagnon:** I emphasize the fact that the authorities must be involved.

[English]

**The Chair:** Thank you, Ms. Bernier and Ms. Gagnon. You gave us two full hours. We deeply appreciate you coming here and providing us your expertise.

The committee adjourned.

---

OTTAWA, Tuesday, December 11, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:05 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:** Dr. Adshead, we are truly looking forward to hearing what you have to say and we feel we can learn a great deal from you. If you are ready, please go ahead. We will have some questions for you when you have finished.

**Dr. Fiona Adshead, Director General of Health Improvement, U.K. Department of Health:** I will respond to the questions that you have asked first, but obviously I am happy to answer any questions in more detail.

In terms of how to unite departments across the government, the key issue has been the leadership of the finance ministry, our Treasury. In 2002, the Treasury carried out a cross-cutting review of government, looking at what each government department and ministry could do to tackle inequalities. They based this on the evidence of Sir Donald Acheson's review, but they looked specifically at what needs to be done. They used it to assess their funding decisions in our next government-spending round. *The Cross-Government Action Plan to Reduce Health Inequalities* was published in 2003. My Treasury colleagues who could not be here this afternoon asked me to emphasize that the way we do our funding round is then to set cross-government targets for delivery. We have recently changed these even more to essentially bind government departments into joint action on inequalities.

Enfin, vous m'avez posé cette question, je pense que c'est une condition essentielle, peu importe où l'on se trouve, à Ottawa, à Québec ou dans n'importe quel pays ou province.

**Le sénateur Pépin :** Les décideurs!

**Mme Bernier :** Centraux!

**Le sénateur Pépin :** Madame Gagnon, avez-vous quelque chose à ajouter?

**Mme Gagnon :** Cet aspect de l'engagement nécessaire des responsables est important.

[Traduction]

**Le président :** Merci, Mme Bernier et Mme Gagnon. Vous nous avez accordé deux pleines heures. Nous vous sommes très reconnaissants d'être venues nous faire profiter de votre expertise.

La séance est levée.

---

OTTAWA, le mardi 11 décembre 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 9 h 5 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.

**Le président :** Docteure Adshead, nous sommes vraiment impatients d'entendre ce que vous avez à nous dire car nous avons l'impression que nous pouvons en apprendre beaucoup en vous écoutant. Nous aurons des questions à vous poser quand vous aurez terminé.

**Dre Fiona Adshead, directrice générale, Amélioration de la santé, ministère de la Santé du Royaume-Uni :** Je vais commencer par répondre aux questions que vous m'avez déjà posées. Bien sûr, je serai heureuse de vous donner des détails sur tout autre point qui vous intéresse.

À la question de savoir comment coordonner l'action des différents ministères et organismes, le leadership du ministère des Finances, notre Trésor, a joué un rôle clé. En 2002, le Trésor a procédé à un examen général de l'administration publique, dans le cadre duquel il a étudié ce que chaque ministère ou organisme pouvait faire pour remédier aux disparités. Il s'est fondé, dans cet examen, sur l'étude réalisée par sir Donald Acheson, mais a considéré d'une façon particulière ce qu'il convenait de faire. L'examen a ensuite servi à évaluer les décisions de financement du cycle de dépenses suivant du gouvernement. Le rapport *Cross-Government Action Plan to Reduce Health Inequalities* avait été publié en 2003. Mes collègues du Trésor, qui n'ont pas pu venir cet après-midi, m'ont demandé de souligner que notre cycle de financement est basé sur des objectifs pangouvernementaux de prestation des services. Nous avons récemment modifié encore plus ces objectifs pour lier les ministères à une action commune contre les disparités.

Essentially, we had a cross-government strategy which required each department to act. We have also agreed on public accountability using an annual report that updates how far we got on that action plan. An independent, scientific committee chaired by Professor Sir Michael Marmot reviews that plan. That report is for them to comment on government action. Our most recent report is coming out in the spring of 2008.

That is how we got cross-government action. Since we began, we have used cross-government mechanisms to bind action together. Politicians meet in our cabinet to talk about public health. The focus of those meetings has also been on inequalities. As director general, I chair a group of officials along with my senior colleagues across Whitehall. Again, we are looking at what we do. As we move forward on government action and the most recent planning round we have just completed, we agree with officials how we will continue joint action to address inequalities.

In terms of whether what we say we will do counts, apart from the status report I mentioned there is also an agreement between the Treasury and each government department to a quarterly review action against the targets. We put a report out to them telling them what we are doing in the Department of Health and that education will do some of the things. For example, what they are doing on the status of education attainment. Therefore, the Treasury holds each of us to account. In the future with our new spending round and our delivery targets, that will be done through joint program boards. That is what happens at present.

Let me move on to some of your other questions regarding the mechanisms we use to facilitate monitoring and action planning. We have targets for 2010 on life expectancy and infant mortality. We know that much of that needs to be delivered through our local governments. We have done a lot of work through our high-multiple operating frameworks to encourage the link to do joint action. We have a very different system from Canada in the sense that, in the Department of Health, we set the standards for what we expect the NHS to do. Following that, we outline in greater detail how we expect them to do that at a local level. Therefore, it is up to them as health organizations to commission with local government action. What we put in place focuses on the key priorities for the all the services.

One of the four priorities for this year is inequalities in health. We have developed a modelling tool that allows our commissioners to look at the interventions needed for their population at a local level. For example, we know that to stop

Nous avons donc essentiellement une stratégie pangouvernementale qui imposait à chaque ministère d'agir. Nous nous sommes également entendus sur la question de la responsabilité publique grâce à la publication d'un rapport annuel qui fait le point sur les progrès accomplis dans la réalisation de ce plan d'action. Un comité scientifique indépendant, dirigé par sir Michael Marmot, examine ce plan et se sert de ce rapport pour formuler des commentaires sur l'action du gouvernement. Notre prochain rapport paraîtra au printemps 2008.

Voilà comment nous obtenons une action pangouvernementale. Depuis que nous avons commencé, nous avons recouru à des mécanismes pangouvernementaux pour coordonner les mesures prises. Les personnalités politiques se retrouvent au Cabinet pour discuter de la santé publique en insistant particulièrement sur les inégalités. À titre de directrice générale, je dirige un groupe de fonctionnaires, de concert avec mes homologues de Whitehall. Encore une fois, nous examinons ce qui est fait. À mesure que l'action gouvernementale progresse et que nous avançons dans le cycle de planification le plus récent, que nous venons juste de terminer, nous nous entendons avec les fonctionnaires sur la façon de poursuivre l'action commune contre les inégalités.

Est-ce que ce que nous nous engageons à faire compte? À part le rapport d'avancement que j'ai mentionné, le Trésor procède avec chaque ministère à un examen trimestriel des progrès réalisés par rapport aux objectifs. Au ministère de la Santé, nous produisons un rapport à l'intention du Trésor pour expliquer ce que nous faisons ainsi que les résultats attendus des mesures liées à l'éducation. Nous expliquons, par exemple, ce qui se fait en matière de niveau d'instruction. Par conséquent, le Trésor tient chacun d'entre nous responsable. À l'avenir, dans le cadre de notre nouveau cycle de dépenses et de nos objectifs de prestation, cela se fera par l'intermédiaire de conseils conjoints de programmes. Pour le moment, c'est ainsi que nous procédons.

Je vais maintenant passer à vos autres questions concernant les mécanismes dont nous nous servons pour faciliter la surveillance et la planification. Nous avons des objectifs à atteindre d'ici 2010 en matière d'espérance de vie et de mortalité infantile. Nous savons que beaucoup des mesures à prendre à cet égard doivent être mises en œuvre par nos administrations locales. Nous avons fait beaucoup, dans le contexte de nos multiples cadres de fonctionnement de niveau élevé, pour favoriser l'engagement envers une action commune. Notre système est très différent de celui du Canada en ce sens qu'au ministère de la Santé, nous avons des normes définissant ce que nous attendons du Service national de santé. Ensuite, nous expliquons en détail les résultats attendus au niveau local. Par conséquent, il appartient aux organisations de la santé de coordonner leur action avec celle des administrations locales. Ce que nous mettons en place est axé sur les grandes priorités de tous les services.

Les inégalités en matière de santé constituent l'une de nos quatre priorités de cette année. Nous avons conçu un outil de modélisation qui permet à nos commissaires de déterminer les interventions nécessaires à leur population au niveau local. Nous

early deaths from heart disease by 2010, people need access to blood pressure treatment, to reduce their cholesterol and to stop smoking. This tool and kit enables that intervention.

Our ministry sets the priorities for local government and ensures us that inequalities for health are at the top of their agenda. Planning at a local level between the hospitals and local government has been aligned. In the future, we are bringing that together more clearly in the spending round to create a single set of shared indicators in government and within the health service. Action on inequalities, such as action on housing and education affects mortality. There is a strong focus on joint action.

To look more broadly at what has made a difference regarding inequalities, political leadership has been key. We are pushing it to the top of the agenda. Our previous Chancellor, now the Prime Minister, and the then Prime Minister spoke about inequalities being a key issue and shows that social justice is very important. We put a lot of effort and resource into developing an evidence base to support this.

It has been important to look at how we can develop practices across local government based on what works at a local level. Having clear targets set at a national level for the government as a whole has galvanized action. It is also necessary to have a mechanism to check delivery.

Although we have all those things in place, we should emphasize that this is a very long journey. Our latest figures suggest we are only beginning to close the relative gap between rich and poor on infant mortality. This is the second year in a row that has been true.

On life expectancy, the gap is increasing at a national level. At the local level, we see that some areas are succeeding with those priorities and therefore, we are putting more emphasis on what actions there can be at the local level. We are finding that it is about partnership and shared leadership across the system.

**The Chair:** Thank you, Dr. Adshead. You opened by saying that you were able to get your finance department to distribute the funds in a way that united the departments.

In Canada, our situation is a little more complex than in the U.K. because we have another tier of government that you do not. Those are the provinces. They are particularly important with regard to health. However, we do have local situations that are quite different from province to province and municipality to municipality.

I would like you to tell us how you have made your financial policy work at the local level.

savons, par exemple, que pour réduire les décès prématurés dus aux maladies cardiovasculaires d'ici 2010, nous devons ouvrir l'accès au traitement de l'hypertension et amener les gens à réduire leur taux de cholestérol et à cesser de fumer. Cet outil et la trousse qui l'accompagne permettront cette intervention.

Notre ministère définit les priorités des administrations locales. Nous veillons ainsi à ce que les inégalités en matière de santé figurent en tête de leurs priorités. La planification à l'échelle locale a été harmonisée entre les hôpitaux et les administrations locales. À l'avenir, nous mettrons cela en évidence d'une façon plus claire dans le cycle de dépenses pour créer un ensemble unique d'indicateurs communs au gouvernement et dans le Service de santé. L'action contre l'inégalité, tout comme l'action dans les domaines du logement et de l'éducation, a des effets sur la mortalité. Nous insistons beaucoup sur l'action commune.

Le leadership politique a joué un rôle de premier plan pour permettre un examen général des mesures qui influent sur les disparités. Nous exerçons des pressions pour que cette question figure toujours en tête de liste. Notre ancien chancelier de l'Échiquier, qui est l'actuel premier ministre, ainsi que le premier ministre d'alors avaient constamment mis l'accent sur l'importance de ces disparités dans le contexte de la justice sociale. Nous consacrons beaucoup d'efforts et de ressources pour réunir des preuves à l'appui de cette thèse.

Nous avons attaché une grande importance à l'élaboration de pratiques locales communes fondées sur ce qui marche le mieux au niveau local. L'établissement d'un ensemble d'objectifs clairs au niveau national, pour l'ensemble de l'administration publique, a galvanisé l'action. Il est également nécessaire de disposer d'un mécanisme permettant de vérifier la prestation des services.

Même si nous avons mis tout cela en place, nous devons souligner qu'il reste encore énormément à faire. Nos derniers chiffres révèlent que nous ne faisons que commencer à réduire l'écart entre riches et pauvres sur le plan de la mortalité infantile. C'est la deuxième année consécutive que nous avons réussi à le faire.

Sur le plan de l'espérance de vie, le fossé se creuse à l'échelle nationale. Au niveau local, certaines régions ont réussi mieux que d'autres. Par conséquent, nous insistons davantage sur les mesures à prendre au niveau local. Nous constatons que le succès se fonde partout sur le partenariat et le leadership partagé.

**Le président :** Merci, docteur Adshead. Vous avez commencé votre exposé en disant que votre ministère des Finances a réussi à répartir les fonds d'une manière qui a uni les ministères.

Au Canada, notre situation est un peu plus complexe qu'au Royaume-Uni parce que nous avons un palier de gouvernement que vous n'avez pas. Nos provinces jouent un rôle particulièrement important dans le domaine de la santé. Toutefois, nous avons des situations locales qui varient considérablement d'une province et d'une municipalité à l'autre.

Pouvez-vous nous expliquer de quelle façon vous avez réussi à faire en sorte que votre politique financière marche à l'échelle locale?



**Dr. Adshead:** I understand the difference between our systems. While there are big differences, we are moving to a more devolved model where as a government we set the high level indicators for action at the local level.

We have done a number of things with local government to raise this up the agenda. It might be helpful if I describe them.

There is long-standing interest in some local authorities on health inequalities. A number of councils have excelled at this in terms of action. We have termed them beacon councils. They have spearheaded the way for their colleagues to demonstrate that action is possible and they show leadership. That has been important in winning political hearts and minds to support this agenda. It has also been important to outline the specific interventions needed to invest at a local level.

We did a review of our target a couple of years ago. We found most areas were committed in principle to social justice and tackling inequalities and would be prepared to put investment where needed. The issue was that they did not know what they should do and what interventions should have the highest impact.

Across government, we have been re-emphasizing what needs to be delivered through each area of social policy. We have been clear with our health service about the exact interventions. There are others they can take, but if they want to put their resources behind a few things, that is specifically what should be done.

We also developed leadership programs. We have a national agency working with local government that supports them on their agenda. We have worked with them to develop leadership with local government for health and health inequalities. Local government themselves have produced benchmarks on what «good» looks like if they are going to tackle health inequalities. They do peer-based self-assessments to determine if they are doing the right thing. We have addressed things on a hearts and mind basis and give support on leadership.

Our national support team is a professional group of people from local government, the health service, and other partners. They do a reflective assessment of what has been done and will listen to the local situation with the local authority and health service colleagues. They will suggest a plan of action for investment that is done with the local organization.

Those are the key mechanisms we would expect for every community. Increasingly, more emphasis is placed on local communities deciding what they need most. We have tried to set the standards and a clear framework that the evidence supports for the greatest impacts.

**Dre Adshead :** Je comprends la différence entre nos deux systèmes. Pour notre part, nous nous orientons vers une plus grande décentralisation tout en veillant à ce que le gouvernement définisse les indicateurs de haut niveau pour l'action au niveau local.

Nous avons pris différentes mesures pour amener les administrations locales à accorder plus d'importance à cette question. Il serait peut-être utile que je vous décrive ces mesures.

Certaines autorités locales s'intéressent depuis longtemps aux inégalités en matière de santé. Quelques conseils ont obtenu d'excellents résultats à cet égard. Nous les avons appelés les «conseils phares». Ils ont pris l'initiative et ont fait preuve de leadership, prouvant ainsi à leurs collègues qu'une action efficace est possible. Cela a joué un grand rôle, d'une part, pour convaincre les politiciens de donner un appui sans réserve à ce programme et, de l'autre, pour mettre en évidence les interventions précises nécessaires pour investir au niveau local.

Nous avons procédé à un examen de notre objectif, il y a deux ans. Nous avons constaté que la plupart des secteurs étaient en principe engagés envers la justice sociale, s'attaquaient aux disparités et étaient disposés à faire les investissements nécessaires. Toutefois, ils ne savaient pas vraiment ce qu'il fallait faire ni quelles interventions auraient les plus grands effets.

Dans l'administration publique, nous avons redéfini ce qu'il y avait à faire dans chacun des domaines de la politique sociale. Nous avons clairement indiqué au Service de santé les interventions précises à faire. Le service pouvait prendre d'autres mesures, mais si les ressources ne permettaient de financer qu'un certain nombre d'interventions, il devait se concentrer sur celles-ci.

Nous avons mis au point des programmes de leadership. Nous avons un organisme national qui aide les administrations locales à réaliser leur programme. Nous avons collaboré avec cet organisme pour favoriser le leadership local en matière de santé et d'inégalités. Les administrations locales ont elles-mêmes produit des repères définissant ce qu'on peut considérer comme des résultats satisfaisants dans la lutte contre les inégalités en matière de santé. Elles procèdent à des autoévaluations fondées sur l'opinion de pairs pour déterminer si elles sont dans la bonne voie. Nous avons agi de façon à persuader les gens et à encourager le leadership.

Notre équipe nationale de soutien se compose de professionnels des administrations locales, du Service de santé et d'autres partenaires. Ces gens analysent ce qui a été fait et évaluent la situation locale, de concert avec l'administration locale et les collègues du Service de santé. Ils recommandent ensuite un plan d'action prévoyant les investissements à faire, en collaboration avec l'organisation locale.

Ce sont les principaux mécanismes qui devraient exister dans chaque collectivité. Nous insistons de plus en plus pour que les collectivités locales prennent leurs propres décisions au sujet de leurs besoins les plus urgents. De notre côté, nous avons essayé de définir des normes et un cadre clair, sur la base de ce qui produit manifestement les meilleurs résultats.

**Senator Cook:** From a structural viewpoint, I would like you to explain more fully about your health inequalities unit and your local area agreements. Are they facilitators or is there an authority there? I am trying to interface the two levels of governance and to see if there is an option.

Also, do you have outcome evaluations? Finally, what is the responsibility of the national government? I am trying to establish linkages along the continuum to get to the person.

**Dr. Adshead:** Our health inequalities unit is a team based within the health ministry. They are responsible for policy development and supporting delivery of health inequalities policy.

We are currently considering whether we should strengthen that by having more cross-government presence. Our chief minister for health is doing a review of inequalities at the moment to see how we can improve what we are doing. That is one of the things on the table.

There are examples across government — both for climate change and something similar we are currently doing for obesity — where having civil servants seconded in from other government departments, forming more of a joint leadership unit across government, is felt to be effective. They are looking at that model. At the moment, that is what we have. That unit starts with civil servants. They have core governmental and policy skills, but we also bring in experts in the field to work with them, and they work very closely with academics in terms of reviewing the strategy.

As to local area agreements, the local government is expected to form a local strategic partnership made up of the public sector, volunteer sector, and community and business representatives. For us, the latter would be something like the local Chamber of Commerce.

Initially, they were strategic leadership groups. More recently, they have been required to put together what they are going to deliver through a “local area agreement.”

Why what I was describing on the local targets and indicators is more important is that in the past, they agreed to come up with an investment package because they had to. Now what we are saying to our health service, and also to local government, is you share mainstream business to sort out policies and to tackle obesity so your investment needs to follow the strategy. Together, they are judged on the outcomes that they achieve. That is very different from having a talking shop, where you agree it would be nice to do something together on inequalities. They are now much more bound in. Their own performance, how they are judged by our regulators, depends on joint action on this in the future.

**Le sénateur Cook :** J’aimerais que vous nous expliquiez plus complètement la structure de votre Unité des inégalités en matière de santé et vos ententes locales. Les membres de l’unité agissent-ils comme facilitateurs ou bien ont-ils des pouvoirs? J’essaie d’établir le lien entre les deux niveaux de gouvernance pour voir s’il existe un choix.

Par ailleurs, faites-vous des évaluations des résultats? Enfin, quelle est la responsabilité du gouvernement national? Je répète que j’essaie d’établir des liens entre le sommet de la structure et la personne en cause.

**Dre Adshead :** Notre Unité des inégalités en matière de santé est une équipe basée au ministère de la Santé. Elle est chargée de l’élaboration des politiques et de l’appui à la mise en œuvre du programme de lutte contre les inégalités en matière de santé.

Nous examinons actuellement l’opportunité de renforcer l’unité en lui assurant une plus grande présence pangouvernementale. Notre principal ministre de la Santé examine actuellement les inégalités pour déterminer de quelle façon nous pouvons améliorer ce que nous faisons. C’est l’un des projets envisagés en ce moment.

Il y a d’autres cas, comme les changements climatiques et un autre projet que nous réalisons actuellement pour combattre l’obésité, où des fonctionnaires détachés pour constituer un leadership conjoint à l’échelle de l’administration publique ont produit des résultats probants. Ce modèle est donc à l’étude. C’est là que nous en sommes pour le moment. L’unité se compose au départ de fonctionnaires qui ont des compétences de base sur le plan de l’administration et des politiques, mais elle fait également appel à des experts et collabore très étroitement avec des universitaires pour examiner la stratégie.

Pour ce qui est des ententes locales, les administrations locales doivent en principe former des partenariats stratégiques locaux comprenant des représentants du secteur public, du secteur bénévole, des organisations communautaires et du monde des affaires. Pour nous, c’est un peu comme des chambres de commerce locales.

Au départ, il y avait les groupes de leadership stratégique. Plus récemment, on a demandé aux administrations locales de définir ce qu’elles comptaient faire dans une entente locale.

Les objectifs et les indicateurs locaux que j’ai mentionnés revêtent actuellement une grande importance car, dans le passé, on établissait des plans d’investissement parce qu’il fallait le faire. Aujourd’hui, nous demandons au Service de santé et aux administrations locales d’assumer la responsabilité des politiques ou de s’attaquer à l’obésité, de sorte que leurs investissements doivent être conformes à la stratégie. Ils sont jugés ensemble en fonction des résultats qu’ils obtiennent. C’est très différent de l’approche antérieure dans laquelle les partenaires tenaient une réunion et convenaient qu’il serait utile d’agir ensemble contre les inégalités. Aujourd’hui, les partenaires sont beaucoup plus responsables. Leur rendement et le jugement porté sur eux par les organismes de réglementation dépendent de leur action commune.

For local people, we have produced local community health profiles that provide residents with an idea of how their area compares for things like obesity, smoking and life expectancy. It is a snapshot, a simple profile of health, because one of the things we have been interested in is how local people get accountability from their local government on what they do and how they join together.

Through a local government act, we require local authorities and health service to work together on a joint strategic needs assessment, whereby they assess the needs of the local population.

The directors of public health are jointly appointed on a local government and health service, so they work across the local community. They produce an annual report. Within that, they can discuss issues — if they think it is a big issue at the local level and the scrutiny committee of local government should consider that issue. Again, the scrutiny committees are set up locally. They are backbench committees, if you like, of local government that consider the best interests of local people.

In a snapshot, those are the local area agreements. I hope that gives you a broader understanding of how that fits into the local government and the local partnership architecture.

The new framework that the finance minister set up and that we are focusing on through the operating framework, which is our planning document for the health service, is focusing increasingly on outcomes. The public service agreement — which is our jargon for what we at the Department of Health have promised to the finance ministry — says deliver improved health and well-being for all, it is now backed up by very specific indicators, of which there are about 40 at a local level. We are judged as local governments in the health service. Are we improving in all ages and causes at the local level? We have to be accountable for how outcomes at the local level feed through to outcomes at a national level. Our status report will review inequalities and will link that back to what we are doing to close the gap, for example, on life expectancy.

That then flows into how we are held accountable nationally. Basically, if the continuity from national government to local government does not add up, then we do not get the target delivery that we need. In a way, that is how it works.

The accountability at the national level is through answering the question: Are we delivering the outcomes we promised to deliver? It is done through political cabinet committees, as I have described.

In terms of how it reaches the person, we are trying to think about understanding the situation of local people. I have mentioned that we could meet our targets. What we did as part of that was go out into the communities and ask local people what their experience was around dying too young in their communities

Pour les populations locales, nous avons produit des profils de santé des collectivités qui donnent aux habitants une idée de la situation de leur région par rapport aux autres sur les plans de l'obésité, du tabagisme et de l'espérance de vie, par exemple. Il s'agit d'un simple aperçu qui donne à la population locale la possibilité de porter un jugement sur ce que ses administrateurs font et sur les mesures de coordination qu'ils prennent.

La Loi sur les administrations locales impose aux autorités locales et au Service de santé de faire ensemble une évaluation stratégique des besoins de la population locale.

Les directeurs de la santé publique sont conjointement nommés au sein d'une administration locale et du Service de santé. Ils produisent un rapport annuel, dans lequel ils parlent des problèmes locaux qu'ils jugent importants et sur lesquels ils veulent attirer l'attention du comité de surveillance de l'administration locale. Ces comités de surveillance sont établis à l'échelle locale. Ils se composent de citoyens chargés de veiller à ce que les administrateurs agissent dans l'intérêt de la population locale.

Voilà donc un bref aperçu des ententes locales. J'espère que cela vous permet de mieux comprendre comment elles s'inscrivent dans l'architecture des administrations locales et des partenariats locaux.

Le nouveau cadre de fonctionnement que le ministre des Finances a établi — il s'agit de notre document de planification relatif au Service de santé — est de plus en plus axé sur les résultats. Notre entente de service public — c'est ainsi que nous désignons dans notre jargon ce que le ministère de la Santé s'est engagé à faire auprès du ministère des Finances — prévoit de dispenser de meilleurs services de santé et de bien-être social à tous, sur la base d'indicateurs très précis, dont une quarantaine s'appliquent à l'échelle locale. Nous sommes jugés au même titre que les administrations locales et le Service de santé. Obtenons-nous des améliorations dans tous les groupes d'âge et pour toutes les causes au niveau local? Nous sommes responsables de la contribution des résultats locaux aux résultats nationaux. Notre rapport d'avancement examinera les inégalités et les reliera à ce que nous faisons pour réduire l'écart sur le plan de l'espérance de vie, par exemple.

Cela se répercute ensuite sur la façon dont nous sommes tenus responsables à l'échelle nationale. Bref, si ce que nous faisons à l'échelle nationale ne se reflète pas dans les résultats obtenus par les administrations locales, nous n'atteignons pas l'objectif de prestation attendu. En un sens, c'est ainsi que cela fonctionne.

La responsabilité à l'échelle nationale est établie par la réponse à la question suivante : avons-nous obtenu les résultats que nous avons promis d'atteindre? Cela se fait par l'intermédiaire des comités politiques du Cabinet, comme je l'ai déjà expliqué.

Pour déterminer les effets au niveau individuel, nous essayons de comprendre la situation des populations locales. J'ai mentionné que nous pouvions atteindre nos objectifs. Pour le faire, nous sommes allés dans les collectivités pour interroger les gens sur leur propre expérience en ce qui concerne les décès

— what the issues were. What we found was a policy of aspiration. Very sadly, people in deprived communities said it is quite normal to die in your 40s and 50s.

Part of what we are exploring now for individual policy arms — for example, to help give up smoking — is exactly what is the experience in deprived communities around smoking. How can we understand where it starts and how can we motivate them to quit smoking and what are the barriers in our service system?

We have tried not only to think about how we understand things at a national level, but we are trying to tailor our services in a different way so that we make that connection between the big macroeconomic changes in terms of reducing child poverty, but link it to best access services in the public sector.

**Senator Cook:** Do you have any evidence-based information or evaluations of your outcomes?

**Dr. Adshead:** We do; the status report produced by our scientific committee each year links where we are in the outcomes with where we think it fits in with the evidence. For example, where we are beginning to show closure on the infant mortality target, they will then say, since there has been a reduction in child poverty, why is this not closing to a greater extent?

All the interventions I have mentioned — the package to prevent early death from cardiovascular disease — are based on the best evidence of what we think will have an impact. Our national health institute, which is the body that looks at evidence, is actually looking at inequalities. I have also reviewed specific topics around how you get, for example, people in deprived communities to give up smoking. We continually try to refine our evidence, but we are also looking at our targets in terms of how we can understand our success and failure based on evidence.

**Senator Cochrane:** Dr. Adshead, you seem to have a great organization and you are well connected with the various departments, which impresses me. I hope that we will meet with some success as well.

Many of my questions have been answered but I want to know what factors have contributed to the adoption of this pan-government policy?

**Ms. Adshead:** When our Labour government came into power over 10 years ago, it promised that it would return to the issue of health inequalities and social justice. If you look across government policy, the cross-government action plan on health inequalities is backed up by a whole range of issues around how to improve inequalities across social policy.

prématurés. Nous avons constaté qu'il y avait une certaine attitude de résignation. C'est triste à dire, mais les gens des collectivités défavorisées trouvaient qu'il était parfaitement normal de mourir dans la quarantaine ou la cinquantaine.

Nous essayons donc, pour chacun des aspects de notre politique, comme la lutte contre le tabagisme, de connaître l'expérience des gens dans les collectivités défavorisées. Nous souhaitons comprendre ainsi où il faut commencer, comment inciter les gens à cesser de fumer et de quelle façon éliminer les obstacles à la prestation des services.

Nous avons essayé de réfléchir non seulement à la façon de faire les choses à l'échelle nationale, mais aussi aux moyens d'adapter nos services pour faire le lien entre les grands changements macroéconomiques liés à la réduction de la pauvreté chez les enfants et l'amélioration de l'accès aux services publics.

**Le sénateur Cook :** Disposez-vous de renseignements factuels ou d'évaluations de vos résultats?

**Dre Adshead :** Oui. Le rapport d'avancement produit chaque année par notre comité scientifique fait le lien entre nos résultats et les effets que nous leur attribuons sur les réalités sociales. Par exemple, quand nous réussissons à réduire l'écart au chapitre de la mortalité infantile, le comité nous demandera pourquoi, compte tenu de la diminution de la pauvreté chez les enfants, nous n'avons pas réduit davantage l'écart.

Toutes les interventions que j'ai mentionnées, comme le programme destiné à prévenir les décès prématurés dus aux maladies cardiovasculaires, sont basées sur les meilleures données disponibles quant aux mesures les plus efficaces. Notre Institut national de la santé, qui examine ces données, considère également les inégalités. J'ai en outre étudié la documentation spécialisée concernant, par exemple, les moyens d'inciter les gens des collectivités défavorisées à cesser de fumer. Nous essayons constamment d'obtenir des données plus précises, mais nous tentons en même temps d'adapter nos objectifs en fonction des succès et des échecs enregistrés.

**Le sénateur Cochrane :** Docteur Adshead, vous semblez avoir une excellente organisation et de très bons contacts avec les différents ministères et organismes, ce que je trouve vraiment remarquable. J'espère que nous aurons nous-mêmes un certain succès.

Vous avez déjà répondu à beaucoup de mes questions, mais je voudrais savoir quels facteurs ont contribué à l'adoption de cette politique pangouvernementale.

**Dre Adshead :** Lorsque le gouvernement travailliste a pris le pouvoir, il y a un peu plus de 10 ans, il avait promis de s'occuper de la question des inégalités en matière de santé et de la justice sociale. Si vous considérez l'ensemble de la politique gouvernementale, vous constaterez que le plan d'action pangouvernemental sur les inégalités en matière de santé s'appuie sur toute une gamme de mesures destinées à remédier aux disparités sociales.

A key indicator is education attainment in deprived groups. The education ministry has a whole raft of policies that look at that outcome. In a sense, they are backed up. Political will was an absolutely key issue for us. Another driver was getting everyone together to review the evidence. I would not underestimate the importance of the finance minister and the Treasury's review of the evidence and what each government department must do. In a sense, that binds people into a shared solution. Of course, if the targets and indicators that each government department needs to follow and the money they get is linked to that, then that also binds them in. Political will to action, a shared evidence-base and targets that help the core purpose of the ministry are key.

It is important to emphasize, though, that other ministries might not necessarily think that some of the targets they have, whether educational standards or tapping into poverty, are about tackling health inequalities. Instead, they would think it is about their core business.

Part of the trick, and part of what I have learned, is that you need to frame tackling inequalities in a way that basically says to other colleagues: I can help you achieve your educational standards if you help us. It is a win-win situation because health outcomes, which are what health inequalities are about, is a key to the health ministry. However, it is only of secondary importance to an education ministry, no matter how much the government as a whole might wish to tackle inequalities.

Seeing how each government can act on things is very important. That is one of the reasons that when we reviewed the targets a couple of years back, we learned the lesson that unless we bind other ministries in the shared goal, we will not achieve those kinds of mutual aims.

A new performance matrix — our comprehensive spending review — will give you the kind of shared focus that had been lacking in terms of each having to deliver something for a common purpose. In the past it has been more about delivering your bit of the jigsaw puzzle. Obviously, it is open to debate, given that it is early days and they have only just begun this spending round, as to whether it will lead to even greater delivery.

**Senator Cochrane:** Did you find that some departments simply declared that they would not partake of the study?

**Ms. Adshead:** I was not around for the 2002 review, so I do not know. Basically, if the finance ministry tells a department that they have to undertake something, they do it. It was done with a political agreement across all departments.

**Senator Cochrane:** You have a real leader, I think.

You mentioned the 12 national indicators. Did you have to add more indicators after your study went forward?

Le niveau d'instruction des groupes défavorisés constitue un important indicateur. Le ministère de l'Éducation a tout un éventail de politiques axées sur ce résultat. En un sens, elles sont appuyées. La volonté politique était pour nous un facteur absolument essentiel. Un autre facteur important a consisté à réunir tout le monde pour examiner les faits. Je ne saurais trop insister sur l'importance de l'examen par le ministre des Finances et le Trésor de la situation et de ce que chaque ministère devait faire. En un sens, cela rassemble les gens autour d'une solution commune. Bien entendu, si les objectifs et les indicateurs de chaque ministère ainsi que les crédits qu'il obtient sont liés à cela, tout le monde se sent concerné. La volonté politique d'agir, des données factuelles communes et des objectifs axés sur le but fondamental du ministère jouent un rôle essentiel.

Il importe cependant de souligner que d'autres ministères ne pensent pas nécessairement que certains de leurs objectifs, qu'il s'agisse de normes d'éducation ou de lutte contre la pauvreté, sont liés aux inégalités en matière de santé. Ils peuvent plutôt croire que ces objectifs font partie de leurs fonctions de base.

Le truc, comme je l'ai appris, consiste à présenter les inégalités de telle façon que les collègues puissent se dire : Si je contribue à la réalisation de cet objectif, je pourrai en même temps me rapprocher des normes que je vise en matière d'éducation. Finalement, tout le monde y gagne parce que l'état de santé de la population, qui est l'objet de la lutte contre l'inégalité, constitue l'objectif de base du ministère de la Santé. Toutefois, il ne représente qu'un objectif secondaire pour un ministère qui s'occupe d'éducation, quels que soient les efforts déployés par le gouvernement dans son ensemble pour combattre les inégalités.

Il est très important de voir de quelle façon chaque ministère peut agir. C'est l'une des raisons pour lesquelles, quand nous avons révisé les objectifs, il y a deux ans, nous avons compris qu'à moins d'intéresser les autres ministères à l'objectif commun, nous ne pourrions pas en arriver aux résultats voulus.

Une nouvelle matrice de rendement — notre examen global des dépenses — permet de réaliser la convergence qui avait manqué auparavant en imposant à chacun de faire quelque chose en vue d'un objectif commun. Dans le passé, chacun fournissait sa petite part de son côté. Bien entendu, nous ne savons pas encore si nous arriverons ainsi à vraiment améliorer la situation parce que nous n'en sommes qu'aux premiers stades et que nous venons tout juste d'entreprendre ce cycle budgétaire.

**Le sénateur Cochrane :** Est-ce que certains ministères ont tout simplement dit qu'ils ne voulaient pas participer à l'étude?

**Dre Adshead :** Je n'étais pas là au moment de l'examen de 2002. Je ne peux donc pas vous répondre. Néanmoins, si le Trésor dit à un ministère de faire une chose, le ministère obtempère. Cela faisait l'objet d'une entente au niveau politique, qui s'étendait à tous les ministères.

**Le sénateur Cochrane :** Je suppose que vous avez un vrai chef.

Vous avez parlé de 12 indicateurs nationaux. Avez-vous dû ajouter d'autres indicateurs plus tard?

**Ms. Adshead:** Yes, we have refined the indicators. We have the cycle of a spending round every two to three years. This time, we have refined the indicators from experience because, at a local level, we used to require people to monitor life expectancy. However, at the time between any action in the health service or local government between life expectancy and the local community changing, the service delivery is so long that it is not meaningful. We have adopted targets like all-cause/all-age mortality because it is much timelier and much more linked to action at the local level.

Each time the finance ministry decides how it will give its money out and manage across government, it decides on the indicators. The review that we did together on the inequalities targets a year or so back is fed into the spending review round this time.

**Senator Cochrane:** I am interested in your measuring progress. Have you been able to accurately measure the progress using the indicators that you have chosen?

**Ms. Adshead:** That is a very good question. I just described how we have used indicators that are timelier and more specific to local action, like all-cause mortality, for instance. The problem is that when the indicators at a national level, like the life expectancy target or infant mortality, change or do not change, the issue becomes how to link it to causality. That is one reason that is happening and why we have been trying to break it down more to a local level so we can understand where people are succeeding in delivering the targets, where they are not succeeding and then look at the methods of delivery.

We use the best evidence to model what we think would have the biggest impact. For example, we know that the life expectancy for smokers is the single biggest contributor to our gap in life expectancy; and we know it will hold true. The question arises at the local level and whether smoking in some communities might be less of an issue than in other communities.

That is why we have tried to model things at a national level and then link them down to the communities. The dilemma with any indicator, as you would well know, is that you measure what it measures, and many other factors might contribute to success. When our national support team does a review at a local level, it looks at issues such as how much the community has been engaged, the strength of the partnership working and how much commissioning of local services is actually related to inequalities. Often the indicators are not met because of some system problems, leadership and other factors with which you are familiar. You can measure it at a high level but you need to get beneath the data in order to understand what is truly happening.

**Dre Adshead :** Oui, nous avons perfectionné les indicateurs. Nous avons un cycle de dépenses tous les deux à trois ans. Cette fois-ci, nous avons affiné les indicateurs en fonction de notre expérience. Auparavant, nous demandions aux gens du niveau local de suivre les chiffres d'espérance de vie. Toutefois, le laps de temps qu'il y a entre les mesures prises par le Service de santé ou l'administration locale et la prestation des services que les changements mesurés dans l'espérance de vie n'ont plus beaucoup de sens compte tenu de l'évolution de la population locale. Nous avons donc adopté des objectifs fondés, par exemple, sur les chiffres globaux de mortalité pour tous les âges et toutes les causes, qui sont beaucoup plus actuels et davantage liés aux mesures prises à l'échelle locale.

Chaque fois que le ministère des Finances décide de la répartition des fonds, il choisit aussi les indicateurs. L'examen des objectifs relatifs aux inégalités que nous avons réalisé ensemble il y a près d'un an a servi de base dans le cycle de dépenses actuel.

**Le sénateur Cochrane :** Je m'intéresse aux progrès que vous avez réalisés sur le plan des mesures. Avez-vous réussi à mesurer avec précision les progrès à l'aide des indicateurs que vous avez choisis?

**Dre Adshead :** C'est une très bonne question. Je viens de vous expliquer de quelle façon nous avons choisi des indicateurs plus actuels et mieux liés à l'action locale, comme la mortalité toutes causes confondues. Le problème des indicateurs nationaux, comme l'espérance de vie ou la mortalité infantile, c'est qu'il est très difficile d'établir les relations de cause à effet. C'est la raison pour laquelle nous avons essayé d'obtenir des chiffres au niveau local, afin de déterminer à quels endroits les objectifs sont atteints, à quels autres ils ne le sont pas et d'examiner les méthodes de prestation correspondantes.

Nous utilisons les meilleures données pour déterminer, à l'aide de modèles, les mesures qui ont les plus grands effets. Nous savons par exemple que l'espérance de vie des fumeurs constitue le facteur qui contribue le plus à l'écart enregistré dans les chiffres d'espérance de vie. Nous savons que c'est vrai. Au niveau local cependant, on peut se demander si le tabagisme pose un plus grand problème dans certaines collectivités que dans d'autres.

Nous avons donc essayé de modéliser les choses à l'échelle nationale, puis de descendre à l'échelle locale. Comme vous le savez bien, la difficulté de tout indicateur, c'est qu'il ne mesure qu'un élément, alors que de nombreux autres facteurs peuvent avoir contribué au succès. Lorsque notre équipe nationale de soutien réalise un examen au niveau local, il étudie des choses telles que le degré d'engagement de la collectivité, la force du partenariat établi et la mesure dans laquelle les services locaux sont effectivement liés aux inégalités. Il arrive souvent que les objectifs ne soient pas atteints par suite de problèmes systémiques, d'un manque de leadership ou d'autres facteurs que vous connaissez sans doute. Il est toujours possible de mesurer à un niveau élevé, mais il faut aller au-delà des chiffres pour comprendre ce qui se passe réellement.

**The Chair:** I would like you to follow up on your comments on education. Senator Fairbairn will be interested in this because she has spent a large part of her time in the Senate trying to deal with literacy in Canada. Educational levels, even in our complex mosaic of government in Canada, can be measured. We can measure how many people have primary, secondary and post-secondary educations. If we could apply one of your tool kits at the local level, we could measure the effects of the interventions on local education.

Would you expand on that? Senator Fairbairn will follow up in a minute.

**Dr. Adshead:** I should first say that I am not a specialist on education policy. At the moment, our tool kits simply focus on what our health service can do. They do not focus on education, per se. The kind of work we have been doing with the Department for Children, Schools and Families is around skills and health literacy. In England, we have a problem with literacy levels in the adult population. We know one of the reasons why people do not necessarily look after their health or go to health services is because they do not understand the need; they basically cannot read and write. What we have been doing is linking developing adult literacy with health because people are normally very interested in their health. It is often a way of de-stigmatizing some of the education interventions. That has been one approach. Generally, the education ministry has a whole raft of policies to improve statistics on math, reading, et cetera, at the local level. In deprived groups, that is the indicator we use at a national level.

Where we are trying to commission information at the moment, is how we could do economic modelling across social policy to look at how these things interconnect so that we know, for example, that if you tackle drugs and alcohol problems at a local community, you are more likely to improve health outcomes, as well as crime rates. We are looking at the relative contribution of that modelling.

The international evidence regarding education is very strong. The Commission on Social Determinants of Health, with which you are familiar, is looking at education as one of its prime areas.

**Senator Fairbairn:** I listened carefully to your words and was left virtually speechless in trying to get the sense of how you are dealing with the two very difficult issues of health and literacy.

I know that Britain has, in its recent years, done some extraordinary work on the literacy level with the mindset of knowing that if you have not dealt with literacy, then it is very hard to engage your population with these important issues. I am

**Le président :** J'aimerais vous demander plus de précisions au sujet de l'éducation. Madame le sénateur Fairbairn s'intéresse à cet aspect parce qu'elle a consacré beaucoup du temps qu'elle a passé au Sénat à s'occuper d'alphabétisation. Même dans la mosaïque complexe du Canada, il est possible de mesurer les niveaux d'instruction. Nous pouvons déterminer le nombre de personnes qui ont fait des études primaires, secondaire et postsecondaires. Si nous pouvions recourir à l'une de vos trousseaux d'outils au niveau local, nous pourrions mesurer les effets des interventions sur l'éducation locale.

Avez-vous quelque chose à dire à ce sujet? Le sénateur Fairbairn aura d'autres questions dans quelques instants.

**Dre Adshead :** Je dois d'abord dire que je ne suis pas une spécialiste de la politique d'éducation. Pour le moment, nos trousseaux d'outils sont axés sur ce que notre Service de santé peut faire. Elles ne ciblent pas l'éducation en soi. Le genre de travail que nous avons accompli de concert avec le Département des enfants, des écoles et des familles concernait l'alphabétisation et la compréhension de la notion de santé. Nous avons en Angleterre un problème d'analphabétisme dans la population adulte. Nous savons que l'une des raisons pour lesquelles les gens ne se font pas soigner ou ne s'adressent pas aux services de santé est qu'ils n'en comprennent pas le besoin, ne sachant pratiquement pas lire et écrire. Nous avons donc essayé d'établir un lien entre l'alphabétisation des adultes et la santé parce que, d'habitude, les gens s'intéressent beaucoup à leur état de santé. C'est souvent un moyen de déstigmatiser certaines interventions éducatives. C'est l'une des approches auxquelles nous avons eu recours. D'une façon générale, le ministère de l'Éducation a toute une panoplie de politiques destinées à améliorer les chiffres de mathématiques, de lecture, et cetera. au niveau local. Pour les groupes défavorisés, c'est l'indicateur que nous utilisons à l'échelle nationale.

Nous essayons actuellement de recueillir de l'information sur la façon de faire de la modélisation économique dans le contexte de la politique sociale pour déterminer les liens entre différents facteurs. Nous pourrions ainsi déterminer, par exemple, si la lutte contre la drogue et l'alcool dans une collectivité locale peut améliorer l'état de santé général et réduire les taux de criminalité. Nous examinons les contributions relatives que révèle cette modélisation.

Les données recueillies à l'échelle internationale confirment la grande importance du rôle de l'éducation. La Commission sur les déterminants sociaux de la santé, que vous connaissez, a classé l'éducation parmi ses principaux secteurs d'intérêt.

**Le sénateur Fairbairn :** Vous ayant écoutée avec beaucoup d'attention, je suis vraiment impressionnée par la façon dont vous vous attaquez à deux problèmes très difficiles, la santé et l'alphabétisation.

Je sais que la Grande-Bretagne a fait ces dernières années un travail extraordinaire dans le domaine de l'alphabétisation parce que vous avez compris qu'à moins de combattre l'analphabétisme, il est très difficile de persuader la population de participer à ces

curious about the level of learning that people of all ages are dealing with in our country and in yours. It is not like a school project; it is far more difficult than that.

In particular, what programs do you have for seniors? It is very difficult on seniors who do not have significant levels of literacy in our modern age. It is difficult regardless of a government's best intentions and their efforts undertaken in health.

How do you join with the people on the ground in trying to reach out to that group? I am thinking of seniors themselves, and young parents raising their families. For seniors, life and health, et cetera, are fundamental issues. At the other end are young parents who are raising their families and may be experiencing a great deal of difficulty with literacy.

**Dr. Adshead:** Concerning schools, some of the work we have been doing on health follows some of the WHO approaches with the National Healthy Schools Programme. We have a target that, by 2009, all schools will be healthy schools. We have recently increased our standard recently of what that means. Healthy schools mean improved action on diet, nutrition, physical activity, personal education and so on. That creates the framework for some of the policy areas on improving numeracy and literacy levels within primary and secondary schools. We are trying to make the whole school environment a healthy environment, both for the pupils and also the teachers.

In addition, we have an extended school program. In this program, schools think about the role they can play in the broader community, and how they can improve facilities for families as well. As an example, parents have the opportunity to participate in health promotion.

You are correct; there is a big involved in getting young parents to understand that health issues are linked to literacy. Some of our health programs have actually focused on what is basically a "community mothers" approach which is based around peer educators. Peer education is linked into mothers, which, in the package, improves health and helps understanding, including literacy skills. There have been some targeted programs in what we call Skills for Health or health-literacy programs, and we have targeted parents.

We have also been looking more broadly at how we make our health promotion messages more relevant to deprived communities. We recently launched a campaign developed for mothers in deprived communities to look at healthy eating.

The advice given was not something that a richer family would do. It is understanding the barriers the less privileged might face and then tailoring the health promotion messages to their own situation. An important issue has also been the average literacy in those communities.

importantes initiatives. Je suis curieuse de savoir dans quelle mesure les gens de différents groupes d'âge peuvent apprendre dans votre pays et dans le nôtre. Ce n'est pas comme un projet scolaire. C'est autrement plus difficile.

En particulier, quels programmes avez-vous pour les aînés? Il est très difficile pour eux de vivre à l'ère moderne s'ils sont peu alphabétisés et ce, en dépit des meilleures intentions du gouvernement et de tous les efforts qu'il déploie dans le domaine de la santé.

Comment réussissez-vous à joindre les gens sur le terrain pour agir auprès de ce groupe? Je pense aussi bien aux aînés qu'aux jeunes parents qui élèvent des enfants. Pour les aînés, la vie, la santé, et cetera, constituent des questions fondamentales. À l'autre extrémité, il y a les jeunes parents qui peuvent connaître de grandes difficultés à cause d'un faible niveau d'alphabétisation.

**Dre Adshead :** Dans le domaine scolaire, nous avons adopté certaines des approches de l'OMS en instituant le Programme national des écoles saines. Nous avons pour objectif de rendre toutes les écoles saines d'ici 2009. Nous avons récemment relevé la norme à cet égard. Qu'est-ce qu'une école saine? C'est une école où l'on a pris des mesures renforcées en matière de régime d'alimentation, de nutrition, d'activité physique, d'éducation personnelle, et cetera. Nous créons ainsi un cadre qui nous permet de mettre en œuvre d'autres politiques visant à améliorer les capacités de lecture, d'écriture et de calcul dans les écoles primaires et secondaires. Nous essayons d'assainir tout l'environnement scolaire, aussi bien pour les élèves que pour les enseignants.

De plus, nous avons un programme scolaire élargi dans le cadre duquel les écoles réfléchissent au rôle qu'elles peuvent jouer dans la collectivité et à l'aide qu'elles peuvent donner aux familles. Ainsi, les parents ont la possibilité de participer à la promotion de la santé.

Vous avez raison, il est assez difficile d'amener de jeunes parents à comprendre que les problèmes de santé sont liés à l'alphabétisation. Certains de nos programmes de santé sont en fait axés sur une approche de «mères communautaires» fondée sur les éducateurs de pairs. Cette forme d'éducation est liée aux mères, ce qui, dans l'ensemble, améliore la santé et facilite la compréhension, notamment en matière de lecture et d'écriture. Nous avons quelques programmes ciblés dans le cadre des programmes Skills for Health de santé-alphabétisation visant les parents.

D'une façon plus générale, nous avons cherché à concevoir des messages de promotion de la santé qui aient un sens pour les collectivités défavorisées. Nous avons récemment lancé une campagne pour sensibiliser les mères des collectivités défavorisées à une alimentation saine.

Les conseils donnés n'auraient pas convenu à une famille relativement aisée. Il s'agissait de comprendre les obstacles qu'affrontent les familles démunies et d'adapter les messages de promotion de la santé à leur situation particulière en tenant compte du niveau moyen d'alphabétisation dans les collectivités en cause.



Some of our health promotion work has also been linked into an understanding of where people begin in life. That has been linked into health literacy, as well.

In terms of seniors, again, the literacy programs do not discriminate on age. The sort of approaches we have been doing mainly around chronic diseases have tried to actually lean more towards self-care and how we can empower people to look after themselves.

We have developed things like the Expert Patient Programme, which basically develops the skills of individuals to look after their own disease. A lot of work we have been doing with the healthy communities is working with elderly people on how you present food to the community. Again, that has been an empowerment process for not only increasing community understanding but starting from where they are at. There are a few examples of this: Having slippers that do not fit well often leads to falls, improving the level of lighting at night, et cetera. The kinds of collaborative action programs I have mentioned have worked with people in their communities to actually get action to implement the kind of changes which works with and for older people and brings them on board. It is not about doing things to them but trying to do things alongside them.

Those are some of our approaches. I do not know if that is helpful.

**Senator Fairbairn:** It is very helpful, and it is also a very vigorous response. I regret to say we do not have at the same level in this country. Of course, this is a very large country and it is hard to reach everyone.

What you mentioned is being done with the schools and the parents sounds really first-class. However, I am still worried about the seniors who, very often, are not in a family situation. I think those are the people we worry about. They are at a point in their lives where health and all that goes with it, such as prescriptions and what you have to do, is critical.

Is there an outreach element in your program directed specifically to seniors, in their residences, to make sure that they have the background that will enable them to continue living a decent life?

**Dr. Adshead:** It is beyond my specific policy responsibility, but one of the key elements we have undertaken in recent years is to bring together health care and social care for older people. This is in an effort to get a more holistic assessment of their needs and more connected solutions of what helps them in their daily lives. Our minister recently announced that older people will be given the opportunity to direct the resources for their care themselves. For example, if they want somebody to help them with their cleaning, they can use the money to pay for that.

There is that outreach, particularly for vulnerable older people in communities. It is not part of our inequalities program, but it is part of the overall government response for older people.

De plus, une partie de notre travail en promotion de la santé nécessitait de comprendre où les gens commencent dans la vie. Cela aussi était lié à l'alphabétisation.

Pour ce qui est des aînés, les programmes d'alphabétisation ne font pas de distinctions selon l'âge. Les approches adoptées, notamment en matière de maladies chroniques, tendent à favoriser l'autotraitement et les moyens d'apprendre aux gens à prendre soin d'eux-mêmes.

Nous avons pris des initiatives telles que le Programme du patient expert, qui vise essentiellement à apprendre aux gens à soigner leur propre maladie. Une grande partie du travail accompli dans le contexte des collectivités saines a consisté à aider les aînés à préparer et à présenter des aliments. C'était encore une fois un processus d'habilitation tendant à augmenter les connaissances dans la collectivité, en commençant à un niveau assez élémentaire. Il s'agit, par exemple, d'expliquer que des pantoufles trop grandes ou trop petites peuvent entraîner des chutes, qu'il est important d'avoir un éclairage suffisant la nuit, et cetera. Les programmes d'action conjoints que j'ai mentionnés ont permis de prendre des mesures pour introduire des changements adaptés aux personnes âgées, qui les persuadent de participer. Il s'agissait donc non de les forcer à faire certaines choses, mais de les amener à les faire d'elles-mêmes.

Ce sont là quelques-unes de nos approches. Je ne sais pas si vous trouverez ces renseignements vraiment utiles.

**Le sénateur Fairbairn :** Ils sont très utiles. Je trouve aussi votre réponse très énergique. Je regrette de dire que nous n'en sommes pas à ce niveau dans notre pays. Bien sûr, le Canada étant très vaste, il est difficile de toucher tout le monde.

Le travail que vous faites dans les écoles et auprès des parents me semble extraordinaire. Je m'inquiète cependant des aînés qui, très souvent, ne vivent pas dans un environnement familial. C'est d'eux que je me soucie le plus. Ils en sont à une étape de leur vie où la santé et tout ce qui l'entoure, comme les ordonnances et les choses à faire, jouent un rôle critique.

Avez-vous dans votre programme un élément visant particulièrement les aînés chez eux, afin de veiller à ce qu'ils disposent des renseignements de base qu'il leur faut pour mener une vie décente?

**Dre Adshead :** Cela déborde le cadre de mes responsabilités, mais nous avons essayé dans les dernières années de coordonner les soins de santé et l'aide sociale pour les aînés. Nous voulons ainsi obtenir une évaluation plus globale de leurs besoins pour en arriver à des solutions adaptées qui les aident vraiment dans leur vie quotidienne. Notre ministre a récemment annoncé que les personnes âgées auraient la possibilité de décider elles-mêmes de l'affectation des ressources qui leur sont attribuées. Par exemple, si elles veulent de l'aide pour faire leur ménage, elles peuvent utiliser l'argent à cette fin.

Nous avons donc ces programmes destinés particulièrement aux aînés vulnérables dans les collectivités. Ils ne font pas partie du programme visant les inégalités, mais s'inscrivent plutôt dans les initiatives générales du gouvernement en faveur des personnes âgées.

**Senator Fairbairn:** Thank you very much.

Mr. Chairman, if possible, it would be interesting to receive from our witness the material showing how they deal with this issue. I know they do it well in Britain. It is tougher in Canada because we are a large country.

**The Chair:** Dr. Adshead's office has been tremendous in supplying us with material. I am sure she will supply whatever she can in that area too. I will be in touch with her further about that information.

**Senator Brown:** Can you give us an idea of the average patient wait times from diagnosis to treatment or surgery for chronic pain or health problems such as knees, hips, joints and back pain?

**Dr. Adshead:** The government has been keen in recent years to reduce waiting times. We have a policy that we are prioritizing to reduce all waiting to 18 weeks from the time a patient is seen to getting treatment in place.

I cannot remember exactly where we are on that, but we are making good progress. In the next two years we are to bring it down to a national standard. That is requiring a lot of coordinated activity on things such as diagnostics and all things that tend to hold people up.

I know that people's perception of the health service in England is that we have long waiting times. That is precisely why our ministers have put so much effort into reducing that time.

**Senator Brown:** Can you tell us what percentage of the U.K. health budget is consumed by administration and what percentage goes to the doctors and nurses that provide the actual patient care?

**Dr. Adshead:** I am afraid I cannot off the top of my head. The majority of it goes to patient care. I can find out for you, but compared to some other health systems, we have a relatively small proportion going to administration.

**Senator Brown:** Some of your health care is famous around the world. For instance, the Birmingham hip is a replacement for people who have degenerative hip joints. I know people in Alberta who have gone to England to have hip replacements and were extraordinarily pleased with them.

I want to know if that is also available to the general public in Birmingham. If they wanted to have a hip replacement themselves quickly, would they be able to do that?

**Dr. Adshead:** They would be subject to the 18 week waiting time commitments I outlined. It depends, essentially, on their local commissioner.

**Senator Pépin:** Bonjour and thank you for sharing your experience and successes.

**Le sénateur Fairbairn :** Merci beaucoup.

Monsieur le président, il serait intéressant d'obtenir, si possible, de notre témoin de la documentation sur les moyens mis en œuvre dans ce domaine. Je sais que la Grande-Bretagne s'occupe bien de ses aînés. C'est plus difficile au Canada à cause de l'étendue du pays.

**Le président :** Le bureau de Dre Adshead a remarquablement bien collaboré avec nous sur le plan de la documentation. Je suis sûr qu'elle nous fournira également tout ce qu'elle pourra trouver dans ce domaine. Je prendrai contact avec elle plus tard au sujet de cette information.

**Le sénateur Brown :** Pouvez-vous nous donner une idée du temps moyen d'attente des patients entre le diagnostic et le traitement ou l'intervention chirurgicale pour les douleurs chroniques et les problèmes du genou, de la hanche, des articulations et du dos, par exemple?

**Dre Adshead :** Le gouvernement s'est efforcé de réduire les temps d'attente dans les dernières années. Notre politique sur les priorités vise à réduire l'attente dans tous les cas à 18 semaines entre la première visite du patient et le traitement.

Je ne me souviens pas exactement du point où nous en sommes actuellement, mais nous progressons bien. Nous devrions pouvoir atteindre une norme nationale d'ici deux ans. Il faut pour cela coordonner beaucoup d'activités, comme le diagnostic et toutes les autres choses qui retardent le traitement.

Je sais que beaucoup ont l'impression que les temps d'attente sont longs en Angleterre. Voilà pourquoi nos ministres ont déployé tant d'efforts pour réduire l'attente.

**Le sénateur Brown :** Pouvez-vous nous dire quels pourcentages du budget britannique de la santé vont respectivement à l'administration et aux professionnels, médecins et infirmières, qui soignent les patients?

**Dre Adshead :** Je crains de ne pas pouvoir le faire de mémoire. La plus grande partie du budget est consacrée aux soins. Je peux vous trouver les chiffres, mais je sais que, par rapport à d'autres pays, notre part du budget qui va à l'administration est relativement petite.

**Le sénateur Brown :** Certains de vos traitements ont acquis une renommée mondiale, comme le resurfaçage de la hanche de type Birmingham qui permet de traiter l'arthrose de la hanche. Je connais des Albertains qui sont allés se faire opérer la hanche en Angleterre et qui ne tarissent pas d'éloges sur les soins qu'ils ont reçus.

J'aimerais savoir si ce traitement est offert au grand public à Birmingham. Si on veut se faire opérer la hanche rapidement, peut-on le faire?

**Dre Adshead :** Les gens sont soumis à la règle des 18 semaines d'attente que j'ai mentionnée. Cela dépend surtout de leur commissaire local.

**Le sénateur Pépin :** Bonjour. Je vous remercie de bien vouloir nous parler de votre expérience et de vos succès.

In Sweden and Quebec, legislation requires that health impact assessment be undertaken when new legislation or regulations are brought forward. Could you tell the subcommittee whether health impact assessments are required under the program for action, and if so, how many assessments have been performed since the program was announced?

Does the agency actively engage in health impact assessment?

Does the Department of Health or another agency provide support for the departments that are required to complete health impact assessments?

How do you ensure that assessments are taken seriously by non-health agencies and not simply regarded as an additional administrative afterthought to policy and program development?

**Dr. Adshead:** In our 1999 government white paper on public health, there was a commitment to do health impact assessment across government policies. In reality, nothing really changed. Therefore, in 2004, when we did our follow-up public health white paper on government policy, we also made a commitment to health impact assessment. However, this time we gave the cabinet office responsibility for coordination of policy assessment.

When any law goes before Parliament, there is a process of regulatory impact assessment. This is jargon for looking at how that legislation is going to have an impact across government ministries and all businesses, for example. I am not aware of any ministry that has looked at health as a key issue as it has gone forward. It is only best practice. Ministries are not required to do this. We have looked at what resources would be needed, and we have talked to the government school, which trains civil servants, about what it would require. We have assessed that. It would require a resource to give advice on how policy would impact on health.

When I do an assessment in legislation I put forward, I have to do an assessment on how it would impact on local businesses, for example. I would have somebody to go to within another ministry if I want advice on how we frame that. The ministries themselves would come back and comment on it.

I think work is taking place called strategic environment assessment, where we negotiate whether health ought to be part of what is taken into consideration at a local level; for example, when planning applications go forward or when big developments happen within local communities.

That is under discussion at the moment. We have had a committee that has put forward a report on what the government should do — health impact assessments, all their policies — and the recommendation was that they should. I am afraid this is an area where we have had good intentions — we have tried to integrate health impact assessment into best practice — but the

En Suède et au Québec, la loi impose de procéder à une évaluation des répercussions sur la santé chaque fois qu'une nouvelle loi ou un nouveau règlement sont proposés. Pouvez-vous nous dire si de telles évaluations sont exigées dans le cadre de votre programme d'action? Si oui, combien d'évaluations ont été faites depuis que le programme a été annoncé?

Votre organisme s'occupe-t-il activement de l'évaluation des répercussions sur la santé?

Est-ce que le ministère de la Santé ou un autre organisme aide les ministères qui doivent faire des évaluations?

Comment faites-vous pour que les organismes qui ne s'occupent pas de la santé prennent ces évaluations au sérieux et ne les considèrent pas simplement comme une démarche administrative supplémentaire à entreprendre après l'élaboration des politiques et des programmes?

**Dre Adshead :** Le gouvernement s'était engagé, dans son livre blanc de 1999 sur la santé publique, à évaluer les répercussions sur la santé de toutes les politiques de l'administration publique. En réalité, rien n'a vraiment changé. Par conséquent, en 2004, lorsque nous avons présenté notre livre blanc de suivi sur la politique du gouvernement en matière de santé publique, nous avons également pris un engagement à cet égard, mais nous avons cette fois confié au bureau du Cabinet la responsabilité de coordonner l'évaluation des politiques.

Le dépôt d'un projet de loi au Parlement déclenche un processus réglementaire d'évaluation des répercussions. Dans le cadre de ce processus, on détermine la façon dont la mesure législative influera, par exemple, sur l'ensemble des ministères et des entreprises. À ma connaissance, aucun ministère ne considère la santé comme un élément prioritaire dans l'élaboration de ses politiques. Il ne s'agit que d'une pratique exemplaire. Les ministères ne sont pas tenus de le faire. Nous avons examiné les ressources qui seraient nécessaires et avons discuté avec les responsables de l'école de la fonction publique de ce que l'évaluation implique. Nous y avons donc pensé. Il faudrait disposer de ressources pour donner des conseils concernant les répercussions des politiques sur la santé.

Si je dois évaluer une mesure législative que je propose, il faut que je détermine ses effets sur les entreprises locales, par exemple. Je chargerai quelqu'un d'aller dans un autre ministère si j'ai besoin de conseils sur la façon de procéder. Les ministères eux-mêmes enverraient des commentaires.

Nous faisons ce que nous appelons une évaluation de l'environnement stratégique pour déterminer si la santé doit faire partie des choses à considérer au niveau local, par exemple lors de la présentation de demandes de planification ou lorsque d'importants développements se produisent dans des collectivités.

Cela est en discussion à l'heure actuelle. Un comité a produit un rapport sur ce que le gouvernement devrait faire au sujet de l'évaluation des répercussions sur la santé de l'ensemble de ses politiques. Il a recommandé que l'évaluation soit faite. Je crains que ce ne soit là un domaine pavé de bonnes intentions... Nous avons essayé d'intégrer ces évaluations dans les pratiques

reality is that unless you have something to drive this forward across government, the resources within the civil service or through other means, it tends not to happen.

**The Chair:** Thank you very much, Dr. Adshead. We were under the impression that Mr. Earwicker was going to talk to us about the health inequalities and social determinants specifically, since he is the coordinator of that program. Is he coming, or will we proceed to question you on that area?

**Dr. Adshead:** Unfortunately, he is unable to be here because he is doing an urgent briefing for our ministers. If you want to talk to me about it, you can. I will do my best to answer.

**The Chair:** This is of enormous interest to us in Canada. In addition to the dozen or so determinants of health recognized by yourselves and the World Health Organization, we have another determinant in Canada, which is geography. Some of our people, particularly those who live in the North, have very poor health status.

When our committee embarked on this topic, our interest was to try to identify these areas and the tool kits that could bring together the resources in these areas. The people in the North do not have access to good food in the winter months. They need assistance with housing, sanitation and appropriate food. We would like to elevate their health status to the mean level in Canada.

We are grateful because Britain has established so much in this area. I had the great pleasure of participating with Sir Michael Marmot in Vancouver last spring in a symposium for the world health authority.

However, let me bring you back to this point. As far as I know in Britain, you do not have the disparity we have in Canada. You do not have the extremes of inequalities in health status that we have, but you must have significant pockets of poor health and health inequalities. How do you move in with the organizational knowledge you have now and get on the ground locally, address the dozen or so determinants and move toward correction of these and measure your outcomes?

**Dr. Adshead:** Are you asking what it is like at the local level?

**The Chair:** Yes.

**Dr. Adshead:** Before I did my current job, I was a director of public health in a part of London that has some of the highest levels of deprivation, along with some of the highest levels of affluence, which is not atypical in Britain. There are parts of the country that have high levels of deprivation that are more uniform. However, quite often, poverty sits alongside affluence in the way our society is structured.

exemplaires, mais à moins d'adopter des mesures énergiques pour appliquer cela dans toute l'administration publique et de disposer de ressources dans la fonction publique ou de recourir à d'autres moyens, les choses restent au stade des bonnes intentions.

**Le président :** Merci beaucoup, docteur Adshead. Nous avons l'impression que M. Earwicker nous parlerait plus particulièrement des inégalités en matière de santé et des déterminants sociaux, puisqu'il est chargé de la coordination de ce programme. Doit-il arriver ou bien devons-nous vous poser les questions que nous avons à cet égard?

**Dre Adshead :** Malheureusement, il n'a pas pu venir parce qu'il devait présenter d'urgence une séance d'information à nos ministres. Vous pouvez me poser des questions à ce sujet. Je ferai de mon mieux pour y répondre.

**Le président :** C'est un sujet qui nous intéresse énormément au Canada. À part la douzaine de déterminants de la santé reconnus par vous-mêmes et par l'Organisation mondiale de la santé, nous avons chez nous un déterminant particulier, la géographie. Nous avons des populations, particulièrement dans le Nord, dont l'état de santé laisse beaucoup à désirer.

Lorsque notre comité a abordé ce sujet, nous voulions essayer de déterminer les régions en cause et les outils susceptibles d'y réunir les ressources nécessaires. Les populations du Nord n'ont pas accès à une alimentation saine pendant l'hiver. Elles ont besoin d'aide en matière de logement, d'hygiène et d'alimentation. Nous aimerions amener leur état de santé au niveau de la moyenne canadienne.

Nous savons que la Grande-Bretagne a fait beaucoup de travail dans ce domaine. J'ai eu le grand plaisir de participer avec sir Michael Marmot, le printemps dernier, à un colloque de l'assemblée mondiale de la santé.

Pour revenir à ma question, je dirais qu'à ma connaissance, la Grande-Bretagne n'a pas les mêmes disparités que le Canada. Au chapitre de l'état de santé, vous n'avez pas des écarts aussi extrêmes que les nôtres, mais vous avez quand même des secteurs assez importants caractérisés par un mauvais état de santé et des disparités. Compte tenu de l'expérience organisationnelle que vous avez acquise, comment faites-vous pour agir localement sur le terrain, vous occuper de la douzaine de déterminants que vous utilisez, remédier à la situation et mesurer vos résultats à l'échelle locale?

**Dre Adshead :** Vous voulez savoir ce qui se passe à l'échelle locale?

**Le président :** Oui.

**Dre Adshead :** Avant d'assumer mes fonctions actuelles, j'étais directrice de la santé publique dans un secteur de Londres où se côtoyaient des gens particulièrement défavorisés et des gens très aisés, ce qui n'est pas inhabituel en Angleterre. Il y a aussi des régions du pays qui sont uniformément défavorisées. Toutefois, il arrive souvent dans notre société que la pauvreté côtoie la richesse.

The way we have developed our programs, and the priority we try to give inequalities, is designed to help deliver at the local level. When you are thinking about what that means, if you are responsible for a local community, it means exactly as you suggest — understanding what is going on in much more detail. As part of our policy, we look at what we call our «spearhead areas.» They are the fifth-most deprived local government areas in the country. A lot of the way we target our resources is toward them in terms of money and new programs.

In reality, the number of people who are deprived and really suffer the inequalities we have been describing are more universally distributed throughout England. One of the challenges we are looking at as we develop our inequalities action plan is how we can get down to that smaller level.

In electoral wards — a lot of smaller, local geographic areas with perhaps a few hundred people — they will do the kind of analysis that looks below the big population. They will know that particular housing estates have high levels of deprivation; they will know GP primary care practices that have very deprived clients. A lot of our work tries to get beneath the picture. The trick with inequalities is not only to understand communities at the very local level, but also to tailor interventions to who they are as people. If there is a particular ethnic minority group, it is really important to understand the specific issues they face and their own health beliefs — why they think they have diabetes, for example — and how that relates to how you can treat them better and the services they receive.

Some of the programs that have been working nationally use social marketing, which is basically to use that kind of ethnographic and inside work to advise local communities. There has been some work in the northeast that has looked at mothers in deprived communities who smoke while they are pregnant and how you can design services to help them give it up.

There is another program in London that has looked at using a local boxer who is a hero for the local deprived communities — to help people give up smoking. They also have targeted news agents who sell cigarettes, to do campaigns at the shops where people go to buy cigarettes and to target the brands that people tend to smoke.

The key is to understand who you are dealing with and then target services around who they are and how you get to the direct needs they have. That would be true in rural areas, because although we do not face the geographic issues you face in Canada, we do have communities that are more isolated within geographic patches. That form of approach has to be to join our public sector services to reach them in a different way. I do not know whether that helps to answer your question.

**The Chair:** It helps a great deal. I mentioned the complexity of our government in Canada. To compound that, we do not have enough public health officers. We have many vacancies. For

Nous avons donc conçu nos programmes et adapté le niveau de priorité accordé aux inégalités de façon à pouvoir agir à l'échelle locale. Si vous êtes responsable d'une collectivité et que vous réfléchissez à ce que cela signifie, vous constaterez que c'est exactement ce que vous avez mentionné : il s'agit de comprendre ce qui se passe d'une manière très détaillée. Dans le cadre de notre politique, nous considérons ce que nous appelons nos « zones de pointe ». Ce sont les secteurs locaux qui forment le cinquième le plus défavorisé du pays. Nous y consacrons une grande part de nos ressources et de nos nouveaux programmes.

En réalité, les gens défavorisés qui souffrent des inégalités dont je vous ai parlé sont plus largement répartis sur le territoire anglais. Lors de l'élaboration de notre plan d'action sur les inégalités, l'une des difficultés que nous devons affronter est de déterminer comment atteindre les gens à ce niveau.

Dans les districts électoraux, petites régions géographiques ne comptant que quelques centaines d'habitants, nous faisons le genre d'analyses qui permet d'aller en deçà des grandes populations. Nous saurons alors quels lotissements abritent beaucoup de gens défavorisés, quelles cliniques médicales sont fréquentées par des clients pauvres, et cetera. Nous essayons donc de regarder ce que masque le tableau d'ensemble. Pour combattre les inégalités, il ne suffit pas de connaître intimement les petites collectivités; il faut aussi adapter les interventions aux gens qui y vivent. S'il s'agit d'un groupe ethnique minoritaire, il importe de comprendre ses problèmes particuliers et ses attitudes en matière de santé — par exemple, les raisons pour lesquelles les gens croient qu'ils ont le diabète — pour être en mesure d'offrir les meilleurs traitements et les meilleurs services.

Certains des programmes qui ont donné de bons résultats à l'échelle nationale ont eu recours au marketing social, qui consiste essentiellement à utiliser ce genre d'analyse ethnographique pour conseiller les collectivités. Un programme a été mis en œuvre dans le Nord-Est à l'intention des mères défavorisées qui fument pendant leur grossesse pour concevoir des services pouvant les aider à cesser de fumer.

Un autre programme réalisé à Londres a eu recours à un boxeur local considéré comme un héros par les gens défavorisés du coin pour aider les fumeurs à renoncer au tabac. Le programme a également ciblé les nouveaux établissements qui vendaient des cigarettes, les endroits où les gens vont en acheter et les marques particulières que les fumeurs consommaient.

L'essentiel est de comprendre la population cible, puis d'adapter les services à ses caractéristiques et à ses besoins particuliers. Cela s'applique dans les régions rurales car, même si nous n'avons pas les problèmes géographiques que vous devez affronter au Canada, nous avons des collectivités assez isolées dans certaines régions. L'approche adoptée doit consister à adapter les services dispensés par le secteur public pour les toucher d'une manière différente. Je ne sais pas si j'ai vraiment répondu à votre question.

**Le président :** Ce sont des renseignements très utiles. J'ai mentionné la complexité de la structure gouvernementale au Canada. De plus, nous n'avons pas suffisamment d'agents de

example, there are 47 municipalities in Ontario. I do not know the number of public health officers there are, but probably half of those municipalities do not have a public health officer.

We are trying to think through and design a framework to recommend to governments for action at the local level — the kind of action that they are instituting in Britain — and I wonder if you could help us.

Are you using your local public health officers in this implementation, or are you using local governance? Obviously, you have to get the people who are in charge of housing and so forth. How are you approaching that?

**Dr. Adshead:** We are using both local public health officers and local governance for the reasons that you identify. In terms of local directors of public health and local public health offices, we run public leadership programs. In the last five years, we have expanded the nature of public health offices to take people from a broader range of backgrounds than just medicine. Our directors of public health come from a broad range of backgrounds but they have to complete the same accreditation. We make a great effort to recognize people who have worked in public health for a number of years. We have been working to diversify our work force because we have some of the same issues that you have in terms of vacancies and insufficient capacity.

We have also been looking at how to work with universities in getting a broader range of graduates interested in public health. Recently, we set up a program called Teaching Public Health Network where undergraduates from a broad range of disciplines, such as architecture and others, are exposed to basic health principles to have a broader understanding of the field. We hope that people will champion health as a part of what they want to do because they understand its importance to broader society.

We have also worked with an organization to develop leadership programs for politicians in local government and for officials in health inequalities on how to improve their skills and understanding to give them an opportunity. We have been trying to work with our environmental health officers to develop skills. We have some of the same problems in some of the approaches.

As well, our local directors of public health and our commissioners of public health have a joint responsibility for health in local government so we have tried to encourage a joint approach to leadership for health issues.

**The Chair:** In many of our municipal governments, the public health officer has a seat on council. Do your public health officers sit on local councils?

santé publique. Beaucoup des postes sont vacants. Ainsi, dans les 47 municipalités de l'Ontario, je ne sais pas combien d'agents de santé publique nous avons, mais il est probable que la moitié des municipalités n'en ont pas.

Nous essayons de concevoir un cadre à recommander aux gouvernements pour l'action au niveau local, un peu sur le modèle de ce que vous faites en Grande-Bretagne. Je me demande si vous pouvez nous aider.

Pour mettre en œuvre vos programmes, avez-vous recours aux agents locaux de santé publique ou bien aux autorités locales? Bien entendu, il faut passer par les responsables du logement, et cetera. Comment faites-vous à cet égard?

**Dre Adshead :** Nous avons recours tant à des agents locaux de santé publique qu'aux autorités locales pour les raisons que vous avez mentionnées. Nous avons organisé des programmes de leadership à l'intention des directeurs et des agents locaux de la santé publique. Au cours des cinq dernières années, nous avons élargi nos bureaux de santé publique pour être en mesure d'engager des gens ayant des antécédents autres que la médecine seulement. Nos directeurs de la santé publique viennent de différents domaines, mais ils doivent satisfaire aux mêmes normes d'agrément. Nous avons fait de grands efforts pour reconnaître les gens qui ont plusieurs années d'expérience en santé publique. Nous avons cherché à diversifier notre effectif parce que nous connaissons certains des mêmes problèmes que vous avez pour ce qui est des postes vacants et des capacités insuffisantes.

Nous avons examiné les moyens de collaborer avec les universités pour avoir un plus grand éventail de diplômés intéressés à la santé publique. Nous avons récemment établi un réseau d'enseignement de la santé publique grâce auquel des étudiants de diverses disciplines, comme l'architecture et autres, peuvent se familiariser avec les principes de base de la santé afin d'avoir une connaissance générale du domaine. Nous espérons que les gens se feront ainsi les défenseurs de la santé dans la carrière de leur choix parce qu'ils auront compris son importance générale dans la société.

Nous avons également collaboré avec une organisation pour mettre au point des programmes de leadership à l'intention des politiciens locaux et des fonctionnaires qui s'occupent des inégalités en matière de santé. Nous travaillons aussi avec nos agents de la santé environnementale pour développer des capacités. Nous avons certains des mêmes problèmes dans quelques domaines.

De plus, nos directeurs locaux et nos commissaires de la santé publique partagent la responsabilité de la santé dans les administrations locales. Bref, nous avons essayé d'encourager une approche commune du leadership en matière de santé.

**Le président :** Dans beaucoup de nos administrations locales, l'agent de santé publique siège au conseil municipal. En est-il de même chez vous?

It is important for us to know how we can apply a tool kit such as yours at the local level. I agree that everyone in this field must act locally to get the best results. At the very least, there local action must be integrated with national action.

Does your public health officer do the coordination locally, or does the local government coordinate? If the latter, does the public health officer sit on the local governance council?

**Dr. Adshead:** In about 70 per cent of situations, the director of public health is jointly accountable to the chief officer of the local government and the chief officer of the health service. We are trying to promote models where there is a direct accountability across both local governments and all its public services and the health service. We are trying to move toward that because public health cannot only provide leadership for the programs but also it has the key technical skills to help deliver them. However, as I have described with the joint assessment, we require that the director of public health and our director of social services, who normally works for local government, carry out this joint strategic needs assessment. We have not only identified the individual but also we have bound that individual into the commissioning process, the assessment process and how that links into our local area agreement. The individual becomes aware of how the money is spent and how to deliver the targets. It happens through the individuals in terms of their leadership role and their position in local government and health authority. It is also linked into the systems by which the organizations do business. We found in the past that where it works well, public health works swimmingly. Where there is a problem, we have found that either the leadership or the organization does not want to do it themselves, and it does not work.

We have tried to create a safety net that is built into how the organizations do business. If they are led by someone who is a specialist or public health expert, then it does not necessarily become their mainstream business. One of the dangers of that model could be that the director of public health will tackle inequalities for us, where, of course, it requires the commitment of all local political organizations to make it happen. Our approach is not to undermine the leadership role of the public health directors but rather to ensure that all the pieces of the jigsaw are in place to ensure their leadership is most effective.

**Senator Cochrane:** Are your deprived areas allocated more funding than other areas to achieve some benefit in tackling the disparities that occur in such areas. If so, have other agencies disagreed with providing more funding to those areas?

**Dr. Adshead:** The money for health service funding is weighted by deprivation and the age of the population. In 2004, when we were reviewed inequalities and prepared our public health paper in choosing health, one part was to review our resource allocation

Il est important pour nous de savoir comment utiliser une trousse d'outils comme la vôtre au niveau local. Je conviens que chacun dans ce domaine doit agir sur le plan local pour obtenir les meilleurs résultats. Il faut pour le moins que l'action locale soit coordonnée avec l'action nationale.

En Grande-Bretagne, la coordination locale relève-t-elle de l'agent de santé publique ou de l'administration locale? Si elle relève de l'administration locale, est-ce que l'agent de santé publique siège au conseil municipal?

**Dre Adshead :** Dans près de 70 p. 100 des cas, le directeur de la santé publique relève à la fois du chef de l'administration locale et du chef du Service de santé. Nous essayons de promouvoir des modèles comportant une responsabilité directe s'étendant tant à l'administration locale et à tous ses services publics qu'au Service de santé. Nous nous orientons dans cette direction parce qu'il ne suffit pas que les programmes de santé publique soient bien gérés; ils doivent aussi s'appuyer sur de solides capacités techniques. Toutefois, comme je l'ai mentionné en parlant de l'évaluation conjointe, nous exigeons que le directeur de la santé publique et notre directeur des services sociaux, qui travaille ordinairement pour l'administration locale, procèdent conjointement à cette évaluation stratégique des besoins. Nous avons non seulement désigné les personnes, mais les avons liées au processus d'évaluation et à ses rapports avec les ententes locales. Les personnes en cause savent donc comment l'argent est dépensé et comment il est possible d'atteindre les objectifs. Les choses se font grâce au leadership manifesté et au rôle que les personnes en cause remplissent dans l'administration locale et dans le Service de santé. Il y a également un lien avec les systèmes qui permettent aux organisations de fonctionner. Nous avons constaté dans le passé que là où cela marche bien, la santé publique fonctionne d'une façon remarquable. Et, inversement, quand il y a des problèmes, nous avons découvert soit que le leadership est insuffisant soit que l'organisation ne veut pas agir elle-même.

Nous avons essayé de créer un filet de sécurité intégré au fonctionnement des organisations. Si elles sont dirigées par un spécialiste ou un expert de la santé publique, elles ne consacrent pas nécessairement le gros de leurs efforts aux inégalités. Avec ce modèle, nous courons le risque que le directeur de la santé publique s'occupe lui-même des inégalités, alors que les résultats dépendent de l'engagement de l'ensemble des organisations politiques locales. Notre approche consiste à ne pas saper le leadership des directeurs de la santé publique, mais à veiller à ce que toutes les pièces du casse-tête soient en place pour que leur leadership soit le plus efficace possible.

**Le sénateur Cochrane :** Vos régions défavorisées reçoivent-elles plus de fonds que les autres pour lutter contre les disparités? Si c'est le cas, est-ce que d'autres organismes s'y sont opposés?

**Dre Adshead :** Le financement des services de santé est réparti en fonction de la situation des régions et de l'âge de leur population. En 2004, lorsque nous avons examiné les inégalités et rédigé le livre blanc sur la santé publique, nous avons révisé notre

formula for health services. The bottom line is that more deprived areas get more money to spend on their health services because they are deemed to have more need.

That would also be true, to some extent, for local government where some of the allocation for other public services is weighed according to need and deprivation. I think the debate often comes within funding areas where you have a more affluent area and a more deprived area. This is often the case in local areas. The logical course of action might be to redirect services to the more deprived areas because there is a greater level of need. That is often where the disagreements arise as to how you best target resources within an area.

Obviously, whenever the funding formula is debated nationally, there is a big debate between the different areas — the more affluent, the more deprived — as to the final formula. There are arguments that urban areas, such as London, need more funding because of their historic provision of health services. Like any country, there will be a debate as to the right level of need and the right thing to do about it. Traditionally, since the 1970s, our funding allocations for the health service have been weighted to the more deprived areas.

**Senator Pépin:** Could you tell us more about the role of the Health Inequalities Unit, particularly, how this group coordinates efforts within the central government?

**Dr. Adshead:** As I mentioned, there are teams responsible for delivery of not only a policy but also delivery of the national targets. What we have done, as I have described before, is to work through a cabinet committee of ministers, which we support. We also have an officials group at a high level below the head of the Civil Service Department, which I chair. I have senior members from across government, as well. That is the mechanism we use.

As I mentioned earlier, we are looking at how we can improve that model. If an area has a high priority, which it does for us, it always needs more resources. One of the questions is whether we should get civil servants from other departments to work with us, which is something we are looking into now.

The unit works through a committee structure and through the finance framework that I described earlier. It works through all the different policy areas that contribute to getting the job done, whether it is educational standards or housing. To some extent, it is done within the strategic framework. When we review the policy areas in the annual report, the government departments will obviously contribute to the outcome.

How to go about making things work across governments is a difficult issue. We are reviewing how we can improve that even further.

**Senator Pépin:** Hopefully you will be able to solve the problem. Thank you.

**Senator Fairbairn:** You are educating us very well. I want to ask you about another part of society with which Canada and, indeed, all countries, have difficulty. That is the street people, or

formule de répartition des ressources. Le résultat, c'est que les régions défavorisées reçoivent plus d'argent pour leurs services de santé parce qu'elles ont de plus grands besoins.

La même chose s'applique dans une certaine mesure dans les administrations locales où la répartition des fonds parmi les autres services publics est fonction des besoins et la situation actuelle. Il y a souvent des discussions dans les régions qui comportent à la fois des secteurs aisés et des secteurs défavorisés, ce qui est fréquent. La logique dicte de dispenser plus de services dans les régions défavorisées où les besoins sont plus importants. C'est là que des désaccords se produisent quant à la meilleure façon de répartir les ressources dans une région.

Bien sûr, si la formule de financement fait l'objet d'un débat national, de grandes discussions s'engagent entre les différentes régions, selon qu'elles sont aisées ou défavorisées. Certains soutiennent que les régions urbaines comme Londres ont besoin de plus de fonds parce qu'elles ont de tout temps dispensé des services de santé. Comme partout ailleurs, nous avons des débats au sujet des besoins et des décisions à prendre. Quoiqu'il en soit, depuis les années 1970, la répartition des fonds du Service de santé tend à avantager les régions les plus défavorisées.

**Le sénateur Pépin :** Pouvez-vous nous en dire davantage sur le rôle de l'Unité des inégalités en matière de santé et particulièrement sur la façon dont elle coordonne les efforts au sein du gouvernement central?

**Dre Adshead :** Comme je l'ai mentionné, nous avons des équipes chargées non seulement de la mise en œuvre d'une politique, mais aussi de la réalisation d'objectifs nationaux. Comme je l'ai déjà dit, la coordination est assurée par un comité du Cabinet, que nous appuyons. Nous avons également un groupe de hauts fonctionnaires, que je dirige, relevant du chef du Département de la fonction publique. Nous avons en outre de hauts fonctionnaires de l'ensemble de l'administration publique. C'est le mécanisme que nous utilisons.

Nous cherchons des moyens d'améliorer ce modèle. Si une région bénéficie d'une haute priorité, elle a toujours besoin de plus de ressources. Il serait peut-être utile, dans ce cas, d'obtenir le concours de fonctionnaires d'autres ministères. Nous examinons cette possibilité à l'heure actuelle.

L'unité est structurée en comités fonctionnant dans le cadre financier que j'ai décrit plus tôt. Elle s'occupe de l'ensemble des secteurs de politiques qui contribuent à notre travail, qu'il s'agisse de normes d'éducation ou de logement. Dans une certaine mesure, tout s'inscrit dans le cadre stratégique. Lorsque nous examinons les différents secteurs dans le rapport annuel, les ministères contribuent évidemment aux résultats.

Il est toujours difficile d'organiser des efforts pangouvernementaux. Nous essayons constamment d'améliorer le processus.

**Le sénateur Pépin :** Nous espérons que vous arriverez à régler le problème. Je vous remercie.

**Le sénateur Fairbairn :** Vous nous donnez des renseignements très utiles. Je voudrais vous poser une question concernant un aspect de la société qui occasionne des difficultés au Canada



the people in the larger communities who have severe health problems based on many other social issues. I am wondering if this falls within your broad efforts of outreach. Certainly, in the larger cities in your country, you must have this problem. Even in rural areas and in small towns, these issues are rising, to the great anxiety of families and the local government. How do you deal with that problem and where does that group fit in?

**Dr. Adshead:** That would be the responsibility of the local government. A number of years ago, one of the things that the Labour government did as part of their social justice agenda was to look at how they could get people off the streets and into hostels. Additionally, they examined how they could improve services. I am afraid I am not up to date on where that initiative is now.

A few years ago, when I was the director of public health in a local community, about 10 per cent of the population was what we termed "homeless." We looked at how we joined up services with local government and how we worked with hostels to improve timely care so that, often, there were nurse-led primary care teams that would go into hostels. There was a particular issue we had with suicides in those hostels, so we looked at how we could deliver services.

What typically happens within our new system is that local governments will work with the health service with education, if appropriate, and with families with young children to look at how services can be joined up to deal with what can often be a very difficult and vulnerable group of the population.

There has also been work in this country looking at people who are in temporary accommodation who would not be classified as street homeless. Nevertheless, particularly with families and young children, there are problems with living in an area for a short time and the how that disrupts the children's education. There has been work on that, but I am not responsible for that policy area. I hope that gives you a flavour of some of the things that happen in local communities.

**The Chair:** I will bring you back to the cabinet committee, which is a truly phenomenal accomplishment. I do not know how we will accomplish that here, but we will have to try.

I am sure you are familiar with the Swedish committee setup, which is very similar to yours. Can you comment on the similarities and differences between your systems?

Sweden has developed such clout that, for example, when the local authorities are planning a new housing development or new roads or bridges, they have to go through the population health authority and get some type of approval. I do not know who carries the strength in the final analysis, but they must get some kind of approval to proceed so that they are not carrying out projects that are damaging to population health.

comme dans tous les pays. Il s'agit des gens de la rue ou des gens des grandes agglomérations qui ont de graves problèmes de santé attribuables à de nombreux facteurs sociaux. Je me demande si cela fait partie du vaste programme que vous appliquez. Vous avez sûrement le même problème dans vos grandes villes. Les mêmes difficultés commencent d'ailleurs à se manifester de plus en plus dans les régions rurales et les petites villes, ce qui inquiète beaucoup les familles et les administrations locales. Comment vous attaquez-vous à ce problème? De quelle façon peut-on s'occuper de ce groupe?

**Dre Adshead :** Cela relèverait de l'administration locale. Il y a un certain nombre d'années, le gouvernement travailliste a examiné, dans le cadre de son programme de justice sociale, les moyens de retirer ces gens de la rue, de les recueillir dans des foyers et d'améliorer les services qui leur sont dispensés. Je ne suis cependant pas en mesure de vous dire où en est cette initiative.

Il y a quelques années, quand j'étais directrice de la santé publique dans une collectivité locale, près de 10 p. 100 de la population était composée de sans-abri. Nous avons examiné la possibilité de collaborer avec l'administration locale et les foyers pour donner les soins nécessaires au moment voulu. Des équipes de soins primaires dirigées par une infirmière se rendaient souvent dans les foyers à cette fin. Nous avions un problème particulier de suicide dans ces foyers. Nous avons donc examiné les moyens de dispenser des services.

Dans notre nouveau système, les administrations locales collaborent avec les services de santé et, s'il y a lieu, les écoles et les familles comprenant de jeunes enfants pour trouver des moyens de coordonner les services dispensés à ce groupe vulnérable de la population qu'il est souvent très difficile d'aider.

Des efforts ont également été déployés en faveur des gens qui vivent dans des logements temporaires sans faire partie de la catégorie des sans-abri. Le fait de vivre à différents endroits pendant de courtes périodes, surtout dans le cas des familles comprenant de jeunes enfants, crée des problèmes et nuit aux études des enfants. Nous avons donc fait du travail dans ce domaine, mais il ne fait pas partie de mes responsabilités. J'espère que vous cela vous donne une idée de ce qui se fait à l'échelle locale.

**Le président :** Je voudrais revenir au comité du Cabinet. C'est une réalisation absolument remarquable. Je ne sais pas si nous pouvons le faire chez nous, mais nous essaierons de notre mieux.

Je suis sûr que vous connaissez bien la composition du comité suédois, qui est très semblable au vôtre. Pouvez-vous nous parler des points communs et des différences entre les deux systèmes?

Le comité suédois a un si grand prestige que si des autorités locales envisagent, par exemple, de construire un nouveau lotissement, une nouvelle route ou un nouveau pont, elles doivent obtenir au préalable une approbation d'une forme ou d'une autre de l'autorité responsable de la santé de la population. Je ne sais pas qui a le dernier mot, mais une approbation est nécessaire pour aller de l'avant, afin qu'aucun projet ne nuise à la santé de la population.

Can you enlighten us on this and tell us whether there are any similarities between your two systems?

**Dr. Adshead:** At a national level, there is the cabinet subcommittee. Our new government is establishing the formats of health. I will talk about what did happen rather than what will happen.

Our Deputy Prime Minister chaired that subcommittee. We had representatives from most of the main ministries. It was an opportunity for us to look at how the ministries contributed to the overall delivery of public health and health inequalities as a subsection of that delivery. When the reviews were done, as I described, that committee looked at them. They would take concerns back to their ministry if there was an issue where something was not working.

At a local level, the same thing does not exist for Sweden. The local strategic partnerships would look at major policy issues across a local area, and there might be an opportunity for discussions regarding whether new road developments or a new building would affect health. However, it is not the same thing.

I mentioned strategic environment assessments to one of your colleagues and what we are hoping might happen there. Health would be considered alongside environment and community impact amongst other things, but at the moment, the same considerations do not exist.

What does happen is that some local authorities and local governments do inquiries as part of their scrutiny function on specific issues. They may carry out an inquiry if there is, for example, a rising rate of tuberculosis, or drug problems.

In particular, they would look at issues across the whole system. Therefore, it may be around how the prison service works. It would be a very broad-based inquiry. That kind of scrutiny can be triggered by local people. Part of the new Local Government Act looks at how local people can petition for more local government action.

For public health, we do not have the same kind of mechanisms that you describe in Sweden. As a professional, I can definitely see the advantages to that.

**The Chair:** For example, do they consult you when they decide to put in another terminal at Heathrow airport?

**Ms. Adshead:** Normally, there is a cabinet clearance process that happens across government on major policy issues. A major policy will go around to each of the ministries, and in practice, ministries that are directly impacted by a policy would comment. For example, if our Home Office were doing something on prisons, the Department of Health would respond since we

Pouvez-vous nous parler de ce sujet, et particulièrement des points communs entre les deux systèmes?

**Dre Adshead :** Au niveau national, nous avons un sous-comité du Cabinet. Notre nouveau gouvernement est en train de définir les paramètres de la santé. Je vous parlerai de ce qui a été réalisé plutôt que de ce que nous comptons réaliser.

Le sous-comité était dirigé par notre vice-premier ministre et comprenait des représentants de la plupart des grands ministères. C'était l'occasion pour nous de faire le point sur la contribution des différents ministères à la mise en œuvre de l'ensemble des programmes de santé publique et notamment à la lutte contre les inégalités en matière de santé. Comme je l'ai déjà mentionné, le sous-comité a considéré les examens réalisés. En cas de problème, les membres transmettaient les préoccupations exprimées à leur propre ministère.

La Suède n'a pas le même système au niveau local. Les partenariats stratégiques locaux examinent les grandes questions intéressantes la région. De plus, des discussions peuvent avoir lieu pour déterminer si la construction d'une nouvelle route ou d'un nouvel immeuble peut avoir des répercussions sur la santé. Toutefois, ce n'est pas la même chose.

J'ai mentionné, dans une réponse à l'une de vos collègues, les évaluations de l'environnement stratégique et ce que nous espérons réaliser à cet égard. La santé est prise en considération en même temps que l'environnement et les effets communautaires, entre autres. En ce moment, cependant, les mêmes considérations ne s'appliquent pas.

Certaines autorités locales et certains gouvernements locaux font des enquêtes dans le cadre de leurs fonctions de surveillance de domaines précis. Une enquête peut être instituée, par exemple, en cas de hausse du taux de tuberculose ou d'un sérieux problème de drogue.

Ils peuvent examiner des questions touchant l'ensemble du système. Il peut s'agir du fonctionnement du service correctionnel. Les enquêtes peuvent donc être très vastes. Ce genre d'examen peut être déclenché par des membres de la population locale. Notre nouvelle Loi sur les administrations locales prévoit des moyens permettant aux citoyens de demander à leur administration locale d'agir dans certains domaines.

En matière de santé publique, nous n'avons pas le même genre de mécanismes qu'en Suède. Étant une professionnelle du domaine, je peux bien sûr voir les avantages d'un tel système.

**Le président :** Êtes-vous consultée, par exemple, si l'aéroport de Heathrow envisage de construire une nouvelle aérogare?

**Dre Adshead :** Nous avons d'ordinaire un processus d'autorisation qui permet au Cabinet d'examiner toutes les politiques importantes de l'administration publique. Toute nouvelle politique importante est transmise à l'ensemble des ministères. En pratique, ceux d'entre eux qui sont directement touchés enverraient des commentaires. Par exemple, si notre

provide drug treatment services. The Home Office will consult us concerning those changes.

The level of official involvement varies according to the policy. For most major government policies, different departments will be asked to comment and raise any concerns or any impact it will have on them as a ministry. In reality, both at local and national levels, it boils down to two things: Relationships are established across ministries between politicians and officials; and the resources available to get that engagement and look at issues.

From my perspective as a policy developer, there are many government policies in which I would like to become more actively involved, but we do not always have the resources or the civil servants to do that. It is more about the feasibility of having the time and the resources to comment on things. If you are going to do it effectively, then you need to invest. That is why the Office of Climate Change has been developed. It is recognized that to do this effectively across government, you need to resource it.

**Senator Cook:** If I understand you correctly, the bureaucracy across governments works on plans and policies. Do you have adequate human resources to deal with the implementation of that service? I am thinking of doctors, social workers, educators, nurses, et cetera.

**Ms. Adshead:** You identified a key issue.

We have been trying to move away from telling people how and what to do at a local level and to minimize the number of instructions. It may not sound like that from the evidence I have given, but we are going in that direction. For example, over the last 10 years, the number of national targets has gone down from hundreds to 30 commitments, which is a massive reduction in the number of priorities. It also reduces the number of indicators, or targets, that a local government looks at.

There have been various estimates as to how many there were, but they have gone from somewhere in the range of 600 to fewer than 50. More emphasis is placed on giving people the opportunity to use the resources they have to tailor it towards delivery.

In public health terms, there has always been an issue whether we have the right number of people to do all the tasks. Any professional group will say that they do not. We have been trying to encourage working together to get greater efficiency from public sector resources and to look at the required skill mix. That is, can you bring in less-skilled workers to do jobs traditionally

ministère de l'Intérieur envisage de réaliser un projet concernant les prisons, le ministère de la Santé transmet des observations parce qu'il dispense des services de désintoxication. Par conséquent, le ministère de l'Intérieur nous consulterait au sujet des changements qu'il envisage.

Les interventions officielles varient selon la nature de la politique en cause. Pour la plupart des politiques importantes du gouvernement, les différents ministères sont invités à transmettre des commentaires concernant les effets que les mesures envisagées peuvent avoir sur eux. En réalité, au niveau tant local que national, tout cela se résume à deux choses : d'une part, les relations établies, pour l'ensemble des ministères, entre politiciens et fonctionnaires et, de l'autre, les ressources disponibles pour obtenir cet engagement et considérer les enjeux.

Comme l'élaboration de politiques fait partie de mes principales fonctions, j'aurais bien voulu participer activement à l'examen de nombreuses politiques gouvernementales, mais nous ne disposons pas toujours des ressources financières et humaines nécessaires pour le faire. La question de la disponibilité de ressources se pose donc constamment chaque fois qu'il est question de présenter des commentaires sur une politique. Pour le faire d'une façon efficace, on doit investir du temps et de l'argent. C'est la raison pour laquelle le Bureau des changements climatiques a été établi. Il est évident que pour agir efficacement au niveau pangouvernemental, il est nécessaire de disposer des ressources nécessaires.

**Le sénateur Cook :** Si j'ai bien compris, dans l'administration publique, la bureaucratie s'occupe des plans et des politiques. Disposez-vous de ressources humaines suffisantes pour mettre en œuvre ce service? Je pense aux médecins, aux travailleurs sociaux, aux éducateurs, aux infirmières, et cetera.

**Dre Adshead :** C'est une question très importante.

Nous avons cherché à éviter de dire aux gens quoi faire et comment, au niveau local, de façon à minimiser les instructions données. Vous n'avez peut-être pas cette impression, compte tenu de ce que je vous ai dit jusqu'ici, mais nous allons dans cette direction. Par exemple, au cours des 10 dernières années, le nombre des objectifs nationaux est passé de plusieurs centaines à 30, ce qui représente une réduction massive du nombre de priorités. Cela diminue en même temps le nombre d'indicateurs ou de cibles qu'une administration locale doit considérer.

Il y a eu différentes estimations du nombre de ces objectifs, mais ils sont passés d'environ 600 à moins de 50. Nous voulons donner ainsi aux gens la possibilité d'utiliser les ressources dont ils disposent pour dispenser des services.

Dans le domaine de la santé publique, nous nous sommes toujours demandé si nous avons des ressources humaines suffisantes pour tout faire. Tout groupe professionnel dira que ce n'est pas le cas. Nous avons tenté de favoriser la collaboration en vue d'une utilisation plus efficace des ressources du secteur public et de déterminer la combinaison voulue de compétences.

performed by doctors? How can you use the available resources in the best way?

What we say to the areas is here are the resources you have. Here are the high level targets we want you to achieve. It is for you to think about how best to use those resources.

As with any country, there will obviously be a debate and comments from our middle tier, which would be similar to your provinces. They question whether we are giving them enough resources and what they can deliver with them.

**The Chair:** In Canada, it would seem to be a relatively simple task to fill all of the public health positions in the provinces. They cannot be filled with doctors because there is a tremendous doctor shortage, particularly family physicians. I do not think they can even be filled with nurses because of a nursing shortage. However, the collective clout of the doctors and nurses is such that they cannot be filled with anyone else.

How are you dealing with that situation in Britain?

**Ms. Adshead:** We have the same problem which was why we went through the process of developing a multidisciplinary workforce. In 1999, our white paper on public health talked about the need to develop public health. Over the past 12 years, there have been some very painful discussions between our medical trade union and our Faculty of Public Health, which is our national body that sets the standards for professional training.

First of all, they addressed whether anybody other than a doctor could hold a leadership position in public health, be our director of public health, or even be a consultant. That took a number of years to get agreement, and there were a number of professionals who championed moving towards that agreement. One of the big debates was how you can be sure that somebody from another professional group would have the same standards as a doctor in public health.

We developed training programs which take people who have a degree and established criteria about who can become an entrant into public health training. They go through that training and at the end have the equivalency to a doctor who might enter for an emergency specialty. They train alongside them. This also includes nurses.

We are on a journey to establish a regulatory mechanism for non-medical public health specialists. We set up a register for people seen to be equivalent. This is done on a voluntary basis, with our professional faculty who police standards or appointments. We require anybody who wants to be a director of public health to be registered with this voluntary register.

Autrement dit, est-il possible de recourir à des travailleurs moins spécialisés pour accomplir certaines tâches traditionnellement confiées à des médecins? Comment pouvons-nous faire une utilisation optimale des ressources disponibles?

Dans nos relations avec les régions, nous nous limitons donc à préciser les ressources attribuées et les objectifs de haut niveau à atteindre, en leur laissant le soin de décider de la meilleure façon d'utiliser leurs ressources.

Comme dans tout autre pays, nous avons évidemment des discussions et les commentaires à notre palier intermédiaire, qui correspondrait à vos provinces. Les responsables de ce palier peuvent se plaindre de l'insuffisance des ressources que nous leur offrons pour faire tout ce qui est attendu d'eux.

**Le président :** Au Canada, il pourrait sembler relativement facile de pourvoir tous les postes de santé publique dans les provinces. Toutefois, nous ne pouvons pas y placer des médecins parce que nous avons une grave pénurie de médecins, et particulièrement d'omnipraticiens. Je ne pense même pas que nous puissions remplir ces postes en recourant à des infirmières parce que nous en manquons aussi. En même temps, médecins et infirmières ont tant de pouvoir qu'il est impossible d'envisager de placer n'importe qui d'autre dans ces postes.

Que faites-vous pour remédier à cette situation en Grande-Bretagne?

**Dre Adshead :** Nous avons le même problème. C'est pour cette raison que nous avons entrepris de former un effectif pluridisciplinaire. En 1999, nous avons parlé dans notre livre blanc de la nécessité de développer la santé publique. Les 12 dernières années ont été marquées par des discussions très acerbes entre notre syndicat des médecins et la Faculté de santé publique, qui est l'organisme national de réglementation de la formation professionnelle.

La discussion a porté en premier sur la possibilité pour une personne autre qu'un médecin de tenir un rôle de leadership en santé publique ou de remplir les fonctions de directeur de la santé publique ou même de consultant. Il a fallu des années pour en arriver à une entente, avec le concours d'un certain nombre de professionnels. La grande question qui se posait était de savoir comment on pouvait être sûr qu'un membre d'un autre groupe professionnel appliquerait les mêmes normes qu'un médecin en santé publique.

Nous avons conçu des programmes de formation pour des gens ayant déjà un diplôme et avons défini des critères d'admission. À la fin de la formation, les stagiaires ont des titres équivalents à ceux d'un médecin qui voudrait se spécialiser en soins d'urgence. Ils sont formés aux côtés des médecins. Les stagiaires comprennent aussi des infirmières.

Nous sommes en train d'établir un mécanisme de réglementation des spécialistes non médicaux en santé publique. Nous avons établi un registre des personnes jugées équivalentes. Cela se fait sur une base volontaire tandis que notre Faculté contrôle les normes et les nominations. Nous exigeons de quiconque veut devenir directeur de la santé publique d'être inscrit à ce registre volontaire.

For example, a person who has been working in public health, but has not been recognized as a specialist for a number of years, can be tested to receive equivalence with a doctor. They would have to take an examination. They have to keep up the same professional development once they are on the register.

It has been a difficult process because at the beginning of it, doctors thought they were going to lose their jobs, and nurses were not even recognized at that point in the process. There has been a separate process for public health nurses — for example, people who come from a health assistance background, who have worked with families and children — whereby they can become what are termed «consultants» in public health nursing, and they have a different level of expertise.

That is some of what we have done, but it is a difficult process with many challenges. Upfront, as a government, we said that we expect this workforce to be multidisciplinary and that led to a broader process. However, some of these discussions have been going on before that was initiated by the government.

**The Chair:** Thank you very much. Senators, I do not have any more questions. With that, I cannot tell you how indebted we are to you, Dr. Adshead. You answered all of the questions we had very clearly and directly. We have imposed on you a great deal and we are grateful to you for coming before us.

**Ms. Adshead:** Thank you, and good luck.

**The Chair:** We will meet tomorrow at 4 p.m. We will have witnesses for an hour and a quarter and we will take 15 minutes to discuss our Cuban trip at the end, because the staff is meeting with the Cuban embassy this afternoon.

The committee adjourned.

---

OTTAWA, Wednesday, December 12, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:17 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Lucie Pépin** (*Deputy Chair*) in the chair.

**The Deputy Chair:** Honourable senators, we have the pleasure today of welcoming Dr. James Frankish, Professor and Program Director from the University of British Columbia; and Mr. Lex Bass, Director of Population Health from the B.C. Interior Health Authority.

Unfortunately, the minister could not appear, but he sent us a letter, which is in your kit. He apologizes that he could not make it. I will ask our two guests to make their presentations.

Par exemple, une personne qui a travaillé en santé publique pendant un certain nombre d'années sans être reconnue comme spécialiste peut se soumettre à un examen d'équivalence. En cas de réussite à l'examen et d'inscription au registre, la personne est assujettie aux mêmes exigences de perfectionnement professionnel.

Le processus a été difficile au début. Les médecins croyaient qu'ils allaient perdre leur emploi et, à ce stade, les infirmières n'étaient même pas jugées admissibles. Nous avons eu un processus distinct pour les infirmières en santé publique. Il pouvait s'agir, par exemple, de personnes qui avaient acquis de l'expérience comme assistantes en santé ou qui avaient travaillé avec des familles et des enfants. Elles pouvaient devenir «consultantes» en santé publique, ce qui représentait un niveau de compétence différent.

Voilà en gros ce que nous avons fait, mais le processus a été difficile et les défis nombreux. Au départ, le gouvernement a dit qu'il voulait un effectif pluridisciplinaire, ce qui a déclenché le processus. Toutefois, certaines discussions étaient déjà en cours avant que le gouvernement n'intervienne.

**Le président :** Merci beaucoup. Sénateurs, je n'ai plus d'autres questions à poser. Docteur Adshead, je ne peux vous dire à quel point nous vous savons gré de votre aide. Vous avez répondu à toutes nos questions d'une façon très claire et directe. Nous avons beaucoup demandé et vous sommes donc très reconnaissants d'avoir accepté de nous parler.

**Dre Adshead :** Merci et bonne chance.

**Le président :** Nous nous retrouverons demain à 16 heures. Nous entendrons des témoins pendant une heure et un quart, après quoi nous prendrons 15 minutes pour discuter de notre voyage à Cuba. Les membres du personnel s'entretiennent en effet avec les responsables de l'ambassade cubaine cet après-midi.

La séance est levée.

---

OTTAWA, le mercredi 12 décembre 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 17 pour examiner, afin d'en faire rapport, l'impact des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé des populations canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

**Le sénateur Lucie Pépin** (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

**La vice-présidente :** Honorables sénateurs, nous avons le plaisir, aujourd'hui, d'accueillir James Frankish, professeur et directeur de programme à l'Université de la Colombie-Britannique, ainsi que Lex Baas, directeur de la Santé des populations à l'Autorité sanitaire du district intérieur de la Colombie-Britannique.

Malheureusement, le ministre ne pourra pas nous rencontrer, mais il nous a fait parvenir une lettre qui se trouve dans votre dossier. Il vous prie de l'excuser de n'avoir pu se rendre à notre invitation. J'invite à présent nos deux témoins à nous faire leurs exposés.

**Lex Baas, Director of Population Health, B.C. Interior Health Authority:** I will keep my comments brief, knowing that the key is the questions that come afterwards.

Thank you for this invitation. We are quite thrilled that there is so much activity and interest around population health and examining social determinants. For the senators to be interested in this whole field is very encouraging.

**The Deputy Chair:** For everyone's information, Senator Keon may attend later. Unfortunately, he is in another committee, and that is why he is late.

**Mr. Baas:** I would like to briefly put into context the role of the B.C. Interior Health Authority as it relates to population health so that there is an understanding of the work we are engaged in at the ground level. Then I will provide a few highlights of some of the work in which we are engaged.

Interior Health is one of five regions. There is an error in this regard in your documentation. There are five regional health authorities in British Columbia. It covers a great span of southern British Columbia, from the Alberta border right to the Fraser Valley, and includes Kelowna and Kamloops. It is a huge geographic area of 216 square kilometres, large urban centres such as Kelowna, very fast growing, and also many small communities, including 53 First Nations communities, varying in size from very small to medium small.

There is a total budget of \$1.4 billion. The area has a population of 715,000 people, which is expected to grow by 9 per cent over the next 10 years, with the number of individuals 65 years and older increasing by 39 per cent.

Kelowna is a desirable to live and retire. It has a warm climate with not much snow in the winter and is mostly flat.

The population health team within the B.C. Interior Health Authority was formed in 2002, not long after the health authorities were regionalized in British Columbia. There were presentations earlier from Prince Edward Island with similar experiences. Mr. Frankish mentioned there were 52 regional health authorities before; now there are five. In some cases, we are still adapting to that reality.

The population health team was formed in 2002, and we were charged with looking at population health and showing what we could do. Immediately, we looked at the pieces we could work at, and you will recognize — I know you have already spoken with Ron Labonte — some of these words here in terms of «educated» and «catalyst.»

We realized that the first thing we needed to do was spread awareness and build organizational and community capacity for shifting to a population health approach. People did not know

**Lex Baas, directeur de la Santé des populations, Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B. :** Je serai bref, sachant que ce sont les questions qui sont les plus importantes.

Je vous remercie pour cette invitation. Nous sommes emballés de constater toute l'activité et tout l'intérêt que suscitent les questions de santé des populations et l'examen des déterminants sociaux. Il est très encourageant de constater que les sénateurs s'intéressent à tout ce domaine.

**La vice-présidente :** Je vous informe que le sénateur Keon se joindra peut-être à nous un peu plus tard; mais il siège actuellement à un autre comité, ce qui explique son retard.

**M. Baas :** Je vais vous situer très brièvement le rôle de l'Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B. en ce qui concerne la santé des populations pour que vous compreniez bien le travail que nous effectuons sur le terrain. Je vous donnerai ensuite les grandes lignes de l'action que nous menons.

Le district intérieur est l'une des cinq régions de la Colombie-Britannique. Soit dit en passant, la documentation qu'on vous a remise comporte une erreur à ce sujet. Il y a cinq autorités sanitaires régionales en Colombie-Britannique et la nôtre couvre une grande partie du sud de la province, de la frontière de l'Alberta jusqu'à la vallée du Fraser; elle inclut Kelowna et Kamloops. C'est une énorme région d'une superficie de 216 kilomètres carrés comportant d'importants centres urbains comme Kelowna, qui connaît une croissance rapide, et de nombreuses autres petites collectivités dont 53 communautés de Premières nations qui varient en taille de petites à moyennes.

Nous disposons d'un budget total de 1,4 milliard de dollars. La région compte une population de 715 000 habitants et elle devrait continuer à croître au rythme de 9 p. 100 au cours des 10 prochaines années, le nombre de personnes de 65 ans et plus augmentant à raison de 39 p. 100.

La région de Kelowna est très courue par les actifs et par les retraités. Elle présente un relief de plaine et son climat, plutôt doux, est marqué par l'absence de neige abondante.

L'équipe de la santé des populations, au sein de l'Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B., a été créée en 2002, peu après la régionalisation des autorités sanitaires dans la province. Des témoins de l'Île-du-Prince-Édouard, qui nous ont précédés, ont vécu la même chose. M. Frankish vous a dit qu'il y avait 52 autorités régionales de la santé auparavant et qu'il n'y en a maintenant plus que cinq. Dans certains cas, nous continuons à nous adapter à cette nouvelle donne.

L'équipe de la santé des populations a donc été créée en 2002 et elle a été chargée d'étudier la santé des populations et de prouver ce qu'elle pouvait faire à cet égard. Dès le début, nous avons déterminé les éléments auxquels nous pouvions nous attaquer et vous allez reconnaître certains termes que vous avez déjà entendus — puisque vous avez accueilli Ron Labonté — comme « éduqué » et « catalyseur ».

Nous avons constaté que nous devons commencer par sensibiliser la population et par nous doter d'une capacité organisationnelle et communautaire pour adopter une démarche

what population health was, and the understanding of social determinants is limited. Therefore, we started doing population health workshops with as much of the staff as we could within Interior Health Authority. We had a full-time person in a practice-support role. The idea was to go around within the health authority to engage people and to dialogue about the meaning of population health, social determinants and an «upstream» approach so we could move that work forward.

We sought to create opportunities to build readiness and support new ways of thinking about health, so it was not just health care. It was not just helping people that were already in need of health care, but to start that whole shift in moving upstream.

This included an analysis of the determinants of health and using population health approaches. We brought together non-traditional partners, such as people involved in facilities management, in acute sectors, in protection and licensing, as well as nutritionists and others. It is everyone's issue.

There is a diagram on page 1 your handout, which says «Access to affordable food» in the middle of the page with a bubble circle around it. The point here is that we try to put the issue in the middle and say who should be involved in those dialogues. There are roles for health authorities, for various parts within health the authority, for the community and for various other sectors. There are 18,000 employees within the health authority covering that vast region. That work is ongoing and needs to move forward.

Last year, our Senior Medical Health Officer's report, *Beyond Health Services and Lifestyles*, took a social-determinants approach to reporting on health of the population of the region. It did the classic things about reporting on health but then also applied the analysis of social determinants and inequities. For example, why is there such a disparity? It provided some analysis of that question. I do not know whether you have seen the report. I sent it to the clerk, and it certainly will be made available to you if you have not seen it.

That report generated a great deal of dialogue within the health authority and also beyond. Suddenly, there is a gradient and there are inequities. Those kinds of words started coming into the vocabulary and forced us to look at how to deal with these issues. By applying a universal application to solve a particular issue, we

axée sur la santé des populations. Les gens ne savaient pas ce que santé des populations voulait dire, raison pour laquelle les déterminants sociaux sont peu connus. Ce faisant, nous avons commencé par organiser des ateliers sur ce thème en mobilisant le plus grand nombre possible d'employés de l'Autorité sanitaire du district intérieur. Nous avions un employé à temps plein qui assurait un service de soutien. Nous voulions faire le tour de l'Autorité sanitaire pour mobiliser les employés et dialoguer avec eux sur le sens d'expressions comme « santé des populations », « déterminants sociaux » et « orientation amont » et ainsi pouvoir passer aux étapes suivantes.

Nous avons cherché des moyens de préparer nos interlocuteurs et de les mobiliser autour de nouvelles manières de penser la santé pour qu'il ne soit plus uniquement question de soins de santé. Nous ne voulions plus simplement aider les personnes ayant besoin de soins de santé, mais bien intervenir massivement en amont.

Pour cela, nous nous sommes livrés à une analyse des déterminants de la santé et avons appliqué des démarches axées sur la santé des populations. Nous avons rassemblé des partenaires non traditionnels, comme ceux et celles qui œuvrent dans le domaine de la gestion des établissements, dans les secteurs de soins aigus, dans la protection et l'octroi de licences, de même que des nutritionnistes et d'autres. Ce problème concerne tout le monde.

À la page 1 de la documentation qui vous a été remise, vous trouverez un diagramme dont le titre encerclé d'une bulle au milieu de la page parle d'accès à une alimentation abordable. Ce que nous essayons de faire ressortir ici, c'est que nous devrions participer à ce genre de dialogue. Il s'agit là d'un rôle qui incombe aux autorités sanitaires, aux diverses constituantes de ce genre d'organisation, à la collectivité à laquelle nous appartenons et aux autres secteurs. L'autorité sanitaire emploie 18 000 employés qui travaillent dans une vaste région. C'est un travail permanent qu'il faut poursuivre si nous voulons aller de l'avant.

L'année dernière, dans son rapport intitulé *Beyond Health Services and Lifestyles*, notre médecin-hygiéniste a adopté une approche axée sur les déterminants sociaux pour faire rapport au sujet des questions de santé des populations dans la région. Il a bien sûr fait rapport de façon tout à fait classique sur les questions de santé en général, mais il a aussi appliqué une analyse tenant compte des déterminants sociaux et des iniquités. Par exemple, on s'est demandé, dans ce rapport, à quoi était due telle ou telle disparité. Le document se livre à quelques analyses de la question. Je ne sais pas si vous l'avez vu, mais je l'ai fait parvenir à la greffière et il est évident qu'il vous sera remis si vous ne l'avez pas encore lu.

Ce rapport a suscité beaucoup d'échanges au sein de l'autorité sanitaire, mais également à l'extérieur. Soudain, on a vu apparaître un déséquilibre et des iniquités. Ces termes sont peu à peu entrés dans notre vocabulaire et nous ont contraints à nous demander comment faire face à ce genre de problèmes.

could increase the disparities because we are not focused on specific target groups. Those kinds of debates came into play.

We cannot do any of this work without partnership and collaboration. Our goal is to engage with all the people and the groups that need to play around a particular issue. To do that within the health authority, there are challenges. We have looked at ways to bring people together. Most recently, we invited people from all sectors of public health and beyond to come together for a two-day meeting with the focus of how to apply a population health lens to the work you are engaged in within your departments. There was huge interest.

Partnership and collaboration extends to communities. We have done a lot of work with municipal councils and regional districts.

I would like to highlight two pieces from the provincial government that have helped us move in this direction. The first is ActNow, and I hope there will be questions about that later. The minister would have spoken to that program if he had been here today. ActNow is a provincial initiative that forces all ministries to play an active role in health promotion. Modeling the program at the provincial level across all ministries within the health sector lends credence to our work in communities. We have used the lifestyle focus of ActNow as a wedge with that publicity to start to dig into more of the social determinants and the upstream approaches.

The other initiative I would like to mention from the provincial government in B.C. that has a huge impact on the health authority is the model core program review. It is a renewal of public health where 21 or so model core programs were identified. An evidence paper is developed for each of those programs in consultation with all of the health authorities. There is analysis of the evidence papers and then model core programs are developed. Those programs are approved by all the health authorities, so there is a dialogue. After that, each health authority does a gap analysis — the work in which they are engaged compared to the model core program — and then they have to post on the public website their improvement plans, with goals.

The critical piece in all this is that for all of the model core programs, which cover everything within public health and beyond, a population and inequity lens is applied. Rather than looking only at the issues, what does it mean to apply an inequity lens? Why are certain groups having access and doing well and others are not? We start to do that analysis. I think this is an exciting piece; it is huge. There are many resources and challenges.

L'application de solutions universelles pour résoudre un problème risque d'entraîner un accroissement des disparités, parce qu'elle ne vise pas des groupes cibles. C'est le genre de débat qui se déroule maintenant.

Nous ne pourrions pas faire ce travail sans nos partenaires et sans agir en collaboration avec d'autres. Nous avons pour objectif de travailler avec tout le monde et avec tous les groupes qui sont appelés à traiter d'une question donnée. C'est pour cela que l'autorité sanitaire est aux prises avec certains défis. Nous avons étudié des façons de rassembler les gens. Récemment, nous avons invité des représentants de tous les secteurs de la santé publique et d'autres secteurs d'activités à participer à une rencontre de deux jours portant sur la façon d'appliquer le point de vue de la santé des populations au travail qu'ils effectuent au sein de leurs services respectifs. Nous avons suscité énormément d'intérêt.

Ce partenariat et cette collaboration concernent également les collectivités. Nous avons beaucoup travaillé avec les conseils municipaux et les districts régionaux.

Je me propose de commenter deux initiatives du gouvernement provincial qui nous ont aidés à nous orienter dans cette direction. La première est ActNow et j'espère que vous nous poserez des questions à son sujet par la suite. Le ministre vous en aurait parlé s'il avait pu se rendre à votre invitation. ActNow est une initiative provinciale qui contraint tous les ministères à jouer un rôle actif dans le domaine de la promotion de la santé. Comme ce programme a été repris à l'échelon provincial dans tous les ministères du secteur de la santé, cela a contribué à crédibiliser notre travail au sein des collectivités. Nous avons publicisé l'accent qu'ActNow fait porter sur le mode de vie pour commencer à insister davantage sur les déterminants sociaux et sur les approches en amont.

L'autre initiative dont je tiens à vous parler et qui a eu une énorme répercussion sur l'autorité sanitaire est l'examen des programmes types de base. À l'occasion de la restructuration du secteur de la santé publique, nous avons dégagé quelque 21 programmes types de base. Après une analyse des documents de constats, nous élaborons des programmes types de base qui sont approuvés par toutes les autorités sanitaires à la faveur d'un véritable dialogue. Par la suite, chaque autorité sanitaire effectue sa propre analyse d'écarts — qui consiste à comparer leur programme avec le programme type de base —, après quoi elles doivent afficher sur le site Internet public leurs plans d'amélioration assortis de leurs objectifs.

L'élément essentiel de tout ce dispositif tient au fait que nous appliquons aux programmes types de base, qui couvrent l'ensemble des programmes dans le domaine de la santé publique et même plus, une démarche essentiellement axée sur la population et sur les iniquités que nous constatons. Plutôt que de nous intéresser seulement aux enjeux, nous voulons savoir ce que cela peut donner quand on applique une approche inéquitable. Pourquoi certains groupes ont-ils accès à certaines choses et s'en sortent-ils bien, et pourquoi tel n'est pas le cas pour d'autres? Nous entreprenons donc cette analyse que je trouve très intéressante, très stimulante. Nous disposons d'un grand nombre de ressources, mais nous sommes confrontés à bien des défis.



At the last Canadian Public Health Association meeting in Vancouver, the B.C. Interior Health Authority worked with the Capital Health region in Alberta to host a pre-workshop conference on how to operationalize population health within a regional health authority. This workshop was at 9 a.m. on a Sunday morning, which is not prime time. Forty absolutely enthusiastic people came from health authorities all across the country and wanted to engage with us in how to do this and to learn about the barriers.

There are many of barriers. The classic one, of course, is the tension between the acute side of the equation and the need to provide health care, and then to do the health promotion where the outcomes are not immediately apparent. It is hard to make a causal link between the work in which we are engaged and the results. Those are part of the evaluation challenges around this work.

I wish to also highlight the Community Action for Health initiative that we did within the B.C. Interior Health Authority, where we had an opportunity to support some of the ActNow targets with one-time funding of close to \$1 million. We had to spend it within one fiscal year. I think it was Monique Bégin who said that Canada is the land of pilot projects. This was, in fact, one of those projects with term funding. In applying that funding, we allowed the communities to make the decisions. The only provisos we made were that the communities had to address the ActNow targets and the interventions had to create policy or environmental shifts. By insisting on policy or environmental shifts within those applications, communities had to think about what that means, which started this whole level of dialogue. There was initially a lot of resistance, but in the end there was huge support for it.

I wish to speak about the advocacy role. We agree with the submission made by Vancouver Coastal Health that the goal of advocacy is to gain support for the involvement of government and non-government agencies in the actions that improve the overall health of populations and strengthen the understanding of governments and populations about the broad determinants of health. We need to advocate and to speak up. Of course, there is sensitivity around that role, being part of a provincial health authority funded by the province, so we need to do it in a way that is engaging and that will move pieces forward.

Lors de la dernière assemblée de l'Association canadienne de santé publique qui s'est tenue à Vancouver, l'Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B. a collaboré avec la région sanitaire de la capitale de l'Alberta pour organiser un atelier préconférence portant sur la façon d'opérationnaliser la santé des populations au sein des autorités de santé régionales. Cet atelier s'est déroulé à une heure peu courue, soit le samedi matin, à 9 heures. Pourtant, une quarantaine de participants enthousiastes, représentant des autorités sanitaires d'un peu partout au pays, ont voulu y participer pour discuter avec nous de la façon d'appliquer cette méthode et d'apprendre les uns des autres des obstacles que nous rencontrons.

Ces obstacles sont nombreux. Le plus classique est bien évidemment celui de la tension qui existe entre tout ce qui concerne, d'une part, les soins aigus et la nécessité d'offrir des soins de santé et, d'autre part, la nécessité de faire la promotion de la santé avec des résultats qui ne sont pas immédiatement apparents. Il est difficile d'établir un lien de cause à effet entre le travail que nous effectuons et les résultats constatés. Cela fait partie des défis que constitue l'évaluation de ce travail.

Je tiens également à vous parler de l'initiative intitulée Community Action for Health que nous conduisons actuellement au sein de l'Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B. qui nous a permis de financer une partie des objectifs d'ActNow grâce à un financement unique de près de 1 million de dollars. Nous avons dû dépenser cette somme dans un seul exercice financier. Je pense que c'est Monique Bégin qui a dit, un jour, que le Canada est le pays des projets pilotes. Eh bien, sur le plan du financement, il s'agissait d'un de ces projets. Grâce à ce financement, nous avons permis à des collectivités de prendre des décisions à leur niveau. Nous avons émis comme seules réserves que ces collectivités devaient s'aligner sur les objectifs de ActNow et que leurs interventions devaient favoriser un changement de nature programmatique ou environnementale. En insistant sur la nécessité d'apporter de tels changements dans des cadres définis, les collectivités devaient réfléchir aux répercussions éventuelles de leurs décisions, ce qui a marqué le début du dialogue qui s'est instauré. Au début, nous nous sommes heurtés à beaucoup de résistance, mais nous avons fini par bénéficier d'un important appui.

Je veux aussi vous parler de notre rôle d'intercesseur. Nous sommes d'accord avec l'exposé de l'Autorité sanitaire de la région côtière de Vancouver, soit que la promotion d'une cause a pour objet de mobiliser l'appui des différents intervenants pour bénéficier de la participation des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux à l'adoption de mesures destinées à améliorer l'état de santé général des populations et à permettre aux gouvernements et aux populations de mieux connaître les déterminants généraux de la santé. Nous devons donc mener une action revendicatrice et nous exprimer. Certes, comme nous faisons partie d'une autorité sanitaire provinciale financée par la province, nous marchons sur des œufs quand nous assumons ce rôle, si bien que nous devons agir de façon à stimuler l'adhésion à la cause et à la faire avancer.

The latest reports from FirstCall B.C. indicate that B.C., for the last four years, has the highest child poverty rate in all of Canada, yet it is one of the richest provinces. How do we deal with that dilemma? What is our role as a health authority and how do we advocate?

At the bottom of the handout there is a snakes and ladders game that you might recognize from when you were children. We had a conference a couple years ago. Dr. Michael Hayes, from Simon Fraser, used this analogy in terms of looking at determinants of health and applying population health pieces. He explained that we are all born with a certain number of snakes and ladders on our board that change through the course of our lives. We can get more snakes and more ladders. By analyzing it in that way, it takes the control out of the individual. It is an analogy that you will see again in the Community Action for Health tabloid that is available for circulation here as well.

**James Frankish, Professor and Program Director, University of British Columbia:** Senators, it is great honour and pleasure to be invited to speak with you today. I told my neighbour's son, who is 6 years old and crazy for hockey, that I was coming to Ottawa to see Keon and the senators. He wants me to bring him home a sweater. He is going to be deeply disappointed.

I will briefly introduce myself in context, as did Mr. Baas. I will echo many of the comments that Mr. Baas made today and that others have made in previous submissions. I had the pleasure of reading the presentations to the committee that were on the Web, which was very helpful. What I say will not be entirely new, but I will emphasize some points that have not come up in the dialogue and discussion so far.

I work at the University of British Columbia in the Centre for Population Health Promotion. I am the director of a CIHR-funded research training program that focuses on community-based research. I think it is relevant for this committee to know that I am a board member of an organization called Lookout, which is the largest homeless shelter provider in Vancouver. That is how I spend my days.

My research at the moment focuses largely on two areas. One is the area of health literacy and literacy in health, so I am a big fan of Senator Fairbairn. We are interested in the role of literacy as it relates to health and as a determinant of health.

I also focus on vulnerable populations and marginalized groups, and particularly on issues of homelessness and health. As you all know, we still have significant challenges with

D'après les derniers rapports de FirstCall B.C., la province, qui est l'une des plus riches au Canada, est aussi celle où on a enregistré, au cours des quatre dernières années, le taux de pauvreté infantile le plus élevé. Comment composer avec ce dilemme? Quel doit être notre rôle en tant qu'autorité sanitaire et quel genre d'action revendicatrice devons-nous mener?

Au bas du document qui vous a été remis, vous trouverez un jeu de serpents et échelles qui vous rappellera sans doute votre enfance. Il y a deux ans de cela, nous avons eu une conférence lors de laquelle Michael Hayes, de l'Université Simon Fraser, s'est servi de ce jeu pour établir une analogie avec les déterminants de la santé et la mise en œuvre des initiatives concernant la santé des populations. Il nous a expliqué que, dès la naissance, nous possédons un certain nombre de serpents et d'échelles sur notre échiquier qui déterminent le déroulement de nos vies. Certains peuvent avoir plus de serpents et d'autres plus d'échelles. Quand on aborde la question sous cet angle, on se trouve à priver l'individu de la maîtrise de sa vie. Vous retrouverez cette analogie dans le tabloïde de Community Action for Health que nous avons aussi remis pour distribution.

**James Frankish, professeur et directeur de programme, Université de la Colombie-Britannique :** Mesdames et messieurs les sénateurs, je suis honoré et ravi que vous m'ayez invité à prendre la parole devant vous. J'ai dit au fils de mon voisin, qui est âgé de six ans et qui est un fan de hockey, que je venais à Ottawa pour rencontrer le sénateur Keon et d'autres sénateurs. Il m'a demandé de lui rapporter un maillot. Je crois qu'il va être très déçu.

À l'instar de M. Baas, je vais brièvement me présenter pour vous situer en contexte. Je me ferai d'ailleurs l'écho d'un grand nombre des remarques de M. Baas et d'autres qui nous ont précédés. J'ai d'ailleurs eu le plaisir de lire les transcriptions des témoignages sur Internet, que j'ai trouvées très utiles. Ce que je vais vous dire n'aura rien de tout à fait nouveau, mais je compte m'arrêter plus particulièrement sur certains aspects qui n'ont pas, jusqu'ici, été soulevés dans le cadre de vos échanges.

Je travaille au Centre de promotion de la santé des populations de l'Université de la Colombie-Britannique. Je suis le directeur d'un programme de formation et de recherche financé par les ICRS qui est axé sur la recherche communautaire. Je me dois de vous signaler, parce que cela peut vous intéresser, que je siège au conseil d'une organisation appelée Lookout et qui est le principal service d'hébergement pour sans-abri à Vancouver. C'est ainsi que je passe toutes mes journées.

Pour l'instant, mes recherches sont essentiellement concentrées dans deux domaines. Il y a d'abord celui de la connaissance de la santé et de la connaissance dans le secteur de la santé, ce qui fait de moi un grand fan du sénateur Fairbairn. Nous nous intéressons à la place de la littératie dans son rapport avec la santé et dans son rôle de déterminant de la santé.

Je me concentre également sur les populations vulnérables et les groupes marginalisés, surtout sur la santé des sans-abri. Comme vous le savez, nous continuons de faire face à de graves

homelessness in Canada. I have not seen many homeless people on the streets in Ottawa, but perhaps it is too cold.

I provided you with a two-page handout. I will refer to some of the points on the first page, but a number of them are consistent with what Mr. Baas and others have said about inequities.

The one point that I think we need to factor in as we move forward on population health is the difference between inequalities and inequities, that there will always be fundamental inequalities between and among Canadians. I always tell my students that not everyone can be as smart and good-looking as us. We are more interested in inequities, those things that arise from policies or programs that are unfair, systemic and that need to be changed. Simply improving the health of the population, shifting the curve, may or may not do anything with respect to inequities; in fact, it may make inequities worse.

We know, for example, that when new technologies arise, they often help the haves more than the have-nots. What happens is that the haves have more and the have-nots are still where they were. I have not seen many homeless people with cellphones.

I make a distinction between self-responsibility and self-reliance. Mr. Baas referred to the notion of snakes and ladders. We talk about it in terms of chances, choices and conditions, that there is always an element of free will. People make choices, sometimes bad ones, but people cannot be reliant on resources they do not have.

For me, the fundamental role in my work — and I think part of the role of government — is to help people to identify and to be more reliant on the indigenous resources that they do have and to help them to get more resources.

At the bottom of the first page, I highlighted three points that come from a model that we have used in our work for a number of years. It is from one of my colleagues, Larry Green. It is called the Precede-Proceed Model. There are somewhere in the order of 1,800 published applications of this model. The model says that if you are to change things in society, if you are going to move toward population health or if you want to change your husband or boyfriend, there are three fundamental steps. The first step is creating a predisposition or a motive. Mr. Baas spoke eloquently to that point with respect to changing knowledge, attitudes, beliefs and values.

One of the fundamental truths of human behaviour is that knowledge is a necessary but not sufficient condition for change. Being a physician, Dr. Keon would recognize that many people know that smoking is bad for them, but people still smoke. We have to create the predisposition.

défis dans le cas des sans-abri au Canada. Je n'ai pas vu beaucoup de sans-abri dans les rues d'Ottawa, mais c'est peut-être parce qu'il fait trop froid ici.

Je vous ai fait distribuer un document de deux pages et je vais traiter de certains aspects qui apparaissent en première page, mais beaucoup recourent ce que M. Baas et d'autres ont dit au sujet des iniquités.

À l'heure où nous progressons dans le domaine de la santé des populations, nous devons, selon moi, commencer par tenir compte de la différence de sens entre inégalité et iniquité, parce qu'il y aura toujours des inégalités fondamentales entre les Canadiens. Je répète sans cesse à mes étudiants que tout le monde n'est pas aussi intelligent et aussi beau que nous. Ce qui doit nous intéresser davantage, ce sont les iniquités causées par des politiques ou des programmes iniques et systémiques et qu'il convient de modifier. Le simple fait d'améliorer la santé des populations, d'infléchir les tendances, ne donne rien sur le plan des iniquités et j'irais même jusqu'à dire que ça risque de les aggraver.

Nous savons, par exemple, que l'apparition des nouvelles technologies aide plus souvent les nantis que les démunis. Les nantis se trouvent à posséder davantage et les autres font du surplace. Je n'ai pas vu beaucoup de sans-abri se promenant avec un cellulaire.

Je fais une différence entre être responsable et être autonome. M. Baas vous cité l'analogie avec le jeu serpents et échelles. À cet égard, nous parlons de chances, de choix et de conditions, étant entendu qu'il existe toujours un certain libre-arbitre. On fait toujours des choix, parfois mauvais, mais on ne peut jamais compter sur les ressources qu'on n'a pas.

J'estime, pour ma part, que mon rôle fondamental — et je pense que c'est également une partie du rôle du gouvernement — consiste à aider les gens à trouver les ressources indigènes qu'ils possèdent, à apprendre à s'y fier davantage et à aller en chercher davantage.

En bas de la première page, j'ai mis en exergue trois points qui sont extraits d'un modèle que nous appliquons dans notre travail depuis plusieurs années. Ce modèle, qui a été établi par un de mes collègues, Larry Green, est intitulé « anticipation-réaction ». On en dénombre quelque 1 800 applications officielles. Il précise que, si vous voulez changer des choses dans la société, si vous voulez vous intéresser à la santé des populations ou changer le comportement de votre époux ou de votre petit ami, vous devrez suivre trois étapes fondamentales. La première consiste à créer une prédisposition ou à instiller un motif. M. Baas vous a entretenu avec brio de tout ce qui concerne les changements de connaissances, d'attitudes, de croyances et de valeurs.

L'une des grandes vérités au sujet du comportement humain, c'est que le changement doit forcément passer par la connaissance, mais que celle-ci ne suffit pas. Le Dr Keon, qui est médecin, vous dirait lui-même que bien des gens savent qu'il est mauvais de fumer, ce qui n'empêche qu'ils continuent de le faire. Il faut donc instaurer une prédisposition.

When people are motivated to think about and act on population health, we need to create an enabling environment — that is the second piece — through the teaching of skills and the training of the next generation of decision makers and leaders, and through providing available and accessible resources. Given the determinants of health, available resources may or may not be accessible for cultural, linguistic or economic reasons. There are many reasons why people do not avail themselves of what seem to be existing programs or resources.

Therefore, I think we have a lot to do in working with the public and Canadian society. We need to create that predisposition, change knowledge, beliefs and attitudes to create a supportive, enabling environment for movement toward population health. We can do this through skills, availability and accessibility of resources.

People tend not to do something for which there is no payoff. That is equally important. If we try something and there is no reward, we tend to move on to something else. The health care system is dominated by professions that, I believe, have some measure of conflict of interest around population health because their jobs, training, raison d'être is on the acute side, which is sorely needed and very important for the health of people.

However, the question is: What would be the reward or payoff for Canadians to engage in greater population health? We would have a healthier, happier society and, perhaps, reduce morbidity and mortality rates. That is the message we would like to see sent.

One cautionary note I would make regarding homelessness and supportive housing is on the money-saving side. I think the evidence is still out as to whether or not population health would save money. That is a highly debatable question. It depends on how you count the beans and who does the counting. I am not sure that is the only way, or the best way, to sell it to Canadians.

Those are my opening comments on the first page of my presentation. For the second page, I thought I would bring some messages from my work and colleagues. My first message builds on what was said by Mr. Baas: It speaks to the idea of changing knowledge, attitudes, beliefs and values. I raise some ideas for a continuing shift. I think we have to build the evidence base. I think the Canadian Institutes of Health Research and the Social Sciences and Humanities Research Council and others need to fund population health research, but we need to engage Canadians in a fundamental conversation about what determines our health. There is a harsh reality there. I have

Dès que les gens sont motivés, incités à raisonner et à agir en fonction de la santé des populations, il faut alors créer des conditions favorables — c'est le deuxième pivot du raisonnement — en enseignant certaines techniques, en formant la génération montante de décideurs et de dirigeants et en mettant à disposition les ressources disponibles et accessibles. À cause des déterminants de la santé, les ressources disponibles peuvent ne pas toujours être accessibles pour des raisons culturelles, linguistiques et économiques. Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles les gens ne vont pas se prévaloir des ressources ou des programmes existants.

Je pense donc que nous avons beaucoup à faire auprès de la population canadienne, de notre société en général. Nous devons créer cette fameuse prédisposition, et agir sur les connaissances, les croyances et les attitudes afin d'instaurer un contexte favorable, habilitant, pour aller dans le sens de la santé des populations. Nous pouvons y parvenir grâce à un ensemble de techniques et grâce à la mise à disposition de ressources accessibles.

En règle générale, les gens hésitent à faire ce pourquoi ils ne sont pas rémunérés. Ça aussi, c'est important. Celui ou celle qui veut tenter quelque chose, mais qui ne voit pas de récompense à la clé, a tendance à passer à autre chose. Le secteur des soins de santé est dominé par des professions qui, selon moi, sont quelque peu en porte-à-faux en regard de la santé des populations parce que, par l'exercice même de leur métier, par leur formation et leur raison d'être, certains professionnels interviennent du côté des soins aigus qui est évidemment fondamental pour la santé des gens.

Une question se pose, cependant : quelle récompense ou quel gain les Canadiens pourraient-ils tirer d'une amélioration de la santé de la population en général? Nous aurions une population plus saine, une société plus heureuse et nous connaîtrions sans doute des taux de morbidité et de mortalité inférieurs. Voilà le message que nous aimerions transmettre.

Je me dois cependant de faire une mise en garde au sujet des sans-abri et des logements avec services de soutien, et je pense ici aux économies potentielles. Il n'est pas encore prouvé que l'amélioration de la santé des populations nous permettra de réaliser des économies. C'est là une question sujette à débat. Tout dépend de la façon dont on fait les comptes et de qui les fait. Je ne suis pas certain que l'angle de l'économie potentielle soit la seule ou la meilleure façon de faire passer le message auprès des Canadiens.

Voilà ce que j'avais à dire au sujet de la première page de mon mémoire. Pour ce qui est de la seconde page, je me propose de vous transmettre certains des messages qui émanent de mon milieu de travail et de mes collègues. Le premier d'entre eux rejoint ce que M. Baas a dit tout à l'heure, puisqu'il concerne la notion de changement dans les connaissances, les attitudes, les croyances et les valeurs. Je formule certaines propositions pour continuer dans le sens du changement. Personnellement, je crois que nous devons étayer les fondations sur lesquelles nous appuyons pour prouver notre propos. J'estime que les Instituts canadiens de recherche en santé et le Conseil de recherches en

listed some ideas. We are doing things in this regard, and I would suggest to you that you would find a welcome audience in terms of this conversation.

I will point to three recent examples. First, some research was recently done in Saskatoon. They did a large population survey and asked people about their willingness to shift funds from health care to population health. I think people realize it is not just a zero-sum game; it is not bedpans or waiting lists versus something else. They found a high level of support for engaging in conversation about shifting resources.

Second, we had a poll in Vancouver not long ago where the mayor asked people about their number one expected outcome of the 2010 Olympics. I have a grant to evaluate the impact of the Olympics on the inner city. To my surprise, the number one outcome expected by Vancouverites was reducing homelessness. I do not know how people can see the Olympics reducing homelessness in 17 days.

Last, we finished a study recently where we looked at all of the newspaper articles on homelessness in British Columbia for the last 30 years. We analyzed them using something called discourse analysis. We found that Canadians, unlike the American media, tend to attribute homelessness to societal causes rather than individual causes. They do not attribute it to weakness or immorality. They see a strong role for individual self-reliance and responsibility, but they also see a concern about the erosion of the so-called Canadian social safety net.

The second message builds on what has been talked about by Mr. Baas. It builds on the notion of linked-up government, an idea from the U.K. They had an initiative launched strategically and very wisely. It was done not by the Minister of Health but by the Chancellor of the Exchequer in which all departments and ministries were asked to speak to health inequities. There is a great opportunity to build on the things that Mr. Baas referred to in an effort to link various ministries within government, and I will provide you with some examples.

I note that the ActNow program is a fantastic initiative for breaking new ground, but it is largely still at the lifestyle-behavioural level. When I go to meetings with Health Canada or the Public Health Agency of Canada, I do not see

sciences humaines ainsi que d'autres organismes subventionnaires devraient financer la recherche dans le domaine de la santé des populations, ce qui n'empêche que nous devons aussi mobiliser les Canadiens dans le cadre d'un dialogue fondamental portant sur les déterminants de la santé. Nous sommes aux prises avec une dure réalité et j'ai énuméré quelques idées à ce sujet. Nous agissons sur ce plan et je pense que vous trouveriez des gens prêts à vous écouter à ce propos.

Je vais vous citer trois exemples récents. Premièrement, dans le cadre de recherches effectuées à Saskatoon, un important sondage a été réalisé auprès de la population pour déterminer si les gens voulaient consacrer à la santé des populations réorienter une partie des fonds normalement consacrés aux soins de santé. Les gens se rendent bien compte, je crois, qu'il ne s'agit pas d'un jeu à somme nulle et qu'il n'est pas question d'échanger des bassins hygiéniques ou des listes d'attente pour quelque chose d'autre. Les chercheurs ont constaté que la population est tout à fait disposée à engager le dialogue au sujet d'un basculement éventuel des ressources.

Deuxièmement, dans un sondage réalisé à Vancouver il y a peu de temps, le maire a demandé aux résidents ce qu'ils attendaient par-dessus tout des Jeux olympiques de 2010. Il se trouve que j'ai perçu une subvention pour évaluer les répercussions des Jeux olympiques sur le cœur de la ville. À ma grande surprise, ce qui intéresse les Vancouverois en premier lieu, c'est la diminution du nombre des sans-abri. Je ne vois pas en quoi ils peuvent s'imaginer que les Jeux olympiques vont permettre de réduire ce nombre en 17 jours seulement.

Enfin, nous venons tout juste de terminer une étude qui a consisté à analyser tous les articles de journaux traitant du phénomène des sans-abri en Colombie-Britannique au cours des 30 dernières années. Nous avons appliqué pour cela ce qu'on appelle une analyse du discours. Nous avons constaté que, contrairement aux médias américains, les médias canadiens ont tendance à attribuer le phénomène des sans-abri à des causes sociétales plutôt qu'à des causes individuelles. Ils ne l'attribuent ni à la faiblesse ni à l'immoralité de ceux et de celles qui en sont victimes. Ils estiment que l'autonomie et le sens des responsabilités personnelles sont certes importants, mais qu'il y a également lieu de se préoccuper de l'érosion du soi-disant filet de sécurité sociale canadien.

Mon deuxième message rejoint ce que vous a dit M. Baas. Il s'appuie sur la notion de front d'action gouvernemental, idée qui nous vient du Royaume-Uni. Les Britanniques ont en effet lancé, sous l'impulsion non pas du ministre de la Santé mais du Chancelier de l'Échiquier, une initiative stratégique fort bien pensée qui consiste à exiger de tous les ministères qu'ils s'intéressent activement à la question des iniquités. Il existe de nombreuses possibilités de bâtir quelque chose à partir de ce que M. Baas nous a décrit afin de parvenir à unifier l'action des différents ministères et je vais vous en donner quelques exemples.

Le programme ActNow présente de grandes possibilités d'innover, mais il ne concerne encore que l'étape du comportement et du mode de vie. Quand je participe à des rencontres avec des représentants de Santé Canada ou de l'Agence

people from HRSDC or the homelessness branch. When I go to the homelessness meetings, I never see the health people. It is as if there are, as we say in Canada, two solitudes; perhaps 200 solitudes. There is a need for that kind of linkage.

We have, in the past, reviewed national health goals all over the world. We tried to establish British Columbia health goals, and we did get them. I have done work with Sweden and other countries on national health goals. Sweden has robust goals of that sort. For whatever reason, we in Canada have an aversion to this concept. Perhaps it is related to the whole provincial-federal dialectic. There are probably a whole host of factors. I believe there is a need for measurable targets: targeted resources and resource targets. At the moment we do not have them. The danger is that, as my friend and mentor would say, with a lack of targets, you can call anything you hit the «goal,» which is not necessarily good.

I would commend to this committee the notion of creating at least some case study-oriented targets to play out the population health agenda. I advise you to have measurable targets that would speak to this government's interest in evidence-based decision making and accountability. I think that is what Canadians want.

I would also echo what Mr. Baas said: I think that the targets and however you evaluate them need to fit with communities. There must be both a top-down and bottom-up blending of things.

The last message I would leave you with is around the overlooked opportunity to link population health with economic and social productivity. In Canada, one of the largest groups of unemployed people is Aboriginal youth, specifically young Aboriginal males. It is a huge issue.

There is an opportunity to train the next generation of decision makers, physicians, nurses and others, but also to engage ministries like HRSDC and others to work with marginalized youth to engage them in population health initiatives that would advance and improve the quality of communities. For example, in B.C. we have a project that we are doing with street youth. We are creating something called independent living accounts. Money put into a bank account is matched by the private sector or government and can be used for education, work or housing.

I think there is a huge opportunity there to think not only of funds from the health sector, because the health sector is sorely overburdened already, but also to link it to ideas of literacy,

de santé publique du Canada, je ne croise personne de la Direction générale du logement et des sans-abri de RHDSC. Quand j'assiste à des rencontres concernant les sans-abri, je n'y vois personne du secteur de la santé. C'est comme si, comme on dit au Canada, nous avions affaire à deux solitudes, mais il s'agit peut-être davantage de 200 solitudes. Il y a donc lieu de jeter des passerelles intersectorielles.

Dans le passé, tous les pays ont réexaminé leurs objectifs nationaux en matière de santé. En Colombie-Britannique, nous nous sommes livrés au même exercice et nous avons arrêté de nouveaux objectifs. J'ai fait le même travail en Suède et avec d'autres pays. La Suède dispose de solides objectifs sur ce plan. Pour une raison ou une autre, nous éprouvons un certain dégoût envers ce concept au Canada. Cela tient peut-être à toute la polémique entre le fédéral et les provinces. Il existe peut-être de nombreux facteurs qui expliquent ce phénomène. Je pense nécessaire d'adopter des objectifs mesurables : il faut des ressources ciblées et affecter des ressources en fonction des cibles. Pour l'instant, ce n'est pas ce qui se fait. Le risque que présente l'absence d'objectifs, comme mon ami et mentor vous le dirait, c'est qu'il devient possible d'affirmer n'importe quand qu'on a atteint des objectifs, ce qui n'est pas forcément bon.

Je recommande à votre comité de retenir l'idée d'adopter ne serait-ce que des objectifs d'étude afin d'appliquer l'agenda de la santé des populations. Je vous conseille d'adopter des objectifs mesurables qui prouveront l'intérêt de ce gouvernement à prendre des décisions fondées sur des résultats et à exiger la reddition de comptes. Je crois que c'est ce que veulent les Canadiens.

Je fais également miennes les réflexions de M. Baas quand à la nécessité d'aligner les objectifs et l'évaluation qu'on en fait sur les besoins des collectivités. Il faut agir dans les deux sens, c'est-à-dire du haut vers le bas et du bas vers le haut.

Mon dernier message portera sur une occasion à côté de laquelle on passe, celle d'établir un lien entre la santé des populations et la productivité économique et sociale. L'un des plus importants groupes de sans-emploi au Canada est constitué par les jeunes Autochtones, plus particulièrement par les jeunes hommes. C'est un problème immense.

Nous avons donc la possibilité de former la future génération de décideurs, de médecins, d'infirmiers et infirmières et d'autres, mais aussi de mobiliser des ministères comme RHDSC et d'autres afin qu'ils œuvrent auprès des jeunes qui sont marginalisés pour les amener à participer aux initiatives de santé des populations susceptibles de déboucher sur une amélioration de la qualité des collectivités. En Colombie-Britannique, par exemple, nous avons lancé un projet qui s'adresse aux jeunes des rues. Nous avons créé ce qu'on appelle des comptes de vie autonomes. Nous déposons à parts égales, avec le secteur privé ou le gouvernement, de l'argent dans un compte en banque dont le titulaire peut se servir pour son éducation, son travail ou son logement.

Je pense que nous sommes face à une occasion fantastique qui consiste non seulement à raisonner sur le financement du secteur de la santé, parce que celui-ci est déjà lourdement surchargé, mais

economic and social opportunity, and other kinds of opportunities. We can then make inroads with respect to population health in Canadian.

Those are my messages and my comments.

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

**The Chair:** Thank you very much indeed, Mr. Frankish.

Mr. Baas, I am sincerely sorry that I could not be here to hear you. I will catch up with you on the telephone further to what transpires here today. We have an urgent health problem in Canada now that I had to speak to in the Senate chamber this afternoon, and there was nothing else I could do.

I want to thank the deputy chair, Senator Pépin, for carrying on under very short notice and making the most of your visit.

I will bring you up to date on the hockey news. I indeed have a number. I am No. 3 of the Ottawa Senators, which is the third sweater autographed by the whole team and given out. It is in a big frame in my country home. I understand there is still not a No. 4. When I retired from the Heart Institute, they made me an honorary Ottawa Senator. I told many people that when I was appointed to the Senate, I thought I was making a comeback. That is why I accepted so quickly.

**Senator Fairbairn:** You started a trend there.

**The Chair:** The other good news is that I have a grandson aged seven and his hockey team gave him No. 14, which is Dave Keon's number from Toronto.

I have no more hockey news.

**Senator Pépin:** Thank you both for being here today. Your expertise will really help us.

You spoke about the B.C. Population Health Network. Could tell us a bit more about its role?

**Mr. Baas:** The B.C. Population Health Network has been in existence for about two years, maybe a bit more. It brings together leaders in population health from all of the health authorities. There is also representation from the B.C. Provincial Health Services Authority, which is considered the sixth health authority for the entire province. Trevor Hancock represents the province and usually chairs that committee.

The goal of the committee is to network. There is real communication about what we do across the province in the different health authorities, so it is a forum for airing issues and focusing on emerging themes within the health authorities and how we can best address them provincially. The meetings are held

aussi à établir un lien avec les possibilités qui s'offrent à nous sur les plans de la littératie et de l'aspect socio-économique, mais aussi sur d'autres plans. Nous pouvons réaliser de véritables progrès dans le domaine de la santé des populations au Canada.

C'est tout ce que je voulais dire et ce sont là les messages que je voulais transmettre.

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

**Le président :** Merci beaucoup, monsieur Frankish.

Je suis désolé de n'avoir pu vous entendre, monsieur Baas. Je me rattraperai au téléphone avec vous pour que nous discutons de ce qui s'est passé. Comme nous sommes aux prises avec un problème de santé urgent au Canada, j'ai dû prendre la parole à la Chambre haute cet après-midi, et il n'y avait donc rien que je pouvais faire pour me trouver ici.

Je tiens à remercier la vice-présidente, le sénateur Pépin, de m'avoir remplacé au débotté et d'avoir su tirer le meilleur de votre visite.

Je vais vous dire où nous en sommes côté hockey. C'est vrai que j'ai un numéro des Sénateurs d'Ottawa, le numéro 3, puisqu'il s'agit du troisième maillot à avoir été autographié par tous les membres de l'équipe. Il trône fièrement dans un grand cadre, chez moi. Je crois savoir que le numéro 4 n'a pas encore été remis. C'est quand j'ai pris ma retraite de l'Institut de cardiologie que les Sénateurs d'Ottawa m'ont nommé membre honoraire de l'équipe. Comme je l'ai dit à beaucoup, quand j'ai été nommé au Sénat, j'ai eu l'impression de faire un retour dans le passé. C'est pour cela que je n'ai pas hésité à accepter.

**Le sénateur Fairbairn :** Vous avez lancé une tendance.

**Le président :** L'autre bonne nouvelle, c'est que mon petit-fils de sept ans a reçu le numéro 14 dans son équipe de hockey. C'est le même numéro que celui de Dave Keon qui joue pour Toronto.

Voilà, c'est tout ce que j'avais à dire au sujet du hockey.

**Le sénateur Pépin :** Merci de vous être déplacés tous deux et sachez que vos connaissances vont nous être vraiment utiles.

Vous avez parlé du Réseau de la santé des populations de la Colombie-Britannique. Pourriez-vous nous parler davantage du rôle de cet organisme?

**M. Baas :** Le Réseau de la santé des populations de la Colombie-Britannique existe depuis deux ans environ, peut-être un peu plus. Il rassemble des responsables en matière de santé des populations qui représentent toutes les autorités sanitaires de la province. Nous comptons également des représentants de la Provincial Health Services Authority que nous considérons comme étant la sixième autorité sanitaire de la province. Trevor Hancock, qui représente le gouvernement provincial, est celui qui préside habituellement le comité.

Ce comité a pour mission de créer un réseau. Nous avons instauré de véritables échanges à propos de ce que font les autorités sanitaires de la province et l'on peut donc parler d'une tribune qui nous permet de poser les problèmes sur la table et de nous concentrer sur les questions qui interpellent les autorités

officially four times a year. In terms of reference, the network is moving slowly to actually taking action and creating forums for advocacy work.

**Senator Pépin:** Could you also tell us whether your finance department is involved in ActNow B.C.? Does this initiative examine low social economic status as a health determinant impacting on poor diet and low levels of physical activity?

**Mr. Baas:** Are you asking about the finance department within our health authority?

**Senator Pépin:** I asked if your finance department is involved in ActNow B.C.

**Mr. Baas:** ActNow B.C. is a provincial cross-ministerial initiative targeted at healthy eating, physical activity and smoking reduction. The premier in B.C. has set goals for making B.C. the healthiest jurisdiction, by 2010, to hold the Olympics. All of the regional health authorities in B.C. are engaged in working toward ActNow targets.

Some resources already exist, but the bottom line for us is that it is a balance between how we are already funded and how we can rearrange or redirect those funds to address those targets.

**Mr. Frankish:** I think you were asking a slightly different question. My sense is that you were trying to get at whether there is an analysis happening or consideration of the links between lifestyle, exercise and nutrition, and more socio-economic factors. Was that your question?

**Senator Pépin:** Yes.

**Mr. Frankish:** I do not know of an explicit allocation of resources to look at the performance of ActNow across different socio-economic strata, for example, or if there are different levels of participation by children from different socio-economic backgrounds.

Dr. Clyde Hertzman in B.C., who many of you would know, is a very good friend and colleague of mine. He is a world leader in early child development and developed a tool called the Early Development Index. He has mapped all of the schools in British Columbia in terms of children's readiness for school — emotional, cognitive and social. He has mapped it across different levels of socio-economic status. This tool holds the promise that it could be linked to programs like ActNow, but I do not think the health regions have the data sets. You could try to do some analysis with Statistics Canada data and postal codes.

Your question is very perceptive, and those are some things we could do.

sanitaires sur le moment et sur la façon de les régler au mieux à l'échelon provincial. Officiellement, le comité se réunit quatre fois par an et le réseau progresse lentement en ce sens qu'il commence à adopter des mesures et à créer des tribunes au nom de la défense des intérêts.

**Le sénateur Pépin :** Pouvez-vous également nous dire si les Finances participent à ActNow? Cette initiative consiste-t-elle à étudier les incidences d'un déterminant sur la santé, comme la situation socio-économique, sur la mauvaise alimentation et le faible niveau d'activité physique?

**M. Baas :** Vous parlez du service des finances au sein de l'autorité sanitaire?

**Le sénateur Pépin :** Je voulais savoir si votre ministère des Finances participe à ActNow.

**M. Baas :** ActNow est une initiative provinciale interministérielle destinée à favoriser de saines habitudes alimentaires, l'activité physique et la réduction du tabagisme. Le premier ministre de la province a formulé des objectifs pour que la Colombie-Britannique devienne la province la plus saine d'ici 2010 en préparation aux Jeux olympiques. Toutes les autorités sanitaires régionales de la province sont mobilisées autour des objectifs de ActNow.

Nous disposons déjà de certaines ressources, mais pour l'instant nous nous efforçons de réaliser un équilibre entre le mode de financement actuel et une réorientation des fonds que nous percevons afin de financer des objectifs de ActNow.

**M. Frankish :** Je crois que vous avez posé une question légèrement différente. J'ai l'impression que vous vouliez savoir si l'on tient compte des liens entre le mode de vie, l'exercice physique et la nutrition et d'autres facteurs socioéconomiques, et si l'on effectue des analyses à ce sujet. C'était ça votre question?

**Le sénateur Pépin :** Oui.

**M. Frankish :** Je n'ai pas entendu parler d'un budget spécifique consacré à l'analyse des résultats de ActNow pour les différentes strates socioéconomiques ou pour déterminer s'il existe des niveaux de participation différents par enfant en fonction des couches socio-économiques.

Clyde Hertzman, de la Colombie-Britannique, que beaucoup d'entre vous doivent connaître, est à la fois un confrère et un très bon ami à moi. Il est un des chefs de file internationalement reconnu dans le domaine du développement de l'enfance, et c'est lui qui a mis au point un indice de développement précoce. Il a dressé un profil de la préparation à la scolarité dans toutes les écoles de la Colombie-Britannique en fonction de facteurs émotionnels, cognitifs et sociaux. Il a effectué cette analyse pour différents groupes socio-économiques. Cet instrument pourrait être greffé sur des programmes comme ActNow, mais je ne pense pas que les régions sanitaires disposent déjà d'un ensemble de données à cet égard. Vous pourriez essayer d'effectuer vos propres analyses de votre côté à partir des données de Statistique Canada et des codes postaux.

Votre question est très perspicace et ce sont effectivement des choses que nous pouvons faire.



**Mr. Baas:** A further challenge in that vein is that when we look at certain regions and populations, many of our communities are so small that it is hard to apply the particular analysis. We would have to look at Stats Canada data, for example, on a large enough scale to have two communities side by side. On the larger scale it looks like we are in the middle, but there could be huge disparities between those communities. That is a challenge as well.

**Senator Munson:** In your opening statement, you talked about the child poverty rate in British Columbia as being one of the highest in the country, but B.C. is probably one of the richest provinces in the country, next to Alberta. In the last couple of years, your committee has been dealing with population health. Has it been able to address the notion of bringing people together in a concrete way to alleviate some of the pressing issues of child poverty?

**Mr. Baas:** That is a great example because there is no way that a health authority, on its own, can address child poverty. Child poverty requires action at all levels of government in terms of strong policy. Mr. Frankish talked about policies that set particular targets. There are examples of other jurisdictions, such as the U.K., where child poverty rates have been reduced significantly.

What we are starting to do in applying population health approaches and an inequity lens when we target particular programs is ask what we can do to help alleviate the pressures of poverty. Addressing poverty right now is all about education, awareness and engaging in dialogue to move poverty from an individual perspective to one that is broader. It is all about looking at the appropriate role within our health authority. It is something that is very clear on our agenda.

We are working on becoming more involved in community capacity building and engagement around housing issues. We hit right up front: What is the issue? The issue is poverty, so it comes up time and again. In some ways, it is a sensitive area for us in that it is embedded within the health authority as well.

**Senator Munson:** In your opening statement, you talked about your population health support team and that you had early successes with programs concerning tobacco use and the prevalence of seniors falling. How did you do that?

**Mr. Baas:** A specific number of communities were involved in the falls project; actually, we targeted seniors facilities initially. We wanted to go into those facilities and do very basic analysis and support training. In doing so, we raised the awareness that falls could be prevented. As you know, falls are a huge piece for seniors.

**M. Baas :** L'autre difficulté à laquelle nous nous heurtons dans l'examen de certaines régions et populations, c'est qu'un grand nombre de nos collectivités sont de petite taille et qu'il est donc difficile de leur appliquer des analyses particulières. Il faudrait, par exemple, tenir compte des données de Statistique Canada à une échelle suffisamment importante pour pouvoir comparer deux collectivités entre elles. À grande échelle, on pourrait dire que nous sommes dans le milieu, mais il pourrait y avoir de très importantes disparités entre les collectivités. Ça aussi, c'est un défi auquel nous sommes confrontés.

**Le sénateur Munson :** Dans votre exposé, vous avez parlé du taux de pauvreté des enfants en Colombie-Britannique qui est l'un des plus élevés au Canada, même si cette province est sans doute l'une des plus riches, après l'Alberta. Au cours des deux dernières années, votre comité s'est intéressé à la santé des populations. Est-il parvenu à envisager une façon de mobiliser concrètement les gens pour répondre en partie à certaines des questions les plus urgentes qui se posent dans le cas de la pauvreté des enfants?

**M. Baas :** Eh bien, il s'agit là d'un excellent exemple, parce qu'il n'est pas possible pour une autorité sanitaire de parvenir, à elle seule, à régler le problème de la pauvreté infantile. Ce problème exige que tous les paliers de gouvernement agissent en adoptant des politiques fermes. M. Frankish vous a parlé de politiques précisant des objectifs particuliers. D'autres pays en ont donné des exemples, comme le Royaume-Uni, où les taux de pauvreté infantile ont été considérablement réduits.

Quand nous appliquons une démarche axée sur la santé des populations et sur le phénomène des iniquités, au regard des programmes étudiés, nous cherchons à voir comment contribuer à alléger les pressions associées à la pauvreté. Dans la lutte contre la pauvreté, tout passe par l'éducation, la sensibilisation et la mobilisation autour d'un dialogue qui vise à faire passer la perception que nous avons de la pauvreté du niveau individuel à un niveau plus général. Tout cela nous ramène au rôle que doivent jouer les autorités sanitaires. C'est quelque chose de très clair en ce qui nous concerne.

Nous essayons d'être plus actifs sur les plans du renforcement de la capacité des collectivités et de la mobilisation des autorités autour des questions de logement. Nous posons la question d'entrée de jeu : quel est le problème? Le problème qui se repose sans cesse, est celui de la pauvreté. En un sens, c'est un aspect délicat en ce qui nous concerne, puisqu'il fait partie intégrante du travail de l'autorité sanitaire.

**Le sénateur Munson :** Dans votre exposé, vous avez parlé de votre équipe de soutien à la santé des populations et des premiers succès que vous avez remportés avec vos programmes concernant le tabagisme et la prévalence des chutes chez les personnes âgées. Qu'avez-vous fait sur ces plans?

**M. Baas :** Un certain nombre de collectivités ont participé au projet sur les chutes des personnes âgées; en fait, nous avions commencé par cibler les foyers pour personnes âgées. Nous voulions y réaliser des analyses de base et y dispenser une formation de soutien. Ce faisant, nous avons sensibilisé les gens au fait qu'il est possible d'éviter les chutes. Comme vous le savez, ce problème est très grave chez les personnes âgées.

Analysis and support were carried out at a number of pilot sites. Within a very short time, in the order of one or two years, we were able to reduce the rate of falls by something like 20 per cent — not the number of falls but the rate. The actual rate dropped significantly based on those interventions. Subsequently, that information has gone into the development of a region-wide health authority falls strategy, which is still in the process of being implemented.

On the tobacco reduction side, we conducted a campaign called «Kids need breathing space.» It was a social marketing campaign to target families and places where children are potentially confronted by tobacco smoke. We raised that awareness. In evaluating the success of the campaign, there was a significant reduction in tobacco use around children.

That being said, the whole attribution piece is difficult, because at the same time there is a huge push provincially — and I think across Canada — in terms of reducing where people smoke and having smoke-free premises. There is societal momentum to get away from smoking.

**Senator Munson:** Professor Frankish, I was startled — as you were, I think — when you talked about the survey you did on housing and said that everyone thinks the Olympics will alleviate the problem of homelessness.

**Mr. Frankish:** It was actually a mayor's poll. The mayor asked people in Vancouver to identify the top issues facing Vancouverites in the next couple of years. They were also asked parallel question: What was their number one expectation of the Olympics? On both questions, issues of poverty, addiction and housing scored the highest — both specifically to the Olympics and more generally in terms of what people thought were the big issues for the city. Issues like crime, civil liberties and other things were on the list, but they were further down.

**Senator Munson:** If a city, a province and a federal government can get together and host such a thing as the Olympic Games, is there the same attitude in British Columbia or in Vancouver toward easing the problem of homelessness? I know infrastructure is important; I know the highway is important and that they build new buildings. However, is there the same desire inside the belly to say, “Okay, we have a very serious issue because of our homelessness problem”?

**Mr. Frankish:** I believe the desire is there on both sides. On one side, it is just from being human and seeing the pain and suffering of these women who were murdered by Mr. Picton. I was walking down the street the other day and said to my friend that I just realized that I live in probably the best neighbourhood in maybe

Nous avons donc réalisé des analyses et lancé un certain nombre de projets pilotes. En très peu de temps, en une année ou deux, nous avons pu réduire le taux de chutes de 20 p. 100 environ; je parle bien du taux et non du nombre de chutes. Le taux a donc considérablement diminué grâce à nos interventions. Par la suite, nous nous sommes servis de ces informations pour élaborer une stratégie concernant ce problème, stratégie que nous sommes en train de mettre en œuvre.

Pour ce qui est de la réduction du tabagisme, nous avons lancé une campagne sur le thème des enfants qui ont besoin de respirer de l'air pur. C'était une campagne de promotion sociale visant les familles et les lieux où les enfants risquent d'être exposés à la fumée. Nous avons donc sensibilisé la population à cet égard. Nous nous sommes livrés à une évaluation qui nous a permis de constater une très nette diminution du tabagisme à proximité des enfants.

Cela étant dit, il est difficile d'établir précisément à quoi on doit tel ou tel résultat, parce que la province — et l'on pourrait dire aussi le Canada tout entier — fait beaucoup pour réduire le nombre de fumeurs et protéger les espaces sans fumée. On assiste à un mouvement général, au sein de la société, pour mettre fin au tabagisme.

**Le sénateur Munson :** Professeur Frankish, j'ai été très surpris — comme vous l'avez sans doute été vous-même — quand vous nous avez parlé d'un sondage que vous avez effectué au sujet du logement et qui vous a révélé que tous les répondants espèrent que les Jeux olympiques vont permettre de régler en partie le problème des sans-abri.

**M. Frankish :** C'est en fait un sondage qu'a commandé le maire. Il a demandé aux Vancouverois de lui indiquer les grands enjeux auxquels ils allaient être confrontés dans les deux prochaines années. Il en a profité pour leur poser une question en parallèle visant à déterminer ce qu'ils espéraient le plus des Jeux olympiques. En réponse à ces deux questions, ce sont les problèmes de pauvreté, de toxicomanie et de logement qui ont recueilli les scores les plus élevés, tant en rapport avec la tenue des Jeux olympiques que vis-à-vis de la façon dont les résidents percevaient généralement les grands problèmes de leur ville. Des sujets comme la criminalité, les libertés civiles et d'autres, bien que mentionnés par les répondants, sont arrivés loin derrière.

**Le sénateur Munson :** Une ville, une province et le gouvernement fédéral peuvent s'associer pour accueillir des événements comme les Jeux olympiques, mais constatez-vous, en Colombie-Britannique ou à Vancouver, le même désir de mobilisation pour s'attaquer au problème des sans-abri? Je sais que l'infrastructure est importante; je sais que l'autoroute est importante et qu'il est également important d'ériger des bâtiments. Toutefois, constatez-vous le même véritable désir de s'attaquer au problème des sans-abri, parce que les gens se rendent compte que c'est un enjeu très grave?

**M. Frankish :** Je crois qu'il existe une volonté sur les deux plans. D'un côté, c'est une simple question d'humanité, parce qu'il est difficile de supporter la souffrance humaine, comme celle des femmes qui ont été assassinées par Picton. L'autre jour, en marchant dans la rue en compagnie d'un ami, je lui ai dit que je

the best city in quite likely the best country in the world. I have been fortunate enough to be born in a time in history when I did not have to go to war. If you put me next to the billions of people who live on Earth and have lived during my lifetime, I am pretty blessed. However, when I walk around the corner from where I live, I see four young people sleeping in minus five degree temperatures on the sidewalk in front of McDonalds because it is open and they can go in and use the washroom; so something is wrong.

I met recently with some people from HRSDC and others. My view on the Olympics is that it creates a window of opportunity. I think you are absolutely right. We have to be realistic; we cannot expect the Olympics to solve the social ills of the country or the world. It is a 17-day travelling circus in which they charge you a lot for using the brand.

However, we are proposing that the Olympics could be catalytic in terms of creating the wedge that was referred to earlier. I met with a deputy minister from HRSDC and we talked about using the Olympics for a community revitalization approach in the Downtown East-side. For example, there is an abandoned school in the Downtown East-side. The province collects \$1 billion a year in property transfer tax. I have approached the government with the notion of taking 1 per cent of the provincial property tax transfer for three years around the Olympics to create a population health implementation centre. I have had very positive responses from two provincial ministers.

Part of the challenge for the health authorities is that we all know the words to the song, but no one has the money to play the music. I think we have to be really creative. I proposed that we use the Olympics as a catalyst to fund a centre that would provide services, link up with communities and engage in social enterprise such as job training with street youth. That is the way it will happen, I think.

**Senator Munson:** It should be a catalyst for the country.

**Mr. Frankish:** It could be.

I would point out to senators that at least three Australian states have extremely well developed health promotion foundations that are funded by dedicated tobacco or alcohol taxes, similar to the taxes that were proposed around the mental health commission. The Western Australian Health Promotion Foundation, for example, does amazing population health and health promotion things. The tax generates \$30 million a year, I believe, and they fund community projects, students, research — a whole host of different activities.

vivais sans doute dans l'un des meilleurs quartiers de la meilleure ville du meilleur pays au monde. J'ai ajouté que j'avais eu la chance de naître à un moment de l'histoire où je n'ai pas eu à faire la guerre. Par rapport aux milliards de mes contemporains qui habitent cette planète, je m'estime très fortuné. Pourtant, à un coin de rue de là où je réside, il y a quatre sans-abri qui couchent dehors par moins cinq degrés, sur le trottoir devant McDonalds, parce que cet établissement est ouvert et qu'ils peuvent aller s'y réchauffer et y fréquenter les toilettes. Il y a donc quelque chose qui ne va pas.

Récemment, j'ai rencontré certains représentants de RHSDC et d'autres. Personnellement, j'estime que les Jeux olympiques sont une occasion sur laquelle il faut sauter. Je crois que vous avez tout à fait raison. Nous devons être réalistes; il ne faut pas s'attendre à ce que les Jeux olympiques règlent tous les problèmes sociaux auxquels nous sommes confrontés au Canada ou dans le monde. Il s'agit d'un véritable cirque de 17 jours, orchestré par une organisation qui facture un maximum l'utilisation de son nom.

Nous pensons, cependant, que les Jeux olympiques pourraient servir de catalyseur dans la création des capacités dont nous parlions tout à l'heure. J'ai rencontré un sous-ministre de RHSDC avec qui je me suis entretenu de la possibilité d'utiliser les Jeux olympiques pour revitaliser le Downtown East-Side. Il y a, par exemple, une école abandonnée dans ce quartier. On sait, par ailleurs, que la province recueille 1 milliard de dollars par an en taxe de transfert de propriété. Eh bien, j'ai proposé que — sur une période de trois ans, à cheval sur les Olympiques — le gouvernement prélève 1 p. 100 sur cette taxe provinciale de transfert de propriété afin de mettre sur pied un centre de santé des populations. Deux ministres provinciaux ont réagi très positivement.

En ce qui concerne les autorités sanitaires, une partie du problème tient au fait que nous connaissons les paroles de la chanson, mais que personne n'a l'argent nécessaire pour interpréter la partition. Je crois que nous devons faire preuve d'une grande créativité. J'ai donc proposé que nous nous servions des Jeux Olympiques en tant que catalyseur pour financer un centre qui dispenserait des services, qui serait en prise sur les collectivités et qui conduirait des entreprises à caractère social comme la formation professionnelle offerte aux jeunes de la rue. C'est ainsi, selon moi, que les choses devraient se passer.

**Le sénateur Munson :** Il faudrait que les Olympiques soient un catalyseur pour tout le pays.

**M. Frankish :** Ce serait possible.

Je dois vous préciser qu'au moins trois États australiens se sont dotés de fondations très solides qui œuvrent dans le domaine de la promotion de la santé; elles sont financées grâce à des taxes spéciales prélevées sur le tabac et sur l'alcool, un peu à la façon dont la Commission sur la santé mentale l'a envisagé. La Western Australian Health Promotion Foundation, par exemple, accomplit des choses fabuleuses dans les domaines de la santé des populations et de la promotion de la santé. Je crois que les taxes permettent de dégager 30 milliards de dollars par an qui servent à financer des projets communautaires, des étudiants, des projets de recherche, bref tout un ensemble d'activités différentes.

Population health is not going to pay for itself. That is part of the challenge; how can we be creative in finding resources? Taking them from the acute sector is not a good first choice.

**Senator Munson:** In your strategy, you talked about conducting a pan-ministerial review of health disparities, led by the Treasury Board and the Senate. The other part that intrigued me was establishing binding national health equity targets. In lay person's language, what are binding national health equity targets?

**Mr. Frankish:** As soon as I put that in my presentation and thought to myself, as a closet federalist, about making anything from the federal government binding across provinces, I recognized the political sensitivities and complexities of it.

**Senator Munson:** I like it.

**Mr. Frankish:** My sense is that until population health and health promotion becomes a line item in someone's budget, they will always be cut, always be pushed to the side and always be the first thing that goes. The health authorities want to do more, but they know at the end of the day they will get fired or discharged if they screw around with the acute care system and hospitals more than if they do not do anything about population health.

Right now in Canada, a politician would not become unelected for failing to deal with homelessness. He or she would be more likely become unelected for changing the price of beer. I think there has to be some measure of accountability. Governments always talk about accountability and evidence-based decision making, but I find, with due respect, that many people in public life have an understandable schizophrenic attitude toward accountability. They love to talk about it, but they are loath to establish binding targets, particularly if they go beyond.

Another challenge to which Mr. Bass alluded is that so much of population health is way beyond any one electoral cycle. It is a long-term project. It is like changing seat belt behaviour, smoking behaviour or drinking and driving behaviour. It is a generational thing. It is too important to leave to government. It is too important to leave to any one party. It transcends the electoral cycle. Governments are understandably thinking about this election; they are not thinking about the guy 10 years down the road. We have to somehow rise above that.

**Senator Callbeck:** You have five health regions, and I am wondering about the structure or the framework. Who do they report to? Obviously the Minister of Health is on top. Do you

La santé des populations ne rapportera rien directement. C'est en partie le problème : que faire pour trouver les ressources nécessaires? Il vaut mieux éviter, a priori, de puiser dans les budgets du secteur des soins aigus.

**Le sénateur Munson :** Dans votre stratégie, il est question d'entreprendre un examen pan-ministériel des disparités dans le domaine de la santé, sous la gouverne du Conseil du Trésor et du Sénat. L'autre passage qui m'a intrigué concerne l'objectif national contraignant en matière d'équité en santé. Pouvez-vous nous expliquer, en des termes accessibles au commun des mortels, ce que sont ces objectifs nationaux contraignants en matière d'équité en santé?

**M. Frankish :** Dès lors que j'ai inscrit cela dans mon mémoire et que j'ai envisagé, en fédéraliste de coulisses que je suis, que le palier fédéral imposerait quelque chose aux provinces, je me suis dit que j'allais me heurter à des sensibilités politiques et que les choses se compliqueraient.

**Le sénateur Munson :** Moi, j'aime!

**M. Frankish :** J'ai l'impression que la santé des populations et la promotion de la santé feront toujours l'objet de coupures, seront toujours laissées de côté et seront toujours la première chose à laquelle on renoncera tant qu'on ne les transformera pas en poste budgétaire quelque part. Les autorités sanitaires veulent faire davantage, mais elles savent qu'au bout du compte elles risquent beaucoup plus de perdre la partie si elles interviennent dans le système de soins aigus et dans le système hospitalier que si elles ne font rien sur le plan de la santé des populations.

Pour l'instant, aucun politicien au Canada ne court le risque de ne pas être réélu s'il ne s'attaque pas à la problématique des sans-abri. Ce risque serait plus grand s'il voulait augmenter le prix de la bière. Je pense qu'il faut exiger des comptes d'une certaine façon. Les gouvernements parlent toujours de reddition de comptes et de décisions étayées, mais, sauf le respect que je vous dois, je trouve que bien des acteurs de la vie publique ont une attitude schizophrénique compréhensible au sujet de la reddition de comptes. Ils adorent en parler, mais ils détestent être liés par des objectifs contraignants, surtout s'ils risquent de ne pas les atteindre.

L'autre défi auquel M. Baas a fait allusion, c'est que la santé des populations couvre beaucoup plus qu'un cycle électoral. C'est un projet à long terme. C'est un peu comme ce qui s'est passé avec la ceinture de sécurité, la lutte contre le tabac ou la lutte contre l'alcool au volant. Il s'agit d'un changement de comportement qui s'échelonne sur toute une génération et qui est trop important pour qu'on s'en remette au gouvernement, à un seul parti. Ce projet transcende le cycle électoral. Il est naturel que les gouvernements cherchent à se faire réélire; en revanche, ils ne pensent pas à ce qu'il va advenir d'un tel ou d'un tel dans 10 ans d'ici. Nous devons donc nous élever au-dessus des fractures politiciennes.

**Le sénateur Callbeck :** La Colombie-Britannique est subdivisée en régions sanitaires. Pouvez-vous me parler de la structure et du cadre en place? De qui ces régions relèvent-elles? C'est

have a committee of other departments, ministers from other departments? Do you have an agency or an authority? What is the structure?

**Mr. Baas:** I will respond with the proviso that the minister might respond differently or more accurately.

There are five geographic regional health authorities, each with a board and a CEO. Those health authorities have an agreement with the province to deliver all of the services that they are required to deliver. My understanding — and Mr. Frankish may know more about this — is that each health authority, while there is certainly dialogue, is individually, as a unit, responsible to the minister.

**Mr. Frankish:** To my knowledge, B.C. has never had a provincial level. I know that Saskatchewan had the Saskatchewan health council, and some other provinces have had similar type things. I know that the MHOs of all the boards get together and that the CEOs and executive teams talk, but I do not think there is a formal cross-region, mid-level between them and the government, per se. I could be wrong, but I have never heard of it.

**Senator Callbeck:** In other words, the regions are directly responsible to the minister. No committee of other departments is trying to get them involved in population health.

**Mr. Baas:** There is certainly a lot of collaboration. For example, if I look at the work of the B.C. Population Health Network and the B.C. Ministry of Health on issues such as smoking, all health care facilities within the province need to go smoke free by March 31, 2008, I believe. There is a huge amount of collaboration between all the health authorities directly involved in implementing that policy. Within our health authority, there is huge discussion about how this policy will actually be rolled out and how to make it happen. There is regular discussion between the people from the health authorities who are leading that implementation. Those discussions happen very much at a practical level around all kinds of issues, including population health.

Population health really is an approach. In terms of our population health unit — and not all health authorities have specific population health units — we have been charged with bringing a population health outlook and approach to the rest of the health authority. The initial dialogues we did within the health authority, those practice support pieces, focused on how to actually engage in dialogues around social determinants and looking upstream. We discussed what all those things mean in terms of our role within the health authority. For example, if we are not actually treating someone, we are asking, “What are the

évidemment le ministre de la Santé qui les coiffe. Avez-vous un comité ou d'autres ministères ou ministres qui les chapeautent? Disposez-vous d'une agence ou d'une autorité supérieure? À quoi ressemble cette structure?

**M. Baas :** Je vais vous répondre en faisant une mise en garde, soit que le ministre aurait pu vous fournir une réponse différente ou plus précise que la mienne.

Il y a donc cinq autorités sanitaires régionales qui sont chacune coiffées d'un conseil et d'un PDG. Ces autorités sanitaires travaillent en fonction d'une entente avec la province relativement à la prestation des services qu'elles sont censées offrir. À ma connaissance — et il est possible que M. Frankish en sache plus long à cet égard — chaque autorité sanitaire doit rendre des comptes au ministre, même s'il existe un certain dialogue à l'échelon de la structure.

**M. Frankish :** À ma connaissance, la Colombie-Britannique n'a pas d'organisation panprovinciale. Je sais, par exemple, que la Saskatchewan a le Saskatchewan Health Council et que certaines autres provinces se sont dotées d'organismes semblables. Je sais, par ailleurs, que les médecins-hygiénistes qui siègent à tous les conseils se rassemblent, en même temps que les PDG et les équipes de direction, pour parler entre eux, mais je ne pense pas qu'il existe de passerelles inter-régionales officielles entre les autorités sanitaires et le gouvernement. Il est possible que je me trompe, mais je n'en ai jamais entendu parler.

**Le sénateur Callbeck :** Autrement dit, les régions relèvent directement du ministre. Aucun comité appartenant à d'autres ministères ne cherche à intervenir dans le dossier de la santé des populations.

**M. Baas :** La collaboration est sans doute intense. C'est le cas, par exemple, du travail accompli par le Réseau de la santé des populations de la Colombie-Britannique et par le ministère provincial de la Santé dans des dossiers comme le tabagisme, puisque tous les établissements de soins de la province devront être sans fumée le 31 mars 2008, si je ne m'abuse. Eh bien, les autorités sanitaires qui participent directement à la mise en œuvre de cette politique ont énormément collaboré entre elles. Au sein de notre propre autorité sanitaire, nous parlons beaucoup de cette politique qui sera prochainement mise en place et de la façon dont tout cela va se produire. Ceux et celles qui, au sein des autorités sanitaires, dirigent cette mise en œuvre, dialoguent souvent entre eux. Ces discussions de niveau très pratique portent sur toutes sortes d'enjeux, dont la santé des populations.

En fait, la santé des populations correspond à une démarche. Notre unité de santé des populations — il faut préciser que toutes les autorités sanitaires ne disposent pas d'une telle unité — a reçu pour mandat d'instiller aux autres services de l'autorité sanitaire une perspective et une démarche axées sur la santé des populations. Nos premiers échanges au sein de l'autorité sanitaire, concernant l'appui à apporter aux pratiques, ont surtout consisté à dialoguer sur les déterminants sociaux et la situation future. Nous avons discuté de ce que tout cela signifie au regard de notre rôle d'autorité sanitaire. Par exemple, s'il nous

causes of the causes?" If we begin to ask those questions throughout all departments of the health authority, we can start making more of an impact.

If we take the community nutritionists and the tobacco reduction coordinators out of the B.C. Interior Health Authority, we are left with something like seven people. Seven people across a massive 216 square kilometres and 700,000 people is not a lot. We cannot actually go ahead and do it. We can only do it by being catalysts and bringing with us that level of dialogue, and it is starting to work. It is everyone's responsibility.

**Senator Callbeck:** What about the federal government's role? What role did they play in moving to a population health approach in your province, if any? If they did not play any role, what role should they have played or should they be playing?

**Mr. Frankish:** Not knowing all of the initiatives that have happened, I am sure that somewhere there is a deputy or a minister who will listen to what I have to tell them and say, «Yes, but we did this and that and it was related to population health.»

I do not know the answer. I cannot speak to examples where *prima facie* the province and the federal governments explicitly entered into something involving population health specifically.

**Mr. Baas:** There is a population health department within the Public Health Agency of Canada, so that part is there in terms of information, developing resources, hosting events and so on. We are certainly aware of the extent to which that actually translates into direct dialogue between federal and provincial counterparts. We look at the research that has been done and have those kinds of discussions. For me, the critical piece is what happens at the federal policy level across specific population health issues. If you take child poverty or homelessness, what is the provincial role, the federal role and the municipal role, and how are policies enacted that get to the point where changes actually take place?

**Mr. Frankish:** Two examples come to mind. One is the Canadian Institutes of Health Research. I happened, fortunately, to be in Ottawa as a member of one of the grant review committees giving away your tax dollars to researchers. There has been a profound shift in health research funding from the days of the old Medical Research Council. It has changed dramatically. It has expanded and the focus has shifted to include things like population health. The federal government has played a huge leadership role in that shift.

arrive de constater que nous ne traitons pas une personne, nous nous demandons à quelle cause profonde nous le devons. Si nous commençons à nous poser ce genre de questions dans l'ensemble des services de l'autorité sanitaire, il est certain que nous parviendrons à obtenir des effets.

Si l'on fait fi des nutritionnistes communautaires et des coordonnateurs de la réduction du tabagisme de l'Autorité sanitaire du district intérieur de la Colombie-Britannique, il reste environ sept employés. Sept personnes pour un vaste territoire de 216 kilomètres carrés comptant 700 000 habitants, il faut avouer que ce n'est pas beaucoup. On ne peut pas y arriver. Ce n'est qu'en étant des catalyseurs, en suscitant le dialogue et en commençant par faire le travail que nous pourrions obtenir des résultats. C'est la responsabilité de tout le monde.

**Le sénateur Callbeck :** Et le gouvernement fédéral, quel devrait être son rôle? Quel rôle doit-il jouer dans l'adoption d'une démarche axée sur la santé des populations dans votre province? S'il n'a joué aucun rôle dans le passé, qu'aurait-il dû faire ou que devrait-il faire actuellement?

**M. Frankish :** Comme je ne connais pas toutes les initiatives mises en œuvre, je suis certain qu'il se trouvera quelque part un sous-ministre ou un ministre qui, après m'avoir écouté, me dira : « Certes, mais nous avons fait ceci ou cela et c'était en rapport avec la santé des populations ».

Je ne connais pas la réponse. Je ne peux pas vous donner d'exemples où, jusqu'à preuve du contraire, le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral se sont effectivement lancés dans un projet concernant la santé des populations.

**M. Baas :** Comme il existe un service de santé des populations au sein de l'Agence de santé publique du Canada, on peut dire que ce volet est couvert pour ce qui est de l'information, du développement des ressources, de l'organisation d'événements et ainsi de suite. Nous savons que, dans une certaine mesure, cela donne lieu à un dialogue direct entre homologues fédéraux et provinciaux. Nous nous intéressons à la recherche effectuée et nous avons ce genre de discussions. Selon moi, ce sont les politiques adoptées par le gouvernement fédéral en matière de santé des populations qui sont les plus importantes. Prenons la pauvreté des enfants et le problème des sans-abri, par exemple. Quel rôle doivent jouer les différents paliers de gouvernement, le provincial, le fédéral et le municipal, et comment s'y prendre pour adopter des politiques qui, à terme, donneront effectivement lieu à des changements?

**M. Frankish :** Deux exemples me viennent en tête. Le premier est celui des Instituts de recherche en santé du Canada. Il se trouve que j'ai eu le bonheur de siéger à l'un des comités subventionnaires, à Ottawa, ces mêmes comités qui versent une partie de vos impôts aux chercheurs. Les choses ont profondément changé dans le domaine du financement de la recherche depuis l'époque du Conseil de recherches médicales. La situation est radicalement différente. Le financement a été élargi et il vise désormais des aspects comme la santé des populations. Le gouvernement fédéral a joué un rôle de premier plan qui a été déterminant à cet égard.

The other initiative I would point to, which is also a Crown-type corporation in that it reports to Parliament, is the Canadian Institute for Health Information. They gather information needed to plan and enter into informed decision making about the health and quality of life of Canadians. Increasingly, they are collecting population health data. They have an initiative that funds a grant to do with the Olympics called the Canadian Population Health Initiative.

At the level of specific and actual program delivery, over the last 10 or 20 years the federal government has gotten out of the business of program delivery. When I first started doing these kinds of things, Health Canada was very much involved in prenatal nutrition programs and early childhood development programs. These programs are still there, largely with First Nations, but they have decreased dramatically. You would have to ask the ministers in each province for more detail.

This begs the question of which activities around population health are best made at which level of the system. Some things are done well federally, some things need to be done more at the community level, and some in the middle, for the provinces. We are still in the business of sorting that out, and this committee is a great step toward articulating what the potential federal role can and should be.

**Senator Callbeck:** You talked about community action for health as being a one-year project. You said that at the beginning there was tremendous resistance but that it turned around and there was great support. How did you do that in a year?

**Mr. Baas:** The resistance came in two places. We insisted on two things. One was that some of the money would go to hiring community developers, community engagement personnel. Through the interior health region, the money was funnelled through seven host community agencies. The host community agencies did the hiring for a part-time community developer, and there was resistance to that. Why not give the money right to the people who are applying for it?

The second area of resistance was that in terms of supporting the ActNow targets we insisted that the projects which were brought forward had to address either environmental or policy shifts. There was resistance because there was no sense of what that meant.

What is an example of a policy shift in a small community? We held many meetings throughout the region to talk about this topic. There was an incredibly short timeline to get this \$1 million out the door. Once the community developers started to engage with the host agencies, people began to come forward with ideas. The community developers worked with the people who had applied and looked at it from a policy perspective. As the projects started to come in, we identified that having someone focused on

L'autre initiative que je pourrais vous mentionner, et qui relève également du Parlement, est celle de l'Institut canadien d'information sur la santé qui permet de recueillir les informations nécessaires à la prise de décisions éclairées dans les domaines de la santé et de la qualité de vie des Canadiens. Or, l'Institut canadien d'information sur la santé recueille de moins en moins de données sur la santé des populations. Il a lancé une initiative de financement d'une subvention liée à la tenue des Jeux olympiques : l'Initiative sur la santé des populations canadienne.

Il y a déjà plus de 10 ou 20 ans que le gouvernement fédéral a cessé d'administrer directement des programmes. Quand j'ai débuté dans ce domaine, Santé Canada s'occupait surtout de programmes de nutrition prénatale et de développement de la petite enfance. Ces programmes existent encore, la plupart d'ailleurs s'adressant aux Premières nations, mais ils sont de moins en moins nombreux. Vous devriez demander des précisions aux ministres concernés de chaque province.

Cela soulève la question de savoir à quel palier du système les activités relatives à la santé des populations sont les plus efficaces. Dans certains cas, il s'agit de celles du palier fédéral, dans d'autres du palier communautaire et il y a aussi les activités intermédiaires qui sont le mieux assurées par les provinces. Nous cherchons encore une réponse à cette question et votre comité représente un pas important dans la formulation du rôle que le gouvernement fédéral pourrait jouer.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez dit que l'action communautaire en santé est un projet d'un an. Vous avez dit qu'au début, vous vous êtes heurtés à une forte résistance, mais que les choses ont changé et que vous bénéficiiez à présent d'un appui important. Comment êtes-vous parvenus à ce résultat en un an?

**M. Baas :** La résistance avaient deux origines. Nous avons insisté sur deux choses. D'abord, nous avons rappelé qu'une partie de l'argent serait consacrée à l'embauche d'agents de développement communautaire, d'un personnel de terrain. Les fonds ont transité par la région sanitaire de l'intérieur pour être ensuite canalisés vers les sept organismes communautaires, organismes qui ont chacun embauché un agent de développement communautaire; c'est là où nous nous sommes heurtés à une certaine résistance. On nous a demandé pourquoi les fonds n'allaient pas directement aux demandeurs?

Le deuxième point dur tenait au fait que nous avons insisté afin de respecter les objectifs de ActNow, pour que les projets proposés favorisent un changement de politiques ou un changement sur le plan gouvernemental. Les gens ont résisté parce qu'ils ne savaient pas ce que cela signifiait.

Vous voulez savoir ce que donne un changement de politiques dans une petite collectivité? Eh bien, nous avons tenu de nombreuses réunions à l'échelon de la région pour en discuter. Ce million de dollars a fini par être rapidement distribué. Tout de suite après l'engagement des agents de développement communautaire par les organismes hôtes, les gens ont commencé à venir proposer leurs idées. Les agents de développement communautaire ont collaboré avec les

community engagement and community development benefited other projects in the community, even though they were not part of the target piece.

I have copies here of a tabloid that articulates the 73 projects that were funded. It gives short descriptions and some more in-depth pieces. It was a matter of people becoming more familiar with the process and understanding that we were looking at the long term. The effects of funding for one year can be extended if we do something that addresses the environment or policy. That was recognized and it went beyond.

**Senator Cochrane:** I have a question about something that is not mentioned in your notes. Tell me about the centre that has been in place for quite a few years where people get clean needles. Is it working? Do you know anything about that?

**Mr. Frankish:** You are talking about Insite, the safe injection site in Vancouver.

**Senator Cochrane:** It is in the Downtown East-side, is it not?

**Mr. Frankish:** I can speak to that issue because I have been involved in it, and perhaps Mr. Bass will want to add something.

Insite, a safe injection site, has had, as some people in the community would say, a stay of execution from the government for a period of time. It is not without controversy. The philosophy is that people are making what many others consider to be poor choices. They are engaging in risky and unhealthy behaviour using intravenous drugs, which are highly addictive and cause much collateral damage ranging from infection to overdose.

People in Holland, Germany and other places around the world came up with the notion of harm reduction, which is that if we cannot get rid of the problem right away, let us try to reduce the harm generated by the problem. They have been quite successful in Germany.

Part of the challenge with Insite is how to define success. If you define success in terms of fewer people starting to do drugs or choosing not to do drugs, it is probably not successful. A team of researchers from Vancouver led by Evan Wood and other people, my colleagues, have done the best research in the world. There is no need for any more research. Their research has been published in the *New England Journal of Medicine* and other very good journals.

Insite works in reducing overdose deaths and the sharing of needles, which we know is highly related to hepatitis C and HIV transmission. The challenge is that it is not resourced, funded or

demandeurs pour examiner leurs projets sous l'angle de la programmation. Au fur et à mesure que les projets arrivaient, nous nous sommes aperçu que le fait d'avoir désigné des agents de développement ou d'intervention communautaire profitait aux autres projets de la collectivité, même s'ils n'avaient pas de rapport direct avec le projet central.

J'ai avec moi des exemplaires d'un tabloïde qui donne une brève description des 73 projets financés et qui s'attarde davantage sur certains d'entre eux. En fait, les gens en sont venus à connaître de mieux en mieux le processus et à comprendre ce que nous recherchions à long terme. Le financement sur un an peut avoir des effets prolongés dans le cas de projets concernant l'environnement ou les programmes. C'est ce que nous avons constaté.

**Le sénateur Cochrane :** J'ai une question à vous poser sur quelque chose qui n'apparaît pas dans vos notes. Parlez-moi du centre de distribution de seringues qui existe depuis plusieurs années. Est-ce qu'il donne des résultats? Êtes-vous au courant de ce qui se passe de ce côté?

**M. Frankish :** Vous voulez parler d'Insite, qui est la piquerie de Vancouver.

**Le sénateur Cochrane :** C'est dans le Downtown East-Side, n'est-ce pas?

**M. Frankish :** Je peux vous en parler, parce que j'ai participé à ce projet et il est possible que M. Baas voudra ajouter quelque chose de son côté.

La piquerie Insite vient, comme diraient certains, de bénéficier pour un temps d'un sursis d'exécution par le gouvernement. Il y a tout de même une controverse, puisque beaucoup estiment que les toxicomanes sont des gens qui font de mauvais choix. Ils ont un comportement malsain et dangereux parce qu'ils consomment des drogues injectables qui sont hautement toxiques et qui entraînent de nombreux problèmes secondaires allant de la transmission de maladies infectieuses à l'overdose.

Le concept de réduction des préjudices nous vient de Hollande et d'Allemagne, mais aussi d'autres pays qui se sont dit qu'il faut faire quelque chose, même si l'on ne parvient pas à éliminer complètement le problème. Cette formule donne d'excellents résultats en Allemagne.

Une partie du problème à Insite consiste maintenant à définir à quoi correspond le succès. Si l'on retient comme critère de réussite la diminution du nombre de nouveaux toxicomanes ou de ceux qui décident de ne pas consommer de drogues, alors les résultats ne sont sans doute pas probants. Une équipe de chercheurs de Vancouver, sous la direction d'Evan Wood et d'autres, qui sont mes confrères, ont réalisé la meilleure recherche actuellement connue dans le monde. Il n'est pas nécessaire de faire davantage de recherches. La recherche en question a été publiée dans le *New England Journal of Medicine* et dans d'autres excellentes revues scientifiques.

Insite permet de réduire le nombre de décès par overdose ainsi que les problèmes associés à l'échange d'aiguilles, comme la transmission de l'hépatite C et du VIH. Le problème, c'est que le



designed to move people where we all want to move them, which is into treatment, to a better quality of life and to social re-engagement.

The next thing that will be considered in Canada in relation to this problem is what has been done in the U.S., which is assertive community treatment — giving people a choice of going either to treatment or to jail because they are not making good choices. As Canadians, we are loath to intrude on the social liberties of individuals, which is nice. However, from everything I have read, being dispassionate and objective about the issue, Insite works in relation to everything that it was charged to do. It is a success. The research is very consistent. The program was not designed to end drug use; it was not designed to reduce the number of people starting to use drugs, but it is working for the things it was designed to accomplish.

**Mr. Baas:** I would add that if we are looking at this issue from a population health perspective, then we are looking at the whole continuum as well. How do we create a society that is healthy and vibrant, where people feel engaged so that the number of people who end up on the streets or homeless or using drugs is very small? It can be a whole lot smaller than it is now so that the harm reduction piece falls away from that point, somewhere in the middle. There is harm reduction, but then you can carry the continuum right to tertiary care or incarceration. It is one of those pieces. That project has a narrow focus, but it is so high profile that you can find tons of information about it.

**Mr. Frankish:** That speaks to another huge issue in which the committee might be interested — the notion of continuity of care. There are a number of places in our system, in particular around issues related to population health, where we have very poor continuity of care. For example, when people in prison are released, they usually have huge problems, but there is very little care for them. I was talking to a surgeon in Vancouver the other day. We are starting a new project. People going to Vancouver hospitals for major surgery are discharged back to the street or to a homeless shelter, which is absurd. When someone goes into Insite, there is no continuity and no next steps of followup.

**Senator Cochrane:** This subcommittee is interested in examining the effectiveness of various interventions to reduce the health disparities or inequalities among various sectors of the population, whether Aboriginal, youth, seniors or others. That is our purpose.

Based on the B.C. experience, what are the fundamental building blocks or strategies to improve health for all and to reduce health disparities?

centre n'a pas été conçu, qu'il n'est pas financé et qu'il n'a pas les ressources voulues pour amener ses clients à faire ce que nous souhaitons qu'ils fassent, c'est-à-dire à suivre des cures de désintoxication, à avoir une meilleure qualité de vie et à réintégrer pleinement la société.

Au Canada, on va maintenant se tourner, afin de régler ce problème, vers une solution appliquée aux États-Unis qui consiste à imposer un traitement en milieu communautaire, les toxicomanes dont on juge qu'ils font de mauvais choix ayant l'option de se faire traiter ou d'être emprisonnés. Les Canadiens répugnent à empiéter sur les libertés sociales individuelles, ce qui est fort bien. Il ressort de tout ce que j'ai lu de détaché et d'objectif sur le sujet qu'Insite fait tout ce qu'il faut faire en fonction du mandat qui lui a été confié et que c'est une réussite. La recherche le confirme. Le programme n'a pas été conçu pour réduire le nombre de nouveaux toxicomanes et il donne les résultats escomptés en regard de ce pourquoi il a été mis sur pied.

**M. Baas :** J'ajouterais que, dès lors qu'on appréhende cette question sous l'angle de la santé des populations, on a une idée de tout le continuum. Comment parvenir à créer une société saine et dynamique où les gens se sentent partie prenante de sorte que le nombre de ceux et de celles qui se retrouvent dans la rue ou sans-abri ou qui consomment des drogues soit très limité? Le nombre de toxicomanes pourrait être réduit au point où toute action en matière de réduction des préjudices ne serait plus prédominante. Il y a certes la réduction des préjudices, mais si l'on pousse le continuum, il y a aussi les soins tertiaires ou l'incarcération. La réduction des préjudices est un élément parmi d'autres. Insight est un programme dont le mandat est limité, mais comme il retient l'attention, on peut obtenir beaucoup d'informations à son sujet.

**M. Frankish :** Cela nous ramène à une autre très grande question qui pourrait intéresser le comité, soit la notion de continuité des soins. Dans bien des volets de notre système, surtout quand il s'agit de questions concernant la santé des populations, la continuité des soins laisse beaucoup à désirer. Par exemple, à leur sortie de prison, les ex-détenus sont généralement aux prises avec d'énormes problèmes et ils ne bénéficient que de très peu d'assistance. L'autre jour, je me suis entretenu avec un chirurgien de Vancouver à propos d'un nouveau projet que nous lançons. Les patients qui sortent des hôpitaux de Vancouver après une chirurgie majeure se retrouvent directement dans la rue ou dans un logement pour sans-abri, ce qui est absurde. Insite n'assure aucune continuité et ne prend pas de mesures de suivi.

**Le sénateur Cochrane :** Notre sous-comité veut étudier l'efficacité des différents modes d'intervention destinés à réduire les disparités ou les inégalités dans le domaine de la santé entre les différents segments de la population, que ce soit les Autochtones, les jeunes, les personnes âgées ou les autres. C'est cela notre objectif.

D'après l'expérience de la Colombie-Britannique, quels sont les piliers ou stratégies qui permettent d'améliorer la santé en général et de réduire les disparités sur ce plan?

**Mr. Baas:** That is a good question and a big one. There are a number of ways to answer it. From a provincial perspective, the fundamental building block would be a realization that inequities exist and that they can be addressed; and a commitment at all levels to actually do something about that. Starting there, we see that initiatives are being undertaken, such as ActNow, with an individual focus to provide great leverage within the health authorities and use it as a wedge to address the more fundamental determinants that lie underneath. I would also mention the review of public health programming within all of B.C. to apply equity population and equity lenses to all of the work that public health is engaged in.

The typical budget for a public health department for a health authority in B.C. is about 3.5 per cent, or perhaps less. The specific budget amount that is allocated to population health would probably be less than 1 per cent because public health includes all of the aspects, such as immunization and so on. That is not unusual. It is pretty standard across Canada. As part of that dialogue, people have been advocating for 6 per cent rather than 3 per cent.

**Mr. Frankish:** In no particular order, the first of my three building blocks is early childhood development and the kinds of things that Dr. Hertzman and Dr. Mustard talk about. It is much more challenging to repair the damage than it is to intervene early on.

The second is literacy, and the third is educating and employing as many women as possible — in particular Aboriginal women — in productive well-paying jobs.

The fourth, which is so fundamental to everything else, is adequate, affordable and supportive housing for people with mental illness and addictions — for all Canadians. The UN rapporteur was in Canada not too long ago and visited some First Nations communities. He said they were worse than communities in Third World countries.

To recap, my four fundamental building blocks are early childhood development, literacy, women's health and housing, and, in particular, supportive housing for people with mental health problems and addictions.

**Mr. Baas:** With respect to early childhood development, health authorities are now expected to use information from the instrument that Dr. Clyde Hertzman developed. I am not sure about the exact wording, but it is in the letter of agreement between the health authorities and the province. More than health authorities are involved because early childhood development also entails education and other support. Acknowledgement is important.

**Senator Cochrane:** Are there particular interventions that you believe to be most effective in reducing these disparities?

**M. Baas :** Voilà une bonne question, mais également très vaste à laquelle on pourrait répondre de différentes façons. Du point de vue provincial, les piliers sont la prise de conscience de la possibilité de régler les iniquités ainsi que l'engagement, à tous les échelons, d'agir dans ce sens. Cela étant posé, la province adopte des initiatives axées sur l'individu, comme ActNow, destinées à exploiter les forces des autorités sanitaires et à s'attaquer ensuite aux déterminants fondamentaux qui sous-tendent les problèmes constatés. Je tiens à mentionner la revue des programmes de santé publique entreprise en Colombie-Britannique en vue d'appliquer les principes d'équité à tout le travail qui se fait dans le domaine de la santé publique.

En règle générale, le budget des autorités sanitaires représente 3,5 p. 100 du budget total du ministère de la Santé publique de la Colombie-Britannique, et peut-être même moins. Quant au budget plus spécialement consacré à la santé des populations, il représente sans doute moins de 1 p. 100 du total, parce que la santé publique englobe tout, comme la vaccination. Cela n'a rien d'exceptionnel et c'est même assez caractéristique de ce qu'on constate à l'échelle canadienne. À la faveur du dialogue qui a cours, les gens réclament 6 p. 100 plutôt que 3 p. 100 du budget total.

**M. Frankish :** Je vous dirais, sans ordre particulier, que le premier de mes trois piliers est le développement de la petite enfance avec tout ce que les Drs Hertzman et Mustard en ont dit. Il est beaucoup plus difficile de guérir que de prévenir.

Le deuxième pilier, selon moi, est constitué par la littératie et le troisième est celui de l'emploi du plus grand nombre de femmes possible — surtout des Autochtones — dans des postes rémunérateurs.

Le quatrième pilier, qui soutient le reste de l'édifice, est le logement qui doit être adéquat, abordable et adapté à des personnes souffrant de maladie mentale ou à des toxicomanes. Nous avons récemment reçu la visite du rapporteur de l'ONU qui s'est rendu dans des collectivités de Premières nations. Il a déclaré que leur condition de vie est pire que celle constatée dans des pays du tiers monde.

Pour résumer, je dirais donc que mes quatre piliers sont le développement de la petite enfance, la littératie, la santé des femmes et le logement, surtout un logement qui soit adapté à des personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanies.

**M. Baas :** En ce qui concerne le développement de la petite enfance, les autorités sanitaires envisagent maintenant de se servir des informations recueillies grâce à l'instrument mis au point par le Dr Clyde Hertzman. Je ne sais pas exactement en quels termes cela a été énoncé, mais on le retrouve dans la lettre d'entente qui a été signée entre l'autorité sanitaire et la province. Ce projet ne concerne pas uniquement les autorités sanitaires, parce que, qui dit développement de la petite enfance dit également système d'éducation et autres types de soutien. Il est important d'en prendre acte.

**Le sénateur Cochrane :** Existe-t-il des interventions particulières qui, selon vous, sont les plus efficaces pour réduire ces disparités?

**Mr. Baas:** My starting point would be the great amount of work that should be done on policy at all levels of government. From a health authority perspective, we are effective to the extent that we can engage communities and get them to come to the table with resources, such as personnel. In that way the community engagement process is active. For example, it is a matter of helping communities develop a food security group or bring awareness to falls issues or motor vehicle crashes. It is a matter of working with the Northern Health Authority and the Vancouver Island Health Authority to determine a way to address this issue from a health authority perspective and who else needs to be involved in those pieces. The key is to engage. We have seen that to be effective on the community action health project. It is fundamental, but not in the absence of solid policy.

**Mr. Frankish:** There is a famous story about a bank robber. Someone asked him why he robbed, and he said, "Because that is where the money is." I would suggest that you look to countries like Sweden and the U.K. where they have made great changes. Even the United States has made some great changes with respect to homelessness. Beg, borrow and steal the best ideas of what works in other jurisdictions. Some of it we know and a lot of it we are still working on. It is clear that you need government direction at a policy and a political level — and they are not the same, as you know — meshed with a bottom-up community approach. One without the other is not adequate.

**Senator Cochrane:** Are there any particular barriers that you see?

**Mr. Baas:** From a health authority perspective, the most obvious barrier is the tension between health care and the huge demands on cutting wait lists, as well as looking at health promotion and the population health piece. For the latter, the results are not immediate; they are long term.

That said, we feel solid support within our health authority and are grateful for that. At the same time, we recognize the huge pressure it is under.

A large amount of work is needed in terms of community engagement and awareness. The population health lens needs to extend far beyond the health authority. The other piece is how we actually engage with communities.

There was a conference in Kelowna a few months ago that we helped promote. It was called Cities Fit or Children. We got the municipalities, the regional districts, health authorities and

**M. Baas :** Je commencerai par mentionner le travail très important qui a été réalisé par tous les paliers de gouvernement sur le plan des politiques. Du point de vue des autorités sanitaires, je dirais que nous sommes efficaces dans la mesure où nous parvenons à mobiliser les collectivités pour les asseoir autour d'une table avec les ressources nécessaires, comme du personnel. En ce sens, la mobilisation de la collectivité est un processus actif. Par exemple, nous pouvons les aider à mettre sur pied un groupe de sécurité alimentaire ou à les sensibiliser au problème des chutes des personnes âgées ou des accidents de véhicule motorisé. Il est donc question pour nous de collaborer avec l'Autorité sanitaire du district du Nord et l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver pour trouver une façon de nous attaquer à ce problème du point de vue des autorités sanitaires et de faire également appel à tous ceux qui doivent participer à nos projets. L'essentiel, c'est la mobilisation, comme nous avons pu le constater à la faveur du projet sanitaire d'action communautaire. C'est fondamental, mais nous ne pouvons nous passer de politiques solides.

**M. Frankish :** Il y a une bonne histoire qui court au sujet d'un voleur de banque à qui l'on demande pourquoi il vole. Il répond : « Tout simplement parce que l'argent est là ». Prenez deux pays, comme la Suède et le Royaume-Uni, qui ont apporté de grands changements dans le domaine dont nous parlons. Même les États-Unis ont fait beaucoup pour s'attaquer au problème des sans-abri. Nous devons emprunter et même voler les autres les idées qui fonctionnent. Il y a des formules que nous connaissons et d'autres, nombreuses, sur lesquelles nous continuons de plancher. Il faut effectivement que le gouvernement fixe une orientation, qu'elle relève de la Politique ou des politiques — et, comme vous le savez, ce n'est pas la même chose — parallèlement à une démarche communautaire qui part de la base. L'un sans l'autre, ça ne donne rien.

**Le sénateur Cochrane :** Vous heurtez-vous à des obstacles particuliers?

**M. Baas :** Du point de vue des autorités sanitaires, l'obstacle le plus évident est celui de la tension qui existe entre les soins de santé et les pressions énormes qui sont exercées pour réduire les listes d'attente, sans oublier la promotion de la santé et la santé des populations. Dans ce dernier cas, les résultats ne se font pas immédiatement sentir, ils interviennent à longue échéance.

Cela dit, nous avons l'impression d'être solidement appuyés au sein de notre autorité sanitaire et nous en sommes reconnaissants. Il n'empêche que nous sommes conscients des énormes pressions qui sous-tendent tout cela.

Il va falloir effectuer un gros travail du côté de la mobilisation et de la sensibilisation des collectivités. Il va falloir étendre le concept de la santé des populations bien au-delà du mandat confié aux autorités sanitaires. Par ailleurs, il faut se demander comment parvenir à mobiliser effectivement les collectivités.

Il y a quelques mois, nous avons contribué à promouvoir une conférence qui s'est déroulée à Kelowna. Elle avait pour thème « Les villes adaptées aux enfants ». Nous sommes parvenus à

business people to come together. It looked at how we can actually make our cities fit for children in terms of transportation, housing, et cetera.

**Senator Cochrane:** Is that still going on?

**Mr. Baas:** That was a single conference. There will be pieces that follow out of that. The conference also had involvement from the Union of British Columbia Municipalities. There were many players at the table. Those kinds of forums are critical.

How do you change such forums into action and resource it? If there is public support, great, but that is a challenge in terms of dialogue. People ask me why they should put money into helping people stop smoking. The 3.5 per cent budget is all for public health. Truly, we are putting small amounts of money into that program and asking what the cost savings are. Smoking is one of those classic examples.

**Senator Cochrane:** Regarding your ActNow program, have you evaluated it? Has an assessment been done? Is an assessment approach in your framework? All programs need to be assessed.

**Mr. Frankish:** They have actually just had some recent calls for bids on contracts to do a major evaluation. I applaud the fact that they are going to do what looks like a pretty substantive evaluation. It is in the early days, but it is clear that they are planning to do a robust evaluation. They have calls for proposals and I know some people who have put in bids.

**Senator Cochrane:** Do you have anything evaluated yet?

**Mr. Frankish:** I think there are probably some pieces of things. If you were to talk to Minister Hogg, he could probably give you some of the early information. I know they have a framework and the wheels are in motion.

**The Chair:** I want to ask a couple of questions that are of tremendous importance to us as we go along.

Mr. Baas, you mentioned that each regional health authority does not have a population health unit. From the five health authorities, how many are there now?

**Mr. Baas:** There are different structures, so it is hard to say. All of the health authorities have some involvement with population health, and I think that the structure in each one is quite different. Within our health authority, our public health is regional. Our whole public health department is responsible for the entire region and population health is part of that. As a director of population health, I am there with the other directors for prevention services, protection and so on. That structure is not the same in the other health authorities. That is part of the history of how

rassembler des représentants de municipalités, de districts régionaux, d'autorités sanitaires et du milieu des affaires. Ils ont eu l'occasion de réfléchir sur la façon d'adapter nos villes pour nos enfants pour ce qui est du transport, du logement et ainsi de suite.

**Le sénateur Cochrane :** Ce projet se poursuit-il?

**M. Baas :** Il s'agissait d'une seule conférence. Il y aura des suites. L'Union des municipalités de la Colombie-Britannique y était également représentée. Nous avons de nombreux acteurs autour de la table, parce que ce genre de tribune est très important.

Comment transformer ces tribunes en action et comment les doter de ressources suffisantes? Quand on bénéficie du soutien du public, c'est merveilleux, mais il y a le problème du dialogue qu'il faut instaurer. Les gens me demandent pourquoi ils devraient dépenser de l'argent pour en aider d'autres à s'arrêter de fumer. Le budget de 3,5 p. 100 est celui de la santé publique en général. En vérité, nous n'investissons que très peu d'argent dans ce programme et nous nous demandons où sont les économies. Le tabagisme est un exemple classique.

**Le sénateur Cochrane :** Avez-vous évalué votre programme ActNow? En avez-vous fait une évaluation? Une telle évaluation est-elle prévue dans votre cadre? Tous les programmes doivent être évalués.

**M. Frankish :** Nous avons récemment lancé des appels d'offres pour engager une firme qui effectuera une évaluation à grande échelle. Je me réjouis que l'on songe à entreprendre une évaluation qui, semble-t-il, sera de grande envergure. Nous en sommes aux tout débuts, mais il ressort que le gouvernement envisage de faire faire une évaluation très solide. Il y a donc eu un appel d'offres dans ce sens et je connais même des gens qui ont soumissionné.

**Le sénateur Cochrane :** Est-ce que vous avez évalué quoi que ce soit jusqu'ici?

**M. Frankish :** Certaines choses, ici et là. Le ministre Hogg pourrait sans doute vous donner des informations de première main à ce sujet. Je sais qu'un cadre a été fixé et que les choses sont en mouvement.

**Le président :** Je vais commencer par vous poser deux ou trois questions dont les réponses seront très importantes pour nous.

Monsieur Baas, vous avez dit que toutes les autorités sanitaires régionales ne comportent pas une unité consacrée à la santé des populations. Ainsi, sur les cinq autorités sanitaires actuelles, combien comptent une telle unité?

**M. Baas :** Comme les structures sont différentes, il est difficile de répondre à cette question. Toutes les autorités sanitaires s'intéressent d'une façon ou d'une autre à la santé des populations et, à ce que je sache, toutes n'ont pas la même structure. En ce qui concerne notre autorité sanitaire, la santé publique est régionale. Notre service de santé publique s'occupe de toute la région et la santé des populations fait partie de son mandat. En qualité de directeur de la Santé des populations, je travaille aux côtés des autres directeurs à la prestation des services de prévention, de

regionalization happens. All of them have a focus, but I could not answer the question as to who has specific population health departments.

**The Chair:** What is your relation to the public health authority or agency of B.C.?

**Mr. Baas:** We work very closely with them. John Millar sits in as part of the Population Health Network and is very engaged. There is a very close relationship on anything to do with population health.

**The Chair:** I have known Dr. Millar for a very long time, and he has appeared before us here.

To whom do you report?

**Mr. Baas:** I report to the Senior Medical Health Officer of the B.C. Interior Health Authority.

**The Chair:** Public health.

**Mr. Baas:** Exactly.

**The Chair:** What is your relationship with the Canadian Institute for Health Information, CIHI, when it comes to your data collection, especially in relation to the population health initiative?

**Mr. Baas:** I know that we have an evidence and surveillance person working specifically on population health. Also, within the Interior Health Authority, the evidence and surveillance people have access to data and foster close working relationships.

**The Chair:** Does your data go up into the data bank in British Columbia, not into the CIHI data bank?

**Mr. Baas:** I cannot give you that now but I can get back to you.

**The Chair:** What is your relationship to municipal government? The National Occupational Mortality Surveillance Study, NOMS, controls the 12 or 13 determinants of health. If you want to pull groups around a table, what authority do you have? What relationships do you have? For example, do you have a seat on the municipal government?

**Mr. Baas:** I forget the official number of communities within our region, but it is a very large number. We do not have seats on municipal governments. In terms of authority, if, as a health authority, we participate in forums or initiate a forum around a particular issue, there is great interest.

The most effective work we do is when we participate around particular issues, such as homelessness in Nelson. Some of our staff are engaged in dialogues. They are saying, «These are all the pieces that need to happen. What is a legitimate role for us? What

protection et autres. La structure varie donc d'une autorité sanitaire à l'autre. Cela s'explique par la façon dont la régionalisation s'est déroulée. Toutes les autorités sanitaires poursuivent le même grand objectif, mais je ne peux vous répondre quant aux caractéristiques particulières des services de santé des populations.

**Le président :** Quel lien avez-vous avec l'autorité ou l'organisme de santé publique de la Colombie-Britannique?

**M. Baas :** Nous travaillons en étroite relation avec cet organisme. John Millar siège au Réseau de santé des populations où il est très actif. Il y a un lien très étroit avec tout ce qui se fait dans le domaine de la santé des populations.

**Le président :** Je connais le Dr Millar depuis longtemps et il est même venu témoigner devant nous.

De qui relevez-vous?

**M. Baas :** Je relève du médecin-hygiéniste en chef de l'Autorité sanitaire du district de l'intérieur.

**Le président :** De la Santé publique.

**M. Baas :** C'est cela.

**Le président :** Quel lien avez-vous avec l'Institut d'information en santé, l'ICIS, en ce qui a trait à la collecte des données, surtout dans le cas de l'initiative sur la santé des populations?

**M. Baas :** Nous avons un spécialiste des données et de la surveillance qui travaille spécialement sur la question de la santé des populations. De plus, au sein de l'Autorité sanitaire de l'intérieur, des spécialistes de la collecte des données et de la surveillance ont accès aux données et cherchent à instaurer des relations de travail étroites.

**Le président :** Est-ce que vos données sont versées dans la banque de données de la Colombie-Britannique ou dans celle de l'ICIS?

**M. Baas :** Je ne peux vous répondre à ce sujet maintenant, mais je pourrai le faire plus tard.

**Le président :** Quelle relation entretenez-vous avec le palier municipal? La National Occupational Mortality Surveillance Study concerne 12 ou 13 déterminants de la santé. Si vous vouliez regrouper tout le monde autour de la table, de quels pouvoirs disposeriez-vous pour le faire? Quelle relation avez-vous avec les autres? Par exemple, siégez-vous aux conseils municipaux?

**M. Baas :** J'oublie combien il y a de collectivités dans notre région, mais il y en a beaucoup. Nous ne siégeons pas aux conseils municipaux. Pour ce qui est de nos pouvoirs, l'autorité sanitaire participe à des tribunes ou peut en organiser sur des thèmes particuliers; celle-ci suscite un grand intérêt.

Là où nous sommes le plus efficaces, c'est quand nous intervenons dans des dossiers particuliers, comme celui des sans-abri à Nelson. Une partie de notre personnel participe aux échanges à ce sujet. Nos collaborateurs nous disent : « Voici tout

can we do within the health authority?» The dialogue is at that level.

In terms of authority on the population health side, we do not have any authority to gather people together. We can do that by invitation and engagement. That engagement varies across the region. It can be easy to do that in communities where we have strong engagement. In some communities, there has been little engagement, and that is part of the disparity piece we are having to address. I would be wrong to say we have a great relationship with all the communities. We do not, and that is a challenge before us.

As a part of public health, we are engaged in looking at schools. There are 16 school districts within the health region. There is a project called healthier schools, healthier children. The health authorities had many people involved with schools: nurses doing needles, nutritionists dealing with food issues, tobacco reduction people, injury prevention people, the licensing people, et cetera. As a result, we started a large engagement project where we asked the school districts how we could best work with them to achieve healthier outcomes for children and what would be an appropriate role for the health authority. That project is turning into a fascinating discussion, and I can see real movement over the next year as school boards actively engage in it. There is a clear focus. We are not coming to them saying, "Here is this project and could you guys to this?"

**The Chair:** The healthy schools theme is something we will hope to use very often in our report.

Mr. Frankish, I really wanted to get into something with you, but I will have to do it when we wind up. I will do it privately with you.

**Senator Munson:** Everyone has to be in the room when this issue is discussed, and the private sector has not been talked about at all. Are they in the room when you are doing these feasibility studies about population health and how it works? What strategic role do they play in terms of funding programs within the core of a city?

We have heard testimony here and elsewhere about how it is working better in the United States with corporations. Front-door people are on the street providing funding collectively to work within the municipal, state and federal jurisdictions.

**Mr. Frankish:** To date, they are not in the room as often or as prominently as they could or should be. Population health will be limited without their involvement. The determinants of health include employment, working conditions and education, all of

ce qu'il faut faire; quel rôle légitime pourrions-nous remplir? Que pourrions-nous faire au sein de l'autorité sanitaire? » C'est à ce niveau que se situe le dialogue.

Pour ce qui est de notre pouvoir dans le domaine de la santé des populations, nous n'en avons aucun quand il s'agit de réunir les gens. Nous pouvons envoyer des invitations et obtenir l'engagement de nos vis-à-vis. Ce genre d'engagement varie d'une région à l'autre. Il peut être facile d'obtenir des résultats dans les collectivités où l'engagement est très fort. Ailleurs, là où il les gens sont moins déterminés, on assiste à des problèmes de disparités auxquels il convient de s'attaquer. J'aurais tort de dire que nous collaborons très bien avec toutes les collectivités. Ce n'est pas le cas, et c'est là où se situe le défi en ce qui nous concerne.

Comme nous faisons partie de la santé publique, nous devons nous intéresser aux écoles. On dénombre 16 districts scolaires dans notre région sanitaire. Il existe un projet dont le thème est « Des écoles plus saines pour des enfants plus sains ». Les autorités sanitaires ont un personnel très nombreux qui travaille auprès des écoles : les infirmières qui s'occupent des échanges de seringues, les nutritionnistes qui s'occupent des questions d'alimentation, les spécialistes de la lutte contre le tabagisme, les techniciens en prévention des blessures, le personnel d'octroi des licences et permis, et cetera. Cela étant, nous avons lancé un vaste projet de mobilisation à l'occasion duquel nous avons demandé aux districts scolaires comment nous pourrions parvenir à mieux collaborer avec eux pour améliorer la santé des enfants et pour déterminer le rôle que devrait jouer l'autorité sanitaire. Ce projet a donné lieu à de fantastiques échanges et je pense que les choses vont bouger dans l'année à venir parce que les conseils scolaires s'intéressent maintenant de près à ce projet. C'est devenu un point de mire très clair. Nous ne leur disons pas « Voici votre projet; allez-vous pouvoir le faire? »

**Le président :** Nous espérons revenir fréquemment sur le thème des écoles saines dans notre rapport.

Monsieur Frankish, il y a une chose dont je voulais vraiment vous parler, mais je devrai le faire après cette réunion, en tête-à-tête avec vous.

**Le sénateur Munson :** Il faut que tout le monde soit présent quand on traite ce genre de sujet, et il n'a pas été du tout question du secteur privé. Est-ce que le secteur privé est représenté quand vous faites des études de faisabilité sur la santé des populations et, si oui, comment les choses fonctionnent-elles? Quel rôle stratégique le secteur privé peut-il jouer à l'égard du financement des programmes au centre des villes?

Nous avons recueilli des témoignages, ici et ailleurs, sur le fait que les choses fonctionnent mieux avec les entreprises, chez nos voisins américains. Les commerçants vont dans la rue et remettent des fonds pour financer des projets collectifs, au palier municipal, à celui des États et au palier fédéral.

**M. Frankish :** Jusqu'ici, le secteur privé n'a pas été représenté aussi souvent ni aussi visiblement qu'il l'aurait dû. La santé des populations sera limitée sans la participation de ce secteur. Parmi les déterminants de la santé, on retrouve l'emploi, les conditions

which are intertwined with the private sector. I cannot see population health succeeding in Canada without their involvement.

The reasons for doing population health are as much about social productivity, social reintegration and quality of life as they are about health in a health care sense. It demands private sector involvement. They have huge expertise and huge resources; that is, potential resources other than taking resources from the illness care system. They have a lot of wisdom to bring to bear on the issue. We need to get them to meetings like this and engage them in the conversation.

At a small business level, people really struggle. The vast majority of businesses in Canada have fewer than eight employees. I used to do workplace health promotion, and it is easy to talk about BCTel or UBC which have thousands of employees. However, when you talk about what role a small business person can play, you hit the nail on the head. They are about 90 per cent of the businesses in Canada, particularly in smaller rural and remote communities. That conversation has to be more active.

**Mr. Baas:** I would add one last thing. The researchers have looked at the B.C. Healthy Living Alliance initiative in which the provincial government is engaged. I am not sure if there were comments about that \$25-million grant.

**The Chair:** Thank you to both of you. We are enormously grateful.

The committee continued in camera.

de travail et l'éducation, autant de dimensions qui sont étroitement liées au secteur privé. Je ne vois pas comment nous allons pouvoir aboutir dans le domaine de la santé des populations au Canada si le secteur privé n'est pas présent.

Si nous cherchons à améliorer la santé des populations, c'est aussi pour améliorer la productivité sociale, la réintégration sociale et la qualité de vie, éléments qui ont tous un rapport avec la santé, vue sous l'angle des soins de santé. Cela exige la participation du secteur privé. Ce secteur possède une vaste compétence et énormément de ressources; des ressources potentielles qui ne consistent pas à retirer quoi que ce soit du système de soins de santé. Le secteur privé sait comment s'attaquer aux problèmes. Il faut amener les acteurs du secteur privé à participer à ce genre de réunions et à échanger avec nous.

Dans les petites entreprises, il y a des gens qui peuvent avoir de véritables difficultés. La vaste majorité des entreprises au Canada comptent moins de huit employés. Avant, j'oeuvrais dans le secteur de la promotion de la santé en milieu de travail et je peux vous dire qu'il est facile de parler de BCTel ou d'UBC qui comptent des milliers d'employés. Cependant, histoire d'enfoncer le clou, on peut se demander quel rôle les petits entrepreneurs peuvent jouer. Ils représentent environ 90 p. 100 du secteur privé au Canada, surtout dans les petites collectivités rurales et éloignées. Il va donc falloir tenir un véritable débat sur ce plan.

**M. Baas :** J'ajouterai une dernière chose. Les chercheurs ont étudié la B.C. Healthy Living Alliance Initiative à laquelle participe le gouvernement provincial. Je ne suis pas sûr qu'il ait été question de la subvention de 25 millions de dollars.

**Le président :** Merci à vous deux. Nous vous sommes énormément reconnaissants.

Le comité 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

**Wednesday, December 5, 2007**

*Groupe d'étude sur les politiques et la santé (GÉPPS):*

France Gagnon, PhD, Professor and Co-chair.

*Université de Montreal:*

Nicole Bernier, PhD, Assistant Professor.

**Tuesday, December 11, 2007**

*U. K. Department of Health:*

Dr. Fiona Adshead, Director General of Health Improvement.

**Wednesday, December 12, 2007**

*B.C. Interior Health Authority:*

Lex Baas, Director of Population Health.

*University of British Columbia:*

James Frankish, Professor and Program Director.

TÉMOINS

**Le mercredi 5 décembre 2007**

*Groupe d'étude sur les politiques et la santé (GÉPPS) :*

France Gagnon, PhD, professeure et co-directrice.

*Université de Montreal :*

Nicole Bernier, PhD, professeure adjointe.

**Le mardi 11 décembre 2007**

*Ministère de la santé du Royaume-Uni :*

Dre Fiona Adshead, directrice générale, Amélioration de la santé.

**Le mercredi 12 décembre 2007**

*Autorité sanitaire du district intérieur de la C.-B. :*

Lex Baas, directeur de la Santé des populations.

*Université de la Colombie-Britannique :*

James Frankish, professeur et directeur de programme.